

PRÄVALENZ DER ADIPOSITAS IN EINER ANALYTISCH ORIENTIERTEN PSYCHOSOMATISCHEN FACHKLINIK UND BEHANDLUNGSERGEBNISSE DURCH PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION

Teil I: Prävalenzdaten und kurzfristige Therapieergebnisse

Jürgen Schmid • Gerhard Schmid-Ott • Friedhelm Lamprecht

Zusammenfassung

Untersucht wird zunächst die Prävalenz der Adipositas in einer psychosomatischen Fachklinik, welche nach dem Body-Mass-Index klassifiziert wird (BMI). In einem 7-Jahre-Beobachtungszeitraum (n = 11275) zeigt sich, daß bei Aufnahme 48,9 % der Patienten ein Übergewicht (BMI \geq 25) und 13,7 % eine behandlungsbedürftige Adipositas (BMI \geq 30) aufwiesen. Die beobachteten kurzfristigen Gewichtsveränderungen sind von mittlerer Größe (durchschnittlich minus 4,97 kg, sd = 4,38 kg). Im 2. Teil der Veröffentlichung "Ergebnisse von Verlaufsstudien" (Schmidt et al. 1998) wird die Frage, inwieweit die Gewichtsabnahmen während der stationären Behandlung katamnestic stabil bleiben, anhand von zwei Ergebnisuntersuchungen (n_{gesamt} = 67) unter Einschluß einer Einjahreskatamnese differenziert evaluiert und dargestellt.

Schlüsselwörter Adipositas - Psychosomatische Rehabilitation - analytisch orientierte Fachklinik - Gewichtsveränderungen

Summary

The prevalence of obesity in a clinic for psychosomatic medicine is determined by the body-mass-index (BMI). Within a 7-years-period (n = 11275) at admission 48.9 % of the patients showed an overweight (BMI \geq 25) and 13.7 % an obesity which should be medically treated (BMI \geq 30). The short-term weight effects of the obese subjects have a mean of -4.97 kg, sd = 4.38 kg. In the second part of the publication "Results of follow-ups" (Schmidt et al. 1998) the effects of a conflict orientated inpatient treatment are by means of two outcome studies (n_{total} = 67) differentially evaluated including an one-year-follow-up.

Keywords obesity - overweight - conflict orientated inpatient treatment - weight change

1. Einleitung und Fragestellungen

Adipositas kann als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes definiert werden. Der "Body-Mass-Index" (BMI) stellt das beste Maß für die Erfassung der Körperfettmasse dar (vgl. Wechsler 1995). Nach den Richtlinien zur Therapie der Adipositas der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung können in Abhängigkeit von diesem Maß unterschiedliche Grade der Adipositas klassifiziert werden (Tabelle 1).

| Gewichtsklasse | Grad der Adipositas | BMI (kg/m ²) |
|--------------------|---------------------|--------------------------|
| Normalgewicht | 0 | 20 - 24,9 |
| Übergewicht | I | 25 - 29,9 |
| Adipositas | II | 30 - 39,9 |
| extreme Adipositas | III | 40 + |

Klassifizierung der Adipositas (Richtlinien zur Therapie der Adipositas der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung 1995; nach Wechsler 1995, S. 1064; Hauner 1996, S. 2654)

Nach dieser Klassifizierung liegt das Normalgewicht im BMI-Bereich von 20-24,9. "Übergewicht" (Adipositas Grad I) entspricht einem BMI von 25-29,9, Adipositas (Adipositas Grad II) einem BMI von 30-39,9 und extreme Adipositas (Grad III) liegt vor, wenn der BMI-Wert 40 und größer ist. Als "behandlungsbedürftig" können die Adipositas-Grade II und III betrachtet werden.

Informationen über die Häufigkeit der Adipositas in der Bevölkerung können Stichprobenerhebungen entnommen werden, die zu Prävalenzschätzungen führen. In der BRD ist nach Liedtke et al. (1996) von einer Adipositas-Prävalenz von etwa 35 Prozent (28 Millionen Menschen) auszugehen. Unter einem starken Übergewicht (BMI $>$ 30) leiden etwa 10 Prozent der Bevölkerung, also etwa 8 Millionen Menschen. Laut Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung weisen ca. 40% der Bevölkerung ein Übergewicht auf, 16% können als adipös und ca. 1% als extrem adipös bezeichnet werden (vgl. Wechsler 1995). Die Befunde zeigen weiter, daß Frauen etwas häufiger und stärker als Männer betroffen sind

und beide Geschlechter mit zunehmendem Alter "dicker" werden; weiterhin wurde in den Industrienationen immer wieder eine negative Korrelation zwischen Übergewicht und sozialer Schichtzugehörigkeit gefunden (vgl. Liedtke et al. 1996; Stunkard u. Pudel 1996).

Übergewicht und Adipositas stellen ein Gesundheitsrisiko dar (vgl. Hauner 1996, Wechsler 1995) mit erheblicher Relevanz für die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Betroffenen (vgl. Tuschhoff et al. 1995a, 1995b). Das Morbiditätsrisiko für koronare Herzkrankheit, Diabetes, Hypertonie, Hyperlipidämie und Belastungen des Bewegungsapparates steigt mit zunehmendem Körpergewicht. Übergewichtige und Adipöse leiden häufig an Belastungsdyspnoe, Gelenkbeschwerden und psychologischen Beeinträchtigungen ihres Selbstwertgefühls. Die durch die Adipositas bedingten Gesundheitsstörungen und Folgekrankheiten können mit Hilfe einer Gewichtsreduktion signifikant gebessert oder ganz beseitigt werden (vgl. Hauner 1996).

Die Kosten für die Behandlung der Adipositas werden pro Jahr auf ca. 30 Mrd. DM geschätzt; durch die mannigfaltigen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen hohen Krankheitsfolgekosten stellt die Adipositas eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme in Deutschland dar (vgl. Wechsler 1995). 1990 gingen in den alten Bundesländern 11606 Lebensjahre und 2292 Erwerbsfähigkeitsjahre durch Übergewicht verloren (Bundesministerium für Gesundheit 1993).

Als Ursache der Adipositas werden genetisch-physiologische, soziokulturelle und psychische Determinanten diskutiert, die bei entsprechend starker Ausprägung jede für sich oder in komplexer Wechselwirkung zur Adipositas führen könnten (Liedtke et al. 1996). Neuere Zwillingsuntersuchungen haben die Hypothese vielfältig untermauert, daß genetische Faktoren bei der Entstehung von Übergewicht eine erheblich größere Rolle spielen als bislang angenommen (Stunkard u. Pudel 1996). Es kann weiter festgestellt werden, daß die empirische Evidenz für Unterschiede im EBverhalten zwischen Übergewichtigen und Normalgewichtigen (z.B. daß Übergewichtige auch überdurchschnittlich viel essen) keineswegs so deutlich ist, wie sie lange Zeit vermutet wurde. Nach Stunkard u. Pudel (1996) scheint jedoch eine Verschiebung der Nährstoffrelation zugunsten von Fett und zu Lasten der Kohlenhydrate die Gewichtszunahme zu begünstigen. Die Pathogenese der Adipositas wird als multifaktoriell betrachtet, wobei die Adipositas zunehmend als heterogene Störung aufgefaßt wird, bei der sich im Gesamtkollektiv bestimmte Subgruppen eingrenzen lassen, für die eine spezielle Indikation für bestimmte Therapieschwerpunkte besteht (z.B. "genetische Adipositas", "diätetische Adipositas", "psychogene Adipositas").

Zum Setting der Psychosomatischen Klinik Schömberg

Die im Jahre 1974 eröffnete Klinik liegt im nördlichen Schwarzwald (Baden-Württemberg) und verfügt über 240 Betten. Das Konzept der Klinik ist im Kern psychoanalytisch

orientiert, wobei nach den Grundsätzen einer ganzheitlichen, somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigenden Medizin gearbeitet wird. In körpermedizinischer Hinsicht werden alle Patienten fachärztlich betreut. Pro Jahr werden etwa 1600 Patienten behandelt, etwa 3/4 sind Rehabilitanden verschiedener Rentenversicherungsträger. Das Indikationsspektrum umfaßt alle üblichen Indikationen einer Psychosomatischen Fachklinik (z.B. psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne, funktionelle Störungen psychischen Ursprungs, Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen). Im Mittelpunkt des mehrdimensionalen Therapieangebotes stehen verschiedene psychoanalytisch orientierte bzw. tiefenpsychologisch fundierte Methoden (insbesondere verbale Gruppentherapien, Kreativtherapien und körperorientierte Psychotherapien wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie), welche - je nach den individuellen Voraussetzungen der Rehabilitanden - durch Entspannungsverfahren (z.B. Autogenes Training), verhaltensorientierte Maßnahmen (z.B. Raucherentwöhnung), Physio- und Bewegungstherapie, medikamentöse Behandlung, diätetische Maßnahmen, Information, Reha-Beratung und ggf. durch berufliche Belastungs-erprobungen ergänzt werden. Die jeweilige Therapiekonfiguration und -dichte orientiert sich am Einzelfall und wird durch das Team festgelegt. Mit jedem Patienten wird ein individueller, für ihn passender Therapieplan abgesprochen, wobei Unter- bzw. Überforderungen vermieden werden sollen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag 1996 bei 51 Tagen. Eine bestmögliche Versorgung der Patienten wird durch umfangreiche Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung gewährleistet (vgl. z.B. Schmidt et al. 1992, 1995a, 1995b). Der Therapieprozeß wird in Teamkonferenzen reflektiert und patientenbezogen extern supervidiert.

Die analytisch orientierte stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit dem (Zusatz-)Merkmal Adipositas ist in aller Regel dadurch charakterisiert, daß dieser "Störungsbereich" nicht im Zentrum der rehabilitativen Bemühungen steht (so sind z.B. diätetische Maßnahmen in der Klinik Schömberg bei adipösen Patienten nicht obligat und auch eine gezielte Änderung des EBverhaltens oder eine Gewichtsabnahme stehen nicht im Mittelpunkt der Behandlung). Vielmehr orientieren sich die primären Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen an den rehabilitationsrelevanten Hauptleiden der Patienten (zumeist neurotische, funktionelle oder psychosomatische Störungen).

Die im Teil I dargestellte Studie konzentriert sich auf die folgenden Fragestellungen:

1. Welche Aussagen können zur Prävalenz der Adipositas in einer psychosomatischen Fachklinik getroffen werden?
2. Welche unmittelbaren Heilbehandlungseffekte (Gewicht und Blutdruck) zeigen sich bei adipösen Patienten der Klinik Schömberg am Ende der stationären Behandlung?

Die Fragen, welche längerfristigen Veränderungen man bei adipösen Patienten, die in der Klinik Schömberg behandelt werden, beobachten kann und wie stabil die unmittelbaren Heilbehandlungseffekte 12 Monate nach Entlassung aus der Klinik sind, werden im 2. Teil der Veröffentlichung "Ergebnisse von Verlaufsstudien" (Schmidt et al. 1998) thematisiert.

2. Methodik

Zur Beantwortung der Fragen 1 und 2 wurde die Basisdokumentation der Klinik Schömberg herangezogen. Das BEDOK-System basiert auf einem vierseitigen Fragenbogen (Falleinheit = durchgeführte Heilbehandlung), der am Ende jeder stationären Behandlung vom zuständigen Arzt/Psychologen ausgefüllt wird und per EDV ausgewertet wird (Schmidt u. Nübling 1987, Schmidt et al. 1992). Routinemäßig erhoben werden Patientendaten (z.B. demographische Merkmale, Diagnosen, Krankheitsdauer, Gewicht, Körpergröße, Motivation), Angaben zur Behandlung (z.B. quantitative Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen, Behandlungsdauer, therapeutische Beziehung) und zum Ergebnis der Maßnahme (z.B. globale Veränderungsratings, Einschätzung der Arbeitsfähigkeit). Für die Analyse wurden BEDOK-Daten aus den Behandlungsjahren 1989-1995 verwendet; in diesem siebenjährigen Beobachtungszeitraum wurden insgesamt $n = 11383$ Behandlungen dokumentiert. Diese Zahl stellt somit die Obergrenze von "Behandlungsfällen" dar, für die Aussagen getroffen werden können. Davon abweichende Fallzahlen (vgl. n-Angaben) ergeben sich durch das Vorliegen von "Missing data".

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmsystem SPSS (PC-Versionen 4 bzw. 6.1). Die angewandten Verfahren für die Deskription umfaßten Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellierungen, Mittelwerts- und Variabilitätsberechnungen, sowie einfache Korrelationsanalysen (Pearson). Für Gruppenvergleiche wurden, je nach Typ, χ^2 -Tests, t-Tests und Varianzanalysen durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Prävalenz der Adipositas in der Klinik Schömberg

Für den Beobachtungszeitraum konnten für $n = 11275$ Patienten nachträglich die BMI-Werte bei Aufnahme und Entlassung berechnet werden, wodurch eine Klassifikation nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung möglich wurde (vgl. Tabelle 1). Für diese Gesamtstichprobe ergab sich bei Aufnahme ein durchschnittlicher BMI-Wert von 25,41 ($sd = 4,70$; Minimalwert: 10,60, Maximalwert: 68,32). Für insgesamt 48,9% der Patienten konnte bei Aufnahme ein Übergewicht bzw. eine Adipositas beob-

achtet werden: bei 35,1 % ($n = 3961$) lag Grad I vor, bei 12,5 % ($n = 1410$) Grad II und bei 1,2 % ($n = 140$) konnte Grad III errechnet werden. Ein behandlungsbedürftiges Übergewicht (BMI ab 30) lag somit bei 13,7 % der erfaßten Patienten vor.

Die BMI-Werte bei Aufnahme korrelierten hochsignifikant mit den Variablen "Geschlecht" ($r = .11$; Männer wiesen durchschnittlich höhere Werte auf), "Alter" ($r = .17$), "systolischer Blutdruck bei Aufnahme" ($r = .37$) und "diastolischer Blutdruck" ($r = .36$; alle Koeffizienten basieren auf $n = 11127$ Beobachtungen).

3.2. Merkmale von Patienten mit behandlungsbedürftigem Übergewicht (BMI ab 30; $n = 1550$)

Der durchschnittliche BMI-Wert bei Aufnahme lag bei diesen Patienten bei 33,90 ($sd = 4,08$; range: 30 - 68,3). 63,9 % waren Frauen. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 46,4 Jahren ($sd = 9,4$ Jahre). 76,7 % wurden durch ihren Rentenversicherungsträger zur medizinischen Rehabilitation geschickt (in der Adipositas-Stichprobe waren 38,4 % BfA- und 38,2 % LVA-Patienten). Bei den Hauptdiagnosen standen in 51 % der Fälle neurotische Erkrankungen (ICD-9: 300) im Vordergrund. Bei 15,4 % lagen funktionelle Störungen (ICD-9: 306) vor, bei 11,8 % wurde eine psychogene Reaktion (ICD-9: 308, 309), bei 4,9 % eine Persönlichkeitsstörung (ICD-9: 301) und bei 6,3 % eine psychosomatische Erkrankung im engeren Sinne (z.B. Asthma, Colitis ulcerosa) diagnostiziert. 88,3 % der adipösen Patienten hatten Nebendiagnosen (36,5 % hatten mindestens 3 Nebendiagnosen). Die Patienten waren mehrheitlich deutlich chronifiziert, wobei die Krankheitsdauer (bezogen auf die Hauptdiagnose) bei 83,8 % der Patienten bereits 2 Jahre überstieg. 38,9 % waren bereits 10 Jahre und länger krank. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer der adipösen Patienten (BMI ab 30) betrug aufgrund der Haupteinweisungsleiden 53,4 Tage ($sd = 20,6$ Tage), wobei 93,8% regulär entlassen wurden (bei 5,1 % lag ein Abbruch vor, 1,1% Verlegungen).

Abbildung 1 zeigt, daß sich Frauen und Männer hinsichtlich der Verteilung der "Gewichtsklassen" statistisch bedeutsam unterschieden (die Adipositas-Grade II und III sind in der Abbildung zur Klasse "behandlungsbedürftige Adipositas" zusammengefaßt; $\chi^2 = 646,91$, $df = 3$, $p < .0001$):

Frauen waren mehrheitlich normalgewichtig, Männer mehrheitlich leicht übergewichtig. Alles in allem war die Verteilung bei den Frauen extremer als bei Männern: So war einerseits "Untergewicht" bei Frauen vergleichsweise häufiger zu beobachten als bei Männern (12,3 % vs. 3,5%), ebenso lag auch etwas häufiger ein behandlungsbedürftiges Übergewicht vor (14,6 % vs. 12,5 %). Frauen hatten vergleichsweise häufiger ein "Normalgewicht" (46,3 % vs. 36,3 %), umgekehrt zeigten Männer vergleichsweise häufiger ein "leichteres" Übergewicht (Adipositas Grad I; 47,8 % vs. 26,8%).

in Prozent

Abb. 1: Verteilung nach Gewichtsklassen bei Frauen und Männern (n=11235)
Klassifikation nach BMI bei Aufnahme, BEDOK 1989-1995, Klinik Schömburg

■ Frauen
▨ Männer

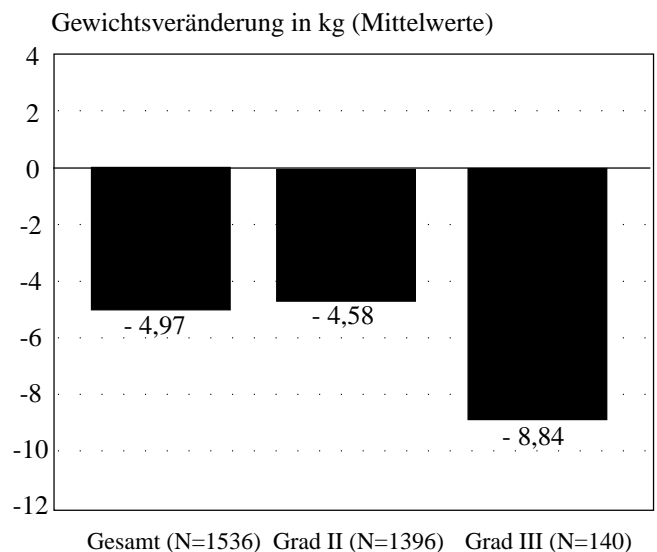
3.3. Kurzfristige Heilbehandlungseffekte

Abbildung 2 zeigt, daß für die Gesamtgruppe der adipösen Patienten (n = 1536) im Schnitt eine hochsignifikante Gewichtsreduktion von 4,97 kg - verbunden mit einer deutlichen Streuung der intraindividuellen Veränderungen (sd = 4,38 kg) - beobachtet werden konnte. Das durchschnittliche Gewicht bei Aufnahme reduzierte sich von 95,98 kg (sd = 14,47 kg) auf 91,00 kg (sd = 13,21 kg) bei Entlassung (t = 44,47, df = 1535, p < .001), was einer Effektstärke (ES) von 0,34 (= 4,97:14,47) oder einer Abnahme um 5,2 % entspricht. Der durchschnittliche BMI-Wert reduzierte sich hochsignifikant von 33,90 (sd = 4,09) auf 32,15 (sd = 3,76; t = 44,75, df = 1535, p < .001, ES = 0,42).

Die individuellen Gewichtsveränderungen (Aufnahme-Entlassungs-Differenzen) in der Gesamtgruppe (n = 1536) variierten zwischen einer Gewichtszunahme von +8 kg und einer Gewichtsabnahme von -33 kg. Insgesamt 87,2 % der adipösen Patienten zeigten eine Gewichtsreduktion: bei 49,2 % lag sie im Bereich bis 5 kg (Durchschnitt: 3,09 kg), bei 28,5 % lag sie im Bereich 6-10 kg (Durchschnitt: 7,61 kg) und bei 9,5 % war sie größer als 10 kg (Durchschnitt: 14,28 kg).

Es konnte weiterhin beobachtet werden, daß die durchschnittliche Gewichtsreduktion bei Männern (n = 553) signifikant größer als bei Frauen (n = 980) ausfiel (-5,46 kg vs. -4,70 kg;

Abb. 2: Gewichtsreduktion während des stationären Aufenthalts (n= 1536 adipöse Patienten (BMI ab 30))



Grad der Adipositas nach BMI

$t = -3,17$, $df = 1044,11$, $p < .002$). Das durchschnittliche Gewicht bei Aufnahme reduzierte sich bei den Männern von 101,72 kg ($sd = 12,41$ kg) auf 96,25 kg ($sd = 11,49$ kg) bei Entlassung ($t = 27,48$, $df = 552$, $p < .001$). Der durchschnittliche BMI-Wert der adipösen Männer reduzierte sich hochsignifikant von 32,80 ($sd = 3,05$) auf 31,05 ($sd = 2,89$; $t = 27,39$, $df = 552$, $p < .001$, $ES = 0,57$). Bei den adipösen Frauen reduzierte sich das Durchschnittsgewicht von 92,74 kg ($sd = 14,57$ kg) auf 88,03 kg ($sd = 13,21$ kg; $t = 35,17$, $df = 979$, $p < .001$) und der durchschnittliche BMI-Wert von 34,51 ($sd = 4,47$) auf 32,77 ($sd = 4,05$; $t = 35,38$, $df = 979$, $p < .001$, $ES = 0,39$).

Abbildung 2 deutet an, daß die beobachtbaren Gewichtsveränderungen (A-K-Differenzwerte) positiv mit den BMI-Ausgangswerten korrelierten ($r = .37$, $n = 1534$, $p < .001$) und daß deshalb bei den Grad-III-Adipösen ($n = 140$) im Schnitt eine größere Gewichtsreduktion zu beobachten war als bei Adipösen des Grades II ($n = 1396$; $-4,58$ kg vs. $8,84$ kg; $t = -8,65$, $df = 153,41$, $p < .001$). Während sich der BMI bei Adipösen des Grades II im Mittel von 32,91 ($sd = 2,48$) auf 31,31 ($sd = 2,46$) reduzierte ($t = 42,91$, $df = 1395$, $p < .001$, $ES = 0,64$), ging er bei den extrem Adipösen im Durchschnitt von 43,75 ($sd = 3,93$) auf 40,57 ($sd = 4,12$) zurück ($t = 18,83$, $df = 139$, $p < .001$, $ES = 0,80$). Konnte bei 86,3 % der Grad II-Adipösen eine Gewichtsabnahme dokumentiert werden, so war bei 95,7 % der extrem Adipösen eine Reduktion beobachtbar (23,6 % zeigten in dieser Gruppe eine Abnahme bis 5 kg, 43,6% eine Abnahme von 6-10 kg und 28,6 % eine Abnahme um mehr als 10 kg).

Es konnte weiterhin beobachtet werden, daß die Gewichtsveränderungen (A-K-Differenzwerte) positiv mit der stationären Behandlungsdauer korrelierten ($r = .35$, $n = 1534$, $p < .001$), d.h. Patienten mit längerer Aufenthaltsdauer zeigten im Durchschnitt eine deutlichere Gewichtsabnahme als Adipöse mit einer kürzeren stationären Behandlung. Während z.B. bei einer 6-wöchigen Behandlung eine mittlere Gewichtsabnahme von 4,1 kg beobachtet werden konnte, lag sie bei über 10-wöchigen Behandlungen bei 7,4 kg.

Für die Patienten mit behandlungsbedürftigem Übergewicht ($n = 1538$) zeigten sich weiterhin statistisch signifikante Veränderungen der systolischen und diastolischen Blutdruckwerte. Bei einer mittleren Gewichtsabnahme von knapp 5 kg konnte der systolische um etwa 8 mmHG, der diastolische um etwa 5 mmHG gesenkt werden. Der systolische Blutdruck sank von durchschnittlich 135,94 ($sd = 20,79$) auf 127,58 ($sd = 16,57$; $t = 18,13$, $df = 1537$, $p < .001$), der diastolische Blutdruck reduzierte sich von durchschnittlich 87,25 ($sd = 12,22$) auf 82,29 ($sd = 9,90$; $t = 16,79$, $df = 1537$, $p < .001$). Die beobachtbaren Gewichtsveränderungen (A-K-Differenzwerte) korrelierten dabei hochsignifikant (wenngleich in der Höhe eher mäßig) mit den Veränderungen der systolischen ($r = .14$; $n = 1530$) und diastolischen Blutdruckwerte ($r = .15$; $n = 1530$).

Die naheliegende Frage, wie stabil bzw. instabil die bei den adipösen Patienten beobachtbaren Gewichtseffekte sind, kann durch die Basisdokumentation der Klinik nicht beantwortet

werden. Um Antworten hierfür zu gewinnen, haben wir in einem weiteren Schritt zwei umfangreiche Programm-evaluationsstudien der Klinik herangezogen und haben aus diesen Studien die adipösen Patienten (BMI ab 30) "herausgefiltert" (siehe 2. Teil der Veröffentlichung "Ergebnisse von Verlaufsstudien" (Schmidt et al. 1998)).

Insgesamt schätzten die Therapeuten das Gesamtergebnis der Heilbehandlung für Patienten mit behandlungsbedürftigem Übergewicht ($n = 1545$) sehr positiv ein (globale Outcome-Ratings). Im Vergleich zur Aufnahme wurde z.B. das körperliche Befinden der Patienten bei 86,2 % als gebessert (deutliche Besserung: 30,4 %), bei 11,9 % als unverändert und nur bei 1,9 % als verschlechtert beurteilt. Das psychische Befinden wurde vergleichsweise bei 83,5 % als gebessert (deutliche Besserung: 27,1 %), bei 14,8 % als unverändert und nur bei 1,7 % als verschlechtert eingestuft.

4. Diskussion

Fundierte Daten über die Häufigkeit der Adipositas in psychosomatischen Fachkliniken fehlen bislang. Um stichhaltige Aussagen über deren Prävalenz und zugleich auch über Behandlungsergebnisse von adipösen Patienten machen zu können, wurden in der vorliegenden Arbeit Daten aus der Basisdokumentation und aus zwei umfassenden Programm-evaluationsstudien (Verlaufsuntersuchungen) der Klinik Schömberg analysiert (eine behandlungsbedürftige Adipositas wurde dabei über einen Body-Mass-Index ab 30 definiert).

Für den Beobachtungszeitraum 1989 - 1995 zeigte sich, daß 13,7 % der behandelten Patienten (d.h. 1550 von 11275) bei Aufnahme ein Übergewicht aufgewiesen hatten, das als behandlungsbedürftige Adipositas eingestuft werden konnte. Diese Patienten (Durchschnittsalter: 46,4 Jahre) waren jedoch nicht wegen ihres Übergewichts zur Behandlung gekommen, als Hauptleiden war bei ihnen mehrheitlich eine neurotische Störung diagnostiziert worden (weitere Hauptdiagnosen betrafen insbesondere funktionelle Störungen, psychogene Reaktionen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen). Die ermittelten Auftretenshäufigkeiten von Übergewicht/Adipositas in der Klinik (Grad I: 35,1 %; Grad II: 12,5 %; Grad III: 1,2 %) bestätigen insgesamt die Vermutung, daß dieser Risikofaktor in der Klientel einer psychosomatischen Reha-Klinik ungefähr im gleichen Umfang wie in der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtbevölkerung vorkommt.

Die Behandlungsergebnisse der adipösen Patienten (BMI ab 30) wurden von den behandelnden Therapeuten insgesamt sehr positiv eingeschätzt (jeweils über 80 % verließen die Klinik körperlich bzw. seelisch gebessert). Als Korrelat der stationären, auf die Hauptleiden - nicht primär auf eine Gewichtsabnahme - gerichteten Behandlung zeigten sich bei etwa 87 % der Patienten Gewichtsreduktionen, wobei die Gewichtsveränderungen bei Entlassung im Durchschnitt etwa minus 5 kg betragen. Weiterhin ließen sich bei diesen Patienten moderate, statistisch signifikante Reduktionseffekte bezüglich der systolischen und diastolischen Blutdruckwerte beobachten.

Inwieweit eine Gewichtsabnahme als erfolgreich zu bezeichnen ist, ist nicht allein von der faktischen Reduktion in Kilogramm abhängig, sondern auch davon, ob diese Gewichtsabnahme langfristig gehalten werden kann, sowie von der Frage, welche sonstigen Veränderungen sich zeigen (z.B. bezüglich Befinden, Gesundheitszustand, Verhalten). Um die Behandlungseffekte bei adipösen Patienten (BMI ab 30) differenzierter abschätzen zu können, wurden deshalb Verlaufsdaten solcher Patienten aus zwei umfangreichen Evaluationsstudien (Datenerhebungen bei Aufnahme, vor Entlassung und 12 Monate nach Entlassung) herausgefiltert. Diese werden im 2. Teil der Veröffentlichung "Ergebnisse von Verlaufstudien" (Schmidt et al. 1998) beschrieben.

Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, daß typische verhaltenstherapeutische Elemente einer Adipositasbehandlung (wie z.B. "Planung der Mahlzeiten", "Verlängerung der Mahlzeitendauer", Bewältigung von Versuchungssituationen", vgl. z.B. Zielke et al. 1990) im hier untersuchten Maßnahmenbündel nicht explizit zur Anwendung gekommen sind, ebenso nicht regelhaft Reduktionsdiäten. Die Frage, inwieweit die erreichbaren Gewichtsreduktionseffekte durch Kombination von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapieelementen gesteigert werden könnten, kann nur aufgeworfen werden und wäre es sicherlich wert, empirisch untersucht zu werden.

5. Literatur

- Hauner H: Gesundheitsrisiken von Übergewicht und Gewichtszunahme. Dt. Arztebl. 1996; 93, Heft 51-52, A-3405-3409.
- Liedtke R, Lempa W, Jäger B, Freyberger H: Eßstörungen. In: Meyer AE et al. (Hrsg.): Jores Praktische Psychosomatik. 3. Auflage. Bern, Huber 1996, 284 -313.
- Schmidt J, Nübling R: BEDOK. Behandlungs-Dokumentationsbogen. Fragebogen und Manual. Unveröff., Schömburg 1987.
- Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F: Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Gesundh.-Wes. 1992; 54, 70-80.
- Schmidt J, Nübling R, Wittmann WW: Praktikable Möglichkeiten der Messung von Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung. Erfahrungen mit multiplen Ergebniskriterien im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 5 (Sonderausgabe der Deutschen Rentenversicherung) 1995a, 71-73.
- Schmidt J, Nübling R, Vogel H: Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation - Psychologische Beiträge zu einem modernen Trend in der Gesundheitsversorgung. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1995b; 27, 245-263.
- Schmidt J, Schmid-Ott G, Lamprecht F: Prävalenz der Adipositas in einer analytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik und Behandlungsergebnisse durch psychosomatische Rehabilitation - Teil II: Ergebnisse von Verlaufstudien. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie (im Druck) 1998.
- Stunkard AJ, Pudel V: Adipositas. In: Adler RH u.a. (Hrsg.): Thure von Uexküll - Psychosomatische Medizin. 5. Auflage. München, Urban & Schwarzenberg 1996, 581-598.
- Tuschhoff T, Benecke-Timp A, Vogel H: Adipositas-Therapie in der medizinischen Rehabilitation: Thesen zur Optimierung der therapeutischen Rahmenbedingungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1995a; Heft 29, 36-40.
- Tuschhoff T, Benecke-Timp A, Vogel H: Adipositas. In: Petermann F (Hrsg.): Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Ansätze in der medizinischen Rehabilitation. Göttingen, Hogrefe 1995b, 337-369.
- Wechsler JG: Therapie der Adipositas. Internist 1995b; 36, 1063-1069.
- Zielke M, Köpfler M, Stadler S, Olivet HP, Gottfried W: Evaluation eines Selbstkontrollprogramms für stationäre Adipositasbehandlung. In: Zielke M., Mark N. (Hrsg.): Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Band 1. Berlin, Springer 1990, 340-380.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jürgen Schmidt

Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im
Gesundheits- und Sozialwesen mbH (eqs)
Karlstr. 49a, 76133 Karlsruhe
Tel. 0721/93278-14, Fax. 0721/93278-20

Dr. med. Gerhard Schmid-Ott

Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30623 Hannover
Tel. 0511/532-2633/-6570, Fax. 0511/532-3190

Teil II: „Ergebnisse von Verlaufstudien“
folgt im nächsten Heft (Heft 2, 1998)