



Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Erkrankungen und Adipositas

Therapiekonzept



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT

Impressum und allgemeine Angaben zum Unternehmen nach § 5 TMG: RHÖN-KLINIKUM AG, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale, **Vorstand:** Prof. Dr. Bernd Griewing, Dr. Gunther K. Weiß. **Registergericht:** Amtsgericht Schweinfurt, HRB 1670, **zuständige Aufsichtsbehörde nach § 30 GewO:** Landratsamt Rhön-Grabfeld, Spörleinstr. 11, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale, **USt.-ID:** DE167834823. **Geschäftsführender Direktor und verantwortlich i.S.d. PresseG:** Jochen Bocklet, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale. **Kontakt:** Tel. 09771 66 0; geschaeftsleitung@campus-nes.de. Unsere Angebote finden Sie ausführlich unter www.campus-nes.de. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurde von uns die männliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies stellt keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts dar. Frauen und Männer sollen sich gleichermaßen angesprochen fühlen.

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Behandlung von Patienten mit Adipositas und
psychosomatischen Erkrankungen

INHALTSVERZEICHNIS

05 EINLEITUNG

07 EPIDEMIOLOGIE

08 PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER ADIPOSITAS

10 AUFNAHME

11 THERAPIE

16 BASISDOKUMENTATION

19 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

Adipositas stellt eine bedeutsame Gesundheitsstörung und ein zunehmendes Problem unserer modernen Gesellschaft mit zahlreichen psychosozialen Auswirkungen dar. Besonders zu beachten ist die damit verbundene negative Stigmatisierung, die oft psychosoziale Folgen mit geringer Integration hat. Adipositas kann Ausdruck einer Essstörung, ein Teil eines psychosomatischen Symptomkomplexes sowie als Ursache und Folge mit Depressionen vergesellschaftet sein. Sie kommt auch im Rahmen von Angsterkrankungen sowie als Folge eines dysfunktionalen Essverhaltens zur Impuls- und Gefühlsregulation bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vor. Als Folge von Adipositas kann auch die Disposition für adipositas-assoziierte Krankheiten mit somatischem Symptom- und Beschwerdekomples mit Beeinträchtigung vieler Organsysteme entwickelt werden.

Die Co- und Multimorbidität verstärkt die psychosozialen Folgen der Adipositas durch Verlust von Selbstwertgefühl, Leistungsminderung, geminderte Lebensqualität, erhebliche Folgekosten und Lebenserwartungseinschränkung.

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt behandelt seit mehr als 40 Jahren Patienten mit Adipositas. Ein aktueller Schwerpunkt der Klinik liegt in der Behandlung somatopsychischer Erkrankungen mit dem Hauptaugenmerk auf die internistische Psychosomatik. Besonders im Fokus steht die Behandlung von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Adipositas per magna und metabolischem Syndrom.

Definition

Adipositas ist eine chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Der lateinische Begriff "Adipositas" (lat. adeps = Fett) bedeutet starkes und krankhaftes Übergewicht, oft wird das als Fettleibigkeit übersetzt. 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 .



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Adipositas auch als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts.

Das Gesundheitsrisiko ist vom Ausmaß des Übergewichts und der Verteilung des Körperfetts abhängig. Wichtig zur Einschätzung eines Komplikationsrisikos für kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankungen 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 $24,9 \text{ kg/m}^2$

Übergewicht

BMI $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$

Prä-Adipositas

BMI $25,0$ bis $29,9 \text{ kg/m}^2$

Adipositas Grad I

BMI $30,0$ bis $34,9 \text{ kg/m}^2$

Adipositas Grad II

BMI $35,0$ bis $39,9 \text{ kg/m}^2$

Adipositas Grad III

BMI $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$

EPIDEMIOLOGIE



Mit zunehmendem Lebensalter nimmt das Körpergewicht bis zum siebten Lebensjahrzehnt zu. Seit 1975 hat sich die Zahl der Menschen mit Adipositas verdreifacht. Gemäß der statistischen Erhebung des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2011 waren 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen ab dem 18. Lebensjahr adipös. 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 er-

höhtes Sterblichkeitsrisiko. Je jünger der Patient mit Adipositas ist, desto geringer ist seine Lebenserwartung.

Adipositas ist mit biologischen, psychosozialen sowie umweltbedingten Risikofaktoren assoziiert, die teilweise als ursächlich angesehen werden. Die Lebenserwartung durch krankhaftes Übergewicht ist um 10–15 Jahre reduziert im Vergleich zum Normalgewichtigen.

Nach den interdisziplinären Leitlinien zur "Prävention und Therapie der Adipositas" wurden folgende auslösende Faktoren benannt:

1. Familiäre Disposition und genetische Ursachen
2. Lebensstil
3. Stress, Schlafmangel
4. Ständige Verfügbarkeit von Nahrung
5. Essstörungen
6. Depressive Erkrankungen
7. Medikamente
8. Endokrine Erkrankungen

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 emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist die Adipositas als Affektregulationsstörung einzuordnen.

Bei Borderline-Persönlichkeitsstörung dient die hyperkalorische Ernährung dazu, dysphorische Verstimmungen und Störungen der Impulsivität zu realisieren. Im Hintergrund finden sich psychodynamisch-traumatisierende Erfahrungen, wie sexuellen Missbrauch in der Kindheit.

Adipositas stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung affektiver Störung dar (Parry et al. 2007); hierbei sind insbesondere rezidivierende 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.

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.

Gemäß der Selfish Brain Theorie ist ein hoher Glukosebedarf des Gehirns die Hauptursache für Adipositas. Obwohl das Gehirn lediglich 2 % des Körpergewichts ausmacht, beansprucht es 50 % des Glucosebedarfs, in belastenden Stresssituationen sind es bis zu 90%. Dämpfung eines dauerhaft aktivierten Stresssystems durch körpereigene Cannabinoide verursacht eine vermehrte Zufuhr von Glukose durch hochenergiereiche Nahrungsmittel und Getränke, wodurch ein metabolischer Teufelskreis mit nachfolgendem Blutzuckeranstieg, Insulinbildung, Hungergefühl und erneuter Glukoseaufnahme entsteht. Die Schwächung des sympathischen Nervensystems bei entsprechender Prädisposition bewirkt, dass

nur ein geringer Teil der zugeführten Energie zum Gehirn gelangt bzw. der überwiegende Teil sich im Fettgewebe anhäuft. Um eine Unterversorgung des Gehirns mit Glukose zu kompensieren, wird gegessen, obwohl der Körper gesättigt ist. Der Teufelskreis perpetuiert, denn wieder erreicht wenig Glukose das Gehirn (Peters et. al. 2011).

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 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.

Psychosomatische Aspekte

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

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, Zuspitzungen beruflicher oder privater Konflikt- und Belastungssituationen, Verluste, Traumatisierungen). Die Notwendigkeit der Herausnahme aus den pathogenetisch relevanten familiären bzw. sozialen Verhältnissen sollte erforderlich sein, wenn eine zuvor erfolgte ambulante oder tagesklinische Behandlung nicht ausreichend erfolgreich gewesen war.

Weitere Aufnahmekriterien sind relevante somatische Komorbiditäten, wie das metabolische Syndrom, koronare Herzkrankheit, ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus bei Insulinresistenz, somatische Instabilitäten mit Kom-

plicationsneigungen, 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 absprache-fähig, akut suizidal, stark selbstverletzend oder psychotisch sind, gehören in Fachabteilungen mit noch intensiveren Betreuungs- und Überwachungsmöglichkeiten im Rahmen eines stationären psychiatrischen Settings und können bei uns nicht behandelt werden. Das gleiche gilt für Patienten, die mehr als 180 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 somatopsychischen Therapieschritte eingeleitet.



Therapieprogramm

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 Körperwahrnehmungsschulun-

gen. 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. Im 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.

Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, somatischer und psychischer Instabilitäten ist gegebenenfalls eine Behandlung auf unserer Kriseninterventionsstation möglich, die, wie auch einige Zimmer auf unseren Allgemeinstationen und behindertenfreundlichen Zimmern ausgestattet ist, u.a. mit ausreichend großen, stabilen Betten und einer angepassten Badaus-



stattung. Von dieser Station aus nehmen die Patienten am Therapieprogramm ihrer zugeordneten, allgemein-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).

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 darunter liegenden Konflikten und Selbstabwertung auseinanderzusetzen.

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

Im Rahmen des multimodalen, therapeutischen Angebotes werden die Patienten zunehmend wieder auf eine eigenverantwort-

liche, selbstfürsorgliche Position hingeführt, die es ihnen ermöglicht, ihre Medikamenteneinnahme, Diabetes- 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 Schuldtribuierung 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.

Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte Behandlungen sind gleichermaßen wirksam (Beutel et al. 2006). Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie setzt an der Erarbeitung der lebensgeschichtlichen Bedeutung von Symptomen an, die Reflexion der therapeutischen Beziehung dient dazu, Alternativen zu selbstschädigendem Essverhalten zu finden.

Um die Ressourcen des Patienten dabei zunehmend zu mobilisieren, werden regelmäßig Ernährungsberatungen durchgeführt.

Patienten können in der modernen Küche, unter Anleitung speziell ausgebildeter Diätassistent/innen, gemeinsam kochen, die zubereiteten Speisen anschließend gemeinsam verzehren und so einen gesunden Umgang mit Essen erlernen. Dies wird durch Theorievorträge gestützt. Ziel ist eine bessere Ausgewogenheit im Ernährungsplan, das Erlernen eines geregelten Rhythmus und achtsames, bedürfnisorientiertes Essen. Die Inhalte der Ernährungsberatung entsprechen den Empfehlungen der Deutschen Adipositas Gesellschaft, wobei eine mäßige Gewichtsreduktion (wöchentlich 0,5 kg) durch ein Energiedefizit von täglich 500 kcal mit Hilfe eines reduzierten Kohlenhydratverzehrs erreicht wird (Interdisziplinäre Leitlinien der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014).

Ebenso werden die Patienten, abhängig von ihrer körperlichen Belastbarkeit, in ein angepasstes kontinuierliches Bewegungsprogramm integriert, geleitet von unseren Sporttherapeuten. Dieses

umfasst tägliche Gruppenaktivitäten, wie Schwimmen, Aqua-Jogging, Nordic-Walking, Ergometertraining mit der Möglichkeit des Liegend-Ergometers, angepasstes Gehen, MTT (Medizinisch-Technisches Training), therapeutische Boxen, Bewegungsspiele in der Gruppe; es besteht zudem die Möglichkeit der Teilnahme an HWS-, LWS- und wirbelsäulenphysiotherapeutischen Gruppentherapieprogrammen, die dem Leistungslevel angepasst sind.

Wichtiger Bestandteil des multimodalen Adipositas-konzepts ist eine indikative Gruppe für Patienten mit massiver Adipositas, die ein bis zwei Mal in der Woche, je 50 Minuten, in den Gruppenräumen unserer Psychosomatischen Klinik stattfindet. Die Gruppengröße beträgt 8-12 Patienten. Sie wird geleitet von ärztlichen und psychologischen Therapeuten, die über den Weg der tiefenpsychologisch orientierten Körperpsychotherapie (KG) sehr intensiv dem Patienten einen direkten Zugang zu sich, seinem Körper und bisher weitgehend Unbewusstem ermöglichen. Dabei werden die Vorgeschichte des Patienten, aktuelle Belastungen, Traumatisierungen, Konflikte und Beziehungen (zu sich und zu anderen) wichtige Therapieein-

halte. Gleichzeitig wird den Patienten im Rahmen des gruppodynamischen Prozesses die Möglichkeit zum Austausch über die bisherigen individuellen Erfahrungen mit dysfunktionellem Essverhalten, Gewichtsregulationsversuchen, erlebten Stigmatisierungen im Alltag und seinen psychosozialen Folgen gegeben.

Durch die zunehmende Selbstwahrnehmung und Reflexionsmöglichkeit, das Erkennen und Bearbeiten der dysfunktionellen, süchtigen und oralen Abwehrmechanismen werden die Patienten zunehmend in die Lage versetzt, einen gesunden Umgang mit sich zu erproben und in der Folge in ihrem Alltag umzusetzen. Dabei werden auch psychoedukative Elemente integriert.

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 unsere Sozialpädagogen mit einbezogen, um die weitere poststationäre Betreuung vorzubereiten.

Vor ihrer Entlassung sollten die Patienten konkrete Pläne entwickelt haben, welche Strukturen im vollstationären Bereich hilfreich zur Verfügung stehen, um weitere Stabilität zu erreichen. Weitere Aufgabe ist die Unterstützung bei Fragen zu anderen sozialtherapeutischen Themen oder zu stufenweiser Wiedereingliederung in den Beruf.

In den sozialpädagogischen Beratungsgesprächen geht es auch darum, mit dem Patienten in enger Abstimmung mit den Bezugstherapeuten und im Rahmen des gesamten Behandlungsplanes auf eine realitätsbezogene Ebene Vorstellungen zur weiteren Behandlung und beruflichen Perspektiven zu problematisieren, um sie in die therapeutische Arbeit zu integrieren. Hier kommt auch das gesetzlich verpflichtende Entlassmanagement ins Spiel.





Therapieziel

Die Therapieziele sollen unter Berücksichtigung der individuellen Komorbidität, Risiken, Erwartungen und Ressourcen des Patienten realistisch und angepasst an die individuellen Bedürfnisse formuliert werden.

Aus therapeutischer Sicht werden folgende Ziele für Patienten im Rahmen unseres Adipositasprogramms definiert:

1. Verbesserung adipositas-assoziiierter Risikofaktoren sowie des Gesundheitsverhaltens
2. Langfristige Stabilisierung des Körpergewichts auf erniedrigtem Niveau
3. Restitution somatischer Krankheiten
4. Verbesserung der psychischen Erkrankungen, wie Depression und Angstsymptomatik
5. Stärkung des Selbstmanagements, um Fähigkeiten vor Entlassung zu erreichen, so dass eine Behandlung der Patienten im ambulanten Bereich weitergeführt werden kann

Aufgrund neuer Ergebnisse der Therapieforschung ist eine Gewichtsreduktionsbehandlung erst nach einer Essstörungsbehandlung zu empfehlen. Gewichtsabnahme ist nicht mit Adipositas therapie gleichzusetzen.

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 2018 wurden im Akutbereich der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt 2450 Patienten behandelt, von denen 666 die Nebendiagnose Adipositas (ICD-10: E66.*) hatten (siehe Tabelle 1).

Der hohe Anteil an psychischen und somatischen (internistische Nebenerkrankungen und korrespondierende Essstörungen, siehe Abbildung 1) Nebendiagnosen bei diesem Krankheitsbild macht die Komplexität der Erkrankung deutlich. So liegt der Nebendiagnoseindex über die gesamte Patientengruppe bei 6,9 Nebendiagnosen pro Fall, der Index der ausschließlich psychischen Nebendiagnosen allein (Kap. V [F] der ICD-10-GM) bei 1,6 und der somatischen Nebendiagnosen bei 5,3.

Die wachsende Bedeutung von begleitenden Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Störung mit nun eigenständiger Diagnose im DSM-5, in ICD-10-GM noch unter F50.* verschlüsselt) zeigt sich im hohen Anteil an Nebendiagnosen (F50.8 und F50.4) in der betrachteten Gruppe für diese Störung von insgesamt 237, was einem Anteil von über einem Drittel aller betroffenen Patienten entspricht (siehe auch Abbildung 1).

	2018 Patienten akut	2.450	
E66.*	Adipositas, davon:	666	27,2 %
E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	347	52,1 %
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35	163	24,5 %
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	153	23,0 %
E66.82	Sonstige Adipositas, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	1	0,2 %
E66.99	Adipositas, nicht näher bezeichnet, Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet	2	0,3 %

Tabelle 1: Verteilung der Nebendiagnose Adipositas (eigene Erhebung 2019/AKli)

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

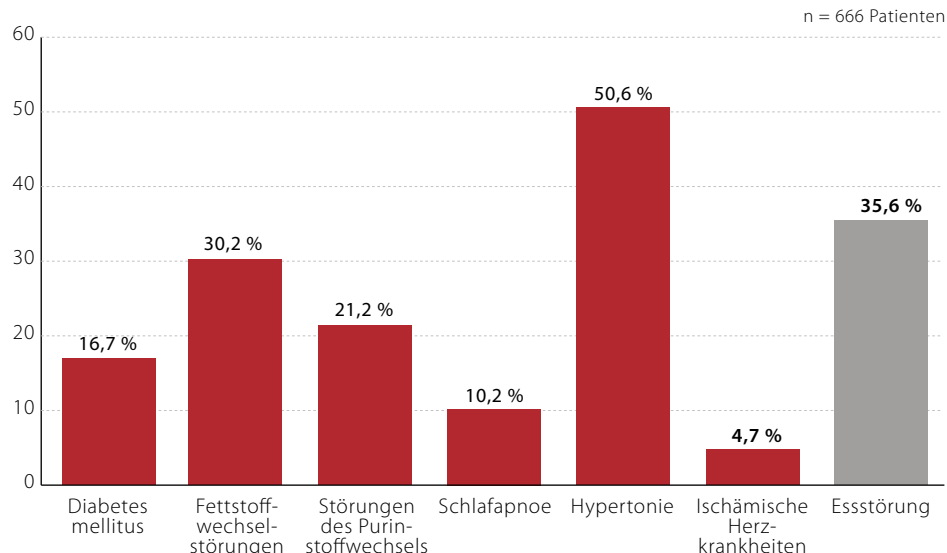


Abbildung 1: Anteil der häufigsten internistischen Nebendiagnosen und korrespondierenden Essstörungen (eigene Erhebung 2019/AKli, n = 666 Patienten)

„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 Veränderungsmessung 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.

Es umfasst 29 Items in sechs Subskalen:

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

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).

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

Differenz prä-post	Anzahl	Anteil
negativ (-1,00 bis -0,01)	80	12,1%
unverändert	8	1,2%
positiv (0,01 bis 2,67)	492	74,2%
"fehlende od. inkomplette Werte prä-post"	83	12,5%

Tabelle 2: Differenz der Prä-Post-Veränderung beim GSI ISR (eigene Erhebung 2019/AKli)

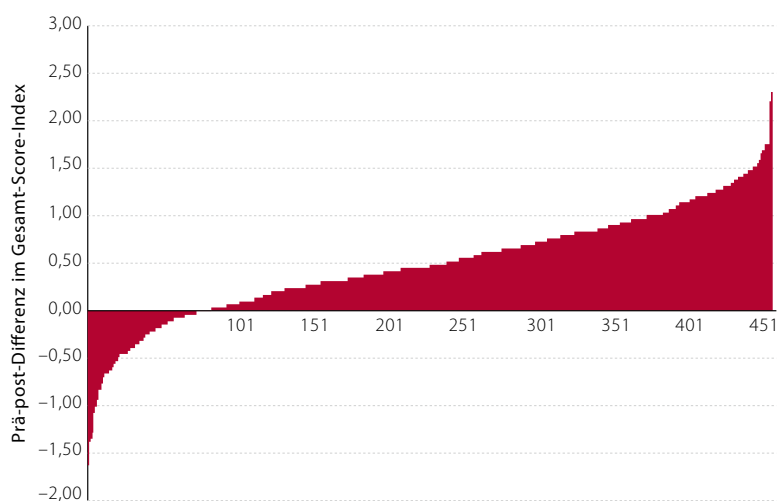


Abbildung 2: Vergleich der Prä-Post-Einschätzung im GSI ISR (eigene Erhebung 2019/AKli, n = 580)

Die (subjektiv erlebten) Veränderungen in den Bereichen des körperlichen und psychischen Befindens bzw. der Symptome werden zum Ende des Aufenthaltes von den Patientenebenenfalls erfasst und systematisch ausgewertet (Ergebnisse siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).

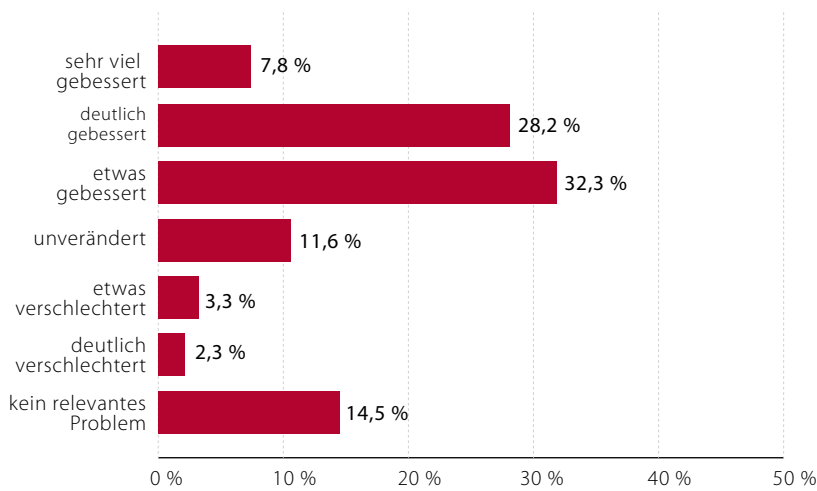


Abbildung 3: Änderungen körperliches Befinden (eigene Erhebung 2019/AKli, n = 663)

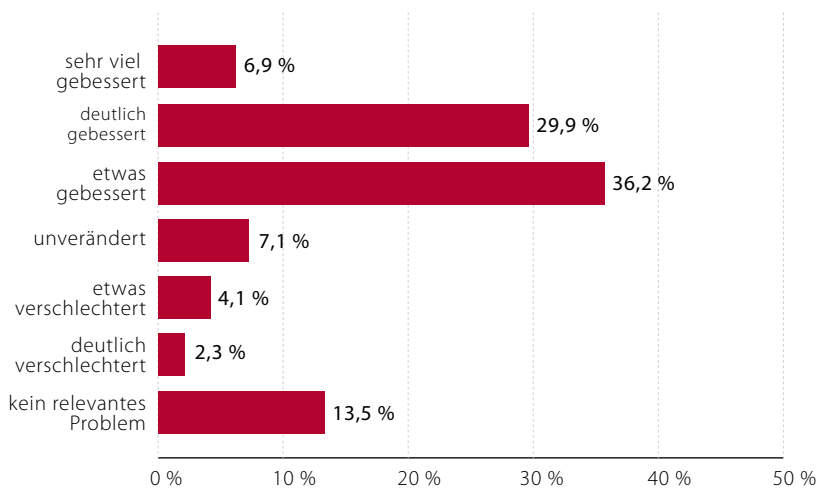


Abbildung 4: Änderungen psychisches Befinden (eigene Erhebung 2019/AKli, n = 663)

LITERATURVERZEICHNIS

- Wirth A, Hauner 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
- Beutel ME, Dippel A, Szcepanski M, Thiede R, Wiltkin J. Mild-term-effectiveness of behavioral and psychodynamic Inpatient treatment of severe obesity based on a randomized study. Psychotherapy and Psychosomatics 2006; 75; 337-345
- 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
- Peters A, Schweiger U, Pellerin L, et al. The selfish brain: competition for Energy resources. Neurosci Biobehav Rev 2004; 28: 143-180
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hrsg.). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Martinsried, 2014



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

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

Von-Guttenberg-Straße 11

97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Tel. 09771 66 0

geschaeftsleitung@campus-nes.de

www.campus-nes.de

6.2020



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT