

# Darstellung eines psychotherapeutisch dominierten, multimodalen Adipositasprogramms im ambulanten Setting – AdiPosiFit

Andreas Soljan

## Zusammenfassung

In diesem Artikel wird eine vom MDK Nordrhein anerkannte multimodale Patientenschulung mit dem Namen AdiPosiFit mit ersten Ergebnissen vorgestellt. Die Psychotherapie ist die leitende Profession, Bewegung, Ernährungsumstellung und medizinische Betreuung runden sie ab. Die Wirksamkeit wird im Hinblick auf eine Gewichtsabnahme und eine Verbesserung psychologischer Faktoren evaluiert. Das Programm wurde bis heute mit 151 adipösen Patienten durchgeführt. Eine Wartelistenkontrollgruppe bestand aus 10 adipösen Patienten. In den Interventionsgruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion des BMI um durchschnittlich 6 kg/m<sup>2</sup> über die einjährige Dauer der Maßnahme. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Besserung der psychologischen Faktoren (Depressivität, Essstörungs-pathologie, Psychopathologie). Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit von AdiPosiFit.

## Schlüsselwörter

Adipositas, ambulante Therapie, multimodale Therapie, Evaluation, Psychotherapie

Heute gilt, dass Erwachsene, Kinder und Jugendliche zunehmend von Adipositas betroffen sind (7). Schon lange bekannt, findet das Problem erst in den letzten Jahren vermehrt Eingang in das öffentliche Interesse. Mögliche Gründe mögen sein a) die zunehmenden Kontakte mit adipösen Menschen im öffentlichen Lebensraum, b) die steigenden Kosten im Gesundheitssystem durch die adipositas-assoziierten Folgeerkrankungen (5, 19).

Neben untersuchten organischen Störungen (z.B. Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Entglei-



AdiPosiFit ist ein multimodales, ambulantes Gruppenprogramm mit starker psychotherapeutischer Komponente. © Thieme Verlagsgruppe/Christoph von Haussen

sungen), die oft gemeinsam auftreten und Risikofaktoren für das Metabolische Syndrom bilden (5), stehen die psychischen Begleiterkrankungen nicht im direkten Fokus. Das verwundert, da nach Studien (u.a. 8, 15) bei ca. 80% der untersuchten krankhaft Übergewichtigen eine oder mehrere psychische Diagnosen aus dem F-Kapitel des ICD 10 gestellt wurden. Hinzu kommt die Gefahr der Stigmatisierung und Diskriminierung der übergewichtigen Menschen, die zu einer Vulnerabilität gegenüber psychischen Auffälligkeiten führen kann (8); meist werden Depressionen, Ängste und verminderte Lebensqualität genannt (5).

## Ursachen: Essstörungen nicht vergessen

Neben genetischen Ursachen, modernem Lebensstil (wenig Bewegung, Fast Food und Alkohol) (3) und chronischem Stress stellen Essstörungen eine mögliche Ursache für Adipositas dar (hier v.a. die Binge-

Eating-Disorder [BED] und die Night-Eating-Disorder). Andere Ursachen wie z.B. endokrine Erkrankungen oder Medikamente scheinen eher selten (5, 8) zu sein.

## Therapeutische Maßnahmen

Wichtigstes Ziel jeder Adipositas-therapie ist die langfristig stabile Gewichtsabnahme, weil jedes Kilo weniger die Komorbiditäten verbessern hilft. Eine Adipositas-therapie sollte nach der neuen und alten S3-Leitlinie (s. auch den Beitrag von Machleit in diesem Heft) (5, 11) nicht allein eine Änderung des Essverhaltens, sondern auch vermehrte körperliche Bewegung und Ernährungsberatung enthalten. Dazu berichteten Hauner und Berg (4) sowie Bös und Brehm (2), dass eine gezielte Steigerung der körperlichen Aktivität (um möglichst 30 Minuten/Tag im Alltagsleben wirksam sei.

Und schließlich sollten verhaltenstherapeutische Maßnahmen Bestandteil



Wird oft übersehen: Komorbiditäten wie Depressionen und Ängste machen ca. 80% aller morbid Adipösen zu schaffen. © Fotolia/JPC-PROD

einer Adipositas therapie sein, um eine Änderung des emotions- oder stress-induzierten Essens zu bewirken (11).

An dieser Stelle erlaube ich mir eine praxisrelevante Anmerkung: Ca. 80% der morbid Adipösen sind multimorbid erkrankt, sie weisen neben somatischen Erkrankungen auch psychische Störungen auf. Dies wird in der S3-Leitlinie (5, 11) abgebildet; sie empfiehlt, Psychotherapie in die Behandlung einzubinden. Warum gibt es dann nur so wenige Programme (mir bekannt sind lediglich Optifast 52 und AdiPosiFit), die nicht Psychologen, sondern heilkundlich weitergebildete ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit einbeziehen?

### Ernährungsberatung allein stößt an Grenzen

Die Befunde zur Behandlung der Adipositas sind ernüchternd. Eine Metaanalyse von 17 Longitudinalstudien zur Ernährungsberatung und -umstellung ergab eine Erfolgsrate von 15% (1). Verhaltenstherapie konnte das Gewicht nachweisbar verändern, auch wenn relevante Gewichtsabnahmen um 5–10% nur in zwei Studien berichtet wurden (12, 14). Kossman (10) kommt mit seinen Koautoren zu dem Ergebnis, dass Verhaltenstherapie im Vergleich zu anderen Therapieformen eine höhere Effektivität aufweist. Es wurden in den mir bekannten Therapiestudien keine verschiedenen therapeutischen Interventionen (z.B. Verhal-

tenstherapie, Ernährungsberatung, Sport) in Kombination angewandt und evaluiert. Alles setzt aber voraus, dass Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischer Fachkunde in die Programme findet.

### Psychologie/Psychotherapie

Seit 1999 berechtigt das Studium der Psychologie nicht mehr zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie. Um dies zu dürfen, müssen Psychologen sich i. d. R. einer 5-jährigen Weiterbildung unterziehen, die mit einer Staatsprüfung samt Fachkundenachweis und Approbation abschließt. Erst dann darf heilkundlich gearbeitet werden.

Vor diesem Hintergrund machen alle Programme, in denen Psychologen tätig

sind, aber keine Psychotherapie „drinsteckt“, etwas falsch. Sie vergessen den Berufsstand, der gerade dafür ausgebildet wird, dass nachhaltige Verhaltens- und Erlebensveränderungen eintreten. Der Autor geht noch einen Schritt weiter und wünscht sich (visionär) im Bereich der Adipositas fortgebildete psychotherapeutische Kolleginnen, die um die Besonderheiten dieses komplexen Krankheitsbildes wissen und die mitarbeiten den Berufsgruppen samt deren Schwerpunkten kennen und einbeziehen.

Nicht mehr zeitgemäß ist die Fortsetzung einer Haltung, in der Diätassistentinnen oder Oecotrophologinnen ermutigt oder beauftragt werden, den (heilkundlichen) Part der Verhaltensmodifikation „mal kurz“ zu übernehmen.

### Was haben wir getan?

Seit dem Jahr 2009 gestalten wir für morbid adipöse Menschen eine multimodale und multiprofessionelle Maßnahme, in der alle geforderten Bausteine der S3-Leitlinie (5, 11) erfüllt werden. Unter dem Namen AdiPosiFit haben wir nach intensiven Kontakten mit Universitäten, Krankenkassen und Fachleuten unterschiedlicher Professionen ein Patientenschulungsprogramm aufgebaut (<http://www.adiposifit.de>). Ein Gruppenansatz wurde gewählt, um mehr Menschen versorgen zu können.

AdiPosiFit besteht neben einem Vor- und einem Nachtermin aus 30 Terminen à 135 Minuten gemeinsamer Gruppenarbeit (► Info 1).

### Übersicht über den Ablauf von AdiPosiFit

- Vortermine: Einführung von Ernährungstagebüchern und 6-Minuten-Gehtest
- 25 Termine bestehen aus je 2 Doppelstunden Psychotherapie
- 5 Termine bestehen aus je 2 Doppelstunden Ernährungsberatung. Eines der Treffen wird mit 3 Zeitstunden angesetzt, da hier eingekauft, gemeinsam das Essen zubereitet wird und ein Mahlzeitentraining stattfindet. Zudem gibt es pro TN 2 weitere Einzeltermine bei der Ernährungsberaterin.
- 30 Termine (also alle) haben ein je 45-minütiges Bewegungsprogramm. Zudem gibt es weitere freiwillige Angebote, die gut genutzt werden und dazu beitragen, dass TN bis zu 6 Stunden/Woche nachweisbar Bewegung betreiben.
- 3 Mal im Verlauf der Maßnahme werden Ärzte (Ernährungsmediziner, Diabetologen, Bariatiker, z. T. auch Fachärzte, z. B. Orthopäden) eingeladen, um über die gesundheitlichen Risiken aufzuklären und um die Zusammenhänge zu erläutern.
- Nachtermin mit 6-Minuten-Gehtest und abschließenden Fragen der TN.

Neu ist, dass nicht sequentiell gearbeitet wird. In jeder Stunde sind mindestens zwei Vertreter unterschiedlicher Berufe in den Gruppen. Beispiel: Beginnt die angeleitete Bewegungseinheit, macht die anwesende Psychotherapeutin mit. Kommt es im Anschluss zur Psychotherapie-Einheit, ist die Bewegungstrainerin anwesend und hört zu, was die Psychotherapeutin bespricht und erarbeitet. Dies bedingt, dass mit der Zeit jede der teilnehmenden Berufsgruppen über die Ansichten, Hintergründe und Themen der anderen Berufe Kenntnis gewinnt, somit jeder von jedem lernt. Die Patienten erkennen dies und sind damit besser motivierbar, ihre eigenen kleinen neuen Wege zu beschreiten. Damit wird im besten Sinn multimodal und multiprofessionell gearbeitet.

## Psychotherapie bei AdiPosiFit

Der psychotherapeutische Teil (2 × 25 Stunden) beinhaltet 10 Projekte, die jeweils 2–4 Termine umspannen und aufeinander aufbauen. Ich verknüpfe an dieser Stelle die Projekte mit den Expertenempfehlungen der S3-Leitlinie von 2014 (11), die der Kollege Machleit in diesem Heft darstellt, durch Unterlegungen der Stichworte in Fettschrift (► Tab. 1).

## Bewegung bei AdiPosiFit

Das Bewegungsmodul (30 × 45 Minuten) hat zum Ziel, sukzessive die körperliche Aktivität der adipösen Patienten zu steigern (16, 20). Es soll langfristig aktives Bewegungsverhalten aufgebaut und beibehalten werden. Vor allem die Freude an der Bewegung und ein verbessertes Körpergefühl sind die Ziele (20). Das AdiPosiFit-Bewegungsmodul umfasst u.a. Übungen zu bewusstem Sitzen, Gehen und Stehen sowie Bodenübungen.

Darüber hinaus werden Körperarbeit nach Anna Halprin (21), choreographische Tänze und „Zumba Gold“, eine Kombination von Aerobic und Tanz, angeboten; es enthält Übungen zum Kraft- und Muskelaufbau (16) genauso wie den Umgang mit japanischen Trommeln, um den Patienten den Ausdruck von Emotionen näherzubringen.

► **Tab.1** Darstellung der 10 psychotherapeutischen Projekte.

Anzahl	Projektname	Themen
2 Termine	1. Start	Kennenlernen in der Gruppe; klare <b>Zielvereinbarungen</b> ; erste <b>Selbstbeobachtungen</b>
3 Termine	2. Verstehen und Begreifen	Außenreize und <b>Stimuluskontrolle</b> Verstehen von Nervensystem, Funktion, der Verankerung von externen Reizen mit Hunger; Einüben von <b>flexibel kontrolliertem Essverhalten</b>
3 Termine	3. Wahrnehmen und Denken	Darstellung der Denkabläufe; kognitive Umstrukturierung, Problemlösetraining
3 Termine	4. Körper und Bewegung	Fitness und Kraft; kleine Schritte bei der <b>Ausweitung der Bewegung (flexibel)</b>
3 Termine	5. Achtsamkeit & Entspannung	alternative Stressbewältigung; Achtsamkeit mit Übungen, PMR als Lang- und Kurzform
2 Termine	6. Genuss	Genussübungen und Genussregeln; <b>Stärkung eigener Kompetenzerwartung</b>
3 Termine	7. Gefühle	Unterscheidung der Gefühle, Selbstempathie
2 Termine	8. Soziales Feld	heilende Beziehungen; <b>soziale Unterstützung</b> ; trennen schädigender Beziehungen; <b>soziales Kompetenztraining</b>
2 Termine	9. Essen	wann, überlegt, achtsam, langsam, mit Ambiente und Genuss
1 Termin	10. Ausrutscher oder Rückfall	<b>Rückfallprophylaxe; Strategien bei wieder ansteigendem Gewicht</b>

## Ernährungsumstellung und ärztliche Betreuung

Im Rahmen der 5 Mal stattfindenden Ernährungsberatung in der Gruppe (4 × 90 Minuten und 1 × Lehrküche mit 180 Minuten) wird die Lebensmittelpyramide der DGE besprochen. Portionsgröße und die Kombination verschiedener Nahrungsmittel in einer Mahlzeit sind Themen. Es geht um die Zufuhr von Kohlenhydraten und Fetten, um versteckte Fette und die Funktion von Eiweiß für das Abnehmen. Einmal wird in der Lehrküche gemeinsam gekocht und ein Mahlzeiten-training durchgeführt. Zudem gibt es an zwei Terminen Einzelberatung.

Bei der ärztlichen Beratung (3 × 60 Minuten) werden die Teilnehmer über die mit Adipositas verbundenen körperlichen Risiken informiert.

## Als Patientenschulung anerkannt

AdiPosiFit ist nach langen Prüfprozessen des MDK Nordrhein eine seit Herbst 2012 von den örtlichen Krankenkassen anerkannte Patientenschulung nach § 43

SGB V. Alle Modulteile sind (teil-)manualisiert und standardisiert und werden in geschlossenen Gruppen von max. 12 TN durchgeführt.

Zum Team gehören Ärzte, Bewegungslehrer, Sportwissenschaftler, Öcotrophologen, psychologische Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppenleiter. Es ist multimodal und multiprofessionell ausgerichtet und entspricht der evidenzbasierten Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (5, 11).

## Die Studie zum AdiPosiFit-Programm

Es wurden von Anfang an (seit 2010) Daten erhoben, um zu prüfen, ob der gewählte Ansatz funktioniert und um den Blick der Teilnehmer und des Fachpublikums auszuweiten, weg von dem bloßen fokussieren auf das Gewicht, hin zu Faktoren wie vermehrten sozialen Kontakten, anderem, eiweißhaltigerem Essen, freudvoller Bewegung, verstärktem psychischen Wohlbefinden.

Neben den Behandlungsgruppen wurden Wartelistenkontrollgruppen und eine echte Kontrollgruppe gebildet.

### Erhobene Parameter

Als abhängige Variablen für den Behandlungserfolg dienten neben dem Körpergewicht physiologische Parameter (wie Blutdruck, Cholesterin, Triglyzeride, HbA<sub>1c</sub>-Wert), psychologische Parameter (u.a. Depressivität, Essstörungssymptomatik, Lebensqualität) und Daten zur körperlichen Aktivität (Schrittzähler, Bewegungstagebücher (2, 3).

### Stichprobe

Es wurden bisher (8/2014) 151 Erwachsene in die Berechnungen einbezogen. Nicht für alle Messzeitpunkte liegen die Werte von allen TN vor. Für die Teilnahme war ein Ausgangs-BMI > 40 (Adipositas Grad III) oder ein BMI > 35 (Adipositas Grad II) mit bekannter Komorbidität Voraussetzung.

Die TN wurden über Arztpraxen, Krankenkassen und Selbsthilfegruppen angesprochen und an die Psychotherapiepraxis des Autors in Düsseldorf verwiesen. Das Alter der Patienten in den Interventionsgruppen variiert zwischen 18 und 70 Jahren. Die 10 Patienten der Kontrollgruppe (8 Frauen, 2 Männer) waren zwischen 29 und 60 Jahre alt.

Die Interventions- und die Kontrollgruppe unterschieden sich zu Beginn der Maßnahme in Geschlechtsverteilung, Alter oder dem BMI nicht signifikant.

### Das AdiPosiFit-Programm

Dieses Programm zur Therapie der Adipositas wurde vom Autor entwickelt und

enthält die oben skizzierten 3 Module Bewegung, Verhaltenstherapie und Ernährungsumstellung. Daneben ist die (fach-) ärztliche Begleitung ein unverzichtbares Element.

### Körperliche Maße

Körpergröße und Gewicht wurden vorab mit den Laborparametern von den ärztlichen Kollegen für die Maßnahme erfasst, um den BMI zu berechnen. Zudem wurden erfasst systolischer und diastolischer Blutdruck, Harnsäure, Gesamtcholesterin, High Density Lipoprotein (HDL), Low Density Lipoprotein (LDL), Triglyzeride und der HbA<sub>1c</sub>-Wert.

### Psychologische Maße

Das Beck Depressionsinventar (BDI (6) wurde verwendet, um den Schweregrad depressiver Symptomatik abzubilden. Das Vorliegen psychischer Störungen wurde mittels des ICD-10 Symptom-Rating (ISR) in der Version 2.0 (17) erhoben. Das ISR erfasst diese auf 5 Subskalen (depressives Syndrom, Angstsyndrom, Zwangssyndrom, somatoformes Syndrom, Essstörungssyndrom) und hat eine Zusatzskala zum Screening einzelner Syndrome (Konzentrationsstörungen, Schlafprobleme, Vergesslichkeit, Suizidalität, Derealisation etc). Zur spezifischen Erfassung der Essstörungspsychopathologie wurde die deutschsprachige Version des Eating Disorders Examination-Questionnaire (EDE-Q) (9) eingesetzt. Der Fragebogen misst diese in den

Bereichen Restraint (gezügelt Essen), Eating Concern (essensbezogene Sorgen), Weight Concern (Gewichtssorgen), Shape Concern (Figursorgen). Zur Erfassung der Lebensqualität wurde ein Fragebogen nach Šoljan (unveröffentlicht) verwendet. Der Fragebogen misst anhand von 6 Items auf einer Skala von „schlecht“ bis „gut“ die Lebensqualität der Probanden.

### Weitere Maße

Es wurden weitere Maße erhoben (6-MGT, Bioimpedanzwerte [3], Schrittzählerwerte [2], etc.), die aus Gründen der Übersicht in diesem Artikel vernachlässigt werden.

### Durchführung

Das AdiPosiFit-Programm wurde mit Ausnahme der Lehrküche und den beiden individuellen Ernährungsberatungen in den Gruppen durchgeführt. Die Gruppen haben einen zeitversetzten Start. Die Kontrollgruppe war ausschließlich eine Wartegruppe. Für die Auswertung werden alle Interventionsgruppen zusammengefasst.

Drei Wochen vor Beginn der AdiPosiFit-Maßnahme (T1) wurden persönliche Daten (z.B. Alter, Körpergewicht, Familienstand, etc.) über Anamnesebögen erfasst; es wurden Angaben zu bereits durchgeführten Diäten, zum Essverhalten und die Fragebögen BDI, ISR, EDE-Q und zur Lebensqualität erhoben. Diese Fragebögen wurden zum Messzeitpunkt T2 (nach 5 Monaten) und T3 (nach 10 Monaten; am Ende des Programms) von den Patienten erneut ausgefüllt. Desgleichen ein Jahr nach Maßnahmenende (T4) und zwei Jahre nach Maßnahmenende (T5).

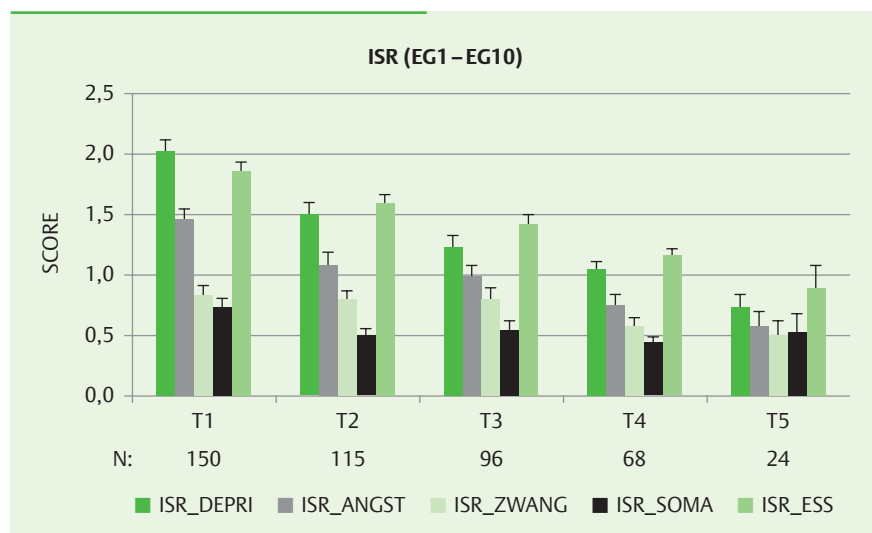
### Statistische Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Programm SAS.

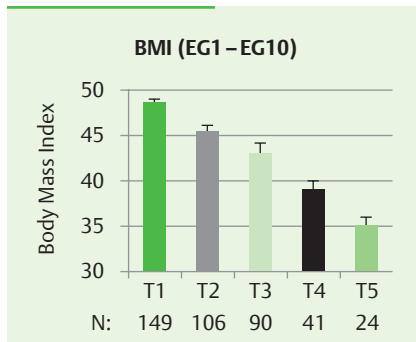
### Wirkt AdiPosiFit?

An dieser Stelle folgen exemplarische Darstellungen. Die fortgeführten Ergebnisse werden Gegenstand weiterer Artikel und Publikationen.

Sie können ► Abb. 1 entnehmen, dass bis auf den Bereich der Zwangsstörungen es in allen Skalen zu deutlichen Veränderungen kommt, die mit dem eigentlichen Ende der Intervention (T3) weitergehen,



► Abb. 1 Psychometrische Daten des ISR über 3 Jahre.



► **Abb. 2** BMI-Verlauf über 3 Jahre.

bis zum Ende des Messzeitraums, 2 Jahre nach Ende der Maßnahme (T5). Die Statistiken spiegeln diese Aussagen. Nur in der Zwangsskala kommt es zu keinen signifikanten Ergebnissen.

So bleibt festzuhalten, dass die Patientenschulung in vielen der gemessenen Bereiche zu positiven Veränderungen führt, die sich nach dem Ende der Maßnahme klar fortsetzen. Diesen Trend führe ich auf den Umstand zurück, dass mehrere Experten in ihren jeweiligen Professionen gut zusammenarbeiten.

Der BMI-Verlauf über 3 Jahre (► **Abb. 2**) zeigt, dass die TN während der Maßnahme (T1–T3) den BMI von 48 auf 43 reduzieren ( $p < 0,0001$ ), ein Jahr später (T4) liegt der BMI bei 38; zwei Jahren nach dem Ende (T5) bei 35. Auch dies ist ein deutlicher Beleg für die Wirksamkeit echter multimodaler Programme, in denen nicht sequentiell, sondern multiprofessionell gearbeitet wird.

In der Kontrollgruppe änderte sich der BMI nicht signifikant zwischen den ersten 3 Messzeitpunkten. Weitere Messungen fanden in der KG nicht statt.

## Diskussion und offene Fragen

Es kann über die Daten der Studie belegt werden, dass es im Verlauf der Interventionsgruppen zu erwünschten Effekten kommt. Psychometrisch nehmen die Depressionsscores ab, die Ängste gehen zurück und die Somatisierungswerte zeigen in eine gute Richtung. Es kommt zu wenigen Veränderungen im Bereich der Zwänge. Nicht gezeigt wurde, dass die Lebensqualität in allen Bereichen ansteigt und das soziale Miteinander sich ausweitet.

Der BMI reduziert sich bei allen TN, von denen Daten erhoben werden konn-

ten, von durchschnittlich 48 auf 35 über einen Dreijahreszeitraum. Der Autor ist sehr darüber erfreut, dass nahezu alle Werte sich nicht nur im Rahmen der ca. 40 Wochen, in denen das Programm stattfand, verbesserten. Mut machend ist die weitere Entwicklung der Daten nach dem offiziellen Schluss, also bis zwei Jahre darüber hinaus. Konservativen Programmen wird nachgesagt, dass sie nicht nachhaltig wirken. Dies kann mit den hier vorgestellten Daten nicht bestätigt werden.

## Mögliche Erfolgsfaktoren

Warum kommt es zu der positiven Entwicklung? Anfänglich wurde dem Team unterstellt, dass es mit besonderem Herzblut agierte und als „DAS TEAM aus Düsseldorf“ diese Erfolge zeigte. Dies kann mit heutigem Stand nicht bejaht werden, da seit 3 Jahren zunehmend mehr Mitglieder aus allen Fachbereichen zu uns stoßen und (z. B.) die Psychotherapie mit 3 weiteren Psychotherapeutinnen in unterschiedlichen Gruppen eindrucksvoll beweist, dass nicht **ein** Psychotherapeut solche Veränderungen anstößt, sondern **Psychotherapeutinnen im Team** dazu beitragen, solche Erfolge zu erzielen, weil damit der heilkundlich befähigte Profi mit an Bord ist. Das gemeinsame Arbeiten der passenden Professionen in den Gruppen könnte der entscheidende Faktor sein.

## Weitermachen als Angebot

Das Team hat sich dazu entschlossen, nach dem Ende der eigentlichen Maßnahme auf freiwilliger Basis den TN das Weitermachen anzubieten. Im zweiten Jahr haben ca. 40% der TN diese Möglichkeit gewählt, im dritten Jahr waren es noch 15%. Die Veränderungen zu T4 und T5 erklären sich aber nicht aus der fortgesetzten Teilnahme. Die Effekte zeigen sich über alle TN.

Aktuell fragen einige Krankenkassen AdiPosiFit an, das Konzept und Programm auf andere Städte der Umgebung auszuweiten. Dies soll in den kommenden Monaten und Jahren geschehen, auch, um in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die Patientenschulung in anderen Städten und mit neuen Teams ähnliche Erfolge zeigen kann.

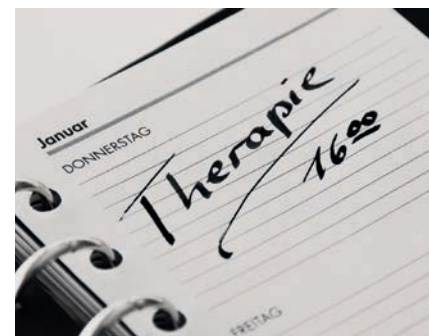
## Limitationen

Die vorliegende Studie weist noch einige Limitationen auf, so etwa die geringe Stichprobengröße der Kontrollgruppe. Auch liegen wenige Katamnese-daten vor, die Auskunft über die Stabilität der Effekte geben. Durch den zeitversetzten Beginn der Gruppen sind bisher nur die ersten TN aus dem Dreijahres-Zeitraum in die Berechnungen eingegangen ( $n = 24$ ), entsprechend eingeschränkt sind die statistischen Aussagen.

Dennoch belegen die Ergebnisse heute eindrucksvoll die Wirksamkeit der Patientenschulung sowohl im prä-post-als auch im Kontrollgruppenvergleich. Die Reduktion des BMI liegt im oberen Bereich der in bisherigen Studien berichteten Gewichtsreduktion (12, 13, 14, 18). Bisher liegen wenige Untersuchungen über multimodale Adipositasbehandlungen mit psychologischen Psychotherapeuten der Fachkunde Verhaltenstherapie vor, denen eine Schlüsselrolle bei der Therapie zuzukommen scheint (6, 14).

Im Gegensatz zu den bisher eher geringen Erfolgsraten bei der Behandlung der Adipositas verspricht AdiPosiFit wegen seines breiten und zeitlich umfangreichen Einsatzes einen guten Weg der multiprofessionellen Behandlung und ist damit vielleicht ein treffsicherer Pfeil im Köcher der therapeutischen Programme.

Nicht jeder Mensch ist für diese Art von Maßnahme geeignet. Deshalb ist es so wichtig, dem Ansatz von Herrn Machleit (im gleichen Heft) zu folgen, geeignete Screening-Instrumente zu entwickeln, damit jeder Adipöse den ihm am besten helfenden Ansatz findet.



Eine Säule im Programm: Die Verhaltenstherapie weist im Vergleich zu anderen Therapieformen eine höhere Effektivität auf. ©Fotolia/PhotoSG



Bewegung wieder lernen: Alle 30 Termine beinhalten ein Bewegungsmodul.  
© Thieme Verlagsgruppe/C. Götz

**Online**

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1384436>

**Literatur**

- 1 Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Rev* 2000; 1: 113–119
- 2 Bös K, Brehm W. *Handbuch Gesundheits-sport*. 2. Aufl. Schorndorf: Hofmann; 2006
- 3 Brehm W, Janke A, Sygusch R, Wagner P. *Gesund durch Gesundheitssport*. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen. Weinheim: Beltz Juventa; 2006
- 4 Hauner H, Berg A. Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärztebl* 2000; 97: 768–774
- 5 Hauner H, Buchholz G, Harmann A et al. Evidenzbasierte Leitlinie Adipositas. Deutsche Gesellschaft für Ernährung u. a. <http://www.dge.de/pdf/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf>
- 6 Hautzinger M, Bailer M, Worrall H, Keller F. *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber; 1985
- 7 Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M et al. *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Berlin: Springer; 2011

- 8 Hilbert A. Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S, Hrsg. *Handbuch der Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer; 2008: 288–291
- 9 Hilbert A, Tuschen-Caffier B. *Eating Disorder Examination-Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie; 2006
- 10 Kossmann B, Ullé T, Kahl KG, Wasem J, Aidelburger P. *Nichtmedikamentöse verhaltensbezogene Adipositas-therapie unter Berücksichtigung der zugelassenen Arzneimittelbehandlung*. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Schriftenreihe Health Technology, Assessment 2008; Band 71
- 11 Deutsche Adipositas-Gesellschaft u. a. *Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ (06/2014)*. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/050-001.html>
- 12 Melin I, Karlström B, Lappalainen R et al. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: A randomised 2-y clinical trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1127–1135
- 13 Pudél V. Adipositas. In: Margraf J, Schneider S, Hrsg. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer; 2009: 325–344
- 14 Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM et al. Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 717–721
- 15 Soljan A. *Erste Düsseldorfer Patientenschulung für morbid Adipöse*. Unveröffentlichtes Manuskript. Düsseldorf, 2013
- 16 Strasser B, Schoberberger W. *Training in der Prävention und Therapie des Metabolischen Syndroms: State of the Art Review*. *Sport- und Präventivmedizin* 2010; 40 (3): 12–16
- 17 Tritt K, von Heymann F, Zaudig M et al. Entwicklung des Fragebogens „ICD-10 – Symptom Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 2010; 54: 93–107
- 18 Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R et al. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 205–217
- 19 von Lengerke T, Reitmeier P, John J. Direkte medizinische Kosten der Adipositas: ein Bottom-up-Vergleich über- vs. normalgewichtiger Erwachsener in der KORA-Studienregion. *Das Gesundheitswesen* 2006; 68: 110–115
- 20 World Health Organization. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. 2011. Zugriff am 09.03.2011 unter <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>
- 21 Halprin A. *Tanz, Ausdruck und Heilung*. Essen: Synthesis; 2000



**Dr. Andreas Soljan**  
Psychotherapiepraxis  
Düsseldorf  
Benderstr. 76  
40625 Düsseldorf

Dr. Soljan ist Diplom-Psychologe und seit 1992 niedergelassen in eigener Praxis mit den Fachkunden Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse. Berufsbegleitend erfolgte die Promotion zum Dr. phil. Er ist Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in allen Verfahren. Schwerpunkte liegen in der Psychoonkologie, Schmerzbehandlung und Adipositasbehandlung. Dr. Soljan ist Bundesbeauftragter der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung zum Thema Adipositas.

[soljan@psychotherapiepraxis-duesseldorf.de](mailto:soljan@psychotherapiepraxis-duesseldorf.de)