



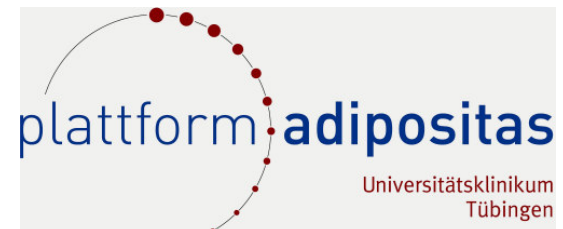
Plattform Adipositas Tübingen –

Ein multidisziplinärer Ansatz zur Therapie komplexer Adipositaspatienten

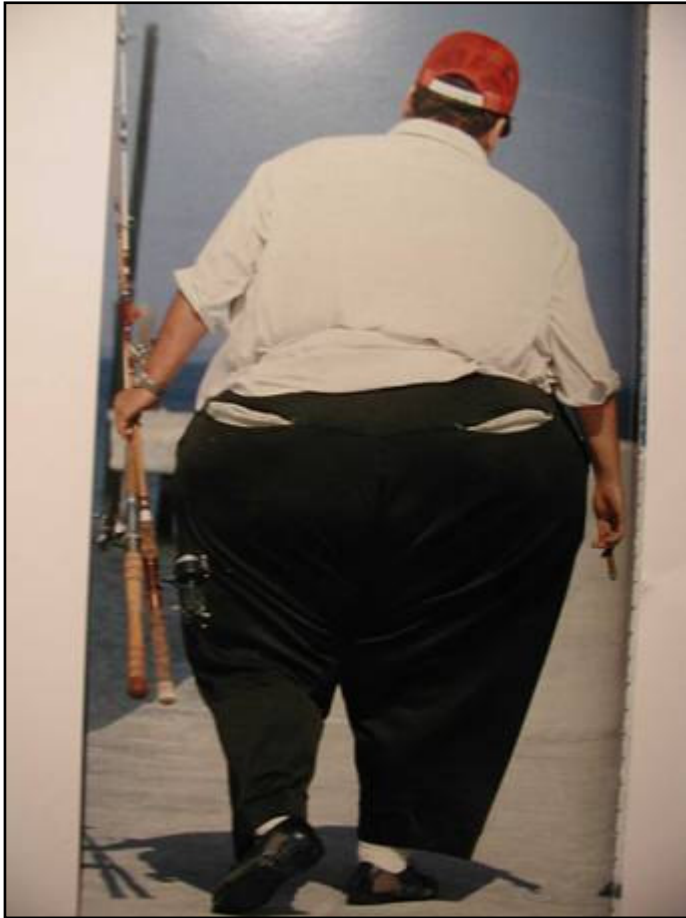
27. Juli 2009

Prof.Dr. Stephan Zipfel

Medizinische Klinik
Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie



Überblick



- Häufigkeit, und (psychosoziale) Ursachen der Adipositas bei Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen
- Struktur der ADIP-Plattform
 - a) interdisziplin. Diagnostik
 - b) Spezif. Therapieangebote
 - c) Gesamtkonzeption

Einteilung der Adipositas

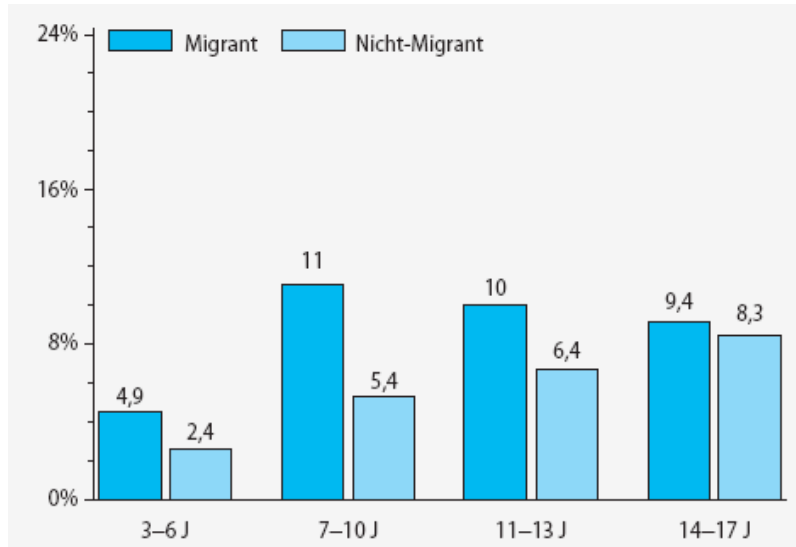
Tabelle:

Einteilung nach dem Body Mass Index

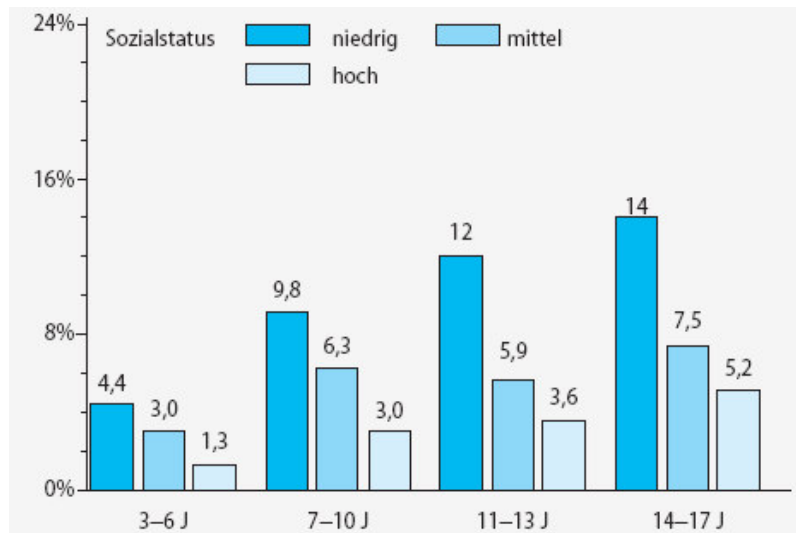
BMI = Körpergewicht (kg) / Körperhöhe² (m²)

1.70 m	Einteilung/BMI (kg/m²)	1.80 m
52-72 kg	<i>Normalgewicht 18-24.9</i>	58.3-80.7 kg
72-86.5 kg	<i>Übergewicht 25-29.9</i>	80.7-97 kg
86.5-101 kg	<i>Adipositas Stufe I 30-34.9</i>	97-113 kg
101-115 kg	<i>Adipositas Stufe II 35-39.9</i>	113-129.3 kg
> 115 kg	<i>Adipositas Stufe III > 40</i>	> 129.3 kg

Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Abhängigkeit vom Sozialstatus

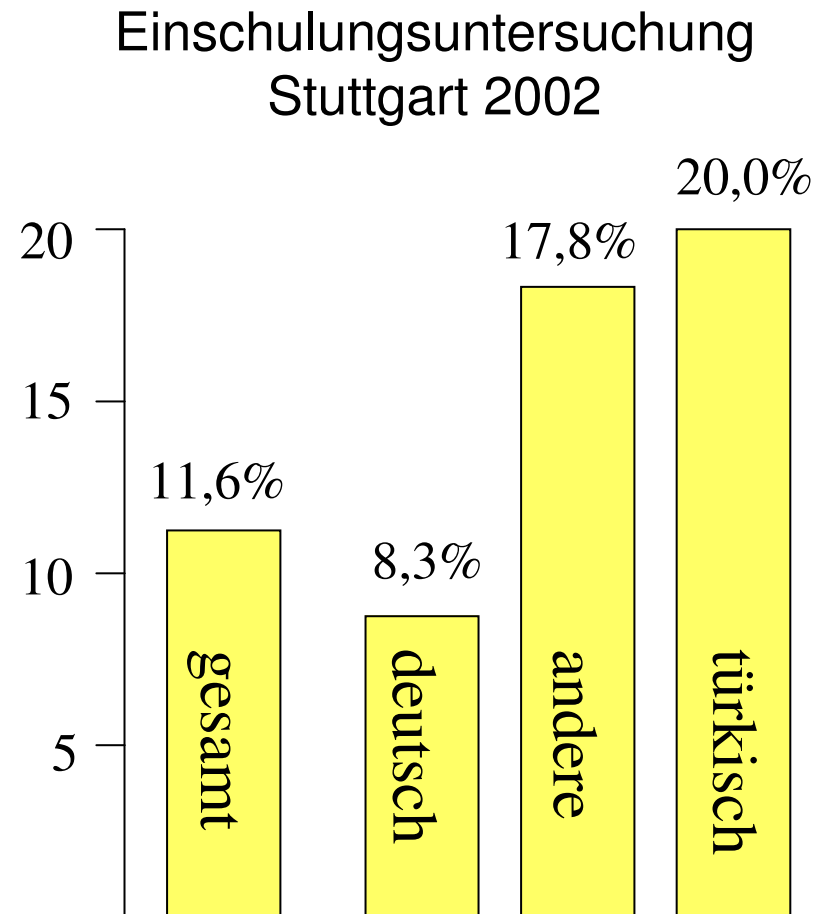


Adipositas in Abhängigkeit vom Status als Migrant

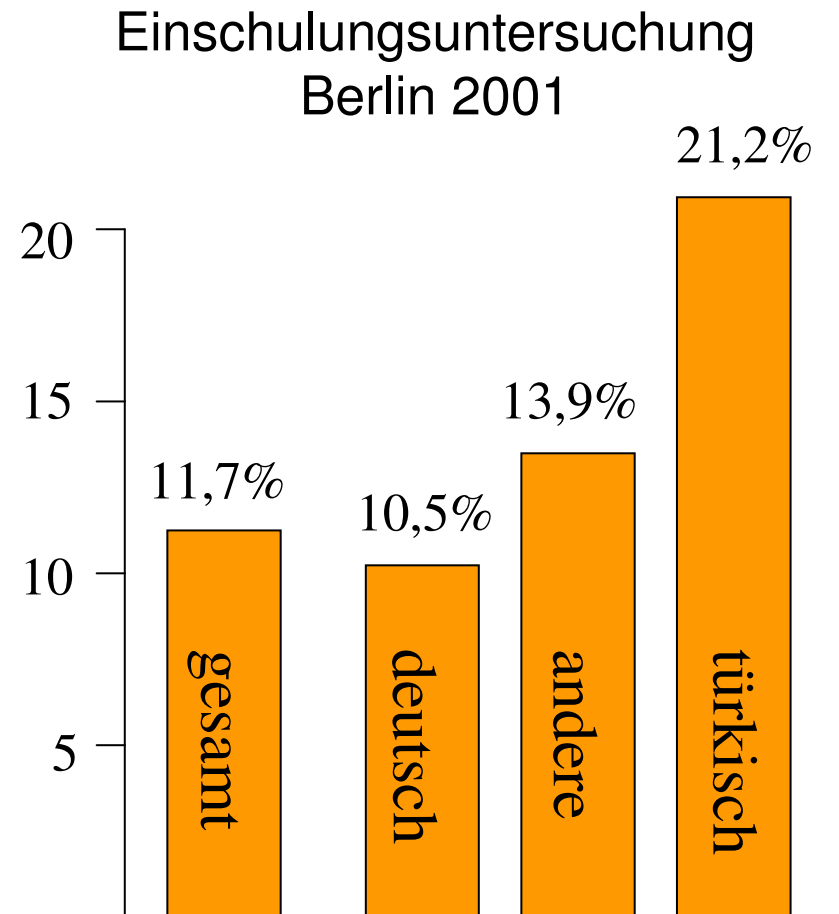


Adipositas in Abhängigkeit vom Sozialstatus

Häufigkeit übergewichtiger Kinder in Deutschland ($BMI_{AGA} > 90.P.$) in Abhängigkeit vom Herkunftsland



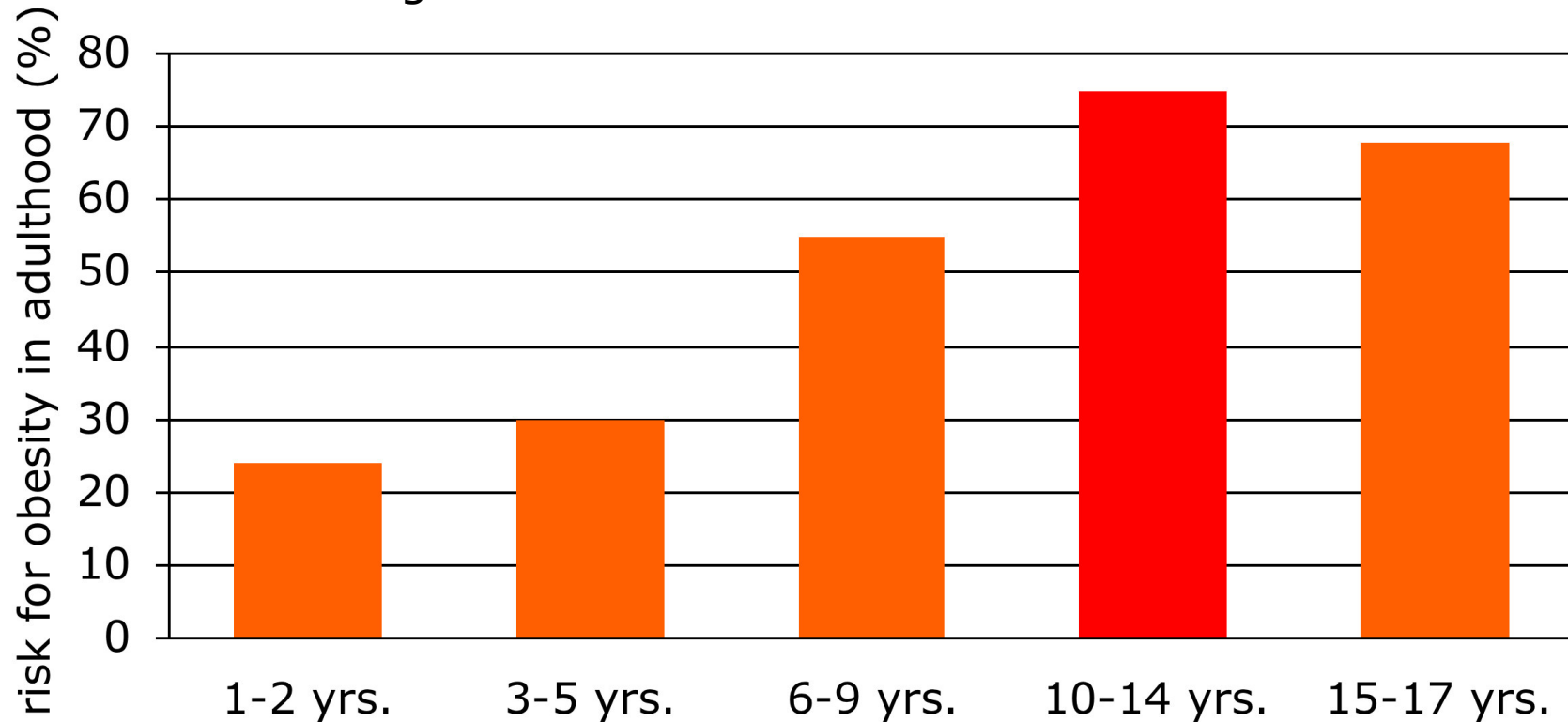
Quelle: Rapp K., 2002



Quelle: SenGesSozV, 2003

Kindliche Adipositas und Folgen für das Erwachsenenalter

Risiko der Adipositas im Erwachsenenalter in Abhängigkeit von Übergewicht im Kindesalter



Ergebnisse

Tab. 2 Intelligenz-, Faulheits- und Attraktivitätsbewertungen

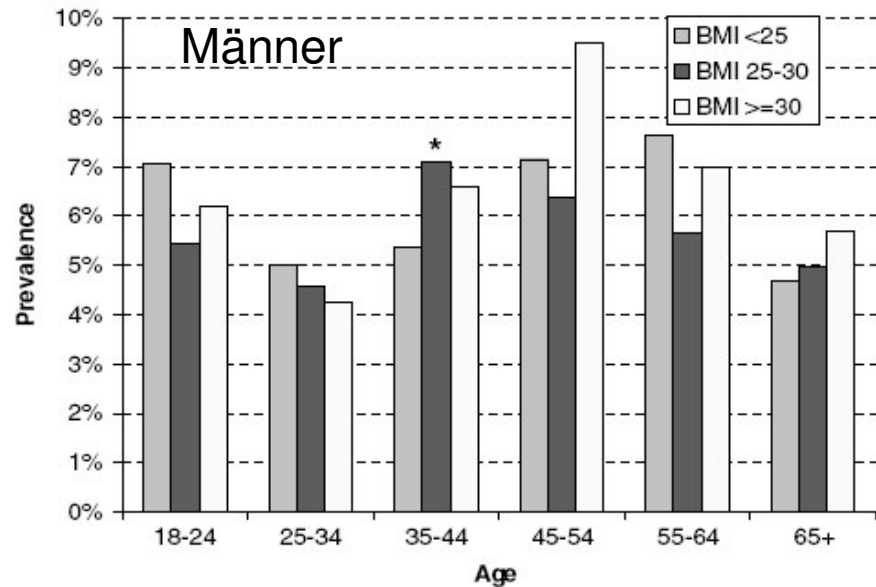
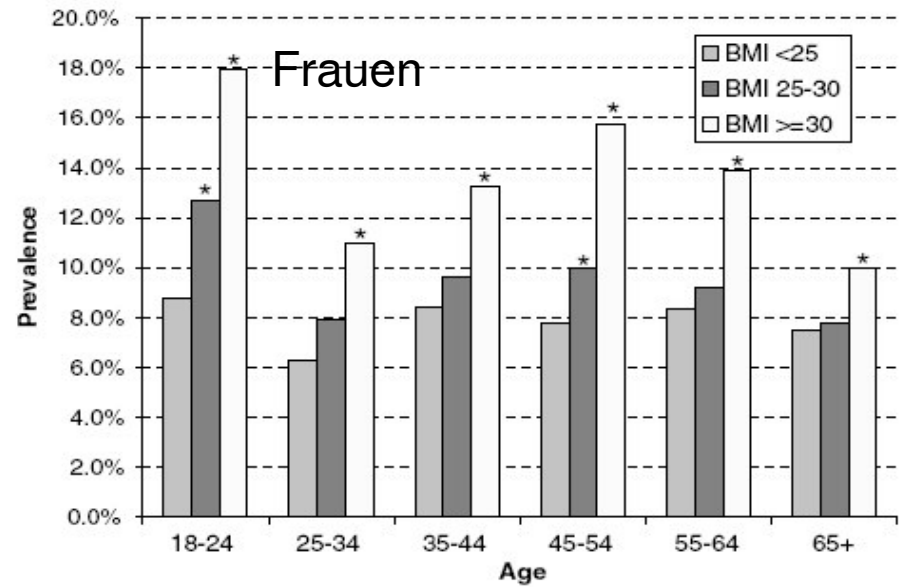
	intelligentestes Kind	am wenigsten intelligentes Kind	faules Kind	hübschestes Kind	am wenigsten hübsches Kind
Kind 1 (adi. Mädchen)	2,6% ¹	21,7% ^{1,3}	21,7% ^{1,3}	3,2%	17,6% ^{1,3}
Kind 2 (norm. Junge)	16,1%	7,0%	2,1%	9,0%	4,2%
Kind 3 (rollst. Mädchen)	18,7%	1,6%	1,2%	7,9%	4,5%
Kind 4 (rollst. Junge)	22,9%	3,3%	0,2%	2,5%	2,6%
Kind 5 (norm. Mädchen)	37,4% ²	3,7%	1,6%	76,2% ²	1,6%
Kind 6 (adi. Junge)	2,3% ¹	62,7% ^{1,3}	73,2% ^{1,3}	1,2%	69,5% ^{1,3}

¹Die Häufigkeiten der Nennungen von Kind 1 (adipöses Mädchen) und Kind 6 (adipöser Junge) unterschieden sich signifikant von den Häufigkeiten bei allen anderen Kindern ($p < 0,003$). ²Die Häufigkeit der Nennungen von Kind 5 (normalgewichtiges Mädchen) unterscheidet sich signifikant von den Häufigkeiten bei allen anderen Kindern ($p < 0,003$). ³Die Häufigkeit der Nennungen von Kind 1 (adipöses Mädchen) unterscheidet sich signifikant von der Häufigkeit bei Kind 6 (adipöser Junge) ($p < 0,003$)

Adipositas und Depression

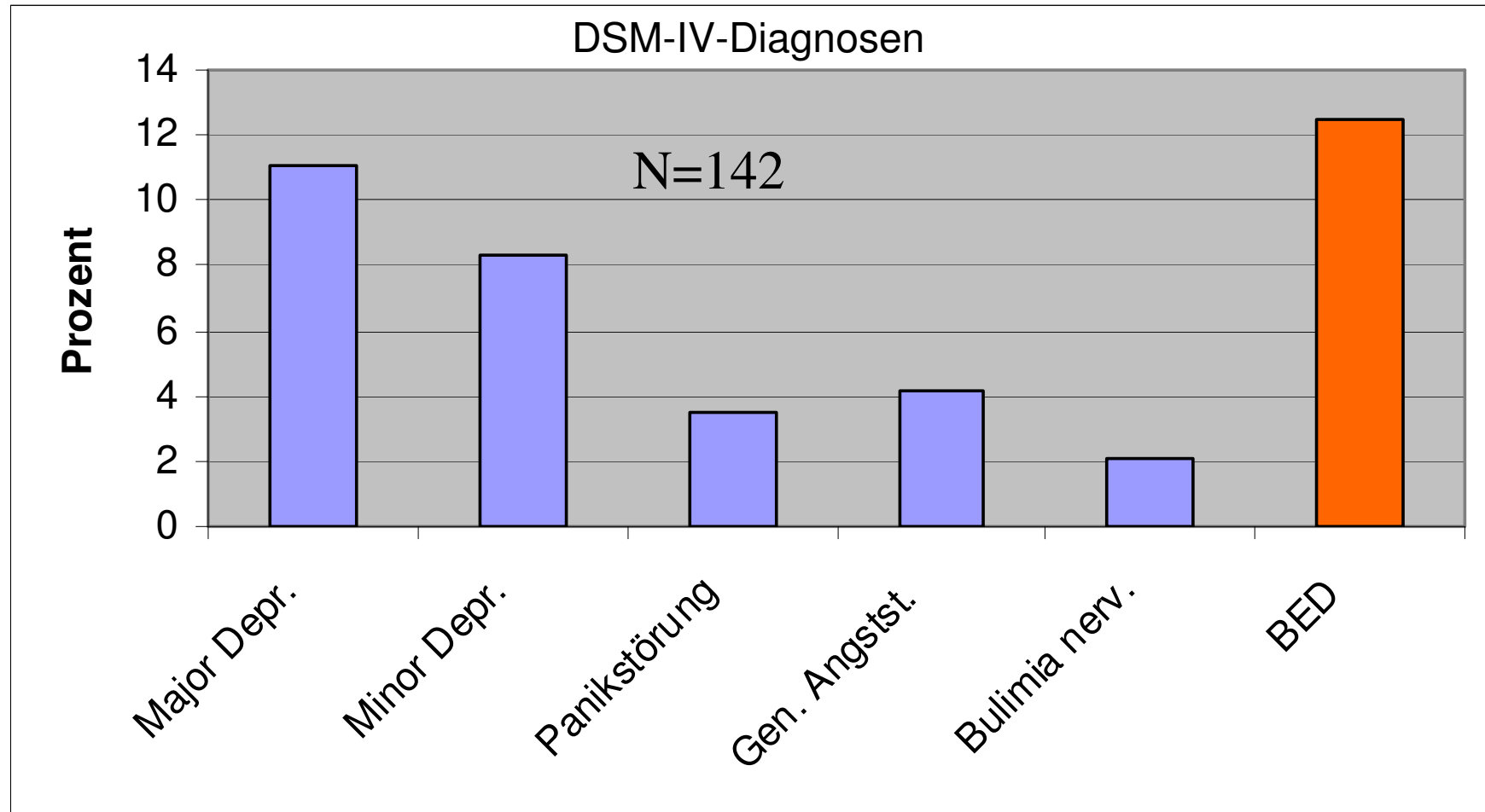


Ron Mueck – Melancholie neue Nationalgalerie Berlin



Heo et al. *Int J Obesity* 2006

Prävalenz psychischer Störungen einer universitären Adipositasambulanz



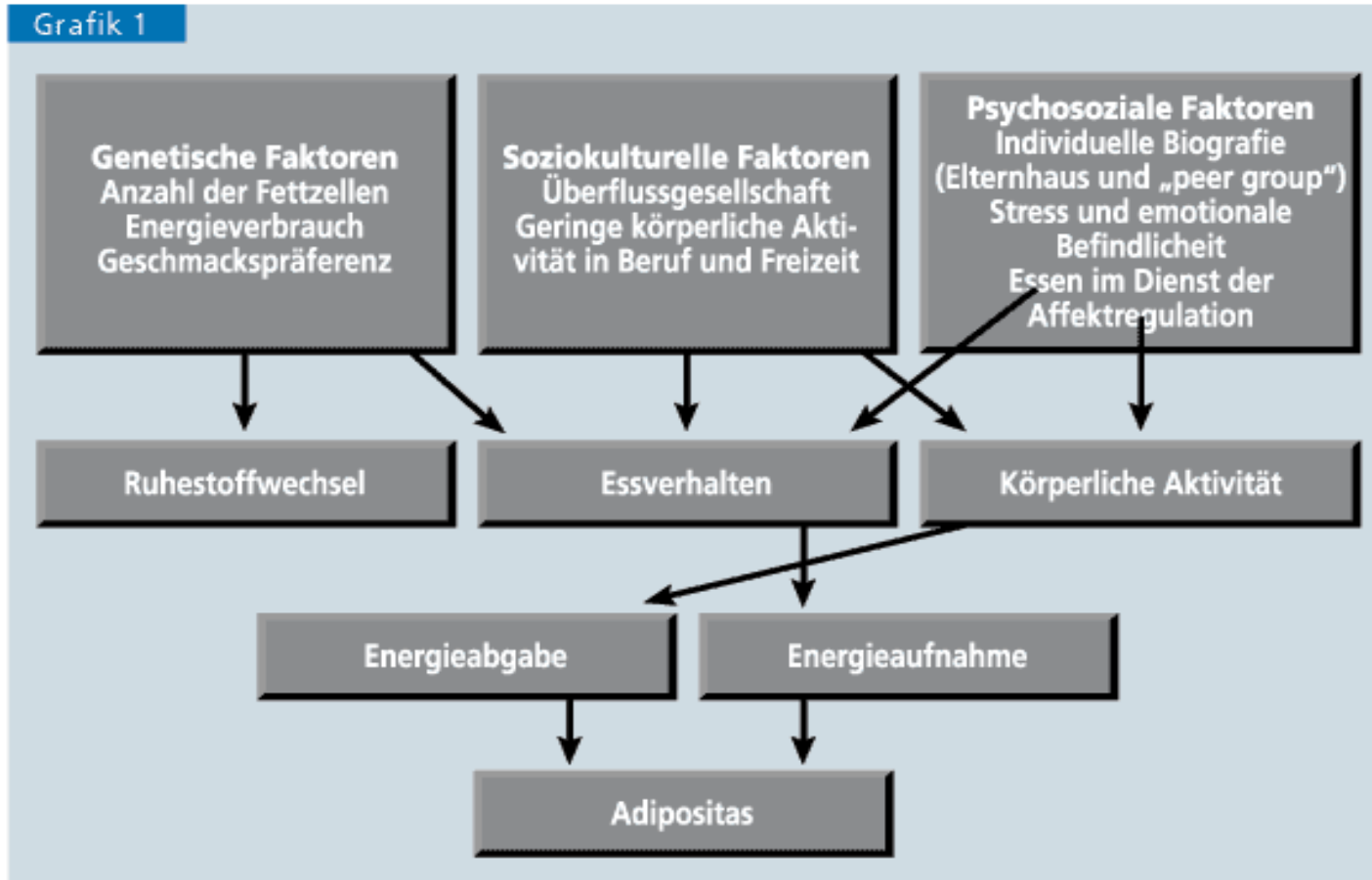
Kurzkasuistik zweier Patientinnen mit einer “Binge Eating“ Störung (BES)

- A. „Ich weiß genau, wie man sich fühlt, wenn man mal wieder keinen anderen Ausweg sieht, als die Probleme in einer Essorgie zu ersticken. Man fühlt sich minderwertig, verliert die Selbstachtung und hofft, nicht auch noch dabei erwischt zu werden“
- B. „Das Erleben eines Essanfalls ist immer noch nicht leicht zu beschreiben. Jedes Mal fühle ich mich „besessen“, als ob jemand anders die Kontrolle über mich hat. Es ist das Gefühl des ausgeliefert seins – ich fühle mich machtlos.....Das Gefühl der Erleichterung dauert nie lange; denn sofort nach einem Essanfall kommen die Scham- und Schuldgefühle“

Kriterien der “Binge Eating“ Störung (BES)

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen ("binge eating").
Charakterisiert durch:
- * Essen einer *großen Nahrungsmenge* in umschriebener Zeit
 - * Begleitet von einem Gefühl des *Kontrollverlustes*
- B. Kennzeichen von Essanfällen:
- * Schnelles Essen
 - * Bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - * Ohne begleitendes Hungergefühl
 - * Allein essen
 - * Negative Gefühle: bsp. Ekel, Niedergeschlagenheit, Schuld.
- C. Leiden unter den Essanfällen.
- D. Wiederholung der Essanfälle.
- E. Keine gegenregulierenden Maßnahmen.

Multifaktorielle Genese der Adipositas



Die multifaktorielle Genese der Adipositas (modifiziert nach: Ehlert U: Verhaltensmedizin. Heidelberg: Springer Verlag 2003. Mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages).

Die multifaktorielle Genese der Adipositas
(modifiziert nach Ehlert U. Verhaltensmedizin)

Plattform Adipositas



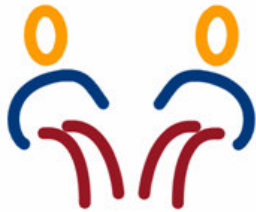
- Adipositas-Patienten als **Herausforderung** in der ambulanten Versorgung
- Adipositas als **interdisziplinäre Aufgabe**
- Berücksichtigung der bestehenden **Komorbidität**
- **Individueller Behandlungspfad**



Plattform Adipositas

am Ernährungsmedizinischen Zentrum Universität Tübingen

plattform adipositas
Universitätsklinikum
Tübingen



**Abtl. Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**



**Abtl. Endokrinologie
u. Diabetologie**



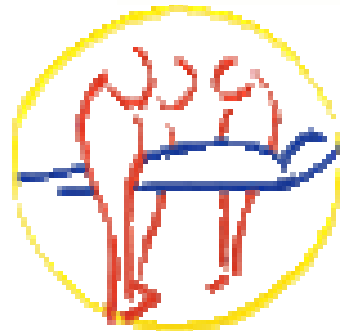
Ernährungsmedizin



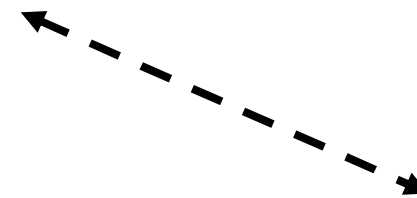
Abtl. Sportmedizin

plattform **adipositas**

Universitätsklinikum
Tübingen



Chirurgische Klinik

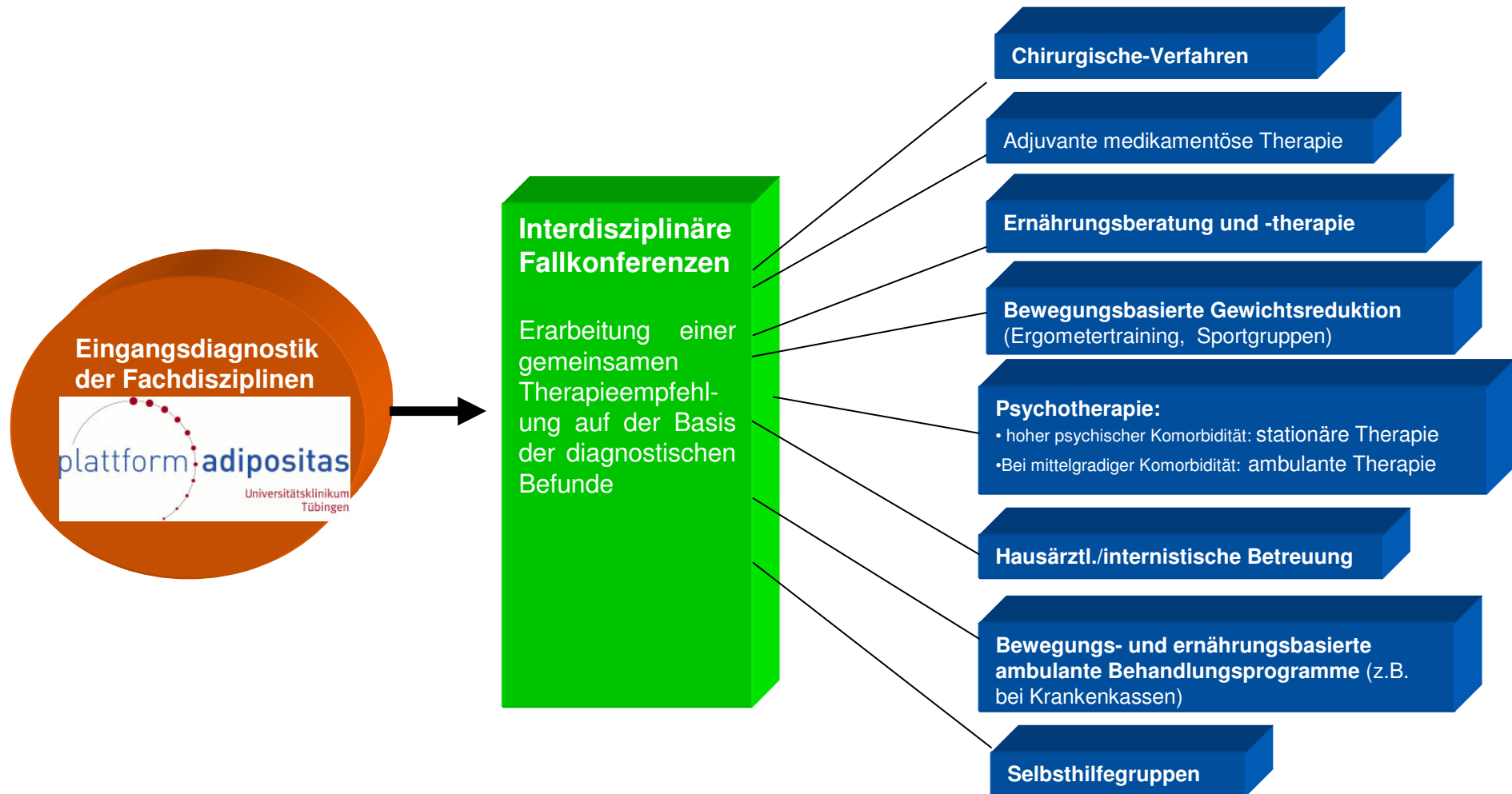


DISKUS



Kinderklinik

Diagnostischer und therapeutischer Algorithmus



Zu Ihrer und unserer Orientierung Am Universitätsklinikum haben Sie verschiedene Ansprechpartner.		
Betreut werden Sie	Terminvereinbarung	Ihre Termine
...auf dem Berg	über die Sekretariate	
Medizinische Klinik, Stoffwechselkrankheiten und Endokrinologie Prof. Dr. Baptist Gallwitz Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen	Tel. 07071/29-8 60 05	
Ernährungstherapie – Ernährungs- und Diätberatung Prof. Dr. Andreas Fritsche, Sylvia Groß Medizinische Klinik, Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen	Tel. 07071/29-8 27 93	1)
		2)
Chirurgische Klinik Prof. Dr. Königsrainer, Dr. Michael Kramer Hoppe-Seyler-Str. 3, 72076 Tübingen Gastrointestinales Funktionslabor Privatdozent Dr. Joachim Schneider	Tel. 07071/29-8 03 23	
	Tel. 07071/29-8 66 37	
...und im Tal		
Medizinische Klinik, Psychosomatische Medizin Psychotherapie Prof. Dr. Stephan Zipfel, Dr. Martin Teufel Osianderstr. 5, 72076 Tübingen	Tel. 07071/29-8 67 19	
Medizinische Klinik, Sportmedizin Prof. Dr. Andreas Nieß Silcherstr. 5, 72076 Tübingen	Tel. 07071/29-8 64 93	
...vor Operationen		
Klinik für Anaesthesiologie, Anästhesiesprechstunde Privatdozent Dr. Torsten Schröder Hoppe-Seyler-Str. 3, 72076 Tübingen	Tel. 07071/29-8 71 12	

Internist./endokrinolog. Abklärung



Erkrankung

Diabetes

Einschränkung

Erhöhter Blutzucker

Risiken bzgl. harter Endpunkte

Erhöhtes mikro- und makrovaskuläres Risiko

Fettstoffwechselstörung

Triglyc ↑ LDL↑, HDL↓

Erhöhtes makrovaskuläres Risiko

Gicht

Harnsäure ↑

Akuter Gichtanfall

Hypertonus

Blutdruck ↑,

Erhöhtes mikro- und makrovaskuläres Risiko

Kardiale Erkrankung

Herzinsuffizienz. KHK
Myokardhypertrophie

Erhöhtes makrovaskuläres Risiko

Ventilationsstörung

↓ Gasaustausch

Respiratorische Insuffizienz

Schlaf-Apnoe-Syndrom

Vigilanzstörung

Erhöhtes makrovaskuläres Risiko

Karzinome

z.B. Kolonkarzinom

Erhöhte Mortalität

Erkrankungen Skelett

Eingeschränkte Mobilität

Frakturen, Verletzungen,

Bewegungsapparat

Knochenstoffwechselstör.

Erhöhtes makrovaskuläres Risiko

Sportmedizinische Diagnostik

Ziele

Klärung der körperlichen Belastbarkeit

- Herzkreislaufsystem
- Halte- und Bewegungsapparat

Objektivierung der körperlichen Fitness

- Prognose
- Trainingsgestaltung, Einordnung von Alltagaktivitäten

Individuelle Trainingsberatung und -steuerung



Ernährungsberatung

Mindestens
2 Ernährungsberatungen
(Einzelberatung)

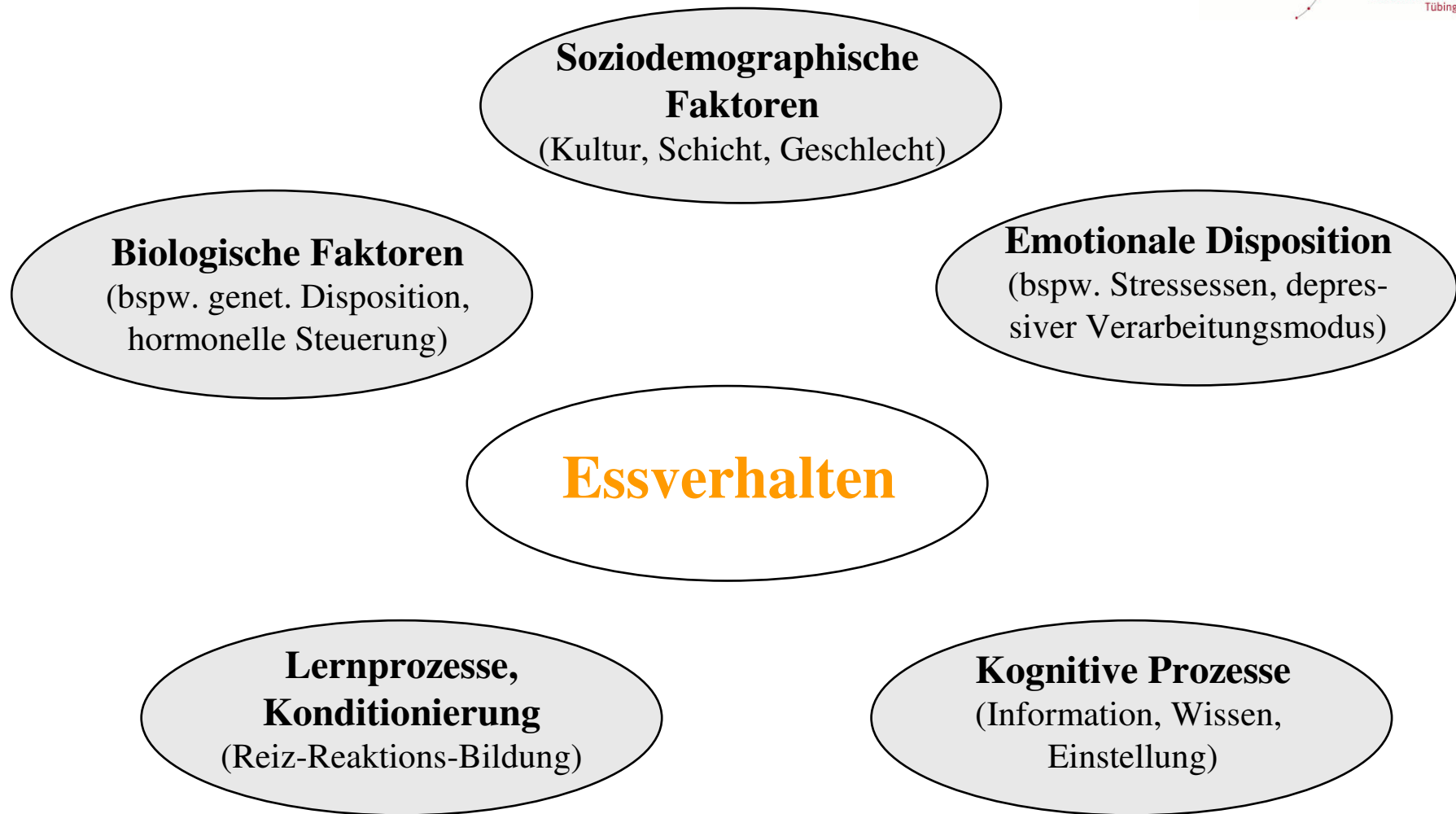
Auf Wunsch weitere Beratung

Befundübermittlung an alle
Disziplinen

Mangelernährung, Fehlernährung



Einflussfaktoren des Essverhaltens



Diagnostik Psychosomatik

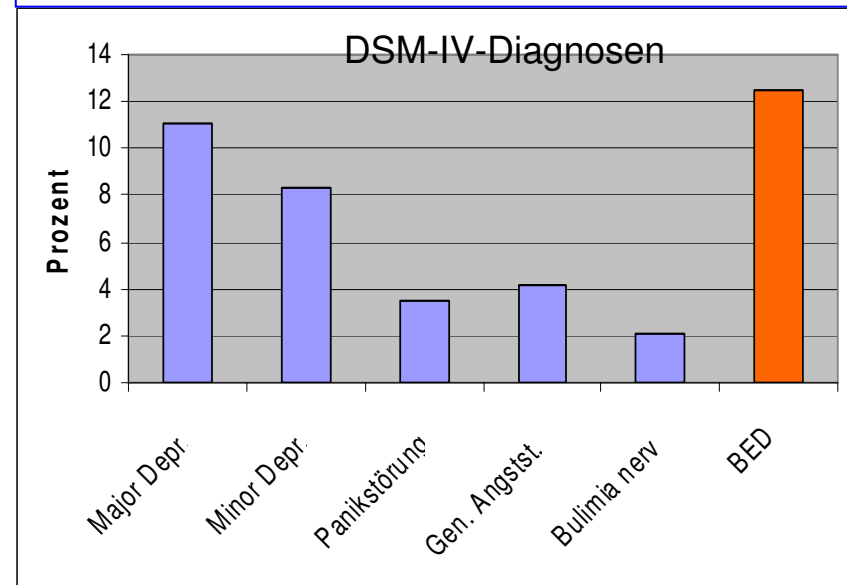
ca. 30-45 Minuten:

- Testpsychologische Untersuchung

ca. 1-3 Stunden:

- Diagnostisches Gespräch mit psychosomatischer Anamnese / Soziobiographie / psychischer Befund
- Diagnostik komorbider psychischer Störungen nach ICD-10
- evt. Erhebung von Informationen, ob aus psychosomatischer Sicht Indikation oder Kontraindikation für ein chirurgisches Verfahren gegeben ist

Prävalenz psychischer Störungen von adipösen Patienten einer universitären Adipositasambulanz



Psychopharmaka und Gewichtszunahme

	hoch	mäßig	gering
Antidepressiva	Amitriptylin Doxepin Maprotilin Imipramin Trimipramin	Clomipramin Mirtazapin Nortriptylin Paroxetin	Citalopram Fluoxetin Fluvoxamin Moclobemid Sertralin Tranylcypromin Bupropion
Phasenprophylaktika	Lithium Valproat	Carbamazepin	Gabapentin Lamotrigin Topiramat
Antipsychotika	Clozapin Olanzapin	Zuckpenthixol Quetiapin Risperidon	Amisulprid Aripiprazol Haloperidol Ziprasidon

Tab. 1: Wahrscheinlichkeit einer klinisch bedeutsamen Gewichtszunahme innerhalb der ersten drei Monate einer psychopharmakologischen Behandlung (Hamann 2006)

Therapeutische Ansätze



Hürden bei der Adipositasbehandlung aus ärztlicher Perspektive

- Fokus auf Behandlung akuter Erkrankungen und unmittelbare Folgebesuche
- Nicht ausreichende Zeit/Training zur Beratung im Bereich Verhaltensänderung
- Mangel an unterstützendem Personal
- Frustane Erfahrungen mit Patienten
- Fehlende/ nicht ausreichende Erstattung

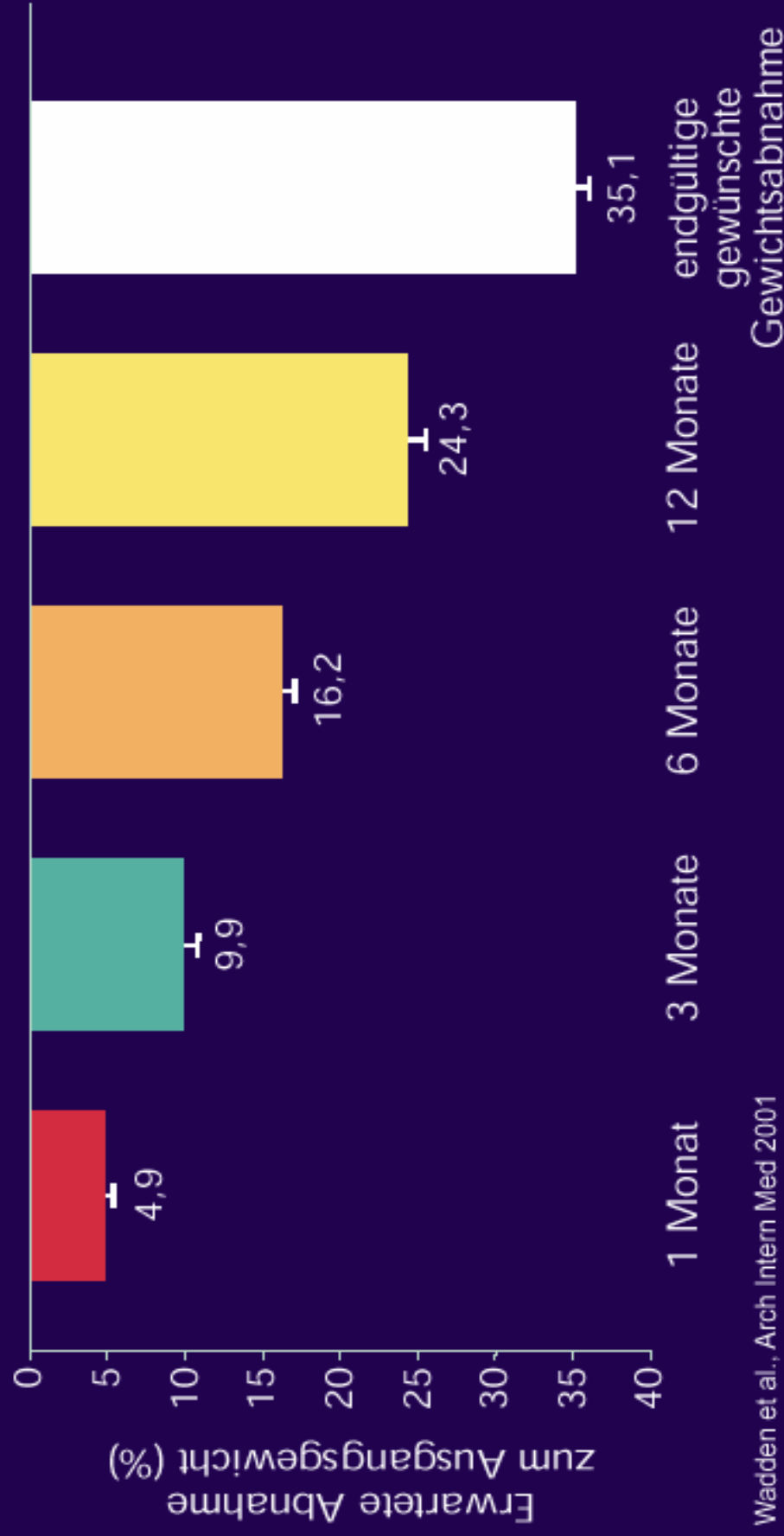


Patientenhürden, die überwunden werden müssen

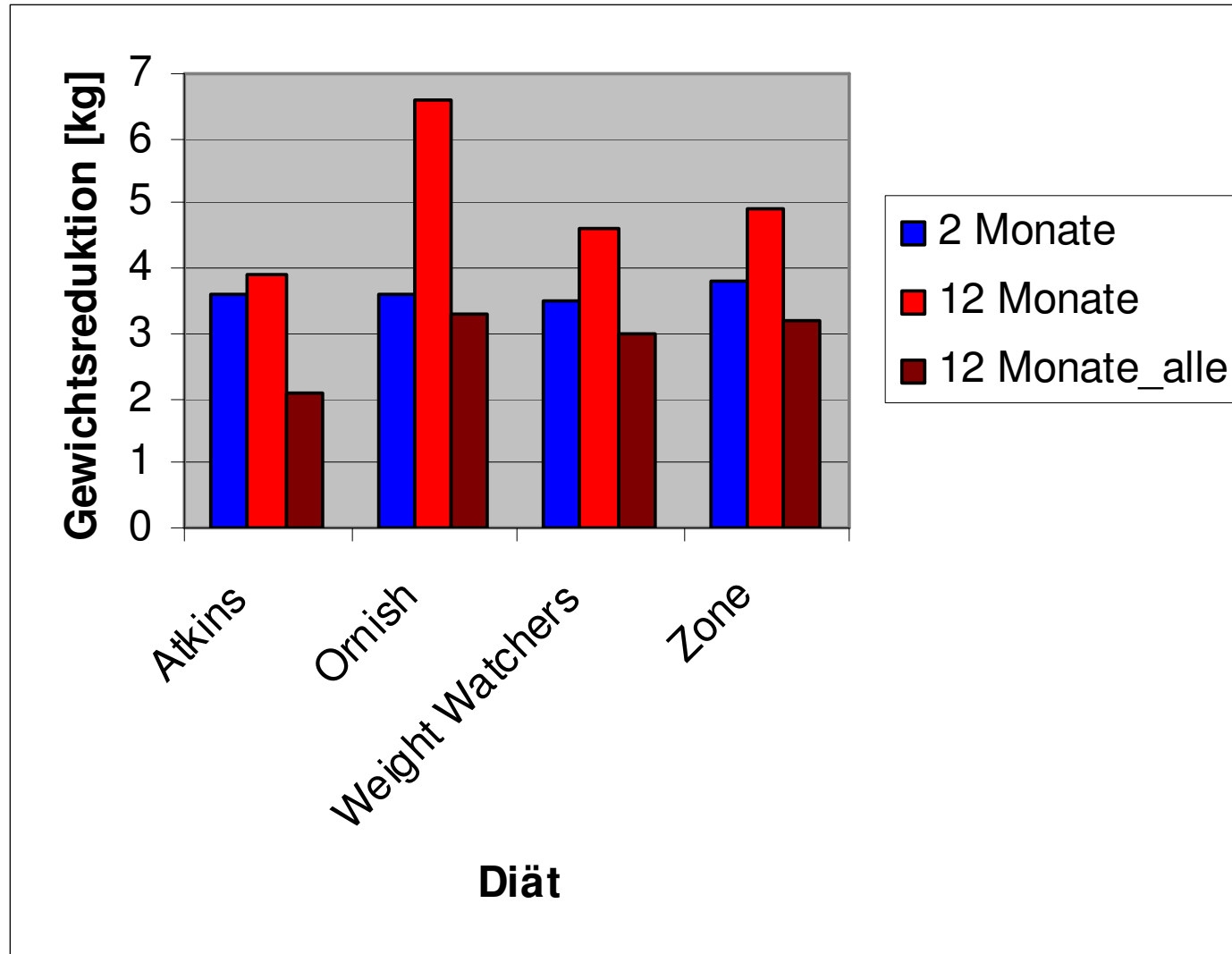
- Mangel an Unterstützung (Haushalt/ Arbeitsstelle)
- Geringes Verständnis/ Wissensstand
- Negative Einstellung zu Bewegung
- Mangel an Motivation
- Unrealistische Erwartungen



Erwartungen der Patienten an eine Gewichtsabnahme



Vergleich verschiedener Diäten im 1-Jahresverlauf



Patient



Beurteilung durch den Arzt



Übergewicht + Adipositas

- > BMI 25 - 39
ohne Begleiterkrankungen
- > BMI 25 - 34
mit Begleiterkrankungen

Morbide Adipositas

- > BMI \geq 40
- > BMI \geq 35
mit Begleiterkrankungen



**Konservative
Behandlung**

Verordnung von konservativen Behandlungen, allein oder kombiniert:

- > Diät
- > Körperliche Bewegung
- > Psychotherapie
- > Pharmakotherapie

Adipositas-Chirurgie

Beurteilung des Patienten durch ein multidisziplinäres Team, das auf morbid Adipositas spezialisiert ist:

- > Ernährungsberater
- > Psychologe
- > Endokrinologe
- > Kardiologe
- > Adipositas-Chirurg
- > Anästhesist
- > Bewegungstherapeut

PATIENT

BEURTEILUNG

BEHANDLUNG

Empfehlungen

Position Stand ACSM, 2001

Leitlinien DAG, DDG, DGE, 2005

Ausdauertraining (Dauer- u. Intervallmethode):

- Art: (Nordic-)Walking, Rad, Laufen, Schwimmen, Skilanglauf, Aquajogging/-gymnastik, etc.
- Umfang: 30 - 60 min/d, mind. 150 min/Wo. (Beeinflussung Risikoprofil)
mind. 300 min/Wo. (Gewichtsabnahme/-stabil.)
- Intensität: 55 - 85% der maximalen HF
nach Ergometrie

Krafttraining

- Art: Gerätegestütztes Krafttraining
- Umfang: 3 x wöchentlich, jeweils 3 x 10-12 Wiederholungen
an mehreren Muskelgruppen
- Intensität: 50-80% der Maximalkraft

- Alltagsaktivität z.B. Gehen, Treppensteigen, weitere Verrichtungen
ggf. Nutzung von Pedometer (Schrittzähler)

Sportmedizinische Therapie bei Fettleibigkeit Abteilung Sportmedizin

Gerätegestützte Sporttherapie
mittel- bis hochgradige Adipositas
individuell, Kleingruppen

52-wöchiges mehrfaktorielles Programm
alle Grade der Adipositas
Gruppenprogramm



„Fit und leichter leben!“

für Patienten mit Fettleibigkeit aller Schweregrade

- ▶ **Zeitraum:** 52-wöchiges Programm
 - **Schulungstreffen** 1.5 Stunden Bibliothek Sportmedizin 1-mal wöchentlich
 - **Bewegungstherapie** in den ersten 20 Wochen (Veränderungsphase)
 - 2 - 4 - wöchentlich weitere Schulungstreffen (Stabilisierungsphase)

- ▶ **Praxis Sporttherapie:**
 - Therapiezentrum der Sportmedizin
 - Institut für Sportwissenschaften

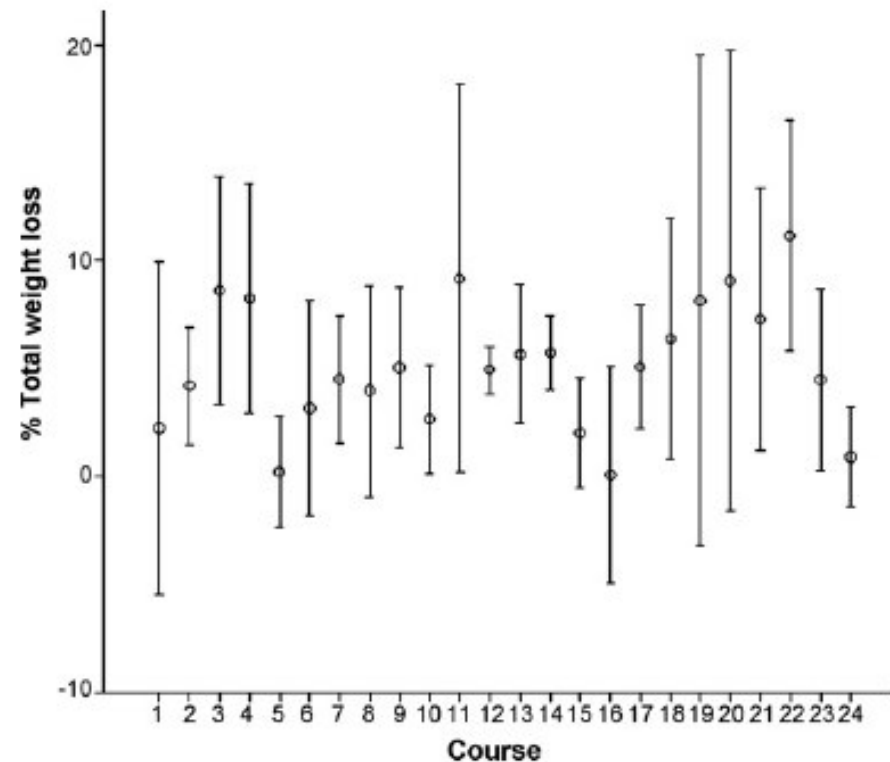
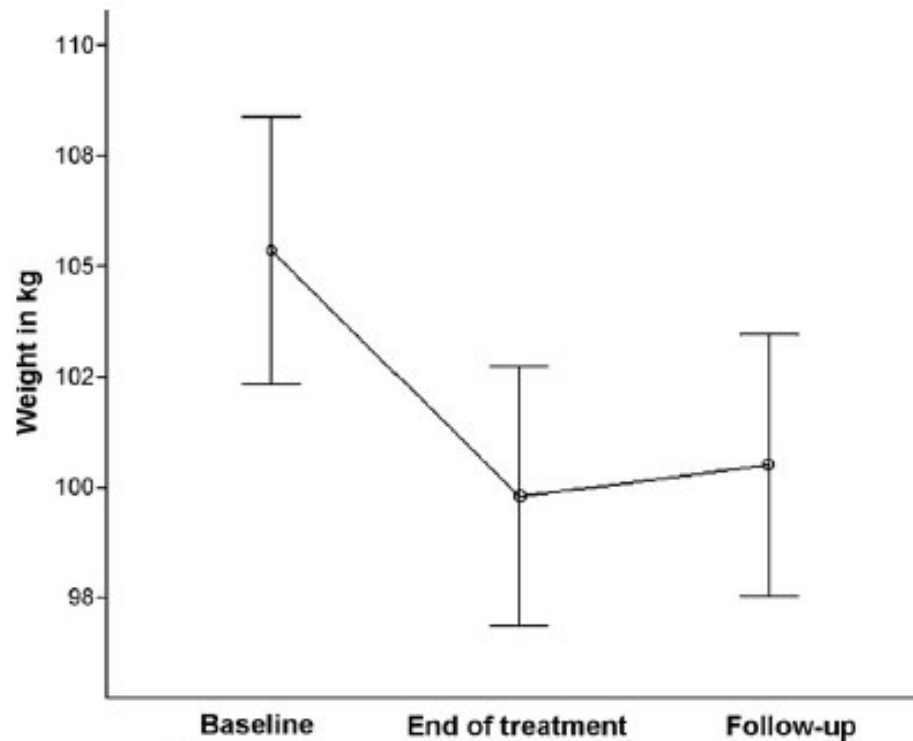
- ▶ **Finanzierung:** 340 Eur, nach GOÄ
Kassenbezuschung je nach Kasse 20-100%

- ▶ **Wiederteilnahme:** kostenfrei

- ▶ **Gruppenbetreuer:** ausschließlich diplomierte Kräfte
Ernährungsfachkräfte, Sportlehrer, Psychologen, Sport-, Ernährungsmediziner

- ▶ **Qualitätskontrolle:**
 - Programmablauf und -inhalte am Programmende
 - Langfristiger Erfolg in 1-Jahresabständen (telefonisch)
(intention to treat, einschließlich Abbrecher)

Effekte kombinierter Gewichtsreduktionsprogrammen bei der Adipositas



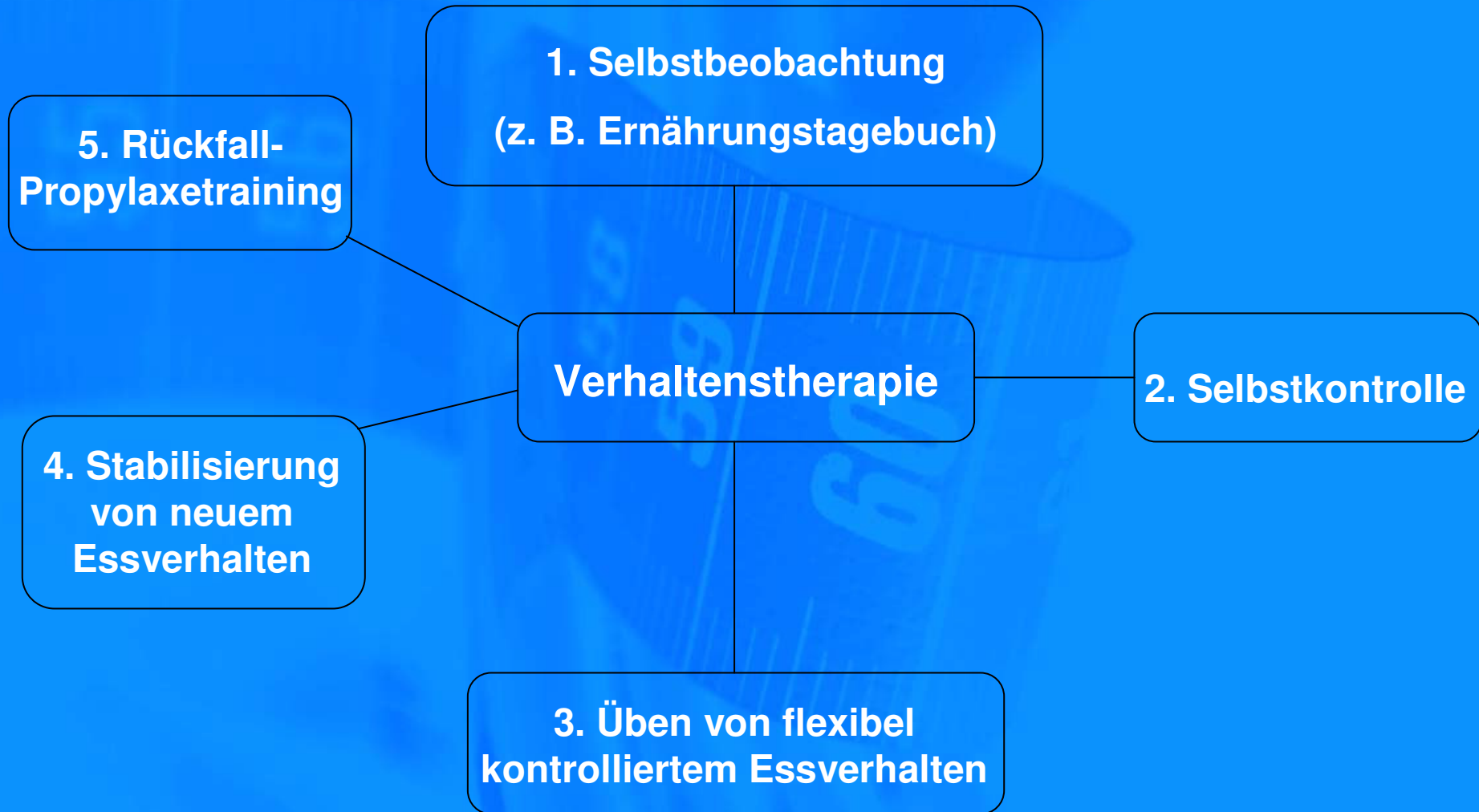
Probleme bei konservativen Gewichtsreduktionsprogrammen



- Gewichtsverlust ist oft nur ein kurzfristiger Effekt
- Im Durchschnitt sind 7-10% des Ausgangsgewichts realistisch
- Nach einem 1/2 Jahr ist in der Regel das Maximum der Gewichtsabnahme erreicht, im Anschluss kommt es nur noch zu einer weiteren geringen Abnahme
- Langfristige Effekte bei Gewichtsreduktionsprogrammen können nur ca. 1/3 der Patienten vorweisen, die meisten nehmen nach 1 Jahr wieder auf das Ausgangsgewicht zu
- Nur wenige Patienten können im Anschluss an ein Reduktionsprogramm ihr Gewicht weiter reduzieren (Fichter & Leibbrand 2002)
- Bei Kinder sind die langfristigen Effekte deutlich besser als bei Erwachsenen



Adipositas – Verhaltenstherapie



Psychotherapeutische Therapieelemente

<ul style="list-style-type: none">• Aufbau von Motivation	<ul style="list-style-type: none">• Erarbeitung realistischer Gewichtsziele / Unterscheidung: Phase von Gewichtsabnahme vs Phase von Gewichthalten / Miteinbeziehung von gewichtsunabhängigen Zielen
<ul style="list-style-type: none">• Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none">• Wissensvermittlung über Bedingungen und Zusammenhänge des Übergewichts• Wissensvermittlung über gesunde Ernährung / ausreichende Bewegung
<ul style="list-style-type: none">• Selbstbeobachtung / Protokollierung	<ul style="list-style-type: none">• Führen von Essprotokollen zur Identifikation von problematischem Essverhalten und deren Auslösern (Zusammenhänge von Essen und Emotion)• regelmäßiges Wiegen und Führen einer Gewichtskurve
<ul style="list-style-type: none">• Kontrolle von Essreizen (Stimuluskontrolle)	<ul style="list-style-type: none">• Strukturierte Ess- und Einkaufspläne• Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Essverhalten (Meidung von Außenreizen und begleitenden Aktivitäten wie z.B. Fernsehen, Zeitungslesen) / Drosselung der Essgeschwindigkeit
<ul style="list-style-type: none">• Erlernen alternativer Verhaltenstrategien anstatt Essen	<ul style="list-style-type: none">• Aufbau alternativer Strategien zur Affektregulation (z.B. anstelle von HHA)• Genussstraining (nicht durch Essen)• Verbesserung sozialer Kompetenzen
<ul style="list-style-type: none">• Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none">• Strategien im Umgang mit Rückfällen / Transfer in den Alltag/ Stärkung von Selbsthilfe

Psychotherapie der Adipositas

Studie/Erstautor	Teilnehmer	Interventionsdauer	Katamnese nach Interventionsende	durchschnittlicher Gewichtsverlust in kg (SD)*	
	n	Monate	Monate	Intervention	Kontrolle
I. Vergleich Verhaltenstherapie (VT) vs. Kontrollgruppe					
Rozensky 1976 [16]	25	2	1 1/2	- 2,7 (3,2)	- 1,8 (3,2)
Saccone 1978 [17]	58	2	10	- 3,1 (2,6)	+ 1,8 (2,9)
Israel 1979 [13]	43	2	10	- 1,0 (2,2)	+ 1,8 (2,2)
Jeffrey 1995 [39]	126	6	6	- 1,7 (6,4)	+ 0,6 (5,3)
Oldroyd 2001 [15]	78	6	0	- 1,5 (2,6)	+ 0,5 (2,2)
Stevens 2001 [7]	1101	18	18	- 4,4 (1,0)	+ 0,1 (1,0)
II. Vergleich VT + Ernährungs- und Bewegungstraining vs. Ernährungs- und Bewegungstraining					
Gormally 1981 [21]	53	4	3	- 5,5 (6,4)	- 3,0 (5,3)
Wing 1984 [25]	44	2	4	- 3,0 (7,5)	- 2,7 (10,9)
Black 1984 [19]	49	2	5	- 4,4 (3,9)	- 2,5 (4,3)
Wing 1985 [26]	53	4	12	- 6,3 (2,1)	- 3,4 (2,9)
Jeffrey 1985 [22]	36	6	6	- 3,7 (6,4)	- 7,7 (5,3)
Lindahl 1999 [23]	186	1	11	- 5,4 (1,3)	- 0,5 (0,3)

Behandlungsziele der „Binge Eating Störung (BES)“



- Regulierung und Normalisierung des Essverhaltens
 - Einstellung/Reduktion der Essattacken
 - Ernährungsumstellung ("fettreduziert, kohlenhydratliberal")
 - Soziales Kompetenztraining zur Überwindung der Selbstunsicherheit und Selbstwertproblematik
 - Fokussierung auf Wahrnehmung eigener Emotionen und Annäherung an adäquatere Ausdrucksformen
 - Teilnahme an spezifischem Bewegungsprogramm und Aufbau von Selbstmanagementstrukturen
-
- Gewichts-Abnahme und/oder Gewichtsstabilisierung
 - Besserung sekundärer Folgeerkrankungen

Stationäres und teilstationäres Therapieangebot für adipöse Patienten mit ausgeprägter Essstörung

Integriertes Therapieprogramm BED
(Dosis/Woche)

1xEssgruppe
1xDiätberatung/Kochgruppe

2x45min Einzeltherapie
2x45 Gruppentherapie

1xEntspannungstherapie/ 2xBiofeedback
1xSoziales Kompetenztraining
1xKunsttherapie (45min)
1xMusiktherapie (45min)
Familien/Paargespräch (min. 1x)

5x50min Physio/Bewegungstherapie
2x45min Körpertherapie
2x Visite



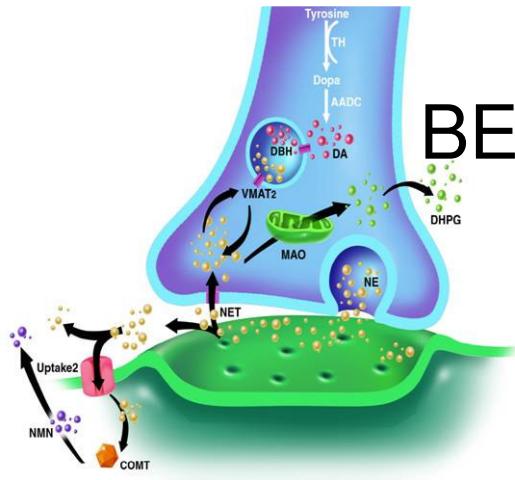
Abt. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie

Behandlungsziele der „Binge Eating Störung (BES)“

- Regulierung und Normalisierung des Essverhaltens
 - Einstellung/Reduktion der Essattacken
 - Ernährungsumstellung ("fettreduziert, kohlenhydratliberal")
 - Soziales Kompetenztraining zur Überwindung der Selbstunsicherheit und Selbstwertproblematik
 - Fokussierung auf Wahrnehmung eigener Emotionen und Annäherung an adäquatere Ausdrucksformen
 - Überwindung übermäßiger Passivität und geringer Frustrationstoleranz
 - Teilnahme an supervidiertem Bewegungsprogramm und Aufbau von Selbstmanagementstrukturen
-
- Gewichts-Abnahme und/oder Gewichtsstabilisierung
 - Besserung sekundärer Folgeerkrankungen

Psychotherapiestudien BES

Autoren	N	Therapie	Reduktion % Abstinenz %	Gewicht plattform <small>adipositas</small> <small>Universität Tübingen</small>
Agras et al., 1997	93	KVT	72	+1 kg
Carter & Fairburn, 1998	24	GSH	76	0
	24	PSH	53	0
Nauta et al., 2000	16	VT	76	-5,5 kg
	21	KVT	90	-0,8 kg
Peterson et al., 1998	16	KVT	79	---
	15	PSH	76	---
	19	SH	87	---
Smith et al., 1992	9	KVT	81 75	-1,1 kg
Wilfley et al., 1993	18	KVT	48 28	+2 kg
	18	IPT	70 44	+2 kg
Wilfley et al., 2002	81	KVT	96	-0,2 kg/m ²
	81	IPT	95	-1,1 kg/m ²



BES und Antidepressiva (SSRI)

Studien mit pos. Ergebnis

Marcus et al. 1990
Hudson et al. 1998
McElroy et al. 2000
Arnold et al. 2002

Studien mit neg. Ergebnis

de Zwaan et al. 1992
Ricca et al., 2001
Grilo et al., 2005
Devlin, 2002

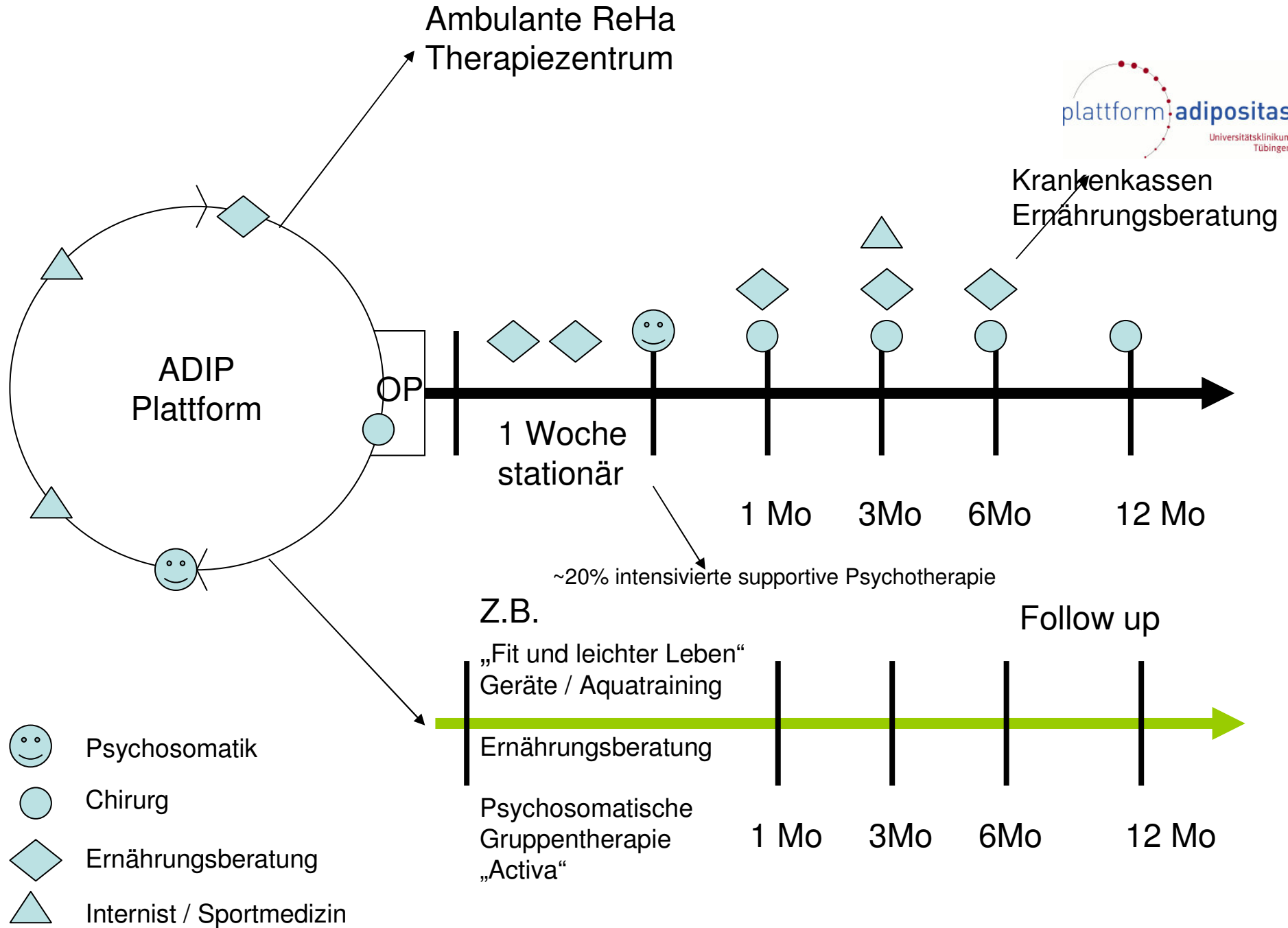
CONCLUSION: Available data are not sufficient to formally recommend antidepressants as a single first line therapy for both short-term remission of binge-eating episodes and weight reduction in patients with BED. BED is a chronic condition and very short-term studies (8 weeks) may be of limited value.

Stefano et al. *Eat Behav* 2008

Präoperative Beurteilung



- **Chirurgische Beurteilung**
- Beurteilung von Motivation und Erwartungen des Patienten
- Besprechung der Vorteile und Risiken der verschiedenen chirurgischen Eingriffe mit dem Patienten
- Auswahl der am Besten geeigneten Operation für jeden individuellen Patienten



Do any treatment work?



1. “Reduktionsdiät und körperliche Bewegung erreichen bei Erwachsenen mit Adipositas eine moderate Gewichtsreduktion (ca. 3-5 kg).”
2. “Medikamente zur Gewichtsreduktion führen zu einer Gewichtsabnahme von 3-5 kg (in Kombination mit Gewichtsreduktionsprogrammen), aber der Therapieerfolg hält nach Absetzen des Medikaments meistens nicht längerfristig an.”
3. “In den meisten Langzeituntersuchungen konnten die Betroffenen den initialen Erfolg nicht dauerhaft aufrechterhalten.”
4. “Im Bereich der Behandlung von Kindern, liegen bislang keine definitiv erfolgreichen Programme vor.”
5. “Für morbid adipöse Patienten ist eine bariatrische Chirurgie erfolgreich.”

Jain, BMJ, 2005

What works for obesity? www.unitedhealthfoundation.org/obesity.pdf

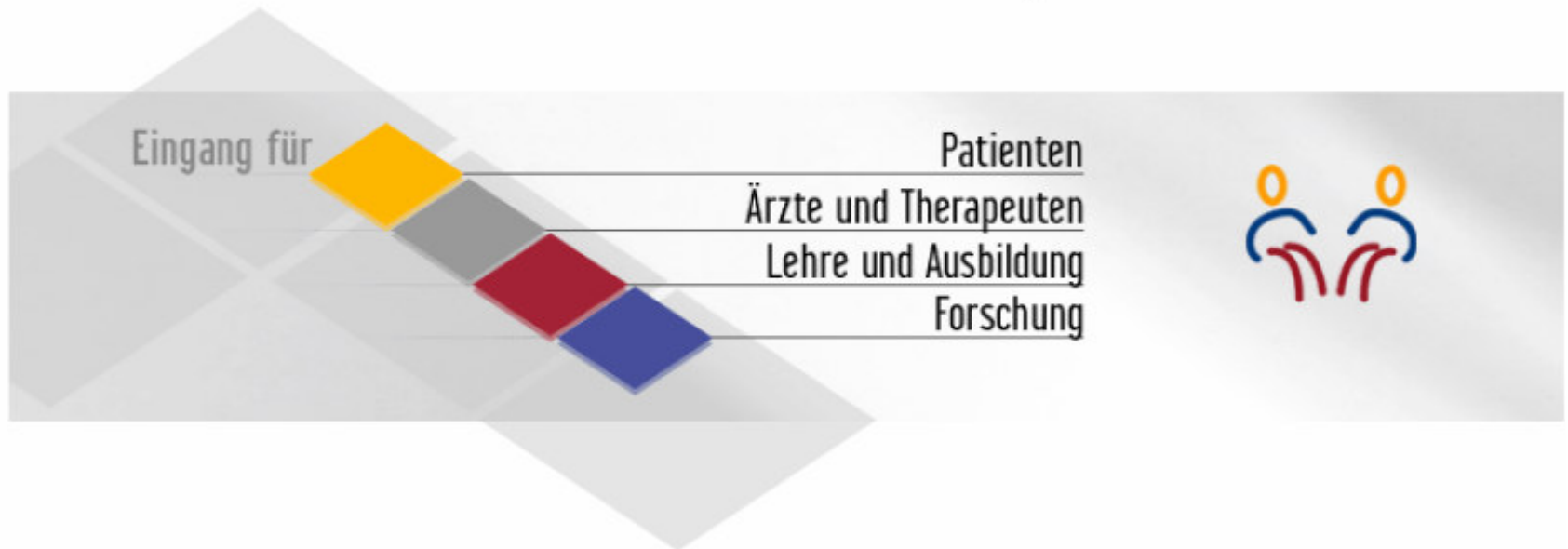
Zusammenfassung plattform adipositas

Universitätsklinikum
Tübingen

- Bündelung der Ressourcen und Know-how
- Weiterentwicklung von patientenorientierten Konzepten
- Aufgrund von ausführlicher Diagnostik Akzeptanz bei Kostenträgern
- Hoher Ressourceneinsatz der einzelnen Abteilungen (bisher keine adäquate Vergütung)
- Hoher Zeiteinsatz von Seiten der Patienten für diagnostische Phase



Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Tübingen



Eingang für [Patienten] [Ärzte und Therapeuten] [Lehre und Ausbildung] [Forschung]

© 2004 Eberhard Karls Universität UKT Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [Impressum]

www.medizin.uni-tuebingen.de/psychosomatik