



Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Erkrankungen und Adipositas

Therapiekonzept



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion und Textverarbeitung

Burkhard Bingel, Prof. Dr. med. Martin Siepmann,
Dr. med. Dagmar Stelz

Gestaltung & Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG, 97618 Wülfershausen
im April 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Behandlung von Patienten mit psychosomatischen
Erkrankungen, Depressionen und Angsterkrankungen
mit Adipositas und somatischen Komorbiditäten

INHALTSVERZEICHNIS

05 EINLEITUNG

06 EPIDEMIOLOGIE

07 PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER ADIPOSITAS

08 AUFNAHME

09 THERAPIE

12 BASISDOKUMENTATION

15 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Die Adipositas per magna ist ein zunehmendes Problem der modernen Gesellschaft. Sie kann Ausdruck einer Essstörung, kann Teil eines psychosomatischen Symptomenkomplexes sein, ist als Ursache und Folge mit Depressionen vergesellschaftet und kommt im Rahmen von Angsterkrankungen vor. In der Folge kommt es zur somatischen Multimorbidität, da viele Organsysteme beeinträchtigt werden können. Zunehmend kann es zu Verlust von Selbstwertgefühl, Leistungsminderung, Arbeitsplatzverlust, geminderter Lebensqualität und erheblichen Folgekosten und Lebenserwartungseinschränkung kommen. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt behandelt seit circa 40 Jahren Patienten mit Adipositas. Ein aktueller Schwerpunkt der Klinik liegt in der Behandlung somatoformer psychischer Erkrankungen mit dem Hauptaugenmerk auf internistische Psychosomatik. Besonders im Fokus steht die Behandlung von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Adipositas per magna und metabolischem Syndrom.

Definition

Das Übergewicht, das gesundheitliche Risiken erhöht, wird als Adipositas bezeichnet. Die Definition von Übergewicht und Adipositas basiert auf Körpermaßen, die auf Körpergewicht und Körpergröße gründen. Nach internationaler Übereinkunft ist die Grundlage der Klassifikation der Body-Mass-Index (BMI). Dieser berechnet sich als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{(\text{Körpergröße [m]})^2}$$

Bei einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen besteht. Die höchste Lebenserwartung haben Männer und Frauen mit einem BMI zwischen 22,5 und 25 kg/m^2 .

Das Gesundheitsrisiko ist vom Ausmaß des Übergewichts und der Verteilung des Körperfetts abhängig. Wichtig zur Einschätzung eines Komplikationsrisikos, des kardiovaskulären oder metabolischen Risikos, ist der Taillenumfang. Bei Männern bedeutet ein Taillenumfang $> 94 \text{ cm}$ ein mäßig erhöhtes Risiko, ein Umfang von $> 102 \text{ cm}$ ein deutlich erhöhtes Risiko, bei Frauen $> 80 \text{ cm}$ mäßig erhöhtes Risiko und $> 88 \text{ cm}$ ein deutlich erhöhtes Risiko.

DER BODY- MASS-INDEX

Die Klassifikation des Körpergewichtes anhand des BMI (modifiziert nach WHO 2000):

Untergewicht
BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
Normalgewicht
BMI 18,5 bis 24,9 kg/m^2
Übergewicht
BMI $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$
Prä-Adipositas
BMI 25,0 bis 29,9 kg/m^2
Adipositas Grad I
BMI 30,0 bis 34,9 kg/m^2
Adipositas Grad II
BMI 35,0 bis 39,9 kg/m^2
Adipositas Grad III
BMI $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$

EPIDEMIOLOGIE



Mit zunehmendem Lebensalter nimmt das Körpergewicht bis zum siebten Lebensjahrzehnt zu. Zwei Drittel aller Bürger der Bundesrepublik Deutschland sind übergewichtig. Adipositas ist häufig kombiniert mit verschiedensten Erkrankungen, wie Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Hyperlipidämie, koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperurikämie, Störungen der hormonellen Funktionen infolge der Hyperandrogenämie oder des Polyzystischen Ovarialsyndroms, Schlafapnoesyndrom, Cholezystolithiasis, Steatosis hepatis, Refluxösophagitis, Beeinträchtigung des Bewegungsapparates aufgrund von Arthrosen oder Wirbelsäulenerkrankungen. Bei schwangeren Frauen begünstigt Adipositas Komplikationen des Schwangerschaftsverlaufs (Bhattacharya et al. 2009).

Nachgewiesen ist ein erhöhtes Risiko für die Entstehung verschiedener Karzinome, wie Nierenzell-, Kolon-, Cervix-, Gallenblasen-, Endometrium-, Mamma- und Leberkarzinom. Patienten mit Adipositas leiden häufiger unter Hirsutismus, Striae distensae, eingeschränkter Fertilität, Inkontinenz. Adipöse haben im Vergleich zu Normalgewichtigen ein deutlich erhöhtes Sterblichkeitsrisiko. Je jünger der Patient mit Adipositas ist, desto geringer ist seine Lebenserwartung.

Inwieweit genetische und epigenetische Faktoren Einfluss auf die Entwicklung einer Adipositas haben, ist teilweise bekannt und weiterhin Gegenstand intensiver Forschungsaktivität (siehe dazu www.bmbf.de, Adipositas-Erkrankungen 2012).

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER ADIPOSITAS

Bei einem Teil der Menschen mit Adipositas haben psychische Probleme zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens geführt. In Studien wurde nachgewiesen (Baumeister und Haerder 2007), dass adipöse Menschen eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen gegenüber normalgewichtigen Menschen aufweisen. Die häufigsten Diagnosen stellen dabei depressive, Angst- und somatoforme Störungen dar. Im Hinblick auf Depression, Binge-Eating-Störung und Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Adipositas als Affektregulationsstörung einzuordnen. Adipositas stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung affektiver Störung dar (Parry et al 2007); hierbei sind insbesondere majore depressive Störungen, Dysthymia, bipolare Störungen, soziale und spezifische Phobien zu benennen. Gemeinsamkeiten der Adipositas und Depression sind die Verminderung des Antriebs und der Bewegung, das hyperkalorische Essverhalten und sekundäre somatische Multimorbidität. Depressionen im Kindesalter und in der Adoleszenz sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas im Erwachsenenalter. Umgekehrt haben adipöse Menschen ein deutlich erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Im Hinblick auf die Komorbidität von Depression und Adipositas ist die gewichtssteigernde Wirkung vieler Psychopharmaka, besonders von trizyklischen Antidepressiva, atypischen Neuroleptika und Lithium nicht zu unterschätzen.

Die Binge-Eating-Störung (BES) ist eine Extremvariante einer Essstörung, mit Heißhungeranfällen ohne anschließendes Erbrechen. Patienten mit dieser Erkrankung haben ein geringes Selbstwertgefühl; die Komorbidität mit anderen Störungen, insbesondere affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen, ist erhöht. Es besteht ein direktes Verhältnis vom Grad der

Psychopathologie und dem Grad der Essstörung. Als Variante der Binge-Eating-Störung ist das „Grazing“ zu benennen, d. h. überwiegender Konsum von Süßigkeiten über einen längeren Zeitraum. Weiterhin gibt es das „Night-Eating-Syndrom“, das sich durch eine hypokalorische Ernährung tagsüber und Hyperphagie nachts mit Schlafstörungen manifestiert.

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen dient die hyperkalorische Ernährung dazu, dysphorische Stimmungen und Störungen der Impulsivität zu neutralisieren. Im Hintergrund finden sich psychodynamisch traumatisierende Erfahrungen, wie sexueller Missbrauch in der Kindheit.

Kognitions- und Neurowissenschaften konnten unter anderem durch MRT und PET-Untersuchungen nachweisen, dass bei Adipösen die Hirnstrukturen genabhängig verändert sind, die mit dem Belohnungssystem zusammenhängen (Curran et al. 2013). Teile des Hypothalamus, die für Hunger- und Sättigungsempfinden zuständig sind, sind vergrößert.

Aus lerntheoretischer Sicht prädisponiert ein übergroßes Kontrollverhalten mit Phasen von strenger Diät gefolgt von haltlosem Essen mit darauf folgendem schlechten Gewissen zu Adipositas. Im Hinblick auf Patienten der Adipositas-Chirurgie ist ebenso eine höhere Zahl von psychischen Störungen, wie depressiven

Psychosomatische Aspekte

- Depression
- Binge-Eating-Störung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Dysthymia
- bipolare Störungen
- soziale und spezifische Phobien

Störungen, Angststörungen, Patienten mit Suchtmittelmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen, zu finden. Es gibt Hinweise, dass es sowohl eine Besserung der psychischen Gesundheit nach Adipositas-Chirurgie gibt, umgekehrt fanden Tindl et al. (2010) eine erhöhte Suizidrate von adipösen Menschen nach einer Adipositas-Chirurgie.

AUFNAHME

Aufnahmekriterien

Kriterien für die Aufnahme zur stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten mit Adipositas sind: Das Vorliegen von mindestens einer im Vordergrund stehenden psychischen Diagnose, wie Essstörung, Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, die sich akut verschlechtert hat, z. B. vor dem Hintergrund aktueller Ereignisse (Lebenskrisen, Zuspietzungen beruflicher oder privater Konflikt- und Belastungssituationen, Verluste, Traumatisierungen). Die Notwendigkeit der Herausnahme aus den pathogenetisch relevanten familiären bzw. sozialen Verhältnissen sollte erforderlich sein, eine zuvor erfolgte ambulante oder tagesklinische Behandlung sollte nicht ausreichend erfolgreich gewesen sein.

Weitere Aufnahmekriterien sind relevante somatische Komorbiditäten, wie das metabolische Syndrom, koronare Herzkrankheit, ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus bei Insulinresistenz, somatische Instabilitäten mit Komplikationsneigungen, wenig Krankheitseinsicht, die Zunahme der psychischen Dekompensationssymptomatik, Überforderung im ambulanten Setting, die Notwendigkeit der Behandlung durch das multiprofessionelle Team im Rahmen des strukturierten multimodalen Krankenhaussettings.



Kontraindikation

Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten und können bei uns nicht behandelt werden. Das gleiche gilt für Patienten, die mehr als 160 kg wiegen, die somatisch sehr instabil sind sowie für immobile pflegebedürftige Patienten.

Aufnahmemodalitäten

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte, approbierte psychologische Psychotherapeuten oder als Verlegung aus Krankenhäusern. Voraussetzung für die Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist die somatische Stabilität der Patienten, ebenso deren Bereitschaft, sich an die strukturierten Rahmenbedingungen des stationären Krankenhaussettings zu halten und an den Therapien teilzunehmen. Die Patienten werden direkt am Aufnahmetag in einem oberärztlich-fachärztlich geführten, explorativen Gespräch psychosomatisch eingeschätzt und auf die Behandlung eingestimmt. Die Aufnahmeindikation und die Behandelbarkeit in unserem Haus werden geprüft, die Patienten ausführlich – unter Einbezug der Vorbefunde – somatisch befragt und untersucht und die erforderlichen somato-psychischen Therapieschritte eingeleitet.

THERAPIE



Therapieprogramm

Die psychosomatische Behandlung der Patienten mit Essstörung und Adipositas in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst eine multimodale störungsorientierte Behandlung unter Berücksichtigung der Psychodynamik, kognitivbehavioraler und körperlicher Aspekte der Erkrankung. Es wird eine umfassende Einschätzung der somato-psychischen Situationen der Patienten durchgeführt, parallel zur Behandlung der psychischen Erkrankungen, wie der Depression, Angststörung, der Traumatisierung, der Borderline- oder anderer Persönlichkeitsstörungen. Es werden komorbide somatische Erkrankungen, wie ein unzureichend eingestellter Diabetes mellitus, ein Hypertonus, eine Hypercholesterinämie in den Fokus der Behandlung gerückt. Dieses geschieht, falls nötig, auch unter Einbezug der umliegenden Netzwerkkliniken am Campus der RHÖN-KLINIKUM AG in Bad Neustadt.

Im Rahmen der psychosomatischen Behandlung werden die Patienten zunehmend wieder auf eine eigenverantwortliche selbstfürsorgliche Position hingeführt, die es ihnen ermöglicht, ihre Medikamenteneinnahme, Diabeteskontrollen und Blutdruckkontrollen sowie ihr

Essverhalten kompetent zu managen. Die Diskussion einer angemessenen und realistischen Zielgröße für die Gewichtsreduktion ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung. Eine flexible Kontrolle des Nahrungsmittelverzehrs, die auf langfristige Gewichtsstabilisierung abzielt und kurzfristige Überschreitungen erlaubt, wird mit dem Patienten vereinbart. Das Körpergewicht wird als biologisch regulierte Größe aufgefasst. Kognitive Umstrukturierung verhindert internale Schuldattribuierung durch Anerkennung genetischer Faktoren ohne die Verantwortung gänzlich abzugeben (Margraf 2009). Sensibilisierungstraining kann dazu beitragen, dass der Patient die psychologische Seite seines Essens wahrnimmt und alternative Strategien einübt. Um die Ressourcen des Patienten dabei zunehmend zu mobilisieren, werden regelmäßig Ernährungsberatungen durchgeführt, ebenso kommen die Patienten, abhängig von ihrer körperlichen Belastbarkeit, in ein angepasstes kontinuierliches Bewegungsprogramm, geleitet von unseren Sporttherapeuten. Dieses umfasst tägliche Gruppen, wie Aqua-Jogging, Ergometertraining mit der Möglichkeit des Liegend-Ergometers, angepasstes Gehen, Bewegungsspiele in der Grup-



pe; es besteht zudem die Möglichkeit der Teilnahme an den, dem Leistungslevel angepassten, HWS-, LWS-, wirbelsäulenphysiotherapeutischen Gruppentherapieprogrammen. Die Therapie benötigt in der Regel eine langfristige Planung, wobei ein Wechsel von ambulant, teilstationär und stationär sinnvoll ist und von uns aus auch motivierend gebahnt wird. Teilweise werden unserer Sozialpädagogen miteinbezogen, um den poststationären Bereich vorzubereiten.

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, somatischer und psychischer Instabilitäten ist gegebenenfalls eine Behandlung auf unserer Kriseninterventionsstation erforderlich, die – wie auch einige Zimmer auf unseren Allgemeinstationen – mit Adipositas- und behinder-

tenfreundlichen Zimmern ausgestattet ist, u. a. mit ausreichend großen, stabilen Betten und einer angepassten Badausstattung. Von dieser Station aus nehmen die Patienten am Therapieprogramm ihrer zugeordneten allgemeinen psychosomatischen Station so schnell wie möglich teil und werden dabei von den zuständigen Oberärzten, Stationsärzten und Psychologen betreut (siehe auch Gesamtkonzept Psychosomatische Klinik Bad Neustadt).

Der Abstand vom heimatlichen Umfeld ist ein Wirkfaktor der stationären psychosomatischen Behandlung. Patienten werden zu Beginn der Behandlung darüber informiert und sollten zunächst nach außen hin möglichst wenig Kontakt haben. Dies ist notwendig, da psychosomatische Krankheiten, insbesondere Essstörungen, in einem Beziehungsgefüge entstehen, in dem die Genesung zuletzt nicht mehr möglich war. Die Patienten können sich nun in Distanz zum gewohnten Umfeld und in den stützenden und strukturierenden therapeutischen Rahmenbedingungen eines Akutkrankenhauses erste Schritte in Richtung psychosomatischer Stabilität erarbeiten. Der Aufbau einer therapeutischen Allianz gibt zunehmend Stütze und Halt. Dieses entsteht durch komplexe Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu Therapeuten, Ärzten, Schwestern, Patienten, auch in den regelmäßig stattfindenden tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapien, körperorientierten Psychotherapien und Körperwahrnehmungsschulungen. Regelmäßig werden notwendige medizinische Kontakte und Visiten durchgeführt, ebenso Diagnostik und Überwachung von Labor- und Vitalwerten sowie bei Bedarf Medikamentenanpassung. Suchtmittelabstinenz ist unbedingte Voraussetzung zur Behandlung in unserem Haus. In Hinblick auf komplexe therapeutische Angebote sollten Fingernägel auf Fingerkuppenniveau gekürzt werden, um Selbst- und Fremdverletzung in körperbezogenen und sportlichen Angeboten zu vermeiden. Piercings sollten entfernt werden, soweit sie ein Verletzungsrisiko darstellen. Zwar

sind Piercings einerseits eine Modeströmung, andererseits kann exzessives Piercing bis zur Entstellung des eigenen Körpers gehen und befindet sich in der Nähe der Selbstverletzung. Für diese Fälle sollte es Therapieinhalt sein, sich mit den darunterliegenden Konflikten und Selbstabwertung auseinanderzusetzen.

Besondere Angebote, wie das Boxen in der Sporttherapie oder die Beschäftigung mit Holz oder Speckstein in der Ergotherapie, eröffnen Möglichkeiten, die eigenen Gefühle innerlich wahrzunehmen, auszudrücken und angemessen zu kanalisieren.

„Jeder Schritt zählt“ (10.000 bis 25.000 Schritte): Unter Anleitung der Diätassistentin nehmen Patienten mit einem Body-Maß-Index über 35 an einem Schrittzählerprogramm teil. Dies umfasst Gruppentreffen, in denen zur Bewegung motiviert werden soll. Weiterhin nehmen die Patienten an einem Vortrag über das Metabolische Syndrom teil und bekommen einen Schrittzähler ausgehändigt. Hierbei ist es das Ziel, jeden Tag ein paar Schritte mehr zu erreichen, dabei Spaß und Freude an der Bewegung neu zu entdecken und möglichst gleichzeitig an Gewicht zu verlieren.

Therapieziel

In den soziotherapeutischen Beratungsgesprächen geht es darum, mit den Patienten in enger Abstimmung mit den Bezugstherapeuten und im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes auf einer realitätsbezogenen Ebene Vorstellungen zu beruflicher bzw. schulischer Veränderung zu problematisieren und sie in die therapeutische Arbeit zu integrieren. Für jüngere Patienten sind die Beratungsgespräche eine Möglichkeit, sich mit Fragen der Ausbildung oder schulischen Problemen zu befassen. Unsere jüngeren Patienten, die sich in der Schule und in der Ausbildung befinden, nehmen regelmäßig am Unterricht der „Schule für Kranke“ in unserem Haus teil. Weitere Aufgabe

ist die Unterstützung bei Fragen zu anderen sozialtherapeutischen Themen, wie zur Schuldenberatung, zu Mietfragen, zum Taschen- und Übergangsgeld oder zur stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung. Vor ihrer Entlassung sollten die Patientin konkrete Pläne entwickelt haben, welche Strukturen im poststationären Bereich hilfreich zur Verfügung stehen, um weitere Stabilität zu erreichen.

Gewichtsabnahme ist nicht mit Adipositas-therapie gleichzusetzen. Ziel der Therapie der Adipositas sind: langfristige Stabilisierung des Körpergewichts auf erniedrigtem Niveau, gute Einstellung bis hin zur Restitution somatischer Krankheiten, Verbesserung der psychischen Erkrankungen, wie Depression und Angstsymptomatik, Verbesserung adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten sowie des Gesundheitsverhaltens, Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten vor Entlassung zu erreichen, so dass eine Behandlung der Patienten im ambulanten Bereich weitergeführt werden kann. Aus diesen Gründen sollte die Gewichtsreduktion langsam erfolgen. Es reicht sicher eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 0,5 kg bis 1 kg pro Woche zu erarbeiten, um Jo-Jo-Effekte zu vermeiden.



BASISDOKUMENTATION

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt beteiligt sich seit 1998 an der vom Institut für Qualitätssicherung in der Psychosomatik (IQP) entwickelten Basisdokumentation – in der aktuellen Version 4.1 – die gleichzeitig als Instrument zur Qualitätssicherung und zum Benchmarking dient.

„Die neue BaDo-Version 4.1 ist eine gemeinsame Schnittfläche mehrerer psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Basisdokumentationen verschiedener Versorgungs-Sektoren. Einbezogen wurden: C/L-BaDo, DGPM-ambulant, DGPPN-BaDo, DGSS-BaDo, DRV-BaDo, IQPPsy-BaDo-PTM, Psycho-Onko-BaDo. Damit haben wir den Weg für eine versorgungsbereichsübergreifende Dokumentation geebnet. Im Einsatz in den einzelnen Versorgungsbereichen kann diese BaDo durch versorgungsspezifische Variablen ergänzt werden, so wie das in der vorliegenden Fassung schon für die stationäre Psychotherapie erfolgt ist.“¹

Im Jahr 2013 wurden im Akutbereich der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt 2203 Patienten behandelt, von denen 582

die Nebendiagnose Adipositas (ICD-10: E66.*) hatten (siehe Tabelle 1).

	2013 Patienten akut	2.203	
E66.*	Adipositas, davon:	582	26,4 %
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	335	57,6 %
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	135	23,2 %
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	85	14,6 %
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	14	2,4 %
E66.11	Arzneimittelinduzierte Adipositas, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	1	0,2 %
E66.20	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	1	0,2 %
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	1	0,2 %
E66.90	Adipositas, nicht näher bezeichnet, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	2	0,3 %
E66.99	Adipositas, nicht näher bezeichnet, Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	8	1,4 %

Tabelle 1: Verteilung der Nebendiagnose Adipositas

Der hohe Anteil an psychischen und somatischen (internistische Nebendiagnosen siehe Abbildung 1) Nebendiagnosen bei diesem Krankheitsbild macht die Komplexität der Erkrankung deutlich. So liegt der Nebendiagnoseindex über die gesamte Patientengruppe bei 7,1 Nebendiagnosen pro Fall, der Index der somatischen Nebendiagnosen allein liegt bei 5,5.

¹ Tritt, Karin; von Heymann, Friedrich; „Psychosomatische Klinik Bad Neustadt – Auswertungen der Behandlungs-Daten Psychosomatik akut (§39 SGB V) BaDo-Version 4.1“; München 2014

„Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) ist ein vom IQP entwickeltes Testinstrument mit der Zielsetzung einer möglichst umfassenden psychometrischen Evaluation des Schweregrades psychischer Symptomatik. Es dient der Status- und Veränderungs-messungen auf der Basis von Selbsteinschätzungen durch Patienten. Grundlage des Instrumentes sind die in der ICD-10, Kapitel F aufgeführten Symptome, die von Experten in Syndrome zusammengefasst und auf die reliable, valide und wahrheitsgetreue Selbstbewertung von Patienten hin überprüft wurden.

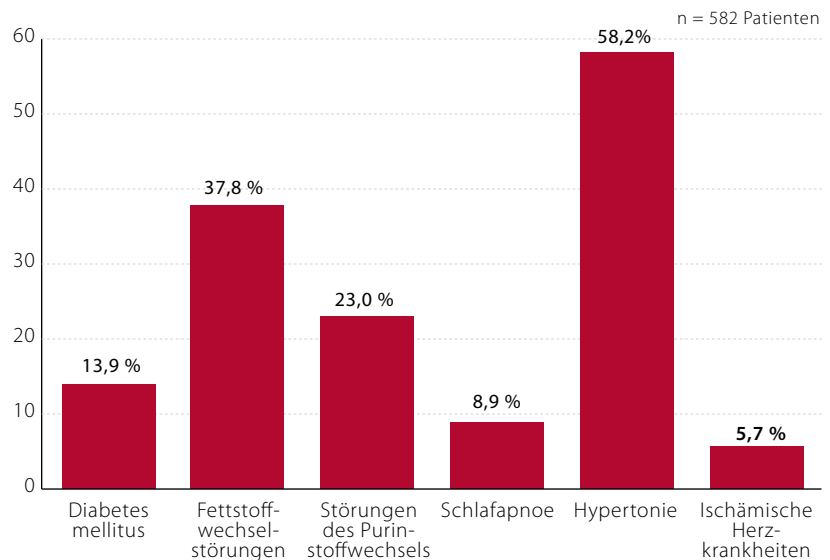


Abbildung 1: Anteil der häufigsten internistischen Nebendiagnosen (n = 582 Patienten)

Es umfasst 29 Items in sechs Subskalen:

- depressives Syndrom
- Angstsyndrom
- Zwangssyndrom
- somatoformes Syndrom
- Essstörungssyndrom
- Zusatzskala (Einzelitems mit Screeningfunktion für einzelne Syndrome)²

Differenz prä-post	Anzahl	Anteil
negativ (-1,62 bis -0,03)	72	12,4 %
neutral (0,00)	10	1,7 %
positiv (0,03 bis 2,61)	371	63,7 %
fehlend	129	22,2 %

Tabelle 2: Differenz der Prä-Post-Veränderung beim GSI ISR

Die Prä-Post-Veränderungen geben in einem Gesamt-Score-Index (GSI) einen Überblick über die vom Patienten subjektiv erlebten Veränderungen (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2).

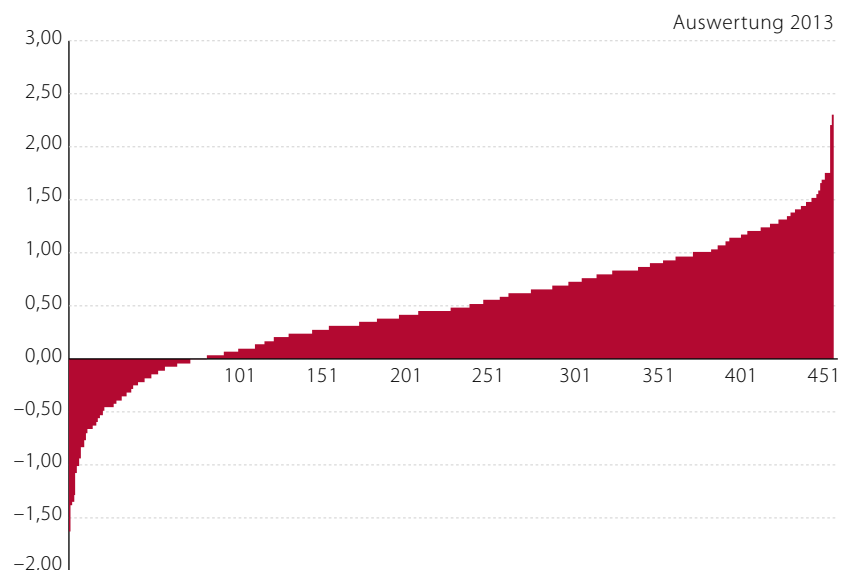


Abbildung 2: Vergleich der Prä-Post-Einschätzung im GSI ISR

² Quelle: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=isr>

Die Veränderungen des körperlichen und psychischen Befindens bzw. der Symptome werden sowohl von den Patienten als auch per Fremdeinschätzung durch die Therapeuten gescort (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).

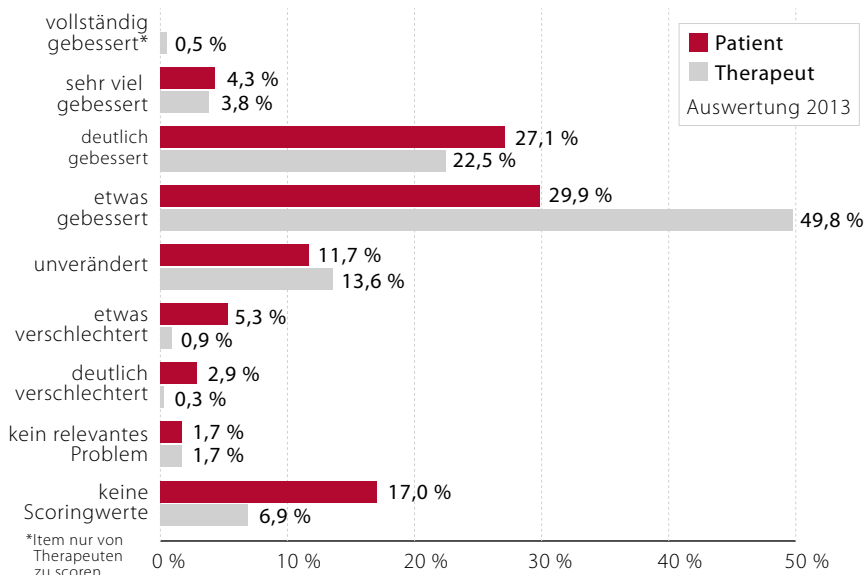


Abbildung 3: Änderungen körperliches Befinden

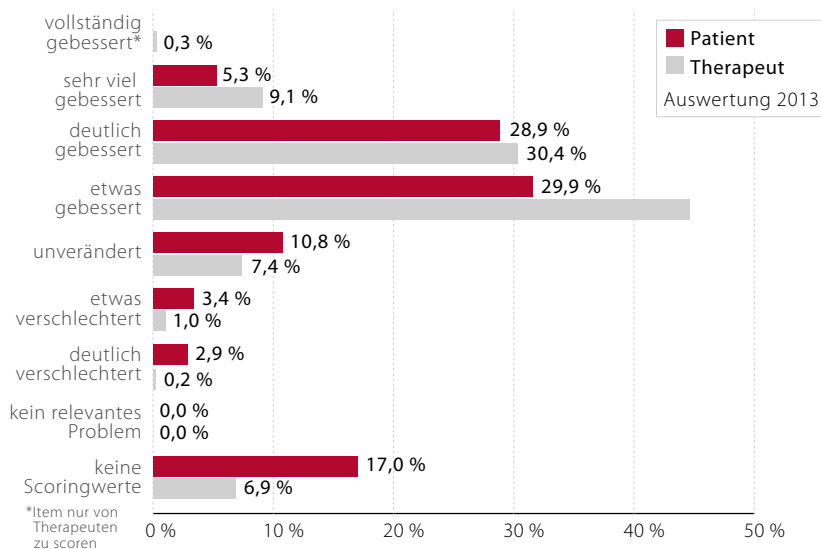


Abbildung 4: Änderungen psychisches Befinden

LITERATURVERZEICHNIS

Wirth A, Horner H (Hrsg.). Adipositas, Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. Springer, Heidelberg, 2013

Bhattacharya S1, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. Biomedcentral Public Health 2007; 7:168

Biesalski H, Bischoff S, Buchstein C (Hrsg.). Ernährungsmedizin , Thieme, Stuttgart, 2010

Herzog, Beutel, Kruse: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute, 2013

Herbertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.). Handbuch Essstörungen und Adipositas, Springer, Heidelberg, 2008

Beutel M, Subic-Wrana S. (Hrsg.) . Psychodynamische Psychotherapie, Lebensstil und Prävention, 2014

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Adipositas Erkrankungen, 2012

Margraf J, Schneider S (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Heidelberg, 2009

Curran JE, Reese McKay D, Winkler AM, et al. Identification of Pleiotropic Genetic Effects on Obesity and Brain Anatomy. Human Heredity 2013; 75: 136–143



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 67 79001
anmeldung@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

