

Volker Pudiel

Adipositas

Fortschritte der Psychotherapie



Hogrefe

Fortschritte der Psychotherapie

Manuale für die Praxis

herausgegeben von

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe
Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Band 19

Adipositas

von

Volker Pudel



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Adipositas

von

Volker Pudel



**Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle**

Prof. Dr. Volker Pudiel, geb. 1944. 1965-1970 Studium der Psychologie in Göttingen. 1972 Promotion. 1976 Habilitation. 1982 Ernennung zum apl. Professor. Seit 1970 Leiter der Ernährungspsychologischen Forschungsstelle im Zentrum Psychosoziale Medizin in Göttingen. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Klinische und experimentelle Fragen des menschlichen Ernährungsverhaltens, Grundlagen und Therapiemöglichkeiten der Adipositas, Magersucht und Bulimia nervosa, Konzeption von präventiven Kampagnen (Vierjahreszeiten-Kur, PfundsKur, Slimnet).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissenstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern • Toronto • Seattle 2003
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Druck: Schlütersche Druck GmbH & Co. KG
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1392-X

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	1
1 Beschreibung der Störung	2
1.1 Bezeichnung	2
1.2 Definition	3
1.3 Epidemiologische Daten	5
1.4 Verlauf und Prognose	5
1.5 Differenzialdiagnose	7
1.6 Komorbidität	7
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	9
2 Störungstheorien und -modelle	13
2.1 Die kurze Geschichte der „Störungstheorien“	14
2.2 Die Suche nach der psychologischen „Störung“	16
2.3 Das genetische Modell	17
2.4 Das diätetische Modell	19
2.5 Das verhaltenspsychologische Modell	21
2.6 Integration der Modelle	23
3 Diagnostik und Indikation	24
4 Behandlung	27
4.1 Darstellung der Therapiemethoden	29
4.1.1 Chirurgische Therapie	29
4.1.2 Medikamentöse Therapie	30
4.1.3 Medizinprodukte	32
4.1.4 Formula-Diäten	32
4.1.5 Schlankheitsdiäten	32
4.1.6 Kognitive Verhaltenstherapie	33
4.1.7 Diätetische Maßnahmen	34
4.1.7.1 Fettnormalisierung und Kohlenhydratliberalisierung	34
4.1.7.2 Einsatz von Formula-Diäten	37
4.1.8 Training des Ess- und Bewegungsverhaltens	38
4.1.8.1 Essverhalten	38
4.1.8.2 Bewegungsverhalten	43
4.2 Kombinationstherapie	45

4.2.1	Das Optifast-Programm	45
4.2.2	Online-Angebote	46
4.2.3	Programme mit Medikamenten	46
4.2.4	Programme für Kinder	46
4.3	Praxisteil	47
4.3.1	Ungünstige Kontingenzen	48
4.3.2	Maßnahmen statt Ziele	48
4.3.3	Der Beratungsprozess in Schritten	49
4.3.3.1	Erster Schritt: Verhaltensdiagnose	49
4.3.3.2	Zweiter Schritt: Zieldefinition	49
4.3.3.3	Dritter Schritt: Zielhierarchie	49
4.3.3.4	Vierter Schritt: Maßnahmenplanung	50
4.3.4	Komplikationen während der Therapie	50
4.3.4.1	Essen in Stresssituationen	50
4.3.4.2	Die „Ich esse nichts und nehme nicht ab“-Situation	52
4.3.4.3	Die absolute Sackgasse	54
4.3.4.4	Der Patient kommt nicht wieder	54
4.3.4.5	„Ohne Fett schmeckt es nicht“	56
4.3.4.6	Langfristiges Gewichtsmanagement	57
5	Fallbeispiel	58
6	Effektivität und Prognose	62
7	Literatur	63
8	Anhang	66
	Bewegungsprotokoll	66
	Vorlage: Gewicht	67
	Präferenzliste	68
	Wissenstest	70
	Food-Frequency-List	72
	Motivationsfrage	74
	Bestellung des Fragebogens zum Eßverhalten (FEV)	75
	Ernährungstagebuch	76

Karte

Leitfaden für das diagnostische Gespräch

Vorbemerkung

William Bennett schrieb schon 1995 im New England Journal of Medicine, dass mit dem ewigen Moralisieren endlich Schluss sein sollte, weil es dem Adipösen nicht helfe, zumal es auch für die Theorie vom Vielfraß keine wissenschaftliche Evidenz gebe.

Dennoch, so schrieb ich im Bundesgesundheitsblatt, blieb die Adipositas das ungeliebte Kind, das weder Ärzte noch Psychologen, weder Krankenkassen noch die Gesellschaft mögen (Pudel, 2001). Adipositas ist eine Krankheit mit sehr hoher Prävalenz. Die Bedeutung der Adipositas für das Gesundheitssystem ist unbestritten. Direkte und indirekte Kosten werden auf bis zu 20 Milliarden €/Jahr (6 bis 8% der Gesamtkosten) geschätzt.

Und dennoch ist Adipositas in Deutschland eigentlich gar keine Krankheit, denn für deren Behandlung kommen die Kassen nicht auf. So unlogisch es ist, die Ursache von Krankheiten selbst nicht als Krankheit „zuzulassen“ – so unlogisch sind viele Phänomene, die sich um Adipositas ranken.

Willensschwäche und andere Charakterschwächen dienen als Erklärung der maßlosen Esslust. Die übergewichtigen Patienten selbst entschuldigten ihr Gewicht mit Erbanlagen, Drüsenstörungen, schweren Knochen und guter Futtermittelnverwertung. Schließlich esse und trinke man wenig. Das, bitte, solle man ihnen doch glauben. 40 Jahre glaubte ihnen keiner. Die Historie der Adipositas-therapie ist ein Beispiel von Irrtümern, die nur begangen wurden, weil sie so plausibel waren.

Kaum eine Krankheit wird mit so unwirksamen und manchmal sogar kontraindizierten Mitteln und Methoden „behandelt“ wie die Adipositas. Allerdings muss auch vermerkt werden, dass es nur wenig geprüfte und evaluierte Behandlungskonzepte gibt. Deren Therapieerfolge geben noch keinen Grund für übertriebenen therapeutischen Optimismus, zeigen aber sinnvolle Wege auf und belegen, dass die chronische Krankheit Adipositas langfristig behandelt werden muss.

In diesem Buch sind die wesentlichen Grundlagen für eine verhaltenstherapeutische Intervention zusammengestellt.

1 Beschreibung der Störung

Ist Adipositas überhaupt eine „Störung“ oder die „evolutionsbiologische Normalvariante“

Nichts bei der Adipositas ist so einfach wie die Beschreibung der „Störung“, obwohl nicht einmal klar ist, ob es sich um eine „Störung“ oder die „biologisch gemeinte Normalvariante“ handelt. Dicke Menschen sind ohne jedes diagnostische Instrumentarium auf den ersten Blick zu erkennen. Sie sind nicht nur schwerer, sondern auch „ausladend“, und allein das stellt ein psychosoziales Problem für sie da. Adipöse leben in einer Gesellschaft, die seit ca. 40 Jahren – beginnend mit Twiggy – ein extremes Schlankheitsideal zur „attraktiven Norm“ erhoben hat, an dem auch die Wissenschaft mit der Propagierung des „Idealgewichts“ in den 70er Jahren nicht ganz unschuldig war.

Da jede Überschreitung der Schlankheitsnorm von anderen Personen wahrgenommen wird, existieren in der öffentlichen Meinung zahllose Urteile und Vorurteile, um sich das „Phänomen Übergewicht“ zu erklären. Zumeist sind dies Schuldzuweisungen an die Übergewichtigen, deren „maßloser Appetit“ und „Willensschwäche“ als Ursachen angesehen werden.

So leidet der Adipöse zweifach, nämlich direkt unter der Last seiner Fettpolster als Risikofaktor für seine Gesundheit und indirekt unter dem öffentlichen Vorwurf, daran selbst die Schuld zu tragen.

Das „geniale Fettspeicherprogramm“ hat die Menschheit überleben lassen

Andererseits ist das „geniale Fettspeicherprogramm“ der Evolutionsbiologie die Rückversicherung gewesen, die Menschen auch in Notzeiten hat überleben lassen. Adipositas wurde erst zu einer gesundheitlichen Störung, als sich die knappen Nahrungsressourcen in überbordende Supermärkte verwandelt haben, und die Notwendigkeit entfiel, durch abgespeicherte Energiovorräte einen Nahrungsengpass überbrücken zu müssen.

So erscheint die Störung „Adipositas“ als evolutionsbiologisch angelegte Überlebenstrategie, die sich allerdings unter Überflussbedingungen gegen die Gesundheit des Menschen entwickelt.

1.1 Bezeichnung

Adipositas bezeichnet die überdurchschnittlich hohe Fettansammlung

Übergewicht und Adipositas, gelegentlich auch (immer noch) Fettsucht, sind die Begriffe, um das erhöhte Körpergewicht eines Menschen zu benennen. Dabei ist jedoch primär nicht das Gewicht, sondern die Fettansammlung gemeint, die das Übergewicht bedingt. So sind Leistungssportler mit ausgeprägten Muskelmassen sehr wohl übergewichtig, nicht aber adipös. Der Begriff „Fettsucht“ sollte nicht mehr verwendet werden, denn Adipositas erfüllt nicht die Kriterien einer Sucht.

Da der Entstehung der Adipositas grundsätzlich keine psychopathologischen Faktoren zugeordnet werden können, gilt Adipositas nicht als Essstörung und ist darum in das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) auch nicht aufgenommen worden.

Adipositas ist keine Essstörung nach DSM-IV

„Adipositas und sonstige Überernährung“ werden dagegen unter E65 bis E68 in Kapitel IV der ICD-10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) aufgeführt.

Klassifikation nach ICD-10	
Speziell <i>E66</i> nennt die <i>Adipositas</i> mit den Subkategorien	
<i>E66.0</i>	<i>Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr</i> exklusive: Dystrophia adiposogenitalis (E23.6) Lipomatose o.n.A. (E88.2) Lipomatosis dolorosa [Dercum-Krankheit] (E88.2) Prader-Willi-Syndrom (Q87.1)
<i>E66.1</i>	<i>Arzneimittelindizierte Adipositas</i>
<i>E66.2</i>	<i>Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation</i> (Pickwick-Syndrom)
<i>E66.8</i>	<i>Sonstige Adipositas</i> Krankhafte Adipositas
<i>E66.9</i>	<i>Adipositas, nicht näher bezeichnet</i> Einfache Adipositas o.n.A.

1.2 Definition

Zur Klassifikation des Körpergewichts hat sich inzwischen der Body Mass Index (BMI) international durchgesetzt und den früher üblichen BROCA-Index abgelöst. Der BROCA-Index definiert als Normalgewicht den Betrag in Kilogramm, den die Körpergröße einen Meter übersteigt. Damit kam es zu Fehleinschätzungen bei sehr kleinen, aber auch großen Menschen, zudem wurde das Normalgewicht scheinbar exakt auf ein Kilogramm festgeschrieben.

Der Broca-Index ist veraltet und wird durch den Body Mass Index (BMI) ersetzt

Der BMI dagegen modifiziert die Körperhöhe, in dem sie ins Quadrat gesetzt wird, und seine Bewertung erfolgt in größeren Intervallen.

$$\text{BMI} = \text{kg/cm}^2$$

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) hat für die Bewertung des BMI folgende Intervalle festgelegt, die inzwischen auch international üblich sind:

Tabelle 1: Bewertung des Body Mass Index

BMI	Bewertung
unter 18.5	Untergewicht
18.5 – 24.9	Normalgewicht
25.0 – 29.9	Übergewicht
30.0 – 34.9	Adipositas Grad I
35.0 – 39.9	Adipositas Grad II
über 40.0	Adipositas Grad III

Das Normalgewicht nach BMI wird subjektiv häufig als Übergewicht empfunden

Bei der Adipositas beinhaltet die Bewertung des BMI zugleich eine Therapieempfehlung. BMI < 25 gilt als Normalgewicht und rechtfertigt keine Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, obschon diese von Patienten durchaus oft gewünscht werden. Das gesellschaftlich präferierte Körpergewicht ist nämlich, insbesondere das von Frauen, bei einem BMI um 18 angesiedelt (vgl. Models wie z. B. Claudia Schiffer).

Erst ein BMI zwischen 25 und 30, verbunden mit gewichtsabhängigen Risikofaktoren, stellt eine Indikation zur Gewichtsabnahme dar. Zu solchen Risikofaktoren zählen Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Hyperlipidämien oder auch ein erheblicher psychosozialer Leidensdruck sowie ein androides Fettverteilungsmuster (Quotient aus Taillen- und Hüftumfang; waist/hip ratio = WHR).

WHR = Umfang Taille in cm/Umfang Hüfte in cm
<ul style="list-style-type: none"> – Messort des Taillenumfangs: Mitte zwischen Rippenbogen und Beckenkamm. – Messort Hüftumfang: in Höhe Trochanter major. – Die Messungen erfolgen am stehenden Patienten.

Adipositas Grad III kann chirurgische Intervention erfordern

WHR > 0.85 bei Frauen und WHR > 1.0 bei Männern beschreibt die androide Fettverteilung mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko. Übersteigt der BMI die Zahl 30, besteht in jedem Fall eine unbedingte Indikation zur Therapie. Ab BMI > 40 sollte, so die Fachgesellschaft DAG, auch über chirurgische Interventionen (z. B. Magenband: Gastric Banding) nachgedacht werden.

In den letzten Jahren wurde auch als einfaches Maß zur Indikation der Bauchumfang vorgeschlagen. Übersteigt das Umfangsmaß einen Meter, besteht ebenfalls unbedingte Indikation zur Therapie.

1.3 Epidemiologische Daten

Die Prävalenz des Übergewichts hat in den letzten 50 Jahren kontinuierlich zugenommen. Die Entwicklung des Übergewicht ist zudem stark altersabhängig. Ein eindeutiger geschlechtsspezifischer Einfluss ist grundsätzlich nicht zu erkennen, da die Prävalenzraten nach Alter und Geschlecht variieren. Tendenziell ist die Prävalenzrate jedoch bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte eher höher.

Nach einer Untersuchung des Bundesgesundheitsamtes (1994) ist davon auszugehen, dass über 15 Millionen Menschen in Deutschland bei einem BMI > 30 liegen (BGA, 1994). Neuere Erhebungen bei Kindern und Jugendlichen, wie im Ernährungsbericht 2000 der Deutschen Gesellschaft für Ernährung dargestellt, kommen zu der Feststellung, dass etwa 20% übergewichtig und etwa 5% adipös sind.

20% der Erwachsenen und 5% der Kinder sind behandlungsbedürftig adipös

Tabelle 2:

Prävalenz der Adipositas (BMI > 30 kg/m²) in Prozent nach Erhebungen der MONICA-Studie in Augsburg und Umgebung.

Altersgruppe	Männer (n=1.942)	Frauen (n=1.951)
24–34	8,2	7,0
35–44	15,5	12,1
45–54	20,0	21,2
55–64	22,7	32,0
65–74	24,3	30,9

Nach diesen Erhebungen kann davon ausgegangen werden, dass Übergewicht und Adipositas zu den Gesundheitsstörungen mit der höchsten Prävalenz zu rechnen sind.

1.4 Verlauf und Prognose

„Statistisch betrachtet“, so beschrieb treffend ein Journalist, „ist Übergewicht eine Altersschwäche“. In der Tat entwickelt sich die Gewichtszunahme zur Adipositas innerhalb der individuellen Lebensspanne. Dieser Prozess ist ein langsames Fortschreiten, ohne dass er von den Betroffenen zunächst bewusst wahrgenommen wird. Die deutsche Bevölkerung, wie andere westliche Industrienationen auch, nimmt im Durchschnitt von Jahr zu Jahr zu. Immer mehr Kinder sind bereits übergewichtig und wachsen zu adipösen Erwachsenen heran. Definitive Gewichtszunahmen von 0,5 kg im Monat können wegen aktueller Gewichtsschwankungen kaum sicher bemerkt werden, resultieren aber in relevanten Gewichtszunahmen von 6 kg pro Jahr.

Die Prävalenzrate für Übergewicht steigt eindeutig mit dem Alter an

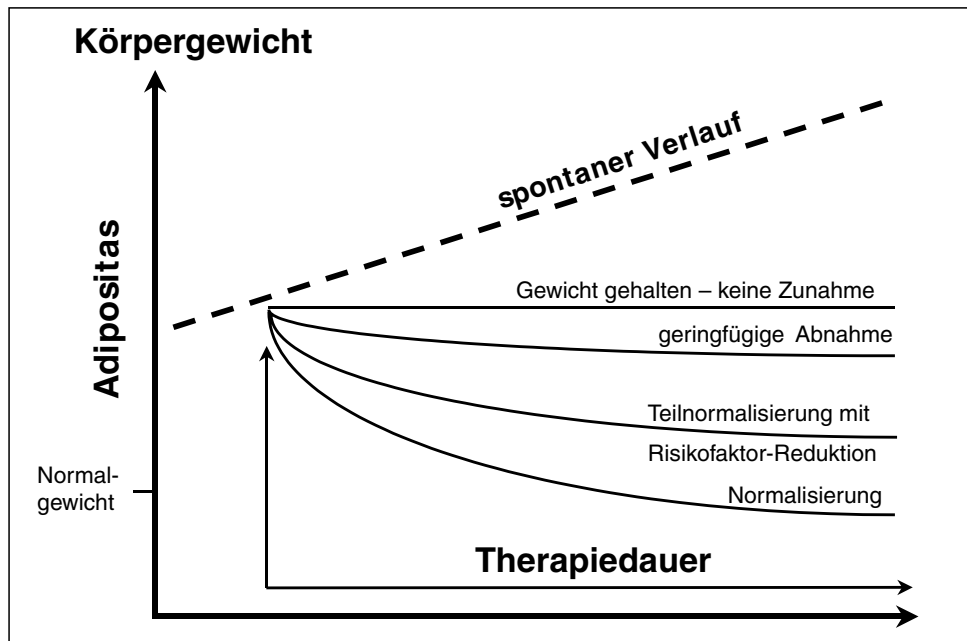


Abbildung 1:
Spontanverlauf einer Gewichtszunahme und mögliche Ergebnisse einer Therapie
(nach Rössner, 1992)

Die Grafik von Rössner (1992) symbolisiert den Spontanverlauf der Gewichtszunahme und macht deutlich, dass eine Gewichtsstabilisierung bereits als Erfolg zu bewerten wäre, auch wenn dies Patienten wenig motivieren und zufriedenstellen würde. So ist auch das neue Erfolgskriterium des Massachusetts Institute of Technology für die Adipositastherapie nur verständlich, wenn der Spontanverlauf mitbedacht wird. Die zehn Experten des MIT haben einen Gewichtsverlust von 5% unter Ausgangsgewicht als Therapieerfolg definiert, wenn dieser über mindestens ein Jahr stabilisiert werden kann. Über die langfristige Prognose nach einer Therapie sind kaum verlässliche Daten verfügbar, da die Beobachtungszeiträume zumeist zu kurz sind. Für das interdisziplinäre, sechsmonatige Optifast-Programm wurde dieses Erfolgskriterium von 5% unter Ausgangsgewicht nach 3,5 Jahren bei 58% der Patienten realisiert (Olschewski et al., 1997).

Neue Erfolgskriterien berücksichtigen einen therapeutischen Realismus

Nicht Gewichtsabnahme, sondern Gewichtsstabilisierung ist das Erfolgskriterium

Erschwerend kommt hinzu, dass sich erst in den letzten Jahren durchgesetzt hat, den Erfolg der Adipositastherapie an der langfristigen Gewichtsstabilisierung zu messen. Die Gewichtsabnahme alleine kann nicht mehr als Erfolgskriterium dienen, da gerade Maßnahmen, die eine schnelle Gewichtsabnahme erzwingen (z. B. Null-Diät), häufig zu einer anschließenden Wiedergewinnung führen – sogar über das Ausgangsgewicht hinaus (Jojo-Phänomen).

Die Verlaufsentwicklung des Körpergewichts in der Gesellschaft, aber auch individuelle Erhebungen weisen darauf hin, dass der Prozess der Gewichts-

zunahme kontinuierlich verläuft. Da die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Gewichtszunahme im Einzelfall höher ist als die Wahrscheinlichkeit einer Stabilisierung oder gar einer spontanen Gewichtsabnahme, kommt der Therapie von Übergewicht und Adipositas ein zwingender Stellenwert zu.

Epidemiologische Studien weisen die Adipositas als Risikofaktor aus, der zu erhöhter Morbidität (siehe Kap. 1.6) und Mortalität beiträgt. Die Untersuchungen zur Mortalitätsstatistik sind jahrelang kritisch diskutiert worden, da etwa 40% der Studien keine erhöhte Sterblichkeitsrate für Adipöse auffinden konnten. Erst nach einer großen Meta-Analyse mit 40 Studien konnte Sjöström (1995) klären, dass Beziehungen zwischen Mortalität und Übergewicht nur dann nachweisbar sind, wenn die Untersuchungskollektive mehr als 20.000 Personen umfassen, länger als fünf Jahre durchgeführt und/oder Personen einbezogen werden, die älter als 40 Jahre sind. Genau diese Kriterien erfüllten jene Studien nicht, die einen Zusammenhang zwischen Adipositas und Mortalität nicht bestätigen konnten.

Die große Nurses Health Study, in der etwa 120.000 Krankenschwestern über 16 Jahre beobachtet wurden, belegte, dass eine Gewichtszunahme zwischen 10 bis 20 kg zu einem Anstieg der Gesamtmortalität um 20%, der kardiovaskulären Mortalität um 70% und der KHK-Mortalität (Koronare Herzkrankheiten) um 160% führte.

Adipositas kürzt die Lebenserwartung und erhöht die Morbidität

1.5 Differenzialdiagnose

Es gibt einige genetische Syndrome, die mit Adipositas einhergehen, aber sie sind sehr selten. Zu ihnen gehören das Prader-Willi-Syndrom¹ (Prävalenz 1 : 5.000 bis 10.000) wie auch das Bardet-Biedl-Syndrom² (Prävalenz 1 : 20.000). Besondere Ausprägungen von Fingern, Zehen, Genitalorganen oder Tonus der Muskulatur machen eine weitere differenzialdiagnostische Abklärung notwendig. Weitere Informationen finden sich bei Wirth (2000).

1.6 Komorbidität

Neben dem erhöhten psychosozialen Leidensdruck, der im Bewusstsein der Patienten zumeist stärker empfunden wird als körperliche Risikofaktoren, sind Adipositas und Übergewicht häufig mit einer Fülle anderer Krankheiten assoziiert, die in der Regel durch eine nachhaltige Gewichtsabnah-

Patienten empfinden den psychosozialen Leidensdruck stärker

¹ 1956 von Prader, Labhart und Wille beschrieben. Genetischer Defekt mit Kleinwuchs und deutlicher Adipositas bereits als Kleinkind. Leichte bis mäßige mentale Retardierung.

² 1936 erstmals beschrieben. Syndrom mit mentaler Retardierung, Polydaktylie, Hypogonitalismus und Adipositas.

me gebessert oder gar geheilt werden können. Nach einer Aufstellung von Wirth (2000) sind dies insbesondere:

Kardiovaskuläres System
<ul style="list-style-type: none"> – Hypertonie – koronare Herzkrankheit – linksventrikuläre Hypertrophie – Herzinsuffizienz – venöse Insuffizienz
Metabolische und hormonelle Funktion
<ul style="list-style-type: none"> – Diabetes Mellitus Typ 2 – Dyslipidämien – Hyperurikämie
Respiratorisches System
<ul style="list-style-type: none"> – Schlafapnoe – Pickwick-Syndrom³
Gastrointestinales System
<ul style="list-style-type: none"> – Cholezystolithiasis⁴ – Fettleber – Refluxösophagitis
Bewegungsapparat
<ul style="list-style-type: none"> – Gon- und Koxarthrose – Wirbelsäulensyndrome – Sprunggelenksarthrose
Haut
<ul style="list-style-type: none"> – Intertrigo⁵ – Hirsutismus, Striae
Neoplasien
<ul style="list-style-type: none"> – erhöhtes Risiko für Endometrium-, Zervix-, Prostata- und Gallenblasenkarzinom
Sexualfunktion
<ul style="list-style-type: none"> – reduzierte Fertilität – Komplikationen bei Geburt und postpartum

³ Von Charles Dickens erstmals beschriebene Krankheit, die sich in einem imperativen Schlafbedürfnis äußert.

⁴ Gallenblasenleiden, Gallensteine.

⁵ Hauterkrankung mit intensiven Erosionen in den überhängenden Falten im Bauchraum, Achselhöhlen und Leistenbeugen.

Schließlich ist auf das erhöhte Operationsrisiko, erschwerte Untersuchungsbedingungen und die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Berentung hinzuweisen.

1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen

Die primäre diagnostische Größe ist der Body Mass Index (BMI), der aus Körperhöhe und Körpergewicht berechnet wird. Bei einem BMI < 30 sollte zusätzlich die Fettverteilung (Taillen-/Hüftumfang) diagnostiziert werden. Darüber hinaus sind Laboruntersuchungen notwendig, um adipositasbedingte Risikofaktoren, wie Diabetes Typ 2, Hypertonie, Hyperlipidämien und Hyperurikämie zu erkennen.

Bei leichtem Übergewicht ist die Fettverteilung ein Risikofaktor

Tabelle 3:
Eingangsdagnostik der Adipositas

Minimaldiagnostik
<ul style="list-style-type: none"> – Bestimmung von Größe und Gewicht sowie BMI – Bestimmung der Fettverteilung – Folgeerkrankungen (z.B. Arthrose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) – Blutdruckmessung – Lipidstatus, Blutglucose, Harnsäure, TSH-basal, Cortisol im Serum oder Urin – Gewichtsanamnese – Medikamentenanamnese – Ernährungsanamnese (Tagebuch über eine Woche) – Erhebung von Psycho- und Sozialanamnese – Aktivitätsprotokoll
Optionale Diagnostik
<ul style="list-style-type: none"> – BIA oder DEXA zur Bestimmung der Körperzusammensetzung – Orale Glucosetoleranztest zur Abklärung von Grenzfällen – HbA_{1c} bei manifestem Diabetes mellitus – Dexamethason-Hemmtest zum Ausschluss eines Morbus Cushing – EKG und Belastungs-EKG – Fragebogen zum Eßverhalten (FEV)

Im Interview kann der psychosoziale Leidensdruck abgeschätzt werden. Es empfiehlt sich, eine Tabelle anzulegen, in der diese Werte eingetragen werden, um Verlaufsveränderungen während der Therapie zu erkennen und zu dokumentieren.

In den letzten Jahren wurden preiswerte „Fettmessgeräte“ vorgestellt, die über bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) die Körperzusammensetzung bestimmen lassen. Es wird eine geringe elektrische Wechselspannung angelegt und – je nach Gerätetyp – deren Spannungsabfall über die beiden Füße, einem Fuß bis zum Handgelenk oder zwischen beiden Händen als Widerstand gemessen. Der gemessene Widerstand hängt im Wesentlichen vom Wassergehalt ab, der im Muskelgewebe hoch, im Fettgewebe gering

Die bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) ist im Einzelfall oft ungenau

ist. Über Regressionsgleichungen wird aus diesem Wert der jeweilige Anteil an fettfreier Masse und Fettmasse berechnet.

Beachte: Es ist noch nicht ausreichend evaluiert, wie sicher mit der BIA-Methode der Fettanteil bei adipösen Patienten (unter Reduktionsbedingungen) bestimmt werden kann. Da große Tagesschwankungen beobachtet werden, empfiehlt sich, wenn diese Methode überhaupt eingesetzt wird, eine langfristige Messreihe im Wochenabstand zur gleichen Zeit und unter vergleichbaren Bedingungen.

Die in die BIA gesetzten Erwartungen, auf diese einfache Art auch geringe Veränderungen in der Körperzusammensetzung zu dokumentieren, etwa wenn durch Sport Muskeln aufgebaut, aber Fett abgebaut wird, und die Waage keine Gewichtsveränderungen anzeigt, sind gegenwärtig noch nicht erfüllbar.

Allerdings können die BIA-Werte unter den genannten Umständen für Patienten durchaus eine motivierende Funktion erfüllen, und die oft vorherrschende Fixierung auf die Ziffern der Körperwaage abschwächen. Allerdings sollte der Therapeut im Falle von offenbar inkongruenten Resultaten aufklären und so eine Irritation des Patienten vermeiden.

Auf einem Blatt mit Gewichts- und Zeitachse (vgl. Anhang S. 67) sollte der Patient versuchen, den Gewichtsverlauf seines bisherigen Erwachsenenlebens einzuzeichnen (Abbildung 2).

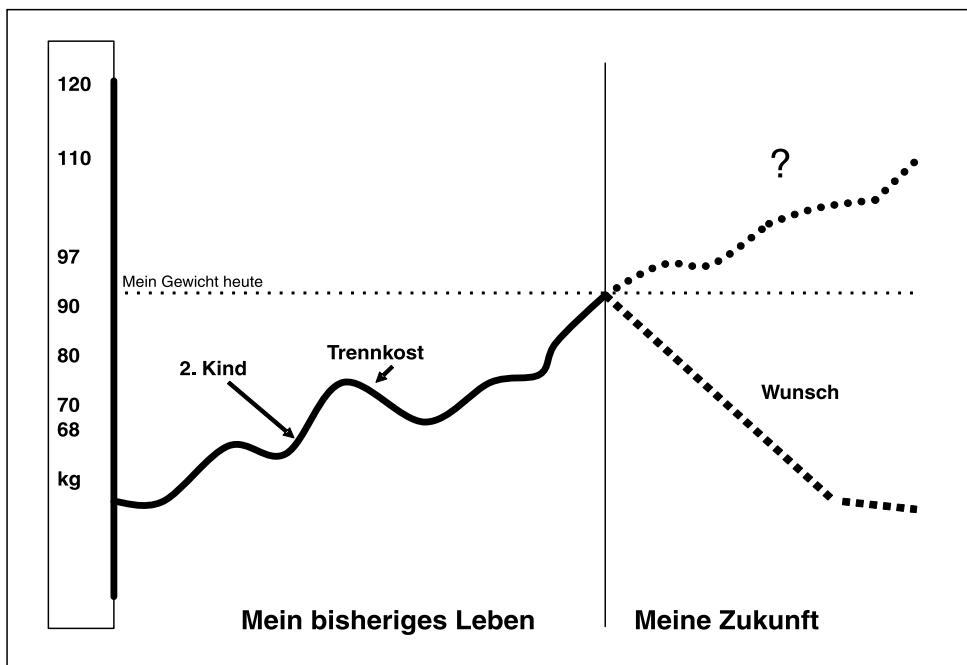


Abbildung 2:
Beispiel für einen Gewichtsverlauf

Bei erkennbaren Schwankungen, sowohl nach unten wie nach oben, sollte er versuchen zu erklären, was die bestimmenden Ereignisse waren, die diese Schwankungen verursacht haben. Das Gespräch über die „Gewichtskurve des Lebens“ bringt Aufschluss über die Lebenssituation, Maßnahmen gegen Gewichtszunahme und deren Erfolg sowie Einstellungen und Vorstellungen über die Ursachen von Übergewicht. Schließlich sollte der Patient seine „Wunschkurve“ einzeichnen, die für die Zukunft erkennen lässt, welche Zielvorstellung er hat.

Die Erfahrungen und Vorstellungen des Patienten sollten eingehend abgefragt werden

Notwendig und sinnvoll, aber mit Aufwand und Problemen verbunden, ist die Verhaltensdiagnose, die erkennen lässt, warum, wann, wie und was die/der Patient/in isst und trinkt. Diese Verhaltensdiagnose muss auch abschätzen lassen, ob neben der Adipositas eine Binge Eating Disorder (BED) als zusätzliche Essstörung vorliegt.

Binge Eating Disorder (BED)
<p>BED ist eine neu in das DSM-IV aufgenommene Essstörung, die Heißhungerattacken beschreibt, ganz ähnlich wie bei der Bulimia nervosa, auf die aber nicht mit kompensatorischem Verhalten (Erbrechen, Diuretika, Laxantien, intensivem Sport) reagiert wird. Die Heißhungerattacken beschreiben „Fressanfälle“, bei denen in kurzer Zeit große Mengen an Nahrung verschlungen werden, wobei auch besonders Nahrungsmittel gewählt werden, die bei kontrolliertem Essverhalten wegen ihres hohen Kalorien- und Fettgehaltes eher gemieden werden. Überwiegend werden solche Heißhungerattacken in den Abendstunden erlebt, wenn die Patienten alleine sind und unter beeinträchtigter Befindlichkeit leiden. Oft, aber nicht immer, sind diese Heißhungerattacken auch eine Reaktion auf Stress und können als kompensatorisches Verhalten verstanden werden (Kummerspeck). Ein direktes Nachfragen „Wie häufig kommt es bei Ihnen vor, dass Sie eine Essattacke erleben?“ motiviert den Patienten eher zu berichten, als die allgemeine Frage „Leiden Sie auch unter Essattacken?“.</p>

Zur Verhaltensdiagnostik bieten sich Ernährungstagebücher an, in denen eine Woche lang alle Speisen und Getränke notiert werden, die verzehrt werden. Hier sind zwei Methoden gebräuchlich (vgl. auch das Muster für ein Ernährungstagebuch im Anhang, S. 77):

Das freie Verzehrprotokoll
<p>Der Patient notiert, wann, was und wie viel er isst oder trinkt auf einem Blatt Papier, das entsprechende Spalten vorgibt. Mit Software-Programmen (z. B. DGE-PC professional) kann anschließend eine Auswertung nach Energie- und Nährstoffaufnahme vorgenommen werden.</p>
Das Formular-Protokoll
<p>Das Formular-Protokoll gibt eine Liste von ca. 130 gebräuchlichen Lebensmitteln und Getränken in haushaltsüblichen Portionsmengen vor, so</p>

dass der Patient nur eine Strichliste führt, wenn er bestimmte Speisen, Lebensmittel oder Getränke konsumiert. Diese Formulare lassen sich ebenfalls mit Software-Programmen (z. B. DGE-PC professional) auswerten.

Beide Methoden bauen auf die Kooperation und Motivation des Patienten. Ihre Zuverlässigkeit hängt direkt von der Bereitschaft des Patienten ab, wirklich alles zu notieren, was getrunken und gegessen wird. Wenn Patienten das Gefühl haben, dass ihr Essverhalten mit diesen Methoden kontrolliert werden soll, sind erhebliche Unterschätzungen der Energieaufnahme zu erwarten.

Es hat sich bewährt, den Patienten, wenn er sein Ernährungstagebuch führen soll, zum „Partner“ zu machen, der mithelfen kann, eine Basis für eine hilfreiche Beratung zu schaffen. Ein Hinweis wie „Immer wenn Sie Schokolade essen, können Sie einen Strich bei Vollkornbrot machen“, konfrontiert den Patienten direkt mit der Tatsache, dass die Auswertung für ihn nur so gut sein kann, wie er selbst seine Eintragungen vornimmt.

Ernährungstagebücher ergeben mehr qualitative Hinweise

Auch wenn das Ergebnis eines Ernährungstagebuches, da es eine reaktive Messmethode ist, nicht unbedingt zuverlässig sein muss, bietet es dennoch Anhaltspunkte, was der Patient isst und trinkt. Außerdem zeigt die Nährstoffrelation (Energieanteil von Fett zu Kohlenhydraten), zu welcher Zusammensetzung die Kost des Patienten tendiert. Anschließende Diskussionen über die (fragliche) Richtigkeit der Aufzeichnungen sind völlig nutzlos, da der Patient in seiner Defensivhaltung nur beteuern kann, wie zutreffend er alles notiert hat.

Neben dem Ernährungstagebuch kann auch eine Food-Frequency-Liste diagnostisch sinnvoll sein. Diese Liste nennt Lebensmittel, die der Patient danach zu bewerten hat, wie häufig er sie isst oder trinkt. Ein Muster für eine solche Liste ist im Anhang (vgl. S. 72) beigelegt. Für einen ersten Überblick kann dem Patienten auch eine Präferenzliste (vgl. im Anhang S. 68) vorgelegt werden, in der er ankreuzt, welche Lebensmittel, Speisen und Getränke er *gerne* und *häufiger* verzehrt.

Der Fragebogen zum Essverhalten (F-E-V) lässt kognitive Kontrolle und Störbarkeit diagnostizieren

Ein weiteres Instrument für die Verhaltensdiagnostik ist der *Fragebogen zum Essverhalten* (FEV; Pudell & Westenhöfer, 1989), der drei Skalen bestimmen lässt: (1) Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, (2) Störbarkeit des Essverhaltens und (3) Hungergefühle. Skala 1 bewertet, wie stark ein Patient versucht, sein Essverhalten kognitiv zu regulieren – unabhängig davon, ob es ihm gelingt. Skala 2 erfasst, wie stark die intendierte kognitive Kontrolle des Essverhaltens durchbrochen wird und Skala 3 schließlich (korreliert mit Skala 2) bewertet, wie die Kontrolle durch Hungergefühle außer Kraft gesetzt wird (vgl. Bestellcoupon im Anhang S. 76).