



Konzept und Erfahrungen in der Adipositas-Therapie

Sarah Rösch, Tagesklinik für Adipositas-
Therapie am Universitätsklinikum Leipzig

18. Wiener Forum Übergewicht und Adipositas
Wien, 30.05.2023

Integriertes Forschungs- und
Behandlungszentrum (IFB)
AdipositasErkrankungen

Integrated Research and
Treatment Center
AdiposityDiseases

SPONSORED BY THE



Federal Ministry
of Education
and Research

- S3-Leitlinie: Multimodale **Adipositasverhaltenstherapie**
 - **Ziel:** Veränderung von **Ernährungs- und Bewegungsverhalten** mit behavioralen Interventionen
 - Integrale Bestandteile:
 - **Ernährungstherapie**
 - **Bewegungstherapie**
 - **Verhaltenstherapie**

Therapieziele in Leipzig

- Dauerhafte **Lebensstiländerung** VOR Gewichtsreduktion
 - Steigerung der **Beweglichkeit**
- Minimierung von Risikofaktoren
- Verbesserung der Begleiterkrankungen
- Langfristig: **Gewichtsstabilisierung**

Umsetzung der Therapie in Leipzig

- **12-monatiges** konservatives Therapieprogramm
 - **18 Gruppenschulungen Ernährungs- und Verhaltenstherapie** à 90 Minuten
 - **4 Einzel-Ernährungsberatungen**
 - **Wöchentliche Bewegungstherapie** in unterschiedlichen Leistungsstufen

Konservatives Programm

Sitzung	Ernährungstherapie	Verhaltenstherapie
1	Kennenlernen & Ziele	
2	Ernährungspyramide	Motivation & Stärken
3	Fette	Änderungsvorhaben
4	Kohlenhydrate	Negative Gefühle & Heißhunger
5	Eiweiße und Getränke	Innerer Schweinehund
6	Rezepte abwandeln	Zwischenbilanz
7	Körpersignale & Mahlzeitenstruktur	Stressbewältigung
8	Lehrküche	Körperbild
9	Einkaufstraining	Ausrutscher & Rückfälle, Nachsorgeplanung
10	Abschluss & Rückfallprävention	

Umsetzung der Therapie in Leipzig

- **6-monatiges** konservatives Therapieprogramm bei primärer Indikation für Adipositaschirurgie
 - **18 Gruppenschulungen Ernährungs- und Verhaltenstherapie** à 90 Minuten
 - **4 Einzel-Ernährungsberatungen**
 - **Wöchentliche Bewegungstherapie** in unterschiedlichen Leistungsstufen

Umsetzung der Therapie in Leipzig

- Anschließend ans konservative Programm:
Jahresabschlussuntersuchung
 - Laborkontrolle mit ärztlichen Zwischengespräch
 - erneute Beratung aller Fachdisziplinen über geeignete Folgetherapie
 - konservative Nachsorge
 - Adipositaschirurgie
 - Berücksichtigung des Patientenwunsches

Konservative Nachsorge

- **Ernährungstherapie**
 - 4 Einheiten Einzelberatung à 30 Minuten
- **Wöchentliche Bewegungstherapie** in Gruppe
- **Verhaltenstherapie**
 - 6 Einheiten Gruppenschulung à 45 Minuten
- **Abschlussuntersuchung**
 - Blutentnahme & ärztliches Abschlussgespräch

Zusammenfassung konservatives Programm

- 2-jähriges Therapieprogramm zur Gewichtsreduktion
- 1-2 Termine/Woche
- Beitrag der Patient*innen: Absolvierung aller Therapiebausteine
 - **Mitwirkungs- und Teilnahmepflicht (80%)** an den vereinbarten Terminen
 - Kostenübernahme durch Krankenkasse, wenn Versichertenkarte quartalsweise eingelesen und tagesklinische Aufnahmeformulare unterschrieben
 - Anfahrtskosten, Parkplatzgebühren!

Adipositaschirurgie

- Bei Patientenwunsch, wenn herkömmliche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion nicht erfolgreich waren:
Operation am Magen-Darm-Trakt
 - Option 1: Schlauchmagen
 - Option 2: Magenbypass
- Begrenzt Nahrungszufuhr → unterstützt Gewichtsabnahme

- **interdisziplinäre Vorbereitung auf den Eingriff**
- 7 Online-Patientenschulungseinheiten „b.m.i.-Zirkel“ à 90 Minuten
 - Ernährungsmedizin
 - Adipositaschirurgie
 - Psychologie
 - Selbsthilfe

Nachsorge Adipositaschirurgie

- **lebenslange Nachsorge notwendig & wichtig**
 - zur Vorbeugung von Mangelsituationen
- regelmäßige Vorstellung in Ernährungssprechstunde
 - 3 Laborkontrollen
 - b.B. internistische & chirurgische Vorstellung
- ab 1. Jahr nach Operation einmal jährliche Vorstellung
- **Bewegungstherapie wird empfohlen**

Bestandteile der Adipositasverhaltenstherapie

- **Psychoedukation**
 - Entstehung der Adipositas
 - Langfristigkeit
- **Motivation und Stärken**
 - Warum jetzt?
 - Vor- & Nachteile d. Gewichtsreduktion kurz- & langfristig

Bestandteile der Adipositasverhaltenstherapie

- **Zielsetzung**
 - Formulierung mithilfe der SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminierbar)
- **Emotionales Essen und Essanfälle**
 - ABC-Modell, einschließlich Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen und Konsequenzen

Bestandteile der Adipositasverhaltenstherapie

- **Stressbewältigung**
 - **Instrumentelle** Stresskompetenz
 - **Mentale** Stresskompetenz
 - **Regenerative** Stresskompetenz
- **Körperbild**
 - **Schönheitsideale** über die Zeit
 - **Negatives** und **positives** Körperbild
 - Entstehung des Körperbildes über die **Lebensspanne**
 - Aufbau **positiver körperbezogener Aktivitäten**

Techniken der Adipositasverhaltenstherapie

- **Selbstbeobachtung**
 - Ernährungs- & Bewegungsprotokolle
- **Stimuluskontrolle**
 - Festgelegte Essenszeiten und -orte
 - Abläufe beim Einkaufen
 - Deponieren von Lebensmitteln
 - Turnschuhe bereitstellen

Techniken der Adipositasverhaltenstherapie

- **Soziale Unterstützung**
 - Einbezug der Familie bei Veränderungen
 - Gemeinsame Bewegung
- **Problemlösetrainings**
 - Problem- & Zielformulierung
 - Erarbeitung von Alternativen
 - Entscheidung
 - Überprüfung

Techniken der Adipositasverhaltenstherapie

- **Verstärkerpläne**
 - Alternative, belohnende Verhaltensweisen
- **Flexible statt rigide Kontrolle**
 - Verbote sind verboten

Adipositas- versus Kognitive Verhaltenstherapie

- Kognitive Verhaltenstherapie bei der Binge-Eating Störung: **Orientierung an Hunger- und Sättigungssignalen, Deckung des Kalorienbedarfs**
↔ Adipositasverhaltenstherapie: kognitive Kontrolle soll unabhängig von Hunger und Sättigung erhöht werden, moderat kalorienreduzierte Kost

Agenda

- Grundlagen
 - Prävalenz, Entstehung, Komorbidität
- Therapie
 - Multimodale Adipositas-Verhaltenstherapie
 - **Eigene Erfahrungen**
- Ggf. Ausblick Neurofeedback

Probleme der Verhaltenstherapie

– ein Auszug

- **Gewichtsstabilisierung** angesichts unrealistischer Erwartungen an Zielgewicht
- **Comfort eating/avoidance eating**
- **Adipositaschirurgie** wird als **Ausweg** gesehen
 - CAVE: Höherer postoperativer Alkohol- & Nikotinkonsum
 - CAVE: Erhöhtes Suizidrisiko, bis zu 50% höher als alters-, geschlechts-, BMI

Conaston et al., 2013; King et al., 2012

Eigene Erfahrungen

- **Versorgungswünsche omnipräsent** (z.B. Essenspläne)
 - Eigenverantwortung und Motivation herausarbeiten!
- **Körperbild** als zentrales und vernachlässigtes Thema, insbesondere bei **Frauen**
- **Bewegungsaufbau** erfordert **Geduld** und **positive Erfahrungen**
 - Gemeinsamer Sport mit Personen mit Übergewicht wirkt motivierend

Eigene Erfahrungen

- **Transfer** in den Alltag ist sehr schwer
 - **Soziale Barrieren** beachten
 - Apps könnten unterstützend wirken (DiGa-Anwendung?)
- **Arbeiten mit Vorbildern** (z.B. Nimmersatt von Feine Sahne Fischfilet, Rainer Calmund)
 - Erlauben Identifikation

- **Sorgfältige Diagnostik zu Therapiebeginn**
 - Bei komorbider Binge-Eating Störung Psychotherapie erwägen
 - Suchtanamnese und –gefahr explorieren
- **Erwachsene und verantwortliche Anteile der Patienten ansprechen und stärken → viel Zeit für Motivationsaufbau**

- Breinker, J. L., Biernath, M., Sergejev, E., Kaspar, A., Körner, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2022). Wirksamkeit eines Adipositastherapieprogramms bei Kindern und Jugendlichen in der Routineversorgung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 72(8), 345–353.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft. (2014). S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ [zugegriffen 24.05.2023]. https://www.adipositasgesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf
- Deutsche Adipositas Gesellschaft. (2018). S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ [zugegriffen 24.05.2023]. https://register.awmf.org/assets/guidelines/088-0011_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf
- Frenzel, S. V., Bach, S., Ahrens, S., Hellbardt, M., Hilbert, A., Stumvoll, M., Fasshauer, M., & Schlögl, H. (2020). Ausweg aus der Versorgungslücke: Voll Krankenkassen-finanzierte konservative Adipositas-Therapie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 145(14), e78–e86.
- Hauner, H. & Wirth, A. (2023). *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (5. Auflage). Springer Berlin Heidelberg.
- Herpertz, S., de Zwaan, M., & Zipfel, S. (2008). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer Berlin Heidelberg.
- Hilbert, A., Herpertz, S., Kersting, A., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., & Vocks, S. (2019) Binge Eating-Störung. In: S. Herpertz, M. Fichter, B. Herpertz-Dahlmann, A. Hilbert, B. Tuschen-Caffier, S. Vocks, & A. Zeeck (Hrsg.), *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen* (S. 275-302). Springer Berlin Heidelberg.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. (2010) *Essanfälle und Adipositas: Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Munsch, S. & Hilbert, A. (2015). *Übergewicht und Adipositas*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Schwalm, S. V., Hilbert, A., Stumvoll, M., Striebel, M. R., Sass, U., Tiesler, U., Kiess, W., Adler, M., Gausche, R., Blüher, M., Dietrich, A., Fasshauer, M., & Hellbardt, M. (2015). Das Leipziger Adipositasmanagement. Integrierte Versorgung nach §140 SGB V. *Adipositas*, 9, 87–92.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Integriertes Forschungs- und
Behandlungszentrum (IFB)
AdipositasErkrankungen

Integrated Research and
Treatment Center
AdiposityDiseases

SPONSORED BY THE



Federal Ministry
of Education
and Research



Email: sarah.roesch@medizin.uni-leipzig.de; Promotionsstipendium: