

Nicole Grützmacher

(2. Preisträgerin Referate wissenschaftlicher Nachwuchs)

Lebensstiländerung – Therapie zur Gewichtsreduktion adipöser Erwachsener¹

Summary

The prevalence of overweight and obesity increased significantly during the last decades. Regarding this, there are consequences for the affected persons as well as consequences for the society. The changing lifestyle concerning nutrition and physical activity are to be seen as one of the main reasons for increasing for increasing numbers of obesity. Therefor, there is a necessity for effective interventions aiming for maintaining changes in the affected persons' lifestyles.

Zusammenfassung

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist in den letzten Dekaden weltweit stark angestiegen. Diese gesundheitsgefährdenden Phänomene haben sowohl Folgen für das Individuum selbst aber auch für die Gesellschaft. Als eine der Hauptursachen für das krankhafte Übergewicht werden die sich zunehmend verändernden Lebensbedingungen bezogen auf das Ernährungs- und Aktivitätsverhalten angesehen. Daher leitet sich eine Notwendigkeit für wirksame Maßnahmen zur Adipositas-therapie ab, die eine langfristige und nachhaltige Lebensstiländerung der Betroffenen anstreben.

Schlagworte: Adipositas, Therapie, Lebensstiländerung

¹ Betreuerinnen der Arbeit sind Frau Prof. Dr. Wagner, Institut für Gesundheitssport und Public Health, Sportwissenschaftliche Fakultät, Universität Leipzig Frau Prof. Dr. Göhner,

1. Einleitung

Die Gesundheitsprobleme Übergewicht und Adipositas gewinnen in der heutigen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Durch die sich zunehmend verändernden Lebensbedingungen in Bezug auf die für den Energiehaushalt ungünstige Kombination aus körperlicher Inaktivität, hochkalorischer Ernährung und Stress, nimmt die Prävalenz beider Phänomene weltweit immer noch zu (DAG, 2014; IOTF, 2010). Laut WHO leiden weltweit geschätzt 500 Millionen Menschen an Fettleibigkeit. Hochrechnungen zeigen, dass im Jahr 2030 die Mehrheit der Population weltweit unter Übergewicht oder Adipositas leiden wird und sich diese beiden Phänomene somit zu einem globalen Gesundheitsproblem entwickeln können (Mensink, Schienkiewitz, Hafenberg, Lampert, Ziese & Scheidt-Nave, 2013).

2. Definition, Prävalenz und Folgen der Adipositas

Adipositas bezeichnet eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts, wobei der Body Mass Index (BMI = Quotient aus Körpergewicht in Kg und Körpergröße in m zum Quadrat) die Klassifikationsgrundlage darstellt (DAG, 2014). Bei einem BMI zwischen 25 und 30 spricht man von Übergewicht während bei BMI-Werten über 30 die krankhafte Fettleibigkeit (Adipositas) diagnostiziert wird.

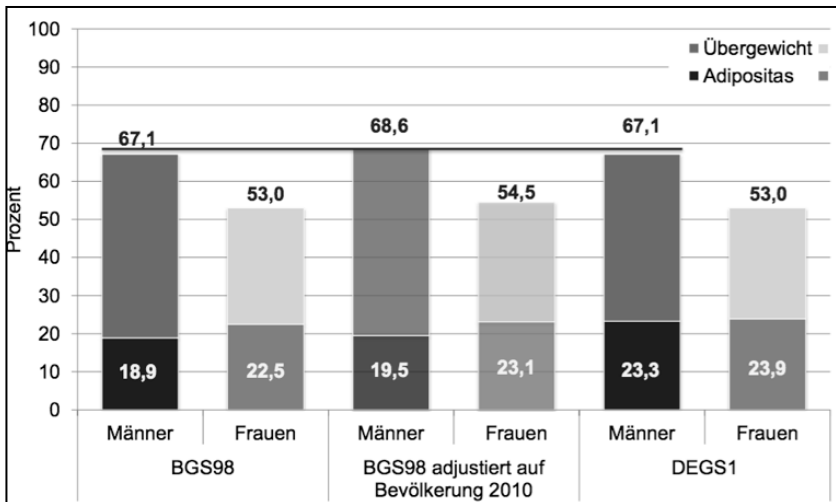


Abb. 1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland – DEGS1 und BGS98 in einer Gegenüberstellung (Mensink et al., 2013, S. 788)

Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten Dekaden weltweit kontinuierlich angestiegen ist, seit einiger Zeit zunehmend auch in Schwellen- und Entwicklungsländern (WHO, 2013). Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) – als ein Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) – berichtet von 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen, die in Deutschland übergewichtig sind (Kurth, 2012). Besorgniserregend ist vor allem die steigende Anzahl der Personen, die als adipös gelten. Hier ist die Rede von 23,3 % der Männer sowie 23,9 % der Frauen. Im Vergleich zum Jahr 1998 zeigt sich somit eine deutliche Zunahme der von Adipositas betroffenen Menschen (18,9 % der Männer und 22,5 % der Frauen) (vgl. Abb. 1). Alarmierend ist zudem, dass gerade die Prävalenzzahlen der jungen Männer und Frauen (25–35 Jahre) stetig ansteigen (Mensink et al., 2013).

Die Folgen der Fettleibigkeit betreffen in erster Linie das Individuum selbst. Somit gelten Übergewicht und Adipositas als gesundheitliche Risikofaktoren unter anderem für kardiovaskuläre Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (z. B.: Diabetes mellitus Typ 2) und Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B.: Arthrose) (DAG, 2014). Neben den körperlichen Beschwerden leiden die Betroffenen auch häufig an einer verminderten Lebensqualität, einem erhöhten Unfallrisiko und auch unter psychosozialen Konsequenzen wie depressiven Verstimmungen, Stigmatisierung, sozialer Isolation und Selbstwertminderung (DAG, 2014).

Aus der Erkrankung und ihren begleitenden Komorbiditäten ergeben sich jedoch auch erhebliche ökonomische Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. Lengerke, Reitmeir und John (2006) zeigen, dass Personen mit morbidem Adipositas deutlich erhöhte Gesundheitskosten verursachen als normalgewichtige Personen. Im Jahr 2003 wurden die Krankheitskosten der Adipositas mit ihren Komorbiditäten deutschlandweit auf einen Anteil von ca. 5 % der Gesundheitsausgaben geschätzt. Zu diesen direkten Kosten kommen zusätzlich auch Produktivitätsverluste durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Berentung oder vorzeitigen Tod, welche aus volkswirtschaftlicher Perspektive zu indirekten Gesundheitskosten führen (Benecke & Vogel, 2005).

3. Ätiologie und Therapiemöglichkeiten

Als Hauptursache der chronischen Fettleibigkeit wird flächendeckend ein unausgeglichener Energiehaushalt genannt – d.h. ein Ungleichgewicht von Energiezufuhr (Ernährung) und Energieverbrauch (körperliche Aktivität) zu Gunsten des ersteren (WHO, 2013). Dieses Ungleichgewicht wird unter anderem von dem heutigen sogenannten modernen Lebensstil herbeigeführt, der die Kombination aus körperlicher Inaktivität, hochkalorischer Ernährung und Stress mit sich bringt. Des Weiteren werden auch genetische Dispositionen,

endokrine Erkrankungen und medikamentöse Nebenwirkungen als Ursachen von Übergewicht und Adipositas benannt (DAG, 2007).

Ein sowohl präventiv als auch rehabilitativ nachhaltiger Handlungsbedarf ist in Anbetracht der genannten epidemiologischen und gesellschaftlichen Relevanz unausweichlich. Einig ist man sich sowohl national als auch international darüber, dass eine Prävention bzw. eine frühe Therapie den größten Erfolg verspricht, denn die im Verlauf der Erkrankung auftretenden Komorbiditäten erschweren jede Art der Therapie und wirken sich somit auch negativ auf den Therapieerfolg aus (IOFT, 2010, DAG, 2014).

Aus diesem Grund gibt es verschiedene Therapieangebote (medikamentöse Therapie, bariatrische Therapie, Verhaltenstherapie usw.). Die Lebensstil-Programme mit der aktuell höchsten Wirksamkeit folgen einem Kombinationsansatz aus Bewegungs- Ernährungs- und Verhaltensmodifikation (Curioni & Lourenco, 2005; DAG, 2014) mit hohem Anteil an wahrgenommener Eigeninitiative (Wing et al, 2008). Erste Abnehmerfolge zeigen sich dabei häufig schnell (Frey, Dapp, König, Deibert, Predel & Berg, 2010), doch ist Adipositas mit einer hohen Rezidivrate verbunden (DAG, 2014), was die langfristige Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts als die eigentliche und zudem als eine sehr komplexe Aufgabe charakterisiert (Sniehotta, Winter, Dombrowski & Johnston, 2007). Göhner und Kollegen beschreiben, dass für die Etablierung eines gesunden Lebensstils (inklusive ausgewogener Ernährung und körperlicher Aktivität) eine Gewichtsreduktion und –Stabilisation mit einer langfristigen Verhaltensveränderung einhergehen sollte (Göhner, Schlatterer, Seelig, Frey, Berg. & Fuchs, 2012).

4. Mo-Vo – ein Modell der Verhaltensänderung

Langfristige Verhaltensänderungen sind sehr komplexe Prozesse, die nicht selten eine komplette Lebensstilveränderung bedürfen. Vor allem das Anfangen und das Dabeibleiben bei einer Lebensstilveränderung scheinen demnach von zwei unterschiedlichen psychologischen Prozessen abhängig zu sein. Während das Aufnehmen neuer Verhaltensweisen mit motivationalen Prozessen zusammenhängt, so ist das langfristige Aufrechterhalten dieser mit volitionalen Prozessen in Verbindung zu bringen (Fuchs, 2006). Vor dem Hintergrund des erkannten Problems des „Durchhaltens“ befassen sich neue Ansätze zur Verhaltensänderung mit den volitionalen Prozessen der Verhaltensänderung. Eben diesen beiden Faktoren hat sich das Motivations-Volitions-Konzept gewidmet, um die Nachhaltigkeit von Interventionsprogrammen zur Steigerung des Aktivitätsverhaltens zu erhöhen (Fuchs et al., 2007).

Das MoVo-Konzept folgt der Annahme, dass es dem Menschen an sich leicht fällt sich neue Ziele zu setzen und sich für diese zu motivieren, dass es jedoch

umso schwerer ist, spezifische Handlungsvorhaben (Intentionen) in ein Verhalten umzusetzen, die das Erreichen der vorgenommenen Ziele zur Folge hätten (Intentions-Verhaltenslücke). Im Gegensatz zu weit verbreiteten Ansätzen der Verhaltensänderung, die sich überwiegend mit motivationalen Determinanten befassen, widmet sich das MoVo-Konzept spezifisch den volitionalen Umsetzungen der Verhaltensabsichten. Volitionen werden bei Fuchs 2007 als "... jene Prozesse der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle bezeichnet, die es dem Menschen ermöglichen, auch dann ihre Absicht in die Tat umzusetzen, wenn äußere oder innere Hindernisse auftreten". Die Teilnehmer sollen durch die Stärkung selbstregulativer Kompetenzen dazu befähigt werden, einer Motivation bzw. Intention auch konkretes Handeln folgen zu lassen (Fuchs et al., 2007). Demnach ist die Entwicklung und Stabilisierung eines gesundheits-schützenden Verhaltens von fünf Determinanten der Verhaltensänderung abhängig: (1) das Vorliegen einer starken Zielintention (Intentionsstärke), (2) eine hohe Ausprägung der Selbstkondanz der Zielintention, (3) eine realistische Implementierungsintention, (4) wirksame Strategien zur Handlungskontrolle und Intentionsabschirmung sowie (5) die Existenz positiver Konsequenz-erfahrungen mit der neuen Verhaltensweise (Fuchs et al., 2007).

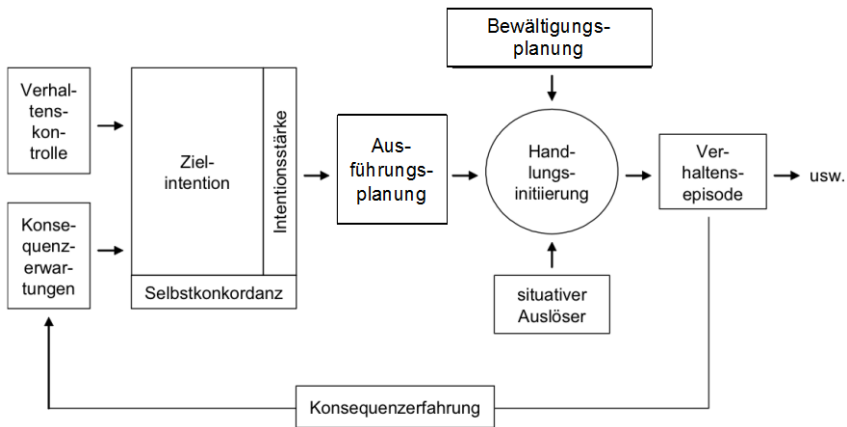


Abb. 2. MoVo-Prozessmodell (Fuchs et al., 2007, S. 318)

Um das geplante Ziel tatsächlich zu erreichen, sollten spezifische Handlungen in die Tat umgesetzt werden. Dazu ist eine Implementierungsintention notwendig (Gollwitzer et al., 2004). Diese beinhalten wann, wo und wie genau die beabsichtigten Handlungen umgesetzt werden (Ausführungsplanung). Doch auch eine ausgereifte Implementierungsintention garantiert noch keine Handlungsiniiierung. Hier besteht weiterhin die Möglichkeit von situativen Auslösern, die eine Barriere für die Handlungsumsetzung darstellen können. Um diesen entgegenzutreten ist eine sogenannte Intentionsabschirmung erforder-

lich (Bewältigungsplanung). Diese beinhaltet Strategien und Denkmuster, die es ermöglichen eine intendierte Handlung (z. B.: Sport) gegenüber konkurrierenden Handlungsoptionen (z. B.: Fernsehen) abzuschirmen. Sind die genannten Prozesse erfolgreich, so kann es zu einer Initiierung der angestrebten Handlung kommen (Fuchs et al., 2007).

5. Planung als Schlüsselkomponente – Forschungsbedarf und Ausblick

Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen, dass das Planen zukünftiger Handlungen als selbstregulatorische Strategie bei der Veränderung von Gewohnheiten bzw. dem Erlernen neuer Handlungsmuster eine bedeutende Rolle spielt (Gollwitzer et al., 2004; Milne, Orbell & Sheeran, 2002; Luszczynska, Sobczyk & Abraham, 2007; Bélanger-Gravel et al., 2013; Dombrowski, Snihotta, Avenell, Johnston, MacLennan, Araujo-Soares, 2012).

Bisher gibt die Studienlage Aufschluss über den Therapieerfolg unterschiedlichster Lebensstilinterventionen (Göhner et al., 2012), doch richtet sich die Aufmerksamkeit überwiegend auf die Ganzheitlichkeit der Therapieprogramme und nicht auf die einzelnen Bestandteile und deren Bedeutung für den Therapieerfolg. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Zusammenhänge von Planungs- und Aktivitätsverhalten im Kontext der Adipositasbehandlung sind bislang noch unzulänglich, um hierzu konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen (Bélanger-Gravel, Godin, Bilodeau, & Poirier, 2013)

Vor diesem Hintergrund sowie in Anbetracht der Bedeutung der volitionalen Determinante der Verhaltensplanung, ist es zukünftig anzustreben, die Wirksamkeit eines interdisziplinären Schulungsprogramms zur Therapie von Adipositas zu untersuchen. Hierbei gilt es vor allem das Hauptproblem der Lebensstilinterventionen – die nachhaltige Stabilisierung des Körpergewichts – zu berücksichtigen. Die Steigerung des Aktivitätsverhaltens und die zugrundeliegende Planungskompetenz der Teilnehmer spielt dabei eine entscheidende Rolle (Haurer und Berg, 2000). Zu untersuchen ist demnach der Einfluss der volitionalen Komponente der Verhaltensplanung auf den langfristigen Erfolg einer Lebensstilintervention.

Literatur

Benecke, A. & Vogel, H. (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. Übergewicht und Adipositas.

Curioni, C. & Lourenco, P. (2005). Long-term weight loss after diet and exercise: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 29, 1168–1174.

Bélanger-Gravel, A., Godin, G. & Amireault, S. (2013). A meta-analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. *Health Psychology Review*, 7(1), 23–54.

Deutsche Adipositas Gesellschaft. (2014). Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft. Therapie und Prävention der Adipositas.

SU Dombrowski, FF Sniehotta, A Avenell, M Johnston, G MacLennan, Araujo-Soares (2012). Identifying active ingredients in complex behavioural interventions for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: a systematic review. *Health Psychology Review* 6 (1), 7–32

Frey, I., Dapp, N., König, D., Deibert, P., Predel, H. & Berg, A. (2010). Gewichtsverlauf bei Teilnehmern eines bewegungsorientierten Gewichtsreduktionsprogramms (M.O.B.I.L.I.S.) über 2 Jahre. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 61 (1), 19–22.

Fuchs, R. (2006). Motivation zum Freizeit- und Gesundheitssport. In M. Tietjens & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch Sportpsychologie*. Schorndorf: Hofmann.

Fuchs, R. (2007). Körperliche Aktivität und die Macht der Gewohnheit. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 3–22). Göttingen: Hogrefe.

Göhner, W., Schlatterer, M., Seelig, H., Frey, I., Berg, A. & Fuchs, R. (2012). Two-Year Follow-Up of an Interdisciplinary Cognitive-Behavioral Intervention Program for Obese Adults. *The Journal of Psychology*, 146 (4), 371–391.

Gollwitzer, P.M., Fujita, K. & Oettinger, G. (2004). Planning and the implementation of goals. In R. F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Self-regulation. Research, theory, and applications* (pp. 211–228). New York, NY: Guilford Press.

Hauner, H. & Berg, A. (2000b). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (12), A-768-774.

International Obesity Task Force. (2010) *Overweight and Obesity causes Consequences*. Zugriff unter: <http://ioft.org/popout.asp?linkto=http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/> Zugriff am: 02.09.2015.

Luszczynska A., Sobczyk A. & Abraham C. (2007). Planning to lose weight: randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health Psychology* Jul, 26 (4), 507–12.

Mensink, G.B.M., Schienkiewitz, M., Hafenberger, M., Lampert, T., Ziese, T. & Scheid-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 786–794.

Milne, S., Orbell, S., & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163–184.

Olander, E.K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A & French, D. (2013). What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity*, 10 (29).

Sniehotta, F., Winter, J., Dombrowski, S. & Johnston, M. (2007). Volitionale Verhaltenskontrolle. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 150–169). Göttingen: Hogrefe.

WHO (2013). *Obesity and Overweight*. WHO fact sheet Nr. 311.

Wing, R.R., Papandonatos, G., Fava, J.L., Gorin, A.A., Phelan, S., McCaffery & J Tade, D.F. (2008). Maintaining large weight losses: the role of behavioural psychological factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76, 1015–1021.

Verfasserin

Grützmacher, Nicole, Institut für Gesundheitssport und Public Health, Sportwissenschaftliche Fakultät, Universität Leipzig