




**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

7. Jahrgang | Heft 3.2015



-  Psychotherapeutische Behandlung schwerer psychischer Störungen
-  Überlegungen zum E-Health-Gesetz
-  Änderungen beim GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Andreas Šoljan  
Sabine Puhl

# AdiPosiFit

## Ein multimodales Schulungsprogramm für hochgradig adipöse Erwachsene

### Zusammenfassung

Der Artikel stellt das multimodale Patientenschulungsprogramm „AdiPosiFit“ für hochgradig adipöse Erwachsene samt erster Ergebnisse des Programms in den Bereichen Psyche und Bewegung vor.

AdiPosiFit ist ein zehnmönatiges Programm, in dessen Zentrum die *Gruppenpsychotherapie* steht, eng verzahnt mit den Säulen *Bewegung*, *Ernährung* sowie *haus- und fachärztliche Betreuung*.

Der Grad psychischer Probleme wird in der Schulung über den ISR erfasst. Die körperliche Aktivität wird mittels Schrittzähler und die Befindlichkeit anhand eines Fragebogens erfasst.

Die Werteverläufe des ISR zeigen, dass sich die psychische Befindlichkeit in allen Bereichen positiv verändert. Depressionen (Score-Veränderungen des ISR vor/nach Schulung von 2,4 auf 1,3) und Angstwerte (hier Score-Veränderungen des ISR von 1,6 auf 0,9) gehen

signifikant zurück. Die körperliche Aktivität und das Befinden während körperlicher Aktivität konnten signifikant gesteigert werden (vor Maßnahmenstart durchschnittlich 3.500 Schritte/Tag; am Ende 8.500 Schritte/Tag).

In der Kontrollgruppe gab es einen leichten Rückgang der körperlichen Aktivität (3.500 Schritte/Tag auf 2.800 Schritte/Tag).

### Einleitung/Hintergrund

Die Zahl der schwer adipösen Personen steigt weltweit seit Jahren an. Finkelstein et al. (2012) prognostizieren für die nächsten beiden Dekaden einen weiteren Anstieg der morbid Adipositas (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) von ungefähr 130%. Nach Angaben der Nationalen Verzehrs-Studie aus dem Jahr 2008 (Max Rubner Institut, 2008) haben in Deutschland etwa 4,6% der Bevölkerung einen BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>. 1,5% der Deutschen überschreiten den BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>; das sind etwa 1,3 Millionen Menschen in unserer

Mitte (Mensink et al., 2005). Andere Staaten der Erde erleben sehr ähnliche Entwicklungen (WHO, 2000; WHO, 2010).

Hochgradige Adipositas ist mit unterschiedlichen Begleiterkrankungen assoziiert (u.a. Hauner, 2007). So haben Personen mit hochgradiger Adipositas eine um 200 bis 300% erhöhte KHK-Mortalität. Das Risiko, einen Diabetes Typ-2 zu entwickeln, ist ab einem BMI  $\geq 30$  ebenfalls um etwa 300% erhöht. Hinzu kommt, dass bei Frauen mit hochgradiger Adipositas die Gesamtkrebsmortalität etwa 1,5-mal so hoch ist wie in der deutschen Gesamtbevölkerung (Bender et al., 2006; Lenz et al., 2009). In Summe lässt sich bei einem BMI zwischen 40 und 45 kg/m<sup>2</sup> eine um acht bis zehn Jahre reduzierte Lebenserwartung vorhersagen (Whitlock et al., 2009).

Neben den physischen Begleiterkrankungen leiden hochgradig Adipöse gehäuft unter psychischen Erkrankungen wie Angst- oder Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen (Keddie, 2011; Matos et al., 2002; Ryden et al., 2004).

### Behandlung der morbid Adipositas

In der Adipositas-Leitlinie (Hauner, 2007; Herpertz et al., 2011; Machleit, 2014) empfiehlt die DAG (Deutsche Adipositas Gesellschaft) zur Therapie von Adipositas ein Basisprogramm mit den Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltensumstellung.

### Psychotherapie bei der Behandlung der morbid Adipositas

In Querschnittstudien (u.a. Šoljan, 2014) haben ca. 80% der morbid adipösen Menschen eine oder mehrere psychische Erkrankungen



Psychotherapie ist bei AdiPosiFit ein zentraler Baustein für alle Veränderungen unserer Teilnehmer.

(u.a. Wirth & Hauner, 2013; Šoljan, 2014). Vor allem mittelgradige Depressionen, soziale Ängste und Somatisierungsstörungen liegen vor. Daher sehen die Autoren den Ansatz, der Psychotherapie einen Raum bei der Behandlung morbid adipöser Menschen zu bieten, als wichtig an.

**Körperliche Aktivität in der Therapie morbid Adipositas**

Derzeit liegen keine evidenzbasierten Leitlinien für ein Bewegungsprogramm bei morbid Adipositas vor. Selbst Empfehlungen, die zumindest auf qualitativen Daten beruhen, gibt es bis heute nicht. Dies hängt vornehmlich damit zusammen, dass nur wenige Studien existieren, die sich mit dieser Thematik befassen. Zudem unterscheiden sich die Programme in Bezug auf Dauer, Art und Intensität der körperlichen Aktivität immens, so dass ein Vergleich kaum möglich ist. Dennoch lassen die Ergebnisse dieser Studien vermuten, dass grundsätzlich eine Steigerung der körperlichen Aktivität und der körper-

lichen Fitness möglich ist. Es gilt: Je mehr Bewegung, desto größer die Gewichtsabnahmen. Ähnlich wie die Ergebnisse mit übergewichtigen Menschen und Menschen mit Adipositas Grad I oder II scheinen auch bei hochgradig Adipösen alle Personen in Bezug auf die körperliche Aktivität und die körperliche Fitness von einem Bewegungsprogramm zu profitieren. Die Effekte von Bewegungsprogrammen scheinen bei männlichen Teilnehmern stärker zu sein. Besonders bedeutsam ist, dass unabhängig von einer Gewichtsreduktion gesundheitsrelevante Parameter deutlich verbessert werden können, wie z.B. der Blutdruck oder die Glukosetoleranz (Aadland & Robertson, 2012; Goodpaster et al., 2010).

**Das Therapieprogramm AdiPosiFit**

AdiPosiFit ist ein standardisiertes Gruppenprogramm mit einer Dauer von ca. zehn Monaten. Während dieser Zeit finden neben einem

Vor- und Nachbereitungstreffen 30 Termine mit einer Dauer von jeweils 2,25 Stunden statt. Den Schwerpunkt bildet die Gruppenpsychotherapie.

Das Programm wurde im Jahr 2009 vom Erstautor initiiert. Er stellte fest, dass in der Region Rheinland die leitliniengerechte Empfehlung für multimodale und professionelle Programme immer ausgesprochen wurde, entsprechende Programme aber real nicht existierten.

In Abstimmung mit vielen Berufsgruppen und Experten nahm eine Patientenschulung ihren Anfang, deren Teilnehmer heute von den örtlichen Krankenkassen finanziell unterstützt werden.

Bis Ende 2014 begannen 15 Behandlungsgruppen mit insgesamt 168 Teilnehmern (TN) und eine Kontrollgruppe mit 10 TN diese Maßnahme. Der Arbeit liegen – aus Gründen der Vergleichbarkeit – die Daten der ersten fünf Experimentalgruppen (N = 68) und einer Kontrollgruppe (N = 10) zugrunde, da der Gruppenstart dieser Gruppen in einem zeitlichen Rahmen von 12 Monaten lag. Die Alters- und BMI-Werte samt aller anderen erhobenen Parameter weisen zum Startpunkt keine Unterschiede innerhalb der Gruppen auf. Die Gruppen starten sukzessiv mit einem zeitlichen Abstand von ca. zwei bis drei Monaten.

**Modul Psychotherapie**

Der psychotherapeutische Teil (25 Doppelstunden) umfasst zehn Module, die aufeinander aufbauen. Die Autoren verknüpfen an dieser Stelle die Module mit den Expertenempfehlungen der S3-Leitlinie von 2014 (Machleit, 2014) durch Hervorhebungen in der nebenstehenden Tabelle 1.

**Modul Bewegung**

Der Bewegungsteil verfolgt drei übergeordnete Ziele:

1. Die Steigerung des Energieverbrauches durch körperliche Aktivität.

Darstellung psychotherapeutischer Module bei AdiPosiFit

Menge an Treffen	Modulname	Themen
3 Termine	1. Gruppenstart	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; Verankerung externer Reize mit Hunger; Einüben von <b>flexibel kontrolliertem Essverhalten</b>
3 Termine	3. Wahrnehmen und Denken	Darstellung der Denkabläufe; kognitive Umstrukturierung, Problemlösetraining
4 Termine	4. Körper / Bewegung	Fitness und Kraft; <b>Ausweitung der Bewegung (flexibel)</b>
4 Termine	5. Achtsamkeit und Entspannung	Stressbewältigung; Achtsamkeit mit Übungen, PMR als Lang- und Kurzform
3 Termine	6. Genuss	Genuss-Übungen und Genuss-Regeln; <b>Stärkung eigener Kompetenzerwartung</b>
3 Termine	7. Essen	Wann, überlegt, achtsam, langsam, mit Ambiente und Genuss essen
3 Termine	8. Gefühle	Gefühlsdiskrimination, Selbstempathie
2 Termine	9. Soziales Feld	<b>Soziale Unterstützung</b> ; schädigende Beziehungen erkennen und ändern; <b>soziales Kompetenztraining</b>
2 Termine	10. Ausrutscher / Rückfälle	<b>Rückfallprophylaxe</b> ; <b>Strategien bei wieder ansteigendem Gewicht</b>

Tabelle 1

2. Die Verbesserung des physischen Gesundheitsstatus. Hierunter fallen die mit vermehrter körperlicher Aktivität verbundenen positiven Effekte wie z.B. auf das Herz-Kreislaufsystem, das Muskelsystem und den Fettstoffwechsel.
3. Die Vermittlung von Spaß und Freude an Bewegung ist ein Kernziel der Maßnahme. Nur so kann eine nachhaltige Veränderung der Bewegungsgewohnheiten – über die Schulungszeit hinaus – erreicht werden.

Das Modul „körperliche Aktivität“ besteht aus 30 Bewegungseinheiten à 45 Minuten, die im Regelfall den ersten Teil eines jeden Gruppentermins ausmachen. Um die genannten Ziele zu erreichen, bilden u.a. tanzpädagogische Inhalte zentrale Elemente. Diese sollen vornehmlich die Freude an der Bewegung wecken und die Körperwahrnehmung schulen (Quiroga et al., 2010). Daneben werden durch gezielte Bewegungs- und Spielformen die Ausdauer- und Kraftfähigkeit, die Beweglichkeit sowie die Entspannungsfähigkeit gefördert.

**Modul Ernährung (und ärztliche Betreuung)**

Im Rahmen der fünf Mal stattfindenden Ernährungsberatung in der Gruppe (4 x 90 Minuten Beratung und 1 x Lehrküche mit 180 Minuten) geht es vor allem um die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten der Teilnehmer, um veränderte Zubereitungsmöglichkeiten der Speisen, um die Veränderung der Aufnahme von Kohlehydraten und Fetten, um die Ausweitung der Kenntnis, dass nur klares Wasser, ungesüßte Tees und Kaffees dem Trinken zuzuordnen sind. Vielen Teilnehmern wird erst darüber klar, dass der „Latte Macchiato“ eine Mahlzeit darstellt, so wie jeder Keks, jedes Stück Schokolade, jeder Happen Herzhaftes, der zwischen durch aufgenommen wird. Zudem geht es um ausgewogene Mahlzeitenkombinationen und immer wieder um das genussvolle, langsame und achtsame Essen.

Einmal wird in der Lehrküche gemeinsam gekocht und ein Mahlzeitentraining durchgeführt. Zudem gibt es zwei Termine Einzelberatung, um die individuellen Probleme rund um das Thema Essen/Ernährung angehen zu können. Bei der ärztlichen Beratung (zwei Treffen) informieren die beteiligten Ärztinnen die Teilnehmer aller laufenden Gruppen über die mit Adipositas verbundenen körperlichen Risiken.

Gearbeitet wird in einem multiprofessionellen Team gemäß Adipositas-Leitlinie. Hervorzuheben ist, dass bei jedem Gruppentermin die Vertreter mindestens zweier Professionen gemeinsam anwesend sind, um die Verzahnung und das „gemeinsame“ Wissen der Berufe sicherzustellen.

Tabelle 2 zeigt eine Zusammenfassung des Gesamtverlaufs der Maßnahme.

**Stichprobe**

Die Rekrutierung der Teilnehmer verlief über Ärzte, Krankenhäuser oder Selbsthilfegruppen. Sie wurden randomisiert entweder den Experimentalgruppen oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. In den nachfolgenden Jahren wurde die Randomisierung aufgehoben, da die Schulung in erster Linie der Versorgung kranker Menschen dient.

85% der Teilnehmer hatten beim Anwerben für die Maßnahme die feste Absicht, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen. Dies wandelte sich im Verlauf. Wir werden am Ende (Grafik 4, Seite 34) zeigen, wie sich dieser Trend in der untersuchten und behandelten Stichprobe verändert.

Die untersuchten Gruppen (Experimentalgruppen 1 bis 5 mit einem N von 68; eine Kontrollgruppe mit einem N von 10) haben ein N von 78 Teilnehmern (17 Männer und 61 Frauen). Das durchschnittliche Alter lag bei 46 Jahren. Die Kontroll- und die Experimentalgruppe unterschieden sich zu Beginn

des Programms weder in der Geschlechterverteilung noch im Alter signifikant.

Einschlusskriterien für die Teilnahme am AdiPosiFit-Programm waren ein BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> oder ein BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit entsprechenden Komorbiditäten.

**Messmethoden**

Zur Erfassung des Status und der Veränderung des *Schweregrades psychischer Störungen* wurde u.a. das ISR in der Version 2.0 (Tritt et al., 2010) eingesetzt. Die Konzipierung des ISR Fragebogens basiert auf dem ICD-10 Kapitel V(F) und umfasst 29 Items, die sich auf sechs Subskalen in der Reihenfolge depressives Syndrom und Angstsyndrom (je 4 Items), Zwangssyndrom, somatoformes Syndrom und Essstörungssyndrom (je 3 Items) sowie eine Zusatzskala mit 12 Items zum Screening einzelner Syndrome verteilen (Tritt et al., 2010). Alle Items sind anhand einer fünfstufigen Skala vom Probanden einzuschätzen.

Viele Teilnehmer erleben bei AdiPosiFit erstmalig Bewegung als positiv und angenehm. Für uns die Grundlage eines aktiven Lebens.

**Übersicht über den Ablauf von AdiPosiFit**

**32 Termine (135 Min) in der Gruppe**

- 1 Vortermine = 90 Min (Ausgabe und Durchführung von Evaluationsinstrumenten)
- 25 Termine = 90 Min Psychotherapie
- 5 (4+1) Termine = 4 x 120 Min Ernährungsberatung 1 x 180 Min (gemeinsame Mahlzeit, inklusive Einkauf und Zubereitung)
- 30 Termine = allen Terminen ist ein 45-minütiges Bewegungsprogramm vorgeschaltet
- zweimal im Verlauf eines Jahres werden Ärzte (Ernährungsmediziner, Diabetologen, Bariater, teilweise auch Fachärzte, z.B. Orthopäden) eingeladen, um über die gesundheitlichen Risiken aufzuklären und um die Zusammenhänge zu erläutern
- 1 Abschlusstermin = 90 Min (Evaluation)

**Einzeltermine**

- Pro TN 2 weitere Einzeltermine bei der Ernährungsberaterin

**Sonstiges**

- Freiwillige Bewegungsangebote, wie z.B. Zumba, japanisches Trommeln, Teilhabe an Kursprogrammen umgebender Anbieter (z.B. Sportvereine oder Yoga-Schulen, die freiwillig genutzt werden können)

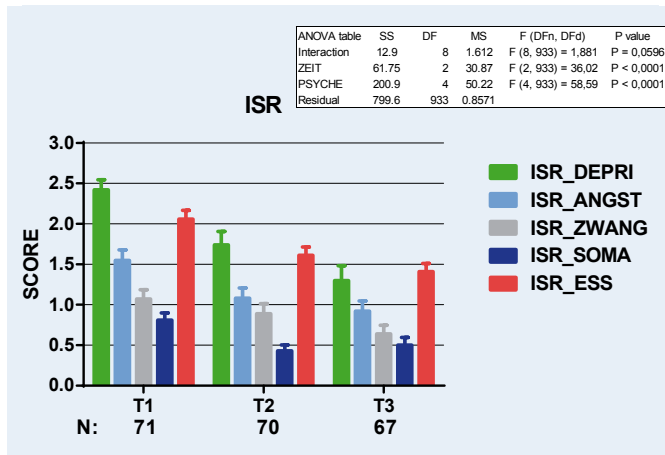
**Nachsorge in der Gruppe (freiwillig)**

- 25 Termine = 14tägig mit je 90 Min pro Jahr

Tabelle 2

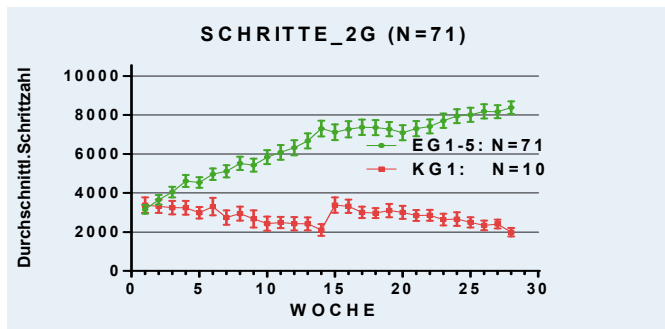


Darstellung der Ergebnisse des ISR über ein Jahr (drei Messzeitpunkte)



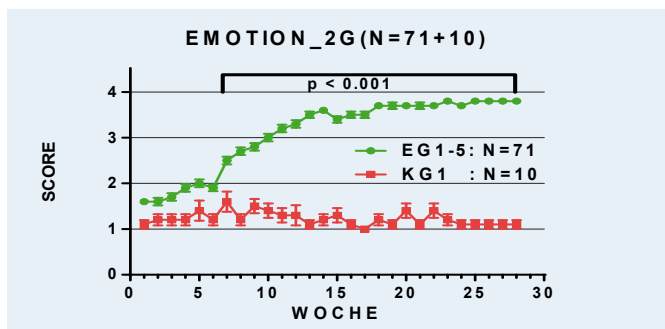
Grafik 1

Darstellung der durchschnittlichen Schritte pro Tag über den Zeitraum der Maßnahme



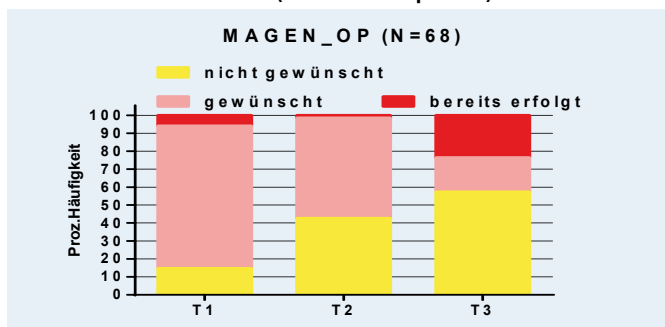
Grafik 2

Darstellung der Befindlichkeit während der Bewegung in der Maßnahme



Grafik 3

Darstellung der Veränderung des Operationswunsches der TN über den Zeitraum eines Jahres (drei Messzeitpunkte)



Grafik 4

Die körperliche Aktivität als Verhaltensweise und die körperliche Fitness als Konstitution einer Person sind entscheidende und unabhängige Prädiktoren der allgemeinen Morbidität und Mortalität (Myers et al., 2002). Erfasst wurden daher beide Parameter: Die *körperliche Aktivität* wurde mittels Schrittzähler (Omron, Walking style III; Bravata et al., 2007) erfasst. Die Ergebnisse der körperlichen Fitness lagen noch nicht vollständig vor.

Die Teilnehmer trugen die Schrittzähler während der gesamten Maßnahme und gaben jeweils einen Wochenmittelwert ein. Der Einsatz von Schrittzählern als motivierendes Element kann zu einer Steigerung von körperlicher Aktivität führen. Dies zeigen der Review von Bravata et al. (2007) und die Metaanalyse von Richardson et al. (2009). Außerdem können positive Effekte auf den Body Mass Index und den Blutdruck erzielt werden (Bravata et al., 2007; Richardson, et al., 2009).

Die *Befindlichkeit während der körperlichen Aktivität* wurde mittels Fragebogen erfasst. Wöchentlich gaben die Teilnehmer an, wie sie sich während der Bewegung fühlen.

### Erste Ergebnisse der Patientenschulung

Im nachfolgenden Text werden die ersten Daten des ISR für den psychotherapeutischen Teil, Schrittzählerwerte und Befindlichkeitsangaben während der Bewegung dargestellt.

Weitere Analysen aus dem großen Datenbestand werden an anderer Stelle veröffentlicht.

Die Ergebnisse wurden mit dem Programm SAS gerechnet und sind unter einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% (Signifikanzniveau von 5% wird immer erreicht). Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die einzelnen Statistiken nicht immer genannt.

### Ergebnisse des ISR

Es werden die Hauptskalen entlang der Mess-Zeitpunkte dargestellt. T1 entspricht dem Maßnahmenstart, T2 folgt nach ca. fünf Monaten. T3 misst am Ende der Maßnahme.

Bis zum Ende der Maßnahme (T3) sind die Trends erfreulich deutlich. In allen Skalen des ISR kommt es zu einer steten Verringerung der Werte. Ausnahme ist die Somatisierungsskala, die zwischen T2 und T3 keine Reduktion der Werte zeigt.

Die Statistik zeigt die Signifikanzen in den Gruppen zu den einzelnen Mess-Zeitpunkten.

### Körperliche Aktivität während der Maßnahme

Bei den Teilnehmern dieser Maßnahme konnte die körperliche Aktivität, gemessen in Schritten/Tag, erhöht werden. Zu Beginn der Maßnahme legten die Teilnehmer im Durchschnitt 3.500 Schritte/Tag zurück. Am Ende der Maßnahme waren es im Durchschnitt 8.500 Schritte/Tag. In der Kontrollgruppe lagen zu Beginn der Maßnahme nahezu gleiche Werte wie bei der Interventionsgruppe vor, zum Ende der Maßnahme wurden weniger Schritte pro Tag zurückgelegt.

### Befinden während der körperlichen Aktivität

Spaß und Freude an Bewegung, so der allgemeine Expertentenor, beeinflussen maßgeblich, ob eine körperliche Aktivität langfristig beibehalten wird. Adipösen Menschen wird zuweilen unterstellt, dass sie keine Freude mehr an „Bewegung“ verspüren. Aus diesem Grund wurde erfasst, wie das eigene Befinden während körperlicher Aktivität tatsächlich wahrgenommen wird und ob sich dieses Befinden im Laufe der Maßnahme verändert.

Die Befindlichkeit während der körperlichen Aktivität war zu Beginn der Maßnahme im Mittel bei etwa 1,5 (zwischen sehr negativ und negativ). Zum Ende der Maßnahme stieg dieser Mittelwert auf knapp unter 4, also deutlich über „posi-

tiv". In der Kontrollgruppe gab es keine Veränderungen. Die Befindlichkeit während körperlicher Aktivität wurde im gesamten Verlauf gleichbleibend negativ empfunden.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Auch in der Zielgruppe der „morbid Adipösen“ werden deutliche Steigerungen der körperlichen Aktivität erreicht. Zum Ende der Maßnahme wurden im Mittel 8.500 Schritte/Tag zurückgelegt. Basierend auf der Tatsache, dass Personen ca. 100 Schritte pro Minute gehen (Tudor-Locke & Bassett, 2004), entspricht dies etwa 80 Minuten Bewegung/Tag. Somit wird die Empfehlung der WHO für gesundheitswirksame körperliche Aktivität, an mindestens fünf Tagen der Woche 30 Minuten moderat körperlich aktiv zu sein, deutlich überstiegen (WHO, 2010).

Erste Analysen zeigen für das darauffolgende Jahr weiterhin eine leicht steigende Tendenz. Dies könnte durch die regelmäßig stattfindenden Nachsorgetermine erklärbar sein. Abzuwarten bleibt die langfristige Entwicklung nach Ausbleiben der regelmäßigen Nachsorgetermine.

Ebenso hervorzuheben sind die Veränderungen bei der Befindlichkeit während körperlicher Aktivität. Nach Aussagen der Teilnehmer ist dies vor allem den tänzerischen Elementen zu verdanken. Auf diese Weise konnten sie nach Jahren der Inaktivität erste positive Erfahrungen mit Bewegung sammeln. Bei der bisherigen Betrachtung der Daten stand der BMI nicht im Vordergrund. Wir erwähnen in Vorbe-

reitung auf die letzte Grafik, dass sich bei den Teilnehmern *ohne* erfolgte OP (N = 52) der BMI in zehn Monaten von 48 auf 42 BMI-Punkte reduzierte. Bei den sechs bis acht Monaten nach Maßnahme-Start operierten Teilnehmern (N = 16) zeigte sich eine BMI-Veränderung von anfänglich 54 auf 44.

Zu sehen ist für die Behandlungsgruppen (prozentuale Häufigkeiten; ohne die Kontrollgruppe), wie im Verlauf der Schulung immer mehr Teilnehmer dem konservativen Weg folgen.

Es erhöht sich die Menge der Teilnehmer, die eine bariatrische Operation nicht mehr wünschen. In den ersten Gruppen befinden sich Teilnehmer mit alten Vor-Operationen (die Jahre nach „der vertikalen Gastroplastik“ ihr vorheriges Gewicht zurückerlangt hatten). Darüber erklärt sich, warum zum Start operierte Menschen an der Maßnahme teilgenommen haben.

Angemerkt sei, dass die Daten für Laborparameter, Essverhalten, körperliche Leistungsfähigkeit oder Lebensqualität ähnlich gut aussehen, und dass die Effekte nach dem Schulungsende weitergehen und sich nicht zurückentwickeln. (Daten hierzu werden zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.) Diese Entwicklungen führen die Autoren auf die motivierenden Aspekte der Schulung und auf die Multiprofessionalität der Teams zurück.


## Ausblick

Die Ergebnisse des Schulungsprogramms AdiPosiFit zeigen positive Auswirkungen der Maßnahme auf den Schweregrad psychischer Symptomatik. Das Gleiche gilt für die körperliche Aktivität der Teilnehmer sowie deren Befindlichkeit während körperlicher Aktivität. Zudem schmilzt das Gewicht eindeutig.

Ein wesentlicher Teil der Veränderungen ist dem Einbezug der

heilkundlichen Psychotherapie und dem engen Zusammenarbeiten aller teilnehmenden Professionen an einer Patientengruppe zuzuordnen.

Das Programm hat sich im Raum Düsseldorf etabliert. Nun wird es in weiteren Städten des Rheinlands eingeführt. An dieser Stelle wird aber auch klar, dass ein Programm, das „privat von einem Kollegen“ geführt wird und nicht auf die Ressourcen großer Institutionen (z.B. renommierte Klinik oder Universität) zurückgreifen kann, an seine Grenzen stößt.

Die Autoren hoffen, dass durch den zunehmenden Bekanntheitsgrad künftig Kooperationspartner gefunden werden, die sich einbringen/mitgestalten möchten. Sofern Sie als Lesende dieses Artikels Lust und Interesse an einer Zusammenarbeit haben: Die Autoren suchen nach Psychologischen Psychotherapeutinnen, die sich vorstellen können, im Rheinland eigenverantwortlich mitzuarbeiten und die Teams zu verstärken. Sie freuen sich über jede Hilfe und Anregung. 

### Dr. Andreas Šoljan

Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Düsseldorf. Supervisor/Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Analytische Psychotherapie. Delegierter der Psychotherapeutenkammer NRW.



### Dr. Sabine Puhl

Sportwissenschaftlerin, Düsseldorf. Arbeitsschwerpunkte: Konzeption von Bewegungsprogrammen (Prävention und Therapie von Adipositas/Diabetes Typ 2), Motivierende Gesprächsführung im Gesundheitswesen, Führungskräfte-Trainings im Rahmen von BGM-Maßnahmen.



Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).