

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis aus der Sicht  
Betroffener  
- Eine qualitative Analyse von Patienteninterviews

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Mania Maria Clarisse Kroll

aus Berlin

Datum der Promotion: 14. 02. 2014

## **Abstract**

Übergewicht und Adipositas sowie ihre assoziierten Erkrankungen stellen eine große Herausforderung für primärmedizinisch tätige Ärzte dar. Ihre Prävalenz ist steigend, die vorhandenen Mittel und Empfehlungen zur Prävention und Therapie der Adipositas zeigen bisher jedoch nur spärliche Erfolge.

Ziel dieser Untersuchung war es das hausärztliche Adipositasmanagement aus der Sicht der Patienten zu explorieren. Dadurch sollten Probleme und Potentiale der Betreuung Adipöser in der Hausarztpraxis identifiziert und Visionen von einer besseren Betreuung dargestellt werden.

Es wurden 15 semistrukturierte Interviews mit übergewichtigen oder adipösen Patienten geführt und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die Befragten befürworteten überwiegend ein Adipositasmanagement, das primär in der Hausarztpraxis angesiedelt ist und sahen in ihrem Hausarzt die geeignete Vertrauensperson, um sie im Prozess der Gewichtsabnahme zu begleiten. Die Patienten legten Wert auf eine sensible Kommunikation und eine partnerschaftliche Beziehung. Es konnten auch defizitäre Strukturen identifiziert werden. Derzeit fehlt es der Behandlung der Adipositas an intensiven und individualisierten Therapiekonzepten, in denen die Patienten kontinuierlich in ihrem Prozess der Lebensstiländerung unterstützt werden. Einer Involvierung anderer Berufsgruppen standen die Betroffenen überwiegend aufgeschlossen gegenüber.

Dem Hausarzt kommen daher die zwei Hauptaufgaben der individuellen Beratung und der Koordination innerhalb einer multidisziplinären Adipositasbetreuung zu. Eine gezielte Schulung der therapeutisch Tätigen, sowie eine bessere Vernetzung, Finanzierung und Evaluierung der vorhandenen Angebote sind notwendig um die Prävention und Therapie effektiver zu gestalten.

## **Obesity Management in Primary Care from the View of the Affected**

### **- A Qualitative Analysis of Patients' Interviews**

Overweight and obesity with its associated morbidity and mortality are an enormous challenge for primary care practitioners. Its prevalence is increasing while the means and recommendations available for the prevention and treatment of obesity are still yielding poor results.

Aim of this study was to analyze patients' experiences with weight loss interventions in the primary care sector and their visions of the future management of obesity.

Therefore 15 qualitative in-depth semi structured interviews with overweight or obese patients were performed. Interviews were transcribed and submitted to a qualitative content analysis.

Obesity management within the primary care practice received high approval rates among the patients. The general practitioner was seen as a person of trust, regarding the companionship during the process of weight reduction. Most patients preferred partnering relationships and sensitive communications with their general care practitioner. Additionally, deficient structures could be identified. Currently there is a lack of intensive and individualized therapeutic options available that continuously support patients while modifying their lifestyle. When asked about the involvement of other health-care-professionals, patients predominantly approved this proposal.

Two main tasks for the general practitioner could be identified: to counsel obese patients individually and to coordinate a multimodal treatment alliance. It is necessary to train practitioner and other therapists and to improve the integration, funding and evaluation of the existing treatment options to increase the efficiency of the prevention and treatment of obesity.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Übergewicht und Adipositas .....	1
1.1.2. Definition und Epidemiologie .....	1
1.1.3. Risiko und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas .....	4
1.2. Behandlung von Übergewicht und Adipositas .....	6
1.2.1. Public Health und Prävention .....	7
1.2.2. Leitliniengerechte Behandlung .....	7
1.2.3. Behandlungserfolge .....	10
1.3. Übergewicht und Adipositas in der Primärmedizinischen Versorgung .....	11
1.3.1. Prävention in der Hausarztpraxis .....	11
1.3.2. Gesundheitsuntersuchung Check-up-35 .....	11
1.3.3. Probleme und Potentiale der hausärztlichen Betreuung .....	12
<b>2. Fragestellungen</b> .....	<b>17</b>
<b>3. Material und Methoden</b> .....	<b>19</b>
3.1. Studienhintergründe .....	19
3.1.1. Einordnung in ein übergeordnetes Forschungsprojekt .....	19
3.1.2. Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns .....	20
3.2. Datenerhebung .....	20
3.2.1. Rekrutierung der Patienten .....	20
3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien für Studienteilnehmer .....	21
3.2.3. Vorbereitung der Datenerhebung .....	21
3.2.4. Interviewleitfaden .....	22
3.2.5. Interviews .....	23
3.2.6. Interviewberichte .....	23
3.3. Datenauswertung .....	24
3.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	24
3.3.2. Vorbereitung der Auswertung .....	25
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>27</b>
4.1. Stichprobe .....	27

4.1.1. Patienten .....	27
4.1.2. Interviews .....	28
4.2. Erfahrungen mit der hausärztlichen Betreuung von Übergewicht und Adipositas	30
4.2.1. Anlässe für eine Gewichtsberatung .....	30
4.2.2. Inhalt der Gewichtsberatung .....	32
4.2.3. Effekt der Gewichtsberatung .....	37
4.3. Bewertung der hausärztlichen Betreuung durch die Patienten .....	43
4.4. Wünsche an den Hausarzt .....	52
4.5. Allgemeine Vorstellungen der Patienten zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas .....	59
4.6. Rolle des Hausarztes im Adipositasmanagement .....	68
4.7. Rolle des Praxispersonals .....	75
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>77</b>
5.1. Vorgehensweise .....	77
5.2. Ambivalente Erwartungshaltung .....	77
5.3. Anlässe für eine Gewichtsberatung .....	79
5.3.1. Vorsorge .....	79
5.3.2. Ansprache von Übergewicht .....	79
5.4. Inhalt der Gewichtsberatung .....	80
5.4.1. Empfehlungen: Prinzipien, Ernährung, Bewegung .....	80
5.4.2. Zusätzliche Angebote zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas .....	81
5.5. Effekt der Gewichtsberatung .....	82
5.6. Allgemeine Vorstellungen der Patienten zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas .....	84
5.6.1. Prävention im Versorgungssystem .....	84
5.6.2. Ansatz am Individuum .....	84
5.6.3. Keine zusätzlichen Angebote .....	85
5.6.4. Rolle der Krankenkassen und Finanzierung .....	86
5.7. Bewertung der hausärztlichen Betreuung durch die Patienten und ihre Wünsche an den Hausarzt .....	86
5.7.1. Allgemeine Erfahrungen .....	87
5.7.2. Persönlichkeit und Grundhaltung des Hausarztes .....	88
5.7.3. Gesprächsführung .....	89
5.8. Rolle des Hausarztes im Adipositasmanagement .....	90

5.8.1. Vorgehen der Hausärzte .....	90
5.8.2. Kontinuierliche Betreuung .....	90
5.8.3. Der Hausarzt als Koordinator und Berater.....	91
5.9. Bedeutung des Praxispersonals in der Betreuung .....	92
5.10. Methodenkritik.....	93
5.11. Schlussfolgerungen.....	95
<b>6. Zusammenfassung .....</b>	<b>97</b>
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>
<b>Interviewleitfaden .....</b>	<b>i</b>
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>v</b>
<b>Lebenslauf.....</b>	<b>vi</b>
<b>Publikationsliste .....</b>	<b>vii</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>viii</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

WHO	World Health Organization
BMI	Body Mass Index
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
EASO	European Association for the Study of Obesity
NHLBI	National Heart, Lung and Blood Institute
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Version 2011)
DMP	Disease Management Programme

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Abbildung 1: Kategoriensystem der zusätzlichen Angebote zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas .....	36
Abbildung 2: Kategoriensystem der Emotionalen Reaktionen auf ärztliche Beratung ..	39
Abbildung 3: Kategoriensystem der Bedeutung der hausärztlichen Betreuung für die Motivation .....	40
Abbildung 4: Kategoriensystem der Aspekte der Umsetzung von hausärztlichen Beratungsinhalten .....	41
Abbildung 5: Kategoriensystem zur hausärztlichen Beratung ohne Konsequenzen .....	42
Abbildung 6: Kategoriensystem der allgemeinen positiven Erfahrungen mit dem Hausarzt .....	44
Abbildung 7: Kategoriensystem der allgemeinen negativen Erfahrungen mit Ärzten .....	45
Abbildung 8: Kategoriensystem der positiv bewerteten Grundhaltungen der Hausärzte .....	47
Abbildung 9: Kategoriensystem der negativ bewerteten Grundhaltungen der Hausärzte .....	49
Abbildung 10: Kategoriensystem der positiven Aspekte in der ärztlichen Kommunikation .....	50
Abbildung 11: Kategoriensystem der negativen Aspekte in der Kommunikation .....	52
Abbildung 12: Kategoriensystem der Wünsche zu allgemeinen ärztlichen Aufgaben bei Prävention .....	54
Abbildung 13: Kategoriensystem der Wünsche zur Haltung und Einstellung des Arztes .....	55
Abbildung 14: Kategoriensystem der Wünsche zu der Beziehung zwischen Arzt und Patient .....	57
Abbildung 15: Kategoriensystem der Wünsche zur ärztlichen Gesprächsführung .....	58
Abbildung 16: Kategoriensystem der Bedingungen für erfolgreiche Maßnahmen .....	65
Abbildung 17: Kategoriensystem der Rolle der Krankenkassen (KK) aus Patientensicht .....	68
Abbildung 18: Kategoriensystem zu Vorschlägen einer kontinuierlichen Patientenbetreuung .....	74



## Tabellen

Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI .....	2
Tabelle 2: Klassifikation der Adipositas durch Umfangmessungen (nach Wirth, Gohlke, 2005) .....	2
Tabelle 3: Beispiel eines Interviewberichtes .....	24
Tabelle 4: Beispiel Reduktionsschritte .....	26
Tabelle 5: Verteilung der Patienten auf die Hausärzte .....	27
Tabelle 6: Dauer der Gespräche .....	29
Tabelle 7: Empfehlungen der Hausärzte zu Prinzipien der Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung .....	35
Tabelle 8: Kategoriensystem eines Gesellschaftlichen Ansatzes zur Bekämpfung von Adipositas .....	60
Tabelle 9: Kategoriensystem der Vorschläge, die am Individuum ansetzen .....	64
Tabelle 10: Kategoriensystem - Kein Bedarf an zusätzlichen Angeboten .....	66
Tabelle 11: Kategoriensystem der Aufgaben des Arztes als Koordinator .....	70
Tabelle 12: Kategoriensystem der Aufgaben des Arztes als Berater .....	72
Tabelle 13: Kategoriensystem der Einbeziehung des Praxispersonals in die Adipositasbetreuung .....	76

## 1. Einleitung

### 1.1. Übergewicht und Adipositas

#### 1.1.2. Definition und Epidemiologie

Laut World Health Organization (WHO) ist Adipositas eine chronische Krankheit mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.<sup>1</sup> Adipositas wird darüber hinaus als eine Krankheit beschrieben, „die durch Gesundheitsförderung und Prävention möglichst zu vermeiden ist, und wenn sie auftritt, einer langfristigen Therapie bedarf.“<sup>2</sup>

Übergewicht oder Adipositas liegt dann vor, wenn die Körpermasse eines Individuums durch Zunahme des Körperfettes vom Normalgewicht abweicht.

Die international etablierte Messmethode für Gewicht unter medizinischen Gesichtspunkten ist der Body Mass Index (BMI), der sich aus Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter) berechnet.

Ein Body Mass Index von 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> wird als Übergewicht bezeichnet und birgt für sich genommen nur geringe gesundheitliche Risiken. Ab einem BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> steigt die Morbidität und Mortalität jedoch deutlich an<sup>3</sup> (siehe Tabelle 1).

Da das Körpergewicht insbesondere in frühen und mittleren Altersphasen tendenziell ansteigt (ca. 5 kg innerhalb von 10 Jahren)<sup>3</sup> haben Menschen mit Übergewicht ein erhöhtes Risiko zukünftig eine Adipositas zu entwickeln.

Es muss beachtet werden, dass der Begriff Übergewicht in der Literatur mehrdeutig verwendet wird, zum einen als Sammelbegriff für ein Körpergewicht, das über das Normalgewicht hinaus erhöht ist, zum anderen als eigene Gewichtsklassifikation zwischen Normalgewicht und Adipositas. Für diese Gewichtskategorie wird teilweise synonym auch der Ausdruck Präadipositas verwendet.

In dieser Arbeit werden die Begriffe gemäß der Gewichtsklassifikation des US-amerikanischen National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) verwendet (siehe Tabelle 1).<sup>4</sup>

**Tabelle 1: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI**

<b>Kategorie</b>	<b>BMI</b>	<b>Risiko für Begleiterkrankungen</b>
<i>Untergewicht</i>	<i>&lt; 18,5</i>	
<i>Normalgewicht</i>	<i>18,5 – 24,9</i>	<i>durchschnittlich</i>
<i>Übergewicht</i>	<i>25 - 29,9</i>	<i>gering erhöht</i>
<i>Adipositas Grad I</i>	<i>30 – 34,9</i>	<i>erhöht</i>
<i>Adipositas Grad II</i>	<i>35 – 39,9</i>	<i>hoch</i>
<i>Adipositas Grad III</i>	<i>≥ 40</i>	<i>sehr hoch</i>

Eine Verzerrung der Gewichtsklassifizierung anhand des BMI besteht darin, dass auch Personen mit einer erhöhten Muskelmasse fälschlicherweise als übergewichtig oder adipös eingestuft werden können. Daher ist zu empfehlen weitere Methoden zur Körperfettbestimmung heranzuziehen.<sup>3</sup>

Insbesondere die zentrale, stammbezogene Fettverteilung ist mit einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen assoziiert. Anhand einfacher zusätzlicher Messmethoden kann das Fettverteilungsmuster bestimmt und der BMI ergänzt werden.<sup>2</sup> Zur Unterscheidung von abdominaler und peripherer Adipositas ist die Taille-Hüft-Relation („Waist-to-hip-ratio“, WHR) geeignet. In der Praxis hat sich jedoch auch die reine Messung des Taillenumfangs bewährt. Die Grenzwerte für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko finden sich in Tabelle 2.

**Tabelle 2: Klassifikation der Adipositas durch Umfangmessungen (nach Wirth, Gohlke, 2005)**

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
<b>Taille-Hüft-Relation (WHR)</b>		
<i>Abdominale Adipositas</i>	<i>&gt; 0,85</i>	<i>&gt; 1,0</i>
<i>Periphere Adipositas</i>	<i>&lt; 0,85</i>	<i>&lt; 1,0</i>
<b>Taillenumfang (cm)</b>		
<i>Risiko mäßig erhöht</i>	<i>&gt; 80</i>	<i>&gt; 94</i>
<i>Risiko deutlich erhöht</i>	<i>&gt; 88</i>	<i>&gt; 102</i>

Die WHO spricht bereits von einer „Adipositasepidemie“ in Europa und bezeichnet diese als „eine der schwersten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik“ dieser Region.<sup>1</sup>

In Deutschland weist bereits über die Hälfte der Bevölkerung eine Erhöhung des Gewichts über das Normalgewicht hinaus auf.<sup>5</sup> Derzeit sind durchschnittlich 36,7% der Gesamtbevölkerung Deutschlands übergewichtig (BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup>) und 14,7% adipös (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>). Bei den Männern sind 44,4% übergewichtig und 15,7 % adipös. Frauen sind zu 29,1 % von Übergewicht und zu 13,8 % von einer Adipositas betroffen.<sup>6</sup>

Als besorgniserregend wird die stetige Zunahme von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahrzehnten angesehen. Laut WHO hat sich die Prävalenz in den letzten 20 Jahren verdreifacht.<sup>7</sup> Zudem sind zunehmend Kinder und Jugendliche betroffen. Adipositas im Kinder- und Jugendalter stellt eine besondere Herausforderung dar, da sich das erhöhte Gewicht häufig im Erwachsenenalter fortsetzt. Es lassen sich auch bereits Folgen dieses Trends, z. B. eine Erhöhung der Zahl an jungen Typ 2-Diabetikern, beobachten.<sup>2</sup>

### **Ursachen von Übergewicht und Adipositas**

Als Ursache von Übergewicht und Adipositas wird ein Zusammenwirken genetischer Dispositionen, individuellen Verhaltens sowie soziokultureller Faktoren diskutiert.

Die Lebensweise in den westlichen Industrienationen mit ihrem Überangebot an hochkalorischer Nahrung und dem gleichzeitig bewegungsarmen Lebensstil führt nahezu zwangsläufig zu einer Disbalance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch, die den grundlegenden Mechanismus für die Entstehung von Übergewicht darstellt.<sup>2</sup>

Zusätzlich gibt es eine genetische Prädisposition zur Adipositas, für die ein polygenetischer Hintergrund angenommen wird. In Formalgenetischen Studien wie Zwillingsstudien oder Adoptionsstudien wurde festgestellt, dass 50-80% der Varianz des BMI durch genetische Faktoren erklärt werden können, welche Stoffwechsel, Verhalten und somit Energieaufnahme und –verbrauch regulieren. Monogenetische Syndrome, die mit Adipositas einhergehen sind selten. Das häufigste dieser Syndrome ist das Prader-Labhart-Willi-Syndrom mit einer Prävalenz von 1/10 000.<sup>3</sup>

Die komplexe Homöostase des Gewichts kann durch verschiedene Mechanismen gestört werden. So haben auch bestimmte Arzneimittel wie Psychopharmaka, Insuline

und  $\beta$ -Blocker eine adipogene Wirkung, die bei langfristiger Einnahme beträchtlich sein kann.<sup>3</sup>

Die Regulation von Appetit und Sättigung erfolgt über eine Vielzahl von Neurotransmittern und Adipokinen. Letztere werden aus dem Fettgewebe sezerniert. Das wichtigste Hormon für die langfristige Körpergewichtsregulation ist das Leptin; es wird vorrangig in Adipozyten gebildet und hemmt im Hypothalamus die appetitanregenden Neurone. Die meisten Adipösen weisen bei starkem Hungergefühl dennoch hohe Serum- Leptinspiegel auf, weswegen man hier vom Vorliegen einer Leptinresistenz ausgeht.<sup>3</sup>

Die *Set-Point-Hypothese* für die Entstehung und Aufrechterhaltung von vermehrtem Gewicht besagt, dass das Körpergewicht durch Energieaufnahme und –verbrauch auf ein bestimmtes Niveau (Set-Point) reguliert wird. Es bedarf einer länger andauernden Verschiebung der Energiebilanz, um den Set-Point zu verschieben und eine neue Stabilität des Gewichts zu erhalten. Dies scheint die dauerhafte Gewichtsreduktion, gerade von länger bestehendem Übergewicht oder Adipositas, deutlich zu erschweren.<sup>2</sup>

### **1.1.3. Risiko und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas**

#### **Assoziierte Erkrankungen und Mortalität**

Adipositas erhöht das Risiko für die Entstehung einzelner Erkrankungen. So wird Adipositas für 80% der Erkrankungen an Diabetes Mellitus Typ II verantwortlich gemacht sowie für 35% der ischämischen Herzerkrankungen und für 55% der hypertensiven Erkrankungen in Europa.<sup>7</sup>

Eine Analyse von 57 Prospektiven Studien hat ergeben, dass sich das Gesamtmortalitätsrisiko ab einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> pro 5 kg/m<sup>2</sup> Zunahme des BMI um 30% erhöht.<sup>8</sup> Laut einer anderen Übersichtsarbeit besteht allerdings bei Übergewicht noch keine erhöhte Gesamtmortalität; bei Adipositas erhöht sie sich dahingegen um 20%.<sup>9</sup>

Ein weiterer systematischer Review von Kohortenstudien kommt zu dem Ergebnis, dass, gemessen am BMI, lediglich ab einer Adipositas zweiten Grades (BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>) das Risiko für die kardiovaskuläre Mortalität erhöht ist, während sich Übergewicht (BMI 25- 29,9 kg/m<sup>2</sup>) als protektiv für die Gesamtmortalität und kardiovaskuläre Mortalität auswirkt. Die Autoren bezweifeln aber nicht die Assoziation zwischen Adipositas und kardiovaskulärem Risiko. Sie führen dieses Ergebnis vielmehr darauf zurück, dass der

BMI kein geeigneter Indikator für die Unterscheidung zwischen Körperfett- und Körpermagermasse ist.<sup>10</sup>

Einschränkend sei erwähnt, dass Adipositas „mit steigendem Alter für die Gesamtmortalität eine zunehmend geringere Rolle“ spielt.<sup>9</sup>

Allerdings ist, wie Calle et al. in einer prospektiven Studie an 900 000 US-amerikanischen Erwachsenen feststellt, auch das Risiko an einer Krebserkrankung zu versterben unter Adipösen deutlich erhöht, die krebsbedingte Mortalität lag bei adipösen Frauen um 62% und bei adipösen Männern um 52% höher als bei Normalgewichtigen.<sup>11</sup>

Des Weiteren kann sich Adipositas negativ auf das Respirationssystem, z. B. in Form von restriktiven Ventilationsstörungen auswirken; sie begünstigt die Entstehung von Gallensteinen, einer Fettleber und gastroösophagealem Reflux. Auch zwischen Adipositas und degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates besteht eine Assoziation. Außerdem haben adipöse Frauen ein erhöhtes Morbiditätsrisiko in der Schwangerschaft.<sup>3</sup>

Weiterhin gilt Adipositas als wichtigster Promotor für das metabolische Syndrom, welches durch einen erhöhten Taillenumfang, erhöhte Blutfette (Triglyzeride, niedriges HDL-Cholesterin), erhöhten Blutdruck und erhöhte Nüchternblutglukose definiert ist. Es gibt verschiedene Definitionen des metabolischen Syndroms mit unterschiedlichen Grenzwerten, ein Konsens besteht jedoch darin, dass mindestens drei der oben genannten Faktoren vorliegen müssen. Bei der Definition der International Diabetes Foundation (IDF) gilt der erhöhte Taillenumfang als zwingendes Kriterium.<sup>3</sup>

### **Finanzieller Aspekt: direkte und indirekte Kosten**

Aus den gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Adipositas ergeben sich relevante wirtschaftliche Folgen. Vor allem durch assoziierte Erkrankungen kann sie zu vermehrten Arztbesuchen, hohen Kosten für medikamentöse Behandlungen und Krankenhausaufenthalten führen.<sup>2</sup>

Laut WHO sind „Adipositas und Übergewicht bei Erwachsenen für bis zu 6% der Ausgaben des Gesundheitswesens in der Europäischen Region verantwortlich“ und verursachen gleichzeitig indirekte Kosten durch Verlust an Produktivität.<sup>1</sup> Schätzungen zufolge beliefen sich in Deutschland die direkten Gesundheitsausgaben für Adipositas, inklusive der assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen, im Jahr 2003 auf rund 12 Mrd. Euro.<sup>12</sup>

Die KORA-Studie, eine Befragung einer repräsentativen Zufallsstichprobe aller 25-74-jährigen Einwohner der Region Augsburg, ergab, dass erst Patienten mit starker Adipositas (ab Grade 2) deutlich erhöhte direkte medizinische Kosten verursachten. Die Stichprobe dieser Studie ist allerdings klein (n=947) und auf eine Region beschränkt.<sup>13</sup> Zusätzlich zu den direkten und indirekten Kosten werden oft auch noch „intangible“ Kosten aufgeführt, die sich aus den psychischen und sozialen Auswirkungen der Krankheit und der durch sie verursachten Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen ergeben. Diese Kosten sind kaum zu beziffern.<sup>3</sup>

### **Psychische und soziale Folgen**

Nicht zuletzt geht Adipositas auch mit einer bedeutenden Stigmatisierung einher, die Diskriminierungen in vielen Lebensbereichen umfasst und auch zu Depressionen und Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls der Betroffenen führen kann.<sup>3</sup>

In einigen Publikationen ist beschrieben, dass Adipositas in der Bevölkerung mit einem „Mangel an Willenskraft“ assoziiert wird und Übergewichtigen und Adipösen daher Eigenschaften wie „Faulheit“ und „Undiszipliniiertheit“ zugeschrieben werden.<sup>14,15</sup> Durch diese Stigmatisierung haben es Adipöse nicht nur in Bildungseinrichtungen und auf dem Arbeitsmarkt schwerer, sondern erfahren auch eine Benachteiligung im Gesundheitssektor. Puhl und Heuer stellen dar, dass negative Einstellungen und Ablehnung von Übergewichtigen und Adipösen auch unter Ärzten, Krankenschwestern, Medizinstudenten und Fitnesstrainern und Ernährungsberatern weit verbreitet sind.<sup>15</sup>

Da Übergewicht und Adipositas gehäuft bei Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status auftritt und vermehrtes Gewicht wiederum eine soziale Benachteiligung mit sich bringt, kann hier ein Teufelskreis entstehen, der gesundheitliche und soziale Ungleichheit weiter verschärft.<sup>3</sup>

### **1.2. Behandlung von Übergewicht und Adipositas**

Übergewicht und Adipositas werden in der Literatur meist als “modifiable risk factor“ beschrieben. Daher gibt es viele Bestrebungen, Übergewicht zu bekämpfen und damit die weite Verbreitung der assoziierten Erkrankungen einzudämmen. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine beeinträchtigte Lebensqualität unter Adipösen, die sowohl aus einer körperlich-funktionellen als auch aus einer psycho-sozialen Beeinträchtigung resultiert.<sup>3,16</sup>

### **1.2.1. Public Health und Prävention**

Die WHO mahnt, dass die Prävalenz der Adipositas in Europa bereits so hoch sei, dass die verfügbaren Ressourcen nicht mehr ausreichen, um allen Betroffenen eine Behandlung anbieten zu können.<sup>17</sup> Dennoch gibt es Aktionspläne wie „The strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues.“<sup>5</sup> der Europäischen Kommission und die „Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas“<sup>1</sup> der WHO. Hier werden Maßnahmen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene empfohlen, um der Adipositas auf einem Bevölkerungsansatz zu begegnen. Diese unverbindlichen Vorschläge zielen vor allem auf Gesundheitswissen und eine Reduktion der adipogenen Lebensbedingungen ab. Genannt sind die Gestaltung von Schulen, Kindergärten und Arbeitsplätzen, eine bessere Lebensmittelzusammensetzung und die Bewegungsförderung in der Freizeit.

Unter anderen Akteuren wie Staat, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Berufsverbänden, Medien und internationalen Verbänden wird dem Gesundheitssystem eine wichtige Rolle zugesprochen, „indem es Präventionsmaßnahmen gestaltet und fördert und Diagnose, Screening und Behandlung anbietet.“<sup>1</sup>

Die WHO fordert die „Einführung von rechtzeitiger Erkennung und Langzeitbehandlung von Übergewicht und Adipositas in der primären Gesundheitsversorgung“ gefordert. Dazu gehört auch das „Angebot von Schulungen zur Adipositasprävention für Gesundheitsfachkräfte und Herausgabe klinischer Empfehlungen für Screening und Behandlung.“<sup>1</sup> So könnte auch die Gesundheitsuntersuchung Check-up-35 (siehe 1.3.) in Deutschland zur Adipositasprävention genutzt werden.

### **1.2.2. Leitliniengerechte Behandlung**

Für den europäischen Raum gibt es von der European Association for the Study of Obesity (EASO) eine Leitlinie, die versucht verschiedene europäische Leitlinien zu verbinden.<sup>18</sup> Eine der neuesten europäischen Leitlinien wurde 2010 von dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) herausgegeben.<sup>19</sup> In Deutschland existiert eine „Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas“ der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG), die sich derzeit in einem Aktualisierungsprozess befindet (Stand 2007).<sup>17</sup>

Eine spezielle Leitlinie für Allgemeinmediziner gibt es aktuell nicht, obwohl dem Hausarzt insbesondere in der Leitlinie der DAG eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)



erarbeitet aber gerade eine Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention, in der Ansätze zur Beeinflussung des Lebensstils bedeutsam sein werden.

Gemäß der multifaktoriellen Ursachen von Übergewicht und Adipositas muss auch die Behandlung an vielen Stellen ansetzen.

### **Indikationen, Therapieziele und Voraussetzungen**

Laut der evidenzbasierten Leitlinien<sup>17-19</sup> ist ein BMI von  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  immer eine Therapieindikation. Bei einem BMI von 25- 29,9  $\text{kg/m}^2$  und Vorliegen von mindestens einer der folgenden Voraussetzungen sollten ebenfalls Maßnahmen ergriffen werden: gewichtsbedingte Gesundheitsstörung (z. B. Hypertonie, Typ 2 Diabetes), ein abdominelles Fettverteilungsmuster, Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder hoher psychosozialer Leidensdruck.

Laut den Leitlinien des SIGN ist bei einem BMI von 25- 35  $\text{kg/m}^2$  eine Gewichtsreduktion von 5- 10% notwendig um das Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Krankheiten zu reduzieren, bei einem BMI  $> 35 \text{ kg/m}^2$  ist für eine Prävention oder Reduktion von Begleiterkrankungen eine Gewichtsabnahme um mindestens 15- 20% notwendig.<sup>19</sup>

Die Ziele einer Gewichtsreduktion sollten jedoch stets realistisch, individualisiert und langfristig angelegt sein.<sup>18</sup> Neben dem Ziel einer langfristigen Gewichtsreduktion werden weitere Therapieziele wie unter anderem die Verbesserung von assoziierten Erkrankungen, die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und eine Steigerung der Lebensqualität genannt.<sup>17</sup>

Als Bedingungen für eine Behandlung werden "ausreichende Motivation und Kooperationsfähigkeit des Patienten vorausgesetzt". Bei Therapieversagen sollte insbesondere bei ausgeprägter Adipositas mit Begleiterkrankungen eine Überweisung zu einem Adipositasspezialisten erwogen werden.<sup>18</sup>

### **Therapiemöglichkeiten**

Das Basisprogramm der Adipositasbehandlung umfasst eine Ernährungs-, eine Bewegungs- und eine Verhaltenstherapie. An die Phase der Gewichtsreduktion sollte sich eine Phase der Gewichtserhaltung anschließen.<sup>17</sup>

**Diätetische Interventionen** können verschiedenen Prinzipien folgen: Es besteht die Möglichkeit allein den **Fettverzehr** auf eine Menge von etwa 60g pro Tag zu reduzieren

oder eine **mäßig energiereduzierte Mischkost** mit einem Energiedefizit von etwa 600 kcal pro Tag anzustreben, welche als Standardtherapie der Adipositas gilt und weitgehend nebenwirkungsfrei sowie langfristig wirksam ist.<sup>17-19</sup>

Andere Kostformen, wie kohlenhydratarme Kostformen oder sehr niedrig kalorische Diäten (<800 kcal/Tag) können kurzfristig bei bestimmten Patientengruppen eingesetzt werden, bedürfen jedoch einer strengen medizinischen Überwachung.<sup>17,19</sup>

Zur Effektivität von Kostformen mit niedrigem glykämischen Index fehlen bislang Langzeitstudien, die Aufnahme von niedrigglykämischen Kohlenhydraten besonders in der ersten Tageshälfte wird jedoch ebenfalls empfohlen.<sup>20</sup>

Weiterhin ist der **Mahlzeitenersatz mit Formulaprodukten** eine gängige Methode. Eine ausschließliche **Formuladiät** mit einer Gesamtenergiemenge von 800- 1200 kcal/Tag ist nur für eine kurzfristige Gewichtsreduktion geeignet.<sup>17</sup>

Hinsichtlich einer **Bewegungstherapie** besteht die Empfehlung einen Energieverbrauch von 1800- 2500 kcal/Woche anzustreben, welcher in etwa 225- 300 Minuten körperlicher Aktivität in moderater Intensität erreicht werden kann. Das entspricht 5 Einheiten von 45-60 Minuten pro Woche oder weniger bei intensiverer körperlicher Betätigung.<sup>19</sup>

**Psychologische und Verhaltenstherapeutische Interventionen** dienen vor allem der Unterstützung der Patientenmotivation bei einer langfristigen Gewichtsreduzierung oder -stabilisierung. Zum Einsatz kommen sollen Techniken wie Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolltechniken oder Verstärkungsmechanismen (Loben).<sup>17,19</sup>

Als besonders effektiv hat sich eine Kombination aus diätetischen Maßnahmen, Bewegung und Verhaltenstherapie erwiesen.<sup>19</sup>

Diese Komponenten sollten Bestandteil aller **Gewichtsreduktionsprogramme** sein. Besonders kommerzielle Programme sollten nach bestimmten Kriterien auf ihre Qualität hin überprüft werden.<sup>19</sup>

**Adjuvante medikamentöse und chirurgische Therapieoptionen** können zusätzlich und vor allem bei Misslingen der Basistherapie in Betracht gezogen werden, werden jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt.

Motivierte adipöse Patienten mit Komorbiditäten oder Therapieproblemen sollten an spezialisierte Behandlungseinrichtungen überwiesen werden, soweit diese Verfügbar sind.<sup>17</sup>

Hervorgehoben wird insbesondere in der Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft, dass der Hausarzt „bei der Langzeitbetreuung übergewichtiger/adipöser

Patienten eine zentrale Rolle“ spielt.<sup>17</sup> Für die langfristige Gewichtsstabilisierung wird die Fortführung des Therapeuten/Patienten-Kontakts und ein regelmäßiges Gewichtsmonitoring empfohlen.

### 1.2.3. Behandlungserfolge

Die evidenzbasierten Leitlinien geben ihre Empfehlungen aufgrund der aktuellen Datenlage, die jedoch für die unterschiedlichen Aspekte und Therapieoptionen von sehr unterschiedlicher Qualität ist. Besonders für die Effektivität von Interventionsprogrammen gibt es kaum Studien.

Meta-Analysen zeigen eher moderate und kurzfristige Erfolge von Interventionen zur Gewichtsreduktion. So haben Dansinger et al.<sup>21</sup> in einer Meta-Analyse von 46 Studien den Effekt von Ernährungsberatung auf die Gewichtsabnahme untersucht. Nach einem Jahr wurde ein mittlerer Effekt von 2 BMI Einheiten (6% des Ausgangsgewichts [5kg] erreicht). Allerdings wurde die Hälfte des initialen Gewichtsverlusts nach 3 Jahren wieder zugenommen. Tsai und Wadden zeigen in einer Übersichtsarbeit 10 US-amerikanischer Studien, dass die ärztliche Betreuung in der primärmedizinischen Versorgung mit oder ohne Pharmakotherapie selten einen klinisch relevanten Gewichtsverlust zur Folge hat. Die Autoren machen die Intensität und Frequenz der Beratung als kritischen Punkt der hausärztlichen Betreuung Übergewichtiger und Adipöser aus und räumen ein, dass eine intensive Therapie, die an den Empfehlungen der US Task Force orientiert ist, in der primärmedizinischen Versorgung in der aktuellen Versorgungs- und Vergütungsstruktur nicht zu leisten sei.<sup>22</sup>

Auch Hauner beschreibt, dass die Langzeitergebnisse meist unbefriedigend sind. Er nennt aber Determinanten, die „einen guten Langzeiterfolg erwarten lassen:

- Eine fettreduzierte Kost bzw. eine Kost mit niedriger Energiedichte ist geeignet, um eine Wiedezunahme zu verhindern bzw. zu begrenzen.
- Regelmäßige körperliche Aktivität erleichtert die Gewichtstabilisierung.
- Ein langfristiger, kontinuierlicher Kontakt zwischen Patient und Therapeut trägt dazu bei, den Rückfall in alte Ess- und Bewegungsgewohnheiten zu verhindern.“<sup>23</sup>

### **1.3. Übergewicht und Adipositas in der Primärmedizinischen Versorgung**

#### **1.3.1. Prävention in der Hausarztpraxis**

Abholz schreibt der Hausarztpraxis besondere präventive Möglichkeiten zu. Zusätzlich zu unspezifischer medizinischer Prävention, die auch an anderen Stellen durchgeführt werden kann, beschreibt er die spezifische hausärztliche Prävention und die Hausarztpraxis als Teil von „Community Medicine“, die als „gesellschaftlich stabilisierende“ Einrichtung gelten kann.<sup>24</sup>

Spezifische Hausärztliche Prävention besteht zum einen aus individualisierter Prävention, die zwar unsystematisch, aber dafür angepasst an die jeweilige Situation des Patienten und im besten Fall kontinuierlich stattfindet. Zum anderen aber auch aus „Quartärprävention“, die als ein Schutz vor Überversorgung verstanden wird.

Die Hausarztpraxis wird von Abholz als „Ort, an dem unter generalistischem Ansatz noch die ganze Person – einschließlich der psychosozialen Aspekte des Lebens – gesehen wird“ beschrieben, der innerhalb des Gesundheitssystems im Gegensatz zu anderen Institutionen als „Vertrauensträger“ erlebt wird.

Die Ausschöpfung all dieser Möglichkeiten kann bei der Prävention von Adipositas und ihren Folgeerkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Auch die WHO erklärt, dass Hausärzte die Aufgabe haben, präadipöse, also übergewichtige Patienten hinsichtlich Ernährung und Bewegung zu beraten und fordert für diesen Zweck eine bessere Ausbildung der Ärzte sowie eine Involvierung anderer „Gesundheitsberufe“.<sup>7</sup>

#### **1.3.2. Gesundheitsuntersuchung Check-up-35**

Der Check-up-35 ist eine Untersuchung zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten, an der seit 1989 alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung alle zwei Jahre kostenfrei teilnehmen können.<sup>25</sup> Sie dient vor allem der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes sowie der Feststellung möglicher Risikofaktoren für die Entstehung dieser Krankheiten. Adipositas ist einer dieser Risikofaktoren. Daher sollte auch der BMI beim Check-up-35 erhoben und besprochen werden. Weiterhin umfasst er ein ausführliches Gespräch, eine körperliche Untersuchung und eine anschließende Beratung.

Die Gesundheitsuntersuchung (Check-up-35) ist somit ein Instrument der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, da er dazu dienen kann eine Krankheitsentstehung

durch Reduktion von Risikofaktoren zu vermindern, eine Früherkennung von Krankheiten oder Krankheitsvorstadien zu leisten und die Progression einer Krankheit zu verhindern. Der Check-up-35 kann von allen in der Primärversorgung niedergelassenen Ärzten angeboten werden. Prävention findet in der Allgemeinmedizin jedoch, wie oben dargestellt, auch oder vielleicht sogar hauptsächlich außerhalb der geregelten Vorsorgeangebote statt.

### **1.3.3. Probleme und Potentiale der hausärztlichen Betreuung**

#### **Besondere Stellung des Hausarztes in der Patientenversorgung**

Die Diagnose „Adipositas“ befindet sich auf Rang 7 der häufigsten ICD-10 Kodierungen bei Allgemeinmedizinern nach Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, Rückenschmerzen, chronischer ischämischer Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ II und Struma.<sup>26</sup> Es Hinweise, dass Adipöse, insbesondere mit starker Adipositas, ihren Hausarzt häufiger als Normalgewichtige aufsuchen.<sup>27</sup>

In der klinisch-epidemiologischen Studie DETECT, die repräsentative an 55000 Patienten in 3000 deutschen Hausarztpraxen die derzeitige praktische Situation der Diagnostik und Therapie von kardiovaskulären Risikofaktoren untersucht hat, stellten die teilnehmenden Hausärzte bei 32,9 % aller Patienten die Diagnose Adipositas. Der Anteil der adipösen Patienten nahm mit steigendem Alter bis zu der Altersgruppe der 65-74jährigen zu. In dieser Gruppe waren 43,5% der Patienten adipös. In der Gruppe der 18-34jährigen waren es bereits 16,1%.<sup>28</sup>

Abgesehen von der Möglichkeit zur Adipositasbehandlung durch diese häufigen direkten Kontakte zwischen Hausärzten und Patienten mit Übergewicht/Adipositas gibt es zahlreiche Besonderheiten des Berufsbildes Allgemeinmedizin, die dem Hausarzt die Aufgabe zukommen lassen sich der Arbeit mit dieser Patientengruppe anzunehmen.<sup>29</sup> Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin umfasst neben der Akutversorgung auch die Bereiche Langzeitversorgung und Prävention, die ausschlaggebend für eine erfolgreiche Bewältigung des Problems sind. Weiterhin definieren sich Allgemeinmediziner über ein hermeneutisches Fallverständnis, das den Patienten eingebunden in einen Kontext und eine Geschichte betrachtet und richten ihre Arbeit auf eine breite Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung aus.

In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff „erlebte Anamnese“ verwendet, der ein Kennenlernen des Patienten über viele Zusammentreffen mit unterschiedlichen

Anliegen hinweg beschreibt. Unter Umständen betreut der Hausarzt auch ganze Familien, was ihm einen umfassenden Einblick in die Lebenswelten der Patienten verschaffen kann.

Die genannten Bedingungen bilden eine gute Grundlage für Lebensstilberatungen durch den Hausarzt. Veränderungen in der Lebensweise wie Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, aber zum Beispiel auch Rauchen oder Alkoholkonsum sind meist langwierige und mühsame Prozesse, bei denen oft nur kleine Erfolge erzielt werden. Eine Kenntnis und Einbeziehung des individuellen Umfeldes und eine kontinuierliche Begleitung und Motivationsarbeit können den Weg zu einer gesünderen Lebensweise erleichtern.<sup>30</sup>

Um Lebensstilberatungen und Motivationsunterstützung zu verbessern, haben sich verschiedene Modelle und Theorien etabliert. Erwähnt sei hier besonders das „5A-Konzept“.<sup>30</sup> In den fünf Schritten Ask/Assess – Advice – Agree – Assist – Arrange, kann ein persönlich auf den Patienten zugeschnittenes Vorgehen vereinbart werden, bei dem Entscheidungen gemeinsam und ausgehend von der aktuellen Motivationslage getroffen werden.

### **Diagnostik und Therapie von Adipositas und Übergewicht durch den Hausarzt**

Momentan gibt es in der hausärztlichen Praxis Defizite im Einordnen von „Übergewicht“ und „Adipositas“ und in der adäquaten Aufklärung zu möglichen Folgen und anschließender Beratung über Therapieoptionen.<sup>31</sup>

Mit steigendem BMI wird die Identifizierung von Übergewicht und Adipositas zwar häufiger<sup>32</sup>, allerdings bleibt es oft bei der reinen Feststellung von Übergewicht oder Adipositas, ohne dass spezifische Handlungsanweisungen gegeben werden.<sup>33</sup> Eine andere Studie hat festgestellt, dass die Übereinstimmung zwischen Patienten und Ärzten darüber, ob eine gewichtsspezifische Beratung stattgefunden hat, noch relativ hoch ist wenn es um die ausschließliche Benennung des Problems geht, jedoch stark variiert, wenn gefragt wird, ob Ratschläge zu Ernährung und körperlicher Betätigung gegeben wurden.<sup>34</sup>

Die Unzufriedenheit der Patienten mit der Übergewichts- und Adipositasbetreuung durch den Hausarzt trifft wiederum auf eine Ärzteschaft, die sich für nicht ausreichend vorbereitet und hilfreich für ein effektives Adipositasmanagement hält.<sup>35</sup> Bei einer

Befragung von 1976 Hausärzten in zehn europäischen Ländern antworteten 58% der Befragten, sie fühlten sich wenig oder gar nicht erfolgreich dabei ihren Patienten zu helfen ein Normalgewicht zu erreichen oder zu erhalten.<sup>36</sup>

Hauner kommt zu dem Ergebnis, dass die Möglichkeiten der leitliniengerechten Betreuung in Deutschland „stark limitiert“ sind. Besonders auf hausärztlicher Ebene sieht er die Versorgungsstruktur als nicht ausreichend an, da in Hausarztpraxen kaum Adipositasprogramme angeboten werden.<sup>23</sup>

Laut Wiesner stellt die ambulante Adipositasbehandlung ein „ökonomisches Dilemma“ für niedergelassene Ärzte dar.<sup>20</sup> Die Finanzierung von Ernährungs- und Bewegungstherapie durch die Krankenkassen ist für Ärzte und Patienten nur mit erheblichem Aufwand durchsetzbar und dann stets streng zeitlich befristet. Eine medikamentöse Therapie wird grundsätzlich nicht erstattet. Eine stationäre Rehabilitation ist unter Umständen möglich, ein nahtloser Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ist jedoch meist nicht gewährleistet. Ebenso wird bei adipositaschirurgischen Eingriffen zwar nach Bewilligung eines Individualantrags die Operation, jedoch nicht die Nachsorge von den Kassen getragen.

### **Probleme und Potentiale des hausärztlichen Adipositasmanagements**

Die hausärztliche Betreuung von Übergewicht und Adipositas in ihrer aktuellen Form bringt demnach sowohl Potentiale als auch Probleme mit sich.

Grundsätzlich gibt es Hinweise darauf, dass sich adipöse Patienten eine Beratung durch ihren Hausarzt wünschen und dass diese, wenn sie erfolgt ist, etwas bewirken kann.

Studien, die sich mit Patientenzufriedenheit von Übergewichtigen und Adipösen mit ihren Hausärzten oder behandelnden Ärzten allgemein beschäftigt haben kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen und können nicht belegen, dass Adipöse grundsätzlich unzufriedener mit ihrer ärztlichen Betreuung sind.<sup>37 38 39</sup> Laut Fong et al. sind Adipöse sogar zufriedener mit ihrem Hausarzt als Normalgewichtige.<sup>37</sup> Wadden et al. stellten jedoch fest, dass, obwohl die allgemeine Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Hausarzt hoch ist, sie mit der hausärztlichen Betreuung von Übergewicht deutlich weniger zufrieden sind.<sup>39</sup>

Die Ergebnisse einer qualitativen Befragung unter Adipösen, die sich in intensiver diätologischer Betreuung befanden, stellen dar, dass adipöse Patienten die positive und



dauerhafte Beziehung zu ihrem Ernährungsberater schätzten und es ihnen teilweise leichter fiel abzunehmen, wenn sie ein „important other“ dazu anhielt.<sup>40</sup>

Quantitative Befragungen aus Litauen und den USA analysierten, ob es einen Zusammenhang zwischen einer Gewichtsberatung durch einen Arzt und dem Versuch einer Gewichtsreduktion gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass Übergewichtige und Adipöse, die von ihrem Hausarzt bezüglich ihres Gewichts beraten wurden, häufiger versuchten, dieses zu reduzieren.<sup>41 42</sup>

Jedoch birgt das Übergewichtsmanagement auch zahlreiche Probleme, deren Ursache auch in der Arzt-Patienten-Interaktion und unklaren Rollenverständnissen begründet liegen.

In einer qualitativen Befragung Adipöser aus England, die sich in hausärztlicher Betreuung befinden, kamen die Autoren zu dem Ergebnis, die Problematik hausärztlicher Betreuung bestehe aus einem Zusammentreffen von mangelnden Ressourcen und unsensibler, hastiger und widersprüchlicher Kommunikation auf ärztlicher Seite mit Patienten, die sich selbst stigmatisieren und eine negative Haltung ihnen gegenüber voraussetzen.<sup>43</sup>

Zusätzlich scheint es ein Problem bezüglich der Verantwortlichkeit in der therapeutischen Beziehung zwischen Behandelndem und übergewichtigem oder adipösen Patienten zu geben. In einer Studie von Ruelaz et al. stellte sich heraus, dass die befragten Patienten die Hausärzte nicht als hilfreich im Umgang mit ihrem vermehrtem Gewicht empfanden und eher die Einstellung hatten, selbst mit dem Problem fertig werden zu müssen, wohingegen Hausärzte sich schon als verantwortlich für die Betreuung Übergewichtiger ansahen.<sup>44</sup>

In den Studien von Ogden stellen sich gegenteilige Ergebnisse dar. In ihnen sind es die Ärzte, die die Verantwortung eher von sich weisen und in die Hände der Patienten legen.<sup>45 46</sup>

### **Einbeziehung von Praxispersonal in die Betreuung**

Es gibt Ansätze vor allem in Großbritannien, aber auch in den Niederlanden und Nordamerika, das in den Hausarztpraxen tätige Praxispersonal („practice nurses“) stärker in Maßnahmen der Sekundärprävention zu involvieren und sie einen Teil der Betreuungsaufgaben in der Adipositasbehandlung übernehmen zu lassen.<sup>47,48</sup> In Großbritannien ist der Einsatz von „practice nurses“, die sich innerhalb der Primärmedizinischen Versorgung der Adipositasprävention- und Therapie widmen,



bereits seit den 1990er Jahren verbreitet.<sup>49</sup> Bedauerlicherweise gibt es bisher nur wenige Studien, die den Nutzen dieser Form der Betreuung evaluieren.

Teilweise wurden jedoch formalisierte Programme entwickelt und untersucht, für welche die „practice nurses“ eine spezielle Schulung erhielten, um anschließend die Betreuung Übergewichtiger und Adipöser zu übernehmen.<sup>48,50</sup> In diesen Studien konnte zwar kein signifikanter Unterschied zwischen dieser und herkömmlichen Interventionen belegt werden<sup>48</sup> oder sie führten keinen direkten Vergleich durch<sup>50</sup>, die Programme zeigen aber eine wichtige Möglichkeit auf, Übergewichts- und Adipositasbetreuung und Lebensstilinterventionen in die Hausarztpraxis zu integrieren.

Eine qualitative Studie von Collins untersucht die unterschiedlichen Erklärungs- und Kommunikationsansätze von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal.<sup>51</sup> Dafür wurden Aufzeichnungen von Patientengesprächen mit Ärzten und „nurses“ verglichen und Diskussionsgruppen mit verschiedenen Mitarbeitern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern analysiert. Collins kommt zu dem Ergebnis, dass „nurses“ nicht nur aus organisatorischen Gründen für die Patienten verfügbarer sind, sondern auch einen Kommunikationsstil pflegen, der eine sinnvolle Ergänzung zu ärztlichen Konsultationen darstellt. Die Autorin mahnt jedoch an, dass es noch einer besseren Koordination von ärztlicher und pflegerischer Beratung bedarf, um zu einer Zufriedenheit aller Beteiligten zu gelangen.

## 2. Fragestellungen

Die meisten Untersuchungen zum Adipositasmanagement in der primärärztlichen Versorgung stammen aus Großbritannien und den USA. Die Gesundheitssysteme und die Versorgungsstrukturen dieser Länder unterscheiden sich jedoch wesentlich von denjenigen in Deutschland. Bisher ist keine qualitative Studie aus Deutschland publiziert, die sich mit den Erfahrungen und Wünschen von hausärztlich betreuten Patienten mit Übergewicht und Adipositas befasst.

Eine Einbeziehung der Patientensicht in die Lösung dieses Problems ist besonders wichtig, da nur so die komplexen emotionalen Aspekte der gesellschaftlich stigmatisierten Krankheit Adipositas mit berücksichtigt werden können und die hausärztliche Beratung an ihrer tatsächlichen Wirkung auf den Beratenen und nicht an der Intention des Beratenden gemessen werden kann.

Entsprechend ist das Ziel der vorliegenden Untersuchung, die Patientensicht auf die hausärztliche Betreuung von Übergewicht und Adipositas differenziert zu analysieren. Dadurch werden Stärken und Schwächen des hausärztlichen Gewichtsmanagements herausgearbeitet, deren Kenntnis zur Optimierung der Langzeitbetreuung dieser Patientengruppe beitragen soll.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

### 1. Welche Erfahrungen haben übergewichtige oder adipöse Patienten mit der hausärztlichen Betreuung ihres Gewichts gemacht?

- Zu welchen Anlässen haben die Patienten eine gewichtsspezifische Beratung erfahren?
- In welcher Form haben die Patienten eine gewichtsspezifische Beratung erfahren?
- Was war Inhalt der Beratung?
  - Welche Empfehlungen haben die Patienten bekommen?
  - Welche zusätzlichen Betreuungsangebote zur Behandlung ihres Übergewichts/ihrer Adipositas wurden den Patienten angeboten?

- Wie ist das Verhältnis von Übergewichtigen und Adipösen zu ihrem Hausarzt?
- Was für einen Effekt hat es für die Patienten mit ihrem Hausarzt über ihr Gewicht zu sprechen?
- Wie bewerten die Patienten die Betreuung durch den Hausarzt?
- Welche Erfahrungen haben die Patienten mit anderen Ärzten gemacht?

**2. Wie stellen sich die betroffenen Patienten eine gute Betreuung vor?**

- Welche Wünsche haben übergewichtige und adipöse Patienten an ihre Hausarztpraxis, wenn es um Gewichtskontrolle und -optimierung geht?
  - Was sollte der Hausarzt leisten, was kann von Praxismitarbeitern übernommen werden?
- Welche anderen Institutionen könnten eine Rolle spielen um Übergewicht und Adipositas zu behandeln oder zu verhindern?

### 3. Material und Methoden

#### 3.1. Studienhintergründe

##### 3.1.1. Einordnung in ein übergeordnetes Forschungsprojekt

Die vorliegende Arbeit ist ein Teilprojekt der Studie „Medizinische Prävention in der Hausarztpraxis: Die Gesundheitsuntersuchung bei Übergewichtigen“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Berlin.

Innerhalb dieser Studie wurde die konkrete Umsetzung von Präventionsprogrammen in den Alltag von Hausärzten und Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln untersucht.

Sie ist eingebettet in das übergreifende interdisziplinäre Projekt „Präventives Selbst“, welches medizinische Prävention aus unterschiedlichen Perspektiven und wissenschaftlichen Hintergründen erforscht.<sup>52</sup>

Die Check-up-Untersuchung durch den Hausarzt, auf die alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ab 35 Jahren einen Anspruch haben, steht im Zentrum dieser Untersuchung. Der Check-up-35 bei Patienten mit Übergewicht oder Adipositas wurde aufgrund der hohen Prävalenz dieser Erkrankungen und deren Relevanz für kardiovaskuläre und andere Folgeerkrankungen als besonders bedeutsam angesehen.

Von Interesse war, inwieweit das etablierte Präventionsinstrument auch von Patienten mit Übergewicht und Adipositas als Ausgangspunkt für Lebensstilveränderungen gesehen wird. Die Check-up-Untersuchung ist auch exemplarisch für ein hausärztliches Beratungsgespräch mit dem Schwerpunkt auf Prävention zu sehen und ist aufgrund ihres größtenteils formalisierten Ablaufs für Forschungszwecke besonders geeignet.

Innerhalb des Forschungsprojektes wurden begleitend bereits Aufzeichnungen der Beratungsgespräche analysiert<sup>53-56</sup>, es fand eine Befragung der teilnehmenden Patienten mittels Fragebögen nach Lebensqualität und Stressempfinden statt<sup>16,57</sup> und die teilnehmenden Ärzte wurden in semistrukturierten Interviews befragt.<sup>58,59</sup>

Vor Beginn der Studie wurde ein positives Ethikvotum der Charité- Universitätsmedizin Berlin eingeholt.

### **3.1.2. Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns**

Die vorliegende Arbeit wurde nach den Grundsätzen der qualitativen Forschung geplant.<sup>60,61</sup>

Qualitative Forschungsdesigns dienen als geeignete Instrumente des Zugangs zu subjektiven Sichtweisen.<sup>60</sup> Sie stellen in vielen Fällen eine sinnvolle Erweiterung zu quantitativen Forschungsansätzen dar, da sie komplexe Zusammenhänge hervorbringen, die durch ausschließlich quantitative Studiendesigns verborgen blieben. Ihr Ziel ist ein besseres Verständnis sozialer Wirklichkeiten, indem sie detailliert und anschaulich einzelne Prozesse und Denkweisen aufdecken.

In der Medizin kann qualitative Forschung dazu dienen epidemiologischen Daten von Patienten und anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu ergänzen und deren Lebens- und Erfahrungswelten „von innen heraus“ zu beschreiben.<sup>60</sup>

Für diese Arbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die Perspektive der Patienten im Umgang mit ihrem vermehrten Gewicht und ihre Sicht auf die hausärztliche Betreuung zu untersuchen. Der Vorteil dieser Herangehensweise liegt in ihrer Offenheit, subjektive Erfahrungen und Sichtweisen von Betroffenen zu erfassen.

Vorhandene Annahmen über die Bedürfnisse übergewichtiger Patienten können so überprüft und neue Strategien zur Bewältigung des Problems entworfen werden.

Interviews stellen ein klassisches Mittel zur Erfassung qualitativer Daten dar.

## **3.2. Datenerhebung**

### **3.2.1. Rekrutierung der Patienten**

Im Rahmen der Gesamtstudie wurden bereits 12 allgemeinmedizinisch tätige Ärzte in Berlin und Brandenburg rekrutiert, die gebeten wurden, ihren übergewichtigen und adipösen Patienten im Verlauf von zwei Quartalen eine Gesundheitsuntersuchung anzubieten. Die in diesem Zusammenhang stattgefundenen Beratungsgespräche wurden für das Forschungsprojekt aufgezeichnet und einer umfassenden Analyse unterzogen.<sup>62</sup>

Die Rekrutierung der Interviewpartner für diese Untersuchung erfolgte aus den 52 Patienten, deren Beratungsgespräche bereits im Rahmen der Gesamtstudie ausgewertet wurden, da bei dieser Gruppe von einer größeren Bereitschaft zur Teilnahme ausgegangen werden konnte. Die Befragung fand circa 18 Monate nach den Aufzeichnungen der Arzt-Patienten-Gespräche statt.

Anhand der Kriterien BMI, Geschlecht und behandelnder Hausarzt wurde eine Auswahl von Patienten getroffen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die Merkmale möglichst breit gefächert waren, um eine große Vielfalt an Meinungen und Einstellungen zu erfassen.

Die Kontaktaufnahme der Patienten erfolgte über die Hausarztpraxen, die aufgrund der festgelegten pseudonymisierten Patienten-ID den Kontakt zu den Patienten herstellten. Stimmt die Patienten der Befragung zu, nahm die Forschungsgruppe Kontakt mit den Patienten auf. In diesem Gespräch erfolgte eine ausführliche Information über das Vorhaben. Soweit gewünscht wurde anschließend ein Termin für das Interview vereinbart.

Insgesamt wurden zehn Hausarztpraxen um ihre Mitarbeit gebeten. Ziel war es, mindestens 15 Patienten für die Teilnahme an dieser Studie zu gewinnen.

### **3.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien für Studienteilnehmer**

Alle Patienten, die bereits an der Studie mittels Aufzeichnung der Beratungsgespräche teilgenommen hatten, kamen als potentielle Interviewpartner in Frage. Die Einschlusskriterien waren demnach, dass die Patienten an einem Check-up-35 bei ihrem Hausarzt teilgenommen hatten und dass zu diesem Zeitpunkt ein erhöhtes Gewicht, definiert als BMI über  $25\text{kg/m}^2$ , festgestellt wurde. Das aktuelle Gewicht war kein Ein- oder Ausschlusskriterium, da auch Patienten, die in der Zwischenzeit ihr Gewicht reduzieren konnten, als wertvolle Gesprächspartner angesehen wurden. Weiterhin war wichtig, dass die Personen aufgrund ihrer Sprachkenntnisse und kognitiven Fähigkeiten in der Lage waren an den Interviews teilzunehmen.

Es wurden bevorzugt Patienten mit einem BMI von über  $30\text{kg/m}^2$  angefragt, da bei diesen Patienten ein höherer Leidensdruck bezüglich des Gewichts vermutet wurde. Die Zusammensetzung der Teilnehmer wurde zusätzlich beeinflusst durch die Mitarbeit der Arztpraxen, die Erreichbarkeit der Patienten und deren Einverständnis an dem Interview teilzunehmen.

### **3.2.3. Vorbereitung der Datenerhebung**

Für die Durchführung wurde zunächst ein semistrukturierter Interviewleitfaden erstellt, der die Befragung unterstützen sollte.

Der Leitfaden für die Interviews dieser Studie orientiert sich am problemzentrierten Interview nach Witzel. Hierbei steht im Zentrum des Gesprächs ein bestimmtes

gesellschaftliches Problem. Der Interviewer darf aktiv in das kommunikative Geschehen eingreifen, um die Sichtweise des Interviewten auf dieses Problem sowie seine damit verbundenen biografischen Daten zu explorieren.<sup>61,63</sup>

Für die Wahl der Themen, die im Interview angesprochen werden sollten, wurde zunächst eine umfangreiche Recherche aktueller Studien in „PubMed“ zu den inhaltlichen Eckpunkten „Übergewicht“, „Adipositas“, „Prävention“, „Allgemeinmedizin“ und „Patientenzufriedenheit“ durchgeführt. Aus den Studien ergaben sich in kontinuierlicher Diskussion der Thematik mit wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin sowie anderen Experten die grundsätzlichen Fragestellungen der Promotion sowie die konkrete Struktur und Formulierung des Interviewleitfadens.

Zur Überprüfung des Interviewleitfadens und zur Übung der Gesprächsführung von Seiten der Interviewerin wurde zunächst ein Probeinterview mit einer Person, die nicht der Stichprobe angehörte, aber die gleichen Kriterien erfüllte, durchgeführt. Alle Interviews konnten von der Promovendin geführt werden.

Zusätzlich zu dem Interviewleitfaden erfolgte die Erstellung eines Kurzfragebogens, der von den Interviewpartnern auszufüllen war und der der Erfassung der Stammdaten diente. Gefragt wurde nach Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Gewichtsveränderung seit der letzten Gesundheitsuntersuchung, Betreuungszeit durch den Hausarzt, Begleiterkrankungen und Rauchen.

#### **3.2.4. Interviewleitfaden**

Die Fragen des Interviewleitfadens wurden mit dem Ziel formuliert, möglichst stichhaltige und anschauliche Antworten auf die Forschungsfragen zu erhalten. Des Weiteren wurde der Gesprächsverlauf so geplant, dass der Einstieg über ein „neutraleres“ Thema (Erinnerung an die letzte Check-up-Untersuchung) erfolgte, um anschließend persönliche Sichtweisen und Einstellungen im Umgang mit dem eigenen Gewicht, ansprechen zu können.<sup>64</sup>

Der Interviewleitfaden umfasste folgende Themenbereiche (siehe Anhang):

##### Check-up 35

- Inhalt und Ablauf der letzten Check-up-Untersuchung
- Einstellung zum Check-up
- Einstellung zu Prävention allgemein

- Motivation zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen/Check-up

#### Übergewicht und Adipositas im Kontext der hausärztlichen Betreuung:

- Inhalt und Form der hausärztliche Beratung
- Wirkung der Beratung auf den Patienten
- Erfahrungen mit anderen Ärzten im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas
- eigener Umgang mit Übergewicht und Adipositas
- frühere Versuche der Gewichtsreduktion

#### Wünsche/Verbesserungsvorschläge

- Möglichkeiten zur Verbesserung der hausärztlichen Betreuung
- andere Maßnahmen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas

### **3.2.5. Interviews**

Den Interviewpartnern wurde bei dem ersten Telefongespräch freigestellt, den Ort des Interviews selbst zu wählen. Ihnen wurde angeboten von der Interviewerin zu Hause besucht zu werden oder das Interview im Institut für Allgemeinmedizin der Charité zu führen. Waren beide dieser Alternativen für die Patienten unangenehm, wurde nach weiteren Möglichkeiten gesucht. Hierbei war es wichtig, dass das Interview in einem ungestörten Rahmen möglichst unter vier Augen geführt werden konnte.<sup>63</sup>

Vor Beginn des Interviews wurden die Interviewpartner über den Ablauf des Interviews aufgeklärt und das Einhalten der Datenschutzbestimmungen wurde zugesichert. Auf letzte Fragen der Patienten wurde eingegangen. Mit der Bitte um das Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs begann die Befragung. Die Interviews wurden anhand des Leitfadens geführt. Hierbei achtete die Interviewerin auf die allgemeinen Regeln der Interviewführung und passte den Leitfaden flexibel an die Gesprächssituation an.<sup>64</sup> Im Anschluss an das Interview wurden die Teilnehmer gebeten, den erarbeiteten Kurzfragebogen auszufüllen.

### **3.2.6. Interviewberichte**

Nach Beendigung des Interviews erfolgte das Verfassen eines kurzen Interviewberichts, in dem die Eindrücke der Interviewerin zur ersten Kontaktaufnahme, zum Interviewsetting und der Situation nach Abschluss des Interviews festgehalten wurden. Im Einzelfall musste ein Gedächtnisprotokoll erstellt werden<sup>64</sup> (siehe Tabelle 3):



**Tabelle 3: Beispiel eines Interviewberichtes**

<b>Interview-partner</b>	<b>Interview-vereinbarung</b>	<b>Räumliche und zeitliche Besonderheiten</b>	<b>Interview-durchführung</b>	<b>Nach dem Interview</b>
6008VG11	Patient äußerte von sich aus Interesse an Studie bei der Hausärztin, war schwierig zu erreichen	Ort: Institut für Allgemeinmedizin , runder Tisch	IP war sehr freundlich und offen, Interesse an Studie	Gespräch über Gesundheitsversorgung, Arbeitsbedingungen von Ärzten, Zukunft des Gesundheitssystems

### 3.3. Datenauswertung

#### 3.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Als Methode zur Auswertung der verschriftlichten Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode entstand in den achtziger Jahren und konnte sich seitdem in der Sozialforschung und auch in der Versorgungsforschung etablieren.<sup>60</sup>

Sie ermöglicht eine systematische Analyse des Textmaterials nach einem regelgeleiteten Vorgehen. Die Regelgeleitetheit des Ablaufmodells soll zur Transparenz des Verfahrens beitragen und es für andere nachvollziehbar machen. Jedoch ist sie als flexibles System zu begreifen, das an den jeweiligen Forschungsgegenstand und das vorliegende Material angepasst werden kann.<sup>65</sup>

Die Methode besteht darin, das Ausgangsmaterial, bestimmten Codierregeln folgend, in einzelne Analyseeinheiten zu zergliedern und davon ausgehend Kategoriensysteme zur Beantwortung vorher festgelegter Fragestellungen zu erstellen. Die Kategorienbildung erfolgt dabei induktiv aus dem Ausgangsmaterial. Dabei wird der Kommunikationszusammenhang, in dem das Material entstanden ist, stets mit berücksichtigt. Mayring legt zudem Wert auf eine theoriegeleitete Interpretation des Materials, das heißt die Ergebnisse müssen vor einem bestimmten Theoried Hintergrund betrachtet werden.

Die qualitative Inhaltsanalyse hat den Anspruch sich an Gütekriterien wie der Interkoderreliabilität zu messen, was bedeutet dass verschiedene Inhaltsanalytiker nachweislich zu ähnlichen Ergebnissen kommen sollen.<sup>65</sup>

Für diese Studie wurde die **zusammenfassende Inhaltsanalyse** gewählt, die immer dann verwendet wird, wenn es vorrangig um die inhaltliche Ebene des Textes und weniger um dessen Form geht. Das Material wird hier schrittweise paraphrasiert, durch Zusammenfassen und Streichen sinnähnlicher Textabschnitte auf eine Abstraktionsebene gebracht und solange reduziert bis die wesentlichen Inhalte überschaubar dargestellt werden können.

Anschließend findet eine Rücküberprüfung der gefundenen Kategorien am Text statt, um sicher zu gehen, dass die neuen Aussagen das Ausgangsmaterial sinngerecht repräsentieren.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse stellt sich wie folgt dar:<sup>65</sup>

- Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten
- Schritt 2: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstelle
- Schritt 3: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau
- Schritt 4: Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsloser Paraphrasen
- Schritt 5: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
- Schritt 6: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
- Schritt 7: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

### 3.3.2. Vorbereitung der Auswertung

Die Aufzeichnungen der Interviews wurden mit Hilfe der Transkriptionssoftware „f4“ Version 3.0.3. in schriftliche Form gebracht. Die Transkription erfolgte wortwörtlich unter Beibehaltung von Äußerungen in Dialekt oder Umgangssprache. Auch paraverbale (z. B. Lachen und Räuspern) und nichtverbale (z. B. sehr lange Pausen) Merkmale wurden festgehalten. Persönliche Daten wie Namen- oder Ortsangaben wurden anonymisiert.

Die im Kurzfragebogen erhobenen Daten wurden in einer Excel-Tabelle erfasst und einer deskriptiven Analyse unterzogen.

### 3.3.3. Auswertung der Interviews

Der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring folgend wurden die zu den Forschungsfragen passenden Textpassagen aus dem Text extrahiert und in eine Tabelle (in Word) eingefügt. Es folgten mehrere Reduktionsschritte (siehe Tabelle 4) bis am Ende ein Code als Ergebnis fest stand. Seine Gültigkeit wurde anschließend noch einmal auf am Gesamtinterview überprüft.

**Tabelle 4: Beispiel Reduktionsschritte**

<b>Zeile</b>	<b>Original</b>	<b>Paraphrase</b>	<b>Generalisierung</b>	<b>Reduktion/ Code</b>
287-290	<i>IP: Aber, ich denke mal, das wichtigste ist wirklich diese Kontrolle. Und immer wieder sicherlich darüber sprechen, wie, wie sind die Fortschritte und wenn man natürlich nicht so regelmäßig zum Arzt geht, dann hat man natürlich auch nicht diese Kontakte und dann lässt man es zwischendurch dann mal richtig locker schleifen.</i>	<i>Das wichtigste ist Kontrolle und immer wieder darüber sprechen. Wenn keine regelmäßigen Kontakte zu Arzt, dann lässt man schleifen.</i>	<i>Am wichtigsten: regelmäßige Kontrolle, immer wieder sprechen.  Ohne regelmäßige Kontrollen lässt man es schleifen.</i>	<i>Erwartung: regelmäßige Kontrolle und Gespräche.</i>

Um die Gütekriterien Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) der Daten zu überprüfen, wurden einige Interviews zusätzlich von anderen Mitgliedern der Forschungsgruppe analysiert und die Ergebnisse der getroffenen Reduktionsschritte verglichen. In der Diskussion abweichender Ergebnisse konnte ein Konsens über den abschließenden Code erzielt werden. Dieser gemeinsame Aushandlungsprozess mit kontinuierlicher Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial war für einen validen Erkenntnisgewinn notwendig und führte zur Erstellung des abschließenden Code- und Gliederungssystems.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Stichprobe

#### 4.1.1. Patienten

Von den 52 möglichen Patienten (siehe 3.2.1. Rekrutierung der Patienten) wurden 37 angefragt. 4 Patienten haben explizit abgelehnt, 3 Patienten waren prinzipiell einverstanden, es konnte aber kein Termin vereinbart werden. 15 Patienten waren nicht erreichbar, waren verstorben (1 Patient) oder hatten die Praxis verlassen.

Letztlich konnten Interviews mit 15 Patienten geführt und ausgewertet werden, 11 davon waren weiblich und 4 männlich. Die Patienten waren durchschnittlich 59 Jahre alt, der Median lag bei 60 Jahren. Die jüngste Patientin war 43 Jahre, die älteste 72 Jahre alt.

11 Patienten hatten einen BMI über 30 kg/m<sup>2</sup>, 3 Patienten einen BMI zwischen 25 und 30 kg/m<sup>2</sup> und eine Patientin einen BMI von unter 25 kg/m<sup>2</sup> (23,5 kg/m<sup>2</sup>), der durchschnittliche BMI betrug 32,5 kg/m<sup>2</sup>.

Die Befragung fand circa 18 Monate nach einer routinemäßigen Check-up-Untersuchung statt, bei der das Thema Übergewicht/Adipositas und Lebensstil mit dem Hausarzt besprochen werden konnte. Keiner der Patienten gab an, seit der letzten Check-up-35 Untersuchung, an Gewicht zugenommen zu haben. 8 Patienten hatten ihr Gewicht gehalten, 7 hatten ihr Gewicht reduziert. Der Mittelwert der Gewichtsreduktion liegt bei 6,3 Kg, die größte Gewichtsreduktion lag bei 12 Kg, die niedrigste bei 3 Kg.

Die Patienten waren in Behandlung bei 5 verschiedenen Hausärzten (2 männlich, 3 weiblich) und verteilten sich auf diese wie folgt:

**Tabelle 5: Verteilung der Patienten auf die Hausärzte**

<i>Arzt Nummer</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Anzahl der Interviewten</i>	6	3	3	2	1

Die Behandlungszeit in den Hausarztpraxen reichte von 1,5 – 30 Jahren. Der Mittelwert lag bei 11,3 Jahren, der Median betrug 11 Jahre.

Bei der Erhebung der Stammdaten machten die Patienten Angaben zu bestehenden Grunderkrankungen. Hier dokumentierten 10 Patienten (66,6 %) eine Hypertonie und 4

Befragte (26,6 %) gaben eine nicht näher bezeichnete Schilddrüsenerkrankung an. 3 Patienten (13,3 %) beschrieben eine Hyperlipidämie und 3 einen Diabetes mellitus. 3 Befragte gaben zudem an, überhaupt keine Begleiterkrankungen zu haben. Jeweils 1 Mal (6,6 %) wurden Gicht und Osteoporose genannt.

### **4.1.2. Interviews**

Die Interviews wurden überwiegend (11 Interviews) bei den Patienten zu Hause durchgeführt. Ein Interview fand aus Zeitgründen am Arbeitsplatz der Patientin in deren Mittagspause statt. Die restlichen drei Patienten lehnten einen häuslichen Besuch ab und bevorzugten ein Gespräch in einem neutraleren Rahmen. Zwei dieser Interviews wurden in Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité geführt. Für ein Interview wurde als Ort die Praxis der behandelnden Hausärztin gewählt, da die Patientin außerhalb von Berlin lebte und ihr der Weg nach Berlin zu beschwerlich war. Bei keinem der Gespräche bestand Zeitdruck, weder durch die Interviewerin noch durch die Interviewpartner, und die Atmosphäre war stets ruhig und vertraulich. Lediglich bei einem Gespräch war die Ehefrau des Gesprächspartners im gleichen Raum anwesend. Auch die Aufnahme der Gespräche mittels eines digitalen Diktiergeräts störte den Gesprächsablauf nicht. In zwei Interviews gab es allerdings technische Zwischenfälle durch die Geräte. In einem Fall funktionierte die Aufnahme zu Beginn nicht, was erst in der Mitte des Gesprächs bemerkt wurde (3607EL4), ein anderes Mal entleerten sich die Batterien und mussten während des Gesprächs gewechselt werden (5911KZ5).

Insgesamt wurden 571,52 Minuten Interviewmaterial und ein partielles Gedächtnisprotokoll (Gespräch 3607EL4) ausgewertet. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 38 Minuten. Erwartungsgemäß waren die Gespräche von sehr unterschiedlicher Länge und abhängig von der Motivation und Bereitschaft der Interviewpartner. Das kürzeste Gespräch war nach 17:35 Minuten beendet, das längste Gespräch dauerte 77:35 Minuten.

**Tabelle 6: Dauer der Gespräche**

<b>Interview</b>	<b>Dauer [min]</b>	<b>Bemerkungen</b>
3607EL4	18:31	Nur zweite Hälfte aufgezeichnet, Gespräch eigentlich länger.
3704ZE10 (männlich)	53:17	
3710SE7 (männlich)	36:47	
3802VT5	19:56 + 7:56	Gespräch war eigentlich schon beendet, doch IP fügte noch etwas hinzu.
4302GS4	34:01	
4404SZ6	17:35	
4408ZT7 (männlich)	74:21	
4804FE6	37:05	
4912WF5	23:39	
5108SW5	23:45	
5111MT11	34:24	
5911KZ5	25:00 + 11:57 + 6:07	Aufnahme wurde zweimal unterbrochen. (Einmal war der Akku des Aufnahmegeräts leer, Einmal durch ein Gespräch mit der Tochter)
6008VG11 (männlich)	27:27	
6406FA5	45:49	
6507KR10	77:35	

Im Folgenden werden die Einschätzungen der Patienten rund um die Übergewichts- und Adipositasbehandlung differenziert dargestellt. Zunächst werden die Erfahrungen mit der gegenwärtigen Betreuung beschrieben (4.2.) und dargestellt wie die ärztliche Betreuung durch die Patienten bewertet wird (4.3.). Anschließend werden Vorstellungen und Wünsche der Patienten für eine zukünftige Betreuung ausgeführt (4.4.) und allgemeine Vorstellungen der Patienten zur Bekämpfung von Übergewicht dargestellt (4.5.). Die letzten beiden Abschnitte widmen sich der Rolle des Hausarztes im Übergewichtsmanagement (4.6.) und der Bedeutung des Praxispersonals in der Betreuung Übergewichtiger (4.7.).

## 4.2. Erfahrungen mit der hausärztlichen Betreuung von Übergewicht und Adipositas

Schwerpunkt der Interviews waren die Erfahrungen, die die Patienten mit ihrem Hausarzt gemacht haben. Allerdings flossen auch immer Erfahrungen mit weiteren Arztkontakten ein, bei denen das Gewicht angesprochen wurde. Manche Patienten hatten im Laufe der Jahre bereits ihren Hausarzt gewechselt und konnten so von unterschiedlichen Erfahrungen berichten.

### 4.2.1. Anlässe für eine Gewichtsberatung

#### Vorsorgeuntersuchungen

Die meisten der befragten Patienten gaben an, im Rahmen der zurückliegenden Gesundheitsuntersuchung das Thema Übergewicht/Adipositas mit ihrem Hausarzt besprochen zu haben.

*I: Und dann das Gespräch danach, also anschließend werden die Ergebnisse ja auch besprochen, wie hat das Ihre Ärztin gemacht?*

IP: Da hatte die Frau Doktor gesagt, ich bin gerade so an der Grenze mit diesem Body-Wert, oder wie sich das da nennt.

*I: Dieser Body-Mass-Index. (Interview 4404SZ6, 24-30)*

*I: Deswegen würde ich gerne wissen, .. äh .. Ist Ihnen .. also haben Sie das angesprochen bei ihrer Hausärztin oder kam sie auf die Idee?*

IP: Ne, die stellt mich ja auf die Waage! ..und sagt: 'Frau XY [Name der Patientin], das geht nicht!'

*I: Mmh. [lacht]*

IP: 'Sie sind (...) so und so groß, dass ... Sie haben Übergewicht und das muss runter. (Interview 5108SW5, 122-133)

Zu berücksichtigen ist, dass vier der befragten Patienten im Rahmen der Studie zum ersten Mal von ihren Hausärzten auf die Check-up-Untersuchung hingewiesen wurden und daran teilnahmen. Diejenigen Patienten, die zusätzlich an halbjährlichen oder vierteljährlichen Vorsorgeuntersuchungen als Bestandteil einer Diabetes-Behandlung teilnahmen, berichteten, dass das Gewicht dabei immer thematisiert wurde.

IP: Also bei der Diabetes ist das vor .. ist das Gewicht, äh, auf jeden Fall immer ein Thema! Also weil, wat .. weil die Gewichtsfeststellung immer dabei erfolgt. Ja, das ist ganz wichtig .. weil .. äh, ja gerade für, bei Diabetes-Patienten is et ja, .. wenn die übergewichtig sind, beeinträchtigt das natürlich auch den Blutzucker.. - wert. (...) Deswegen, äh, passt man da auf, weil man schon selber den, den.. Ansporn, dass das mal weniger wird, nicht?! (Interview 3710SE7, 367-372)

*I: (...) Und ähm haben Sie denn mit ihrer Hausärztin im Rahmen dieser Vorsorgeuntersuchungen oder im Rahmen dieser Diabetesuntersuchungen über Gewicht gesprochen?*

IP: Ja, natürlich. Immer. [lacht] (Interview 4408ZT7, 564-568)

### **Regelmäßiges Thematisieren**

Es wird auch berichtet, dass in den hausärztlichen Konsultationen „immer wieder mal“ (Interview 5911KZ5, 224) über Übergewicht gesprochen werde, dass es also nach der Diagnose zu einem regelmäßigen Gesprächsinhalt geworden sei.

### **Ansprache von Übergewicht/Adipositas**

Grundsätzlich haben die befragten Patienten unterschiedliche Erfahrungen gemacht, wer im ärztlichen Gespräch die Initiative ergreift über das Gewicht zu sprechen. Von mehreren Befragten wurde angegeben, dass das Übergewicht erstmals von Seiten des Arztes angesprochen wurde.

*I: Mmh. ... Und haben Sie schon mal bei einem Arzt ihr Gewicht angesprochen oder wurden Sie immer von Ärzten darauf angesprochen?*

IP: Ich glaube eher die Ärzte...

*I: Ja. Also, sie sind jetzt noch nicht hingegangen und haben gesagt...*

IP: ...Ich will jetzt abnehmen. Nee, habe ich noch nicht.

(Interview 4912WF5, 436-443)

Dies wurde von den Patienten als normale ärztliche Aufgabe aufgefasst und je nach persönlicher Einstellung dankbar angenommen oder einfach nur hingenommen.

Nur eine Patientin berichtet, dass sie niemals von Ärzten auf ihr Gewicht angesprochen wurde, obwohl sie dieses als problematisch ansehe (BMI= 32,5 kg/m<sup>2</sup>).



*I: Ja. Und ähm, das heißt, sie haben das, also ich habe jetzt so rausgehört, Sie haben das bei den Ärzten angesprochen, Ihr Gewicht? Also, das war - ging von Ihnen aus?*

IP: Ja, ja. Also, ich wurde nicht von ihnen angesprochen, sondern ich habe angesprochen.

*I: Mmh.*

IP: Und habe gefragt. Also, ich bin eigentlich noch nicht so drauf angesprochen worden, dass ich, obwohl ich schon eine Knie-OP habe und allet, ja. Hab` ich gedacht, aber eigentlich hab` ich dieses Problem angesprochen.

(Interview 4302GS4, 134-144)

Bei derselben Patientin stellte sich jedoch heraus, dass ihre Hausärztin das Thema Übergewicht zumindest wieder aufgriff, nachdem die Patientin einmal darauf zu sprechen kam.

IP: Die hat dann immer gefragt, also gewogen hat sie mich eigentlich auch - sie hat mich ja eigentlich ja angesprochen, weil ich vorher ja mal mit ihr über mein Gewicht gesprochen habe. Da hat se mich gewogen und ansonsten bin ich eigentlich auch nie wieder gewogen worden. (Interview 4302GS4, 77-83)

#### **4.2.2. Inhalt der Gewichtsberatung**

Die Interviewpartner wurden aufgefordert, von ihrem hausärztlichen Gespräch oder ihren Gesprächen über ihr vermehrtes Gewicht zu berichten. Die genannten Inhalte und Empfehlungen sind nicht als vollständige Wiedergabe der Beratung anzusehen, sondern spiegeln das wieder, was den Patienten auch nach längerer Zeit noch in Erinnerung geblieben ist. Die dargestellten Ausführungen beziehen sich auf konkrete Empfehlungen und Verweise an weitere Hilfsangebote, an die sich die befragten Patienten erinnerten.

#### **Empfehlungen**

Ausgehend von der Übereinkunft zwischen Arzt und Patient, dass eine Gewichtsreduktion angestrebt werden soll, war von Interesse, welche konkreten Empfehlungen die Patienten zur Umsetzung dieses Vorhabens erhalten hatten.

Die Ausführungen bezogen sich hauptsächlich auf die Bereiche Ernährung und Bewegung, aber auch auf Prinzipien, nach denen die Gewichtsabnahme erfolgen sollte.

## Prinzipien

Die Patienten konnten sich besonders gut an die Ratschläge der Ärzte erinnern, die sich auf die Art und Weise bezogen, in der die Gewichtsabnahme von statten gehen soll. Diese bezogen sich hauptsächlich auf eine maßvolle Gewichtsreduktion. Den Patienten wurde geraten, in kleinen Schritten abzunehmen oder wenig abzunehmen aber dafür das Gewicht zu halten.

IP: Und dann war noch ein praktischer Tipp - was er dann gesagt hat - ähm, ganz klar: 'Das find ich, da gibt 's ´nen Tipp: In kleinen Schritten abnehmen.'

M: *Mmh.*

IP: Also lieber wenig ... und das versuchen zu halten als einen großen Schritt und dann nachher das Gegenteil wieder rauszukriegen. Das war so 'n, eigentlich der wichtigste.. Tipp, den sie gegeben hat - den ich eigentlich auch so 'n bisschen, äh, befolge jetzt, seit zwei oder drei Jahren.

(Interview 6008VG11, 331-339)

Auch von krampfhaften Abnehmversuchen und Selbstkasteiung wurde abgeraten, da diese kontraproduktiv seien.

IP: Und ich glaube, mir wurde dann auch gesagt, nicht krampfhaft jetzt versuchen abzunehmen, aber einfach auch mal drauf zu achten.

I: *Mmh.*

IP: So, so die Nahrungsaufnahme zu reduzieren und nicht, nicht zwanghaft deshalb, weil es dann sowieso den Bach runter geht. Weil man ´s dann halt eh nicht schafft und rafft, weil dann irgendwann sagt man sich, nö, jetzt ist aus und Schluss, jetzt fange ich wieder ganz normal an zu essen.

(Interview 5911KZ5, 69-77)

Nur eine Patientin erzählte, mit ihrer Hausärztin ein konkretes Ziel ihrer Gewichtsreduktion vereinbart zu haben.

Die Vor- und Nachteile eines Kuraufenthaltes zur Gewichtsreduktion wurden teilweise kritisch thematisiert.

## Ernährung

Die Ernährungsberatung stellte meist den zentralen Punkt der Gewichtsberatung dar. Angesprochen wurden alle Dimensionen der Nahrungsaufnahme. Die Auswahl der Nahrungsmittel wurde thematisiert und es wurden spezielle Hinweise, wie das Essen von Gemüse oder fernöstlichen Gerichten gegeben. Häufig empfahlen die Ärzte eine kalorienarme Ernährung und gaben konkrete Ratschläge wie zum Beispiel Verzicht auf

bestimmte Nahrungsmittel oder der Austausch bestimmter Produkte: „Becel statt Butter“ (Interview 5108SW5). Anderen Patienten wurde empfohlen, hauptsächlich die Nahrungsmenge zu reduzieren und es wurde festgestellt bei welchen Mahlzeiten zu viel gegessen wird.

IP: ... als ich ihr dann erzählt habe, was ich so morgens esse..."Na", sagte sie, "das ist zu viel!" (lacht). Naja, ich habe gesagt, zwei bis drei Scheiben Knäckebrot im Regelfall oder dann eine Scheibe Knäckebrot und eine Scheibe normales Vollkornbrot und dann eben so einen kleinen Becher Müsli. "Nein, das ist zu viel", sagt sie.

I: Ah ja.

IP: Also ich sollte nur eine Scheibe, höchstens eine Scheibe Knäckebrot essen. Ich sage: "Frau Dr. XXX, da falle ich ja um." (Interview 4408ZT, 696- 705)

Eine Betonung der „Esskultur“ fand in einigen Gesprächen statt. Essgewohnheiten sollten geändert werden und klare Essenzeiten sowie viele kleine Mahlzeiten eingehalten werden.

IP: Dann hat meine Ärztin gesagt, also das fand sie gar nicht schlecht, und dann hat sie gesagt und dann müssen Sie vormittags um zehn Uhr oder um halb elf sich angewöhnen ein bisschen zu essen, einen Apfel oder so irgendetwas, eine Kleinigkeit. Und dann mittags auch eine Kleinigkeit und nachmittags eine Kleinigkeit und abends eine Kleinigkeit. (Interview 4408ZT, 676-680)

Weiterhin wurde einer Patientin empfohlen, bewusster zu essen und besser darauf zu achten, was sie zu sich nehme. Auch das Aushändigen oder Erstellen von Diätplänen durch den Hausarzt wurde einige Male erwähnt.

IP: War ein bisschen schwer, bis dann Frau Doktor sagte: 'Aha, dann machen wir mal einen Diätplan'. Und dann hab` ich danach ein bisschen gelebt und dann hatte ich auch ganz schnell dann vier Kilo auf einmal wieder runter. (Interview 5108SW5, 227-229)

### **Bewegung**

Ein weiterer Grundpfeiler der Adipositasberatung war die Empfehlung zu mehr Bewegung. Es wurde in Einzelfällen seitens der Hausärzte eine Anamnese zu bevorzugten Sportarten erhoben. Patienten berichteten zudem, dass konkrete

Vorschläge für körperliche Aktivitäten gemacht wurden (zum Beispiel Herzsportgruppe). Eine Patientin erinnerte sich auch an eine Erläuterung zur Bewegungsphysiologie. Häufig wurden Empfehlungen zur Regelmäßigkeit und Intensität von sportlicher Aktivität gegeben. Diese umfassten konkrete Hinweise zur Frequenz oder den Ratschlag, die Bewegung in den Alltag zu integrieren.

IP: Weil die [Assistenzärztin in Hausarztpraxis] dann auch gesagt hat, naja, und es ist ja eben nicht nur das weniger essen, oder das vielleicht ein bisschen sorgfältiger drauf achten, was man zu sich nimmt, sondern, das ist eben auch wichtig doch daran zu denken, sich zu bewegen und wenn ´s abends dann mal einfach ein Ums-Karree-Gehen ist, die, nicht die Rolltreppe zu nehmen. (Interview 5911KZ5, 732-736)

**Tabelle 7: Empfehlungen der Hausärzte zu Prinzipien der Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung**

<b><u>Prinzipien</u></b>	<b><u>Ernährung</u></b>	<b><u>Bewegung</u></b>
<b><i>In kleinen Schritten abnehmen</i></b>	<b><i>Nahrungsmittel:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viel Gemüse</li> <li>▪ Wenig Fleisch</li> <li>▪ Fernöstliche Gerichte</li> <li>▪ Zusammensetzung von Mahlzeiten</li> </ul>	<b><i>Intensität:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehr Bewegung</li> <li>▪ mehrmals pro Woche intensiv Sport treiben</li> </ul>
<b><i>Selbstkasteiung kontraproduktiv</i></b>	<b><i>Kalorienreduktion:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verzicht auf/Ersetzen bestimmter Nahrungsmittel</li> <li>▪ Kalorienarme Ernährung</li> </ul>	<b><i>Regelmäßigkeit:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Alltag integrieren</li> </ul>
<b><i>Wenig abnehmen und Gewicht halten</i></b>	<b><i>Nahrungsmenge:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger Essen</li> <li>▪ Weniger Frühstück</li> </ul>	<b><i>Sportart:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzsportgruppe</li> <li>▪ Heimtrainer</li> </ul>
<b><i>Nicht krampfhaft abnehmen</i></b>	<b><i>„ Esskultur“</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewusste Nahrungsaufnahme</li> <li>▪ Änderung der Essgewohnheiten</li> <li>▪ Frühstück in Ruhe</li> <li>▪ Geregelte Mahlzeiten</li> </ul>	<b><i>Bewegungsphysiologie:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewegung ohne außerordentliche Belastung</li> </ul>
<b><i>Zwanghafte Reduktion der Nahrungsmenge nicht zielführend</i></b>	<b><i>Schulung:</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungsschulung bei Diabetes</li> </ul>	<b><i>Anamnese Sportart</i></b>
<b><i>Kur oft alltagsfern</i></b>	<b><i>Diätpläne</i></b>	
<b><i>Konkretes Ziel: 10kg in 3 Monaten</i></b>		

## Zusätzliche Angebote zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas

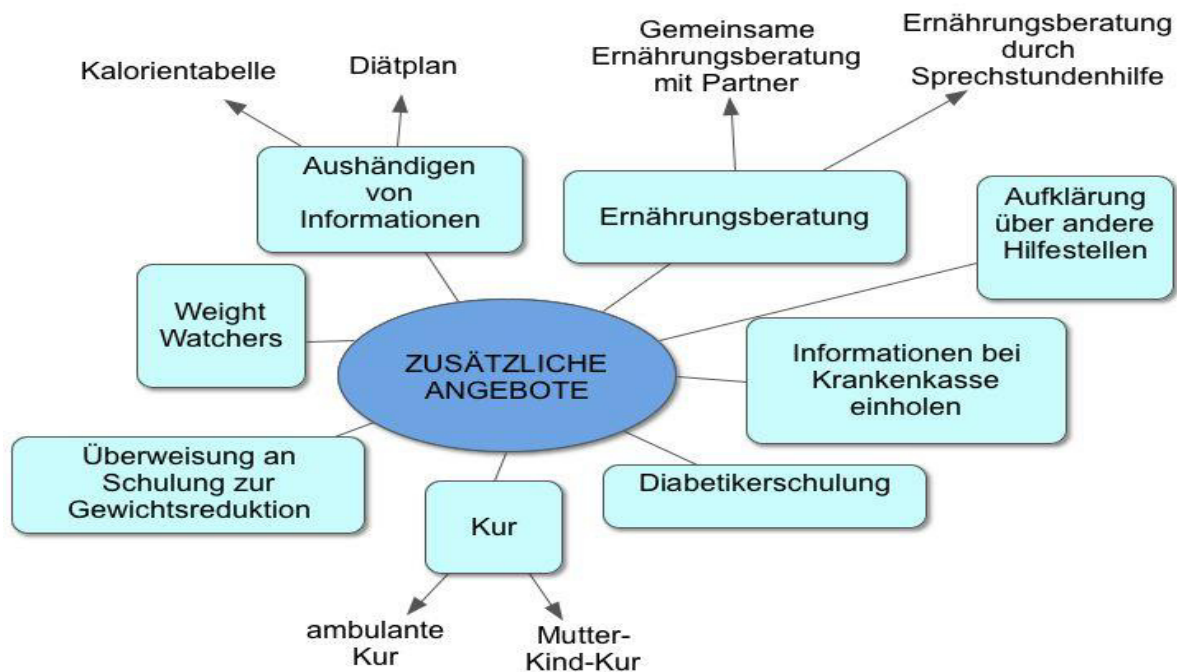
Über die normalen Konsultationen hinaus boten die Ärzte den Patienten zusätzliche Hilfestellungen an. Darunter hauptsächlich Ernährungsberatungen, die in der Hausarztpraxis durch den Arzt oder das Praxispersonal durchgeführt wurden.

*I: Ja. Aber sie bietet dann ähm `ne Ernährungsberatung- hat man da einen Extra-Termin für?*

*IP: Ja, sie macht das dann extra. Zweimal die Woche waren wir, glaube ich, da. Ja, ich glaube, zweimal die Woche dann immer so um die Mittagszeit, wie die Praxis dann oder wenn die Praxis zu hat, in der Zeit ist dann diese Beratung. Und das war in Ordnung, das war wirklich.... (Interview 4404SZ6. 302-308)*

Als zusätzliches Angebot wurden den Patienten schriftliche Informationen, wie Kalorien- und Diätpläne ausgehändigt.

Insgesamt erwähnten die Patienten wenige konkrete Unterstützungsangebote. Einem Patienten war der Hinweis auf „Weight Watchers“ erinnerlich, einer anderen Patientin wurde geraten, Informationen der Krankenkasse über deren Angebote einzuholen. Andere Patienten erinnerten sich, an eine Diabetikerschulung oder eine Schulung zur Gewichtsreduktion verwiesen worden zu sein. In zwei Fällen gab der Hausarzt den Anstoß einen Kuraufenthalt durchzuführen.



**Abbildung 1: Kategoriensystem der zusätzlichen Angebote zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas**

### 4.2.3. Effekt der Gewichtsberatung

Eine wichtige Fragestellung zur Beurteilung der hausärztlichen Betreuung übergewichtiger und adipöser Patienten war, welche Wirkung das Gespräch mit dem Hausarzt hatte. Die Aussagen der befragten Patienten konnten vier Bereichen zugeordnet werden, **Emotionale Reaktionen**, die **Bedeutung für die Motivation**, **Aspekte der Umsetzung** und **keine Konsequenzen** konnten differenziert werden.

#### Emotionale Reaktionen

Die Gespräche über das eigene Gewicht lösten bei den Patienten eine Vielzahl unterschiedlicher emotionaler Reaktionen aus.

Viele Patienten berichteten von ihrer Einsicht gegenüber dem Problem Adipositas. Sie stimmten ihrem Arzt zu, dass es notwendig sei, dieses zu thematisieren und anzugehen. Diese Patienten akzeptierten es auf ihr Gewicht und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Risiken aufmerksam gemacht zu werden.

Manche Patienten erwähnten auch, dass es sie freute, wenn sie ihrem Hausarzt Erfolge berichten konnten und gelobt wurden.

*I: Äh, und wie war das für Sie?..dass Sie dann zeigen konnten [lacht]*

IP: Ja, ich habe mich, ich war also ganz stolz und ich muss sagen, sie lobt ja dann auch, ne! (Interview5108SW5, 241-244)

Die Empfindung von Zuversicht und Hoffnung nach der Beratung wurde lediglich von einer Patientin explizit formuliert.

IP: Aber, wie gesagt, das habe ich auch einmal erfahren, die war da in der Beziehung richtig klasse, da bin ich dann auch richtig erleichtert raus gegangen und habe gedacht: Oh Mann, ist ja vielleicht doch gar nicht so schlimm und so, wie sie es dir gesagt hat und empfohlen hat, so wirst du es dann doch noch mal irgendwann schaffen und die Kurve kriegen. (Interview 5911KZ5, 728-732)

In den meisten Fällen löste das Gespräch über Übergewicht oder Adipositas unangenehme Gefühle aus. Manche Patienten reagierten bereits genervt auf Ansprachen des Arztes, da sie das Thema leid waren.

IP: Ich meine, wenn jetzt einer mir gegenüber sitzt und sagt: "Frau XY, Sie haben Übergewicht." Dann möchte ick, dann liegt mir immer auf der Zunge zu sagen: "Danke, Herr Doktor, ich hab` immer geahnt mit mir stimmt was nicht, ich wusste nur nicht was." (Interview 6507KR10, 691-693)

IP: Der braucht nicht hinweisen, das sehen Sie ja.

*I: [lacht] Ja, aber wenn es angesprochen wird von Ärzten: Wie finden Sie das? Oder .. was denken Sie da?*

IP: [atmet 2x tief durch] Also sagen wir mal so: Es ist nervend auf eine Art, weil ich's ja selber weiß. (Interview 6008VG11, 127-136)

Andere zweifelten an ihren Möglichkeiten tatsächlich etwas zu verändern. Um dies zu veranschaulichen benutzten zwei Patienten das Sprichwort: „Der Geist ist willig, das Fleisch ist schwach“ (Interview 3704ZE10, 505-511, Interview 4408ZT7, 760-762).

Verdrängung der Risiken sowie Ärger über das eigene Verhalten sind weitere Reaktionen, die beschrieben wurden.

*I: Ja. Und als Sie sie jetzt auf ihr Gewicht angesprochen hat, wie, was haben Sie sich da dann gedacht?*

IP: Ja, ich habe mich selber darüber geärgert, weil ich wollte, ich habe ja auch immer versucht abzunehmen, aber ich kam ja nicht, die Sachen, alles ist zu eng, man hat Würstchensachen an, das gefällt mir auch nicht,... (Interview 4404SZ6, 173-176)

Eine Interviewpartnerin berichtete von einem Erlebnis, das sie als Beleidigung beschrieb und welches sogar den Abbruch der Arzt-Patienten-Beziehung sowie eine starke Verletzung und Kummer zur Folge hatte.

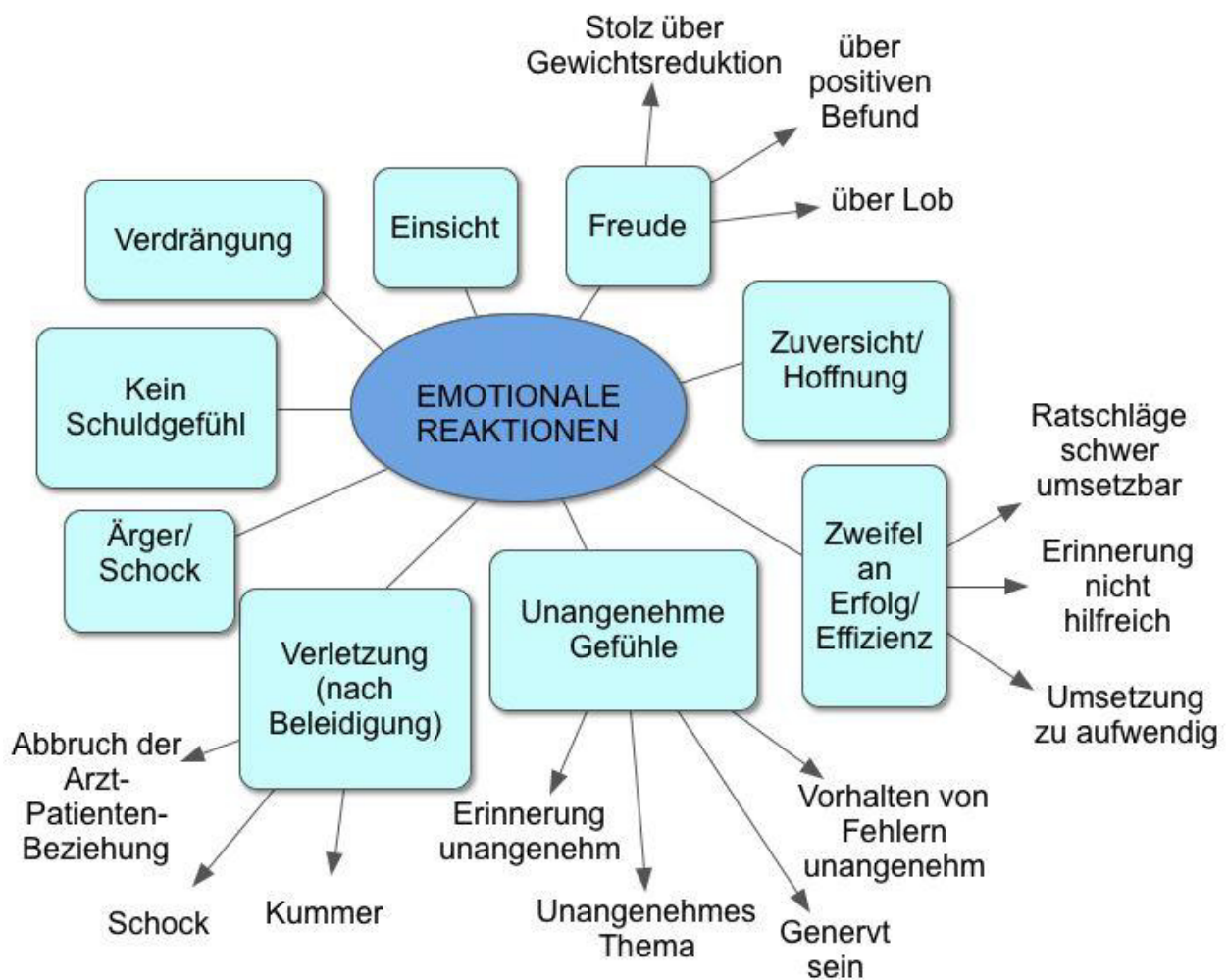
IP: Ähm, ja gut, es wird einem natürlich immer gesagt, man, man soll abnehmen, klar, des...aber ich muss ganz ehrlich sagen, ich habe inzwischen die Praxis von dem Herrn Dr. XY verlassen, weil ich hatte also letztens einen Termin bei ihm, weil es mir wirklich nicht gut ging, also ich hatte so einen Magen-Darm-Infekt oder was das war. Und setzte mich bei ihm hin und da knackte der Stuhl und äh - also schlussendlich, um die Geschichte kurz zu machen, sagte er dann zu mir, so mehr oder weniger wortwörtlich: " Äh ja, Frau XX, wenn Sie nicht bald etwas an Ihrem Gewicht machen, dann können wir sie wohl nicht mehr behandeln, weil es halten ja nicht mal die Stühle sie aus. " (Interview 6507KR10, 5-12)

IP: Ähm, also ich meine, er hätte mir auch eine ins Gesicht schlagen können, das wär´ das, das hätte den gleichen...ich stand wie vom Donner gerührt, ich hab` gedacht, das hat der jetzt nicht wirklich gesagt, du hast dich verhöhrt, das kann nicht sein. (Interview 6507KR10, 52-54)



Eine weitere Patientin berichtete, dass sie die Ansprache der Ärztin in gewissem Maße schockiert habe. Einer anderen Patientin wiederum gelang es, die Risiken des vermehrten Gewichts soweit zu verdrängen, dass sie kein schlechtes Gewissen habe.

*I: Ja. Und äh wie ist das dann für Sie, wenn jetzt beim Arzt irgendwelche Risiken angesprochen werden, die das Übergewicht hat, was, wie fühlen Sie sich dann?  
IP: Naja, ich weiß nicht, ich mein, man hofft ja dann immer noch, dass das vielleicht nicht ganz so schlimm ist... (Interview 4912WF5, 290-294)*



**Abbildung 2: Kategoriensystem der Emotionalen Reaktionen auf ärztliche Beratung**

### Bedeutung für die Motivation

Eine Ansprache durch den Hausarzt hatte nach Aussagen einzelner Patienten den Wunsch nach Gewichtsreduktion erhöht. Viele Patienten berichteten davon, dass sie die Hinweise ernst nahmen und dadurch neue Vorsätze fassten. Das Gespräch mit dem



Hausarzt unterstützte die Reflektion über das eigene Verhalten und die Suche nach Veränderungsmöglichkeiten. Für manche Patienten hatte es eine Erinnerungsfunktion und wirkte unterstützend auf bereits getätigte Bemühungen.

Jedoch wird auch berichtet, dass dieser motivierende Effekt oft nur kurzfristig war, wie in folgendem Zitat deutlich wird:

IP: Ich ähm, nehme mir dann vor, jawohl, du beherzigst das. Und dann, wenn ich die Treppen runter gehe (...), und dann überlege ich schon, während ich da laufe. "Was machst du eigentlich? Was machen wir „falsch"? Naja, das mit dem Laufen machste nicht und das machste nicht, aber eigentlich in Bezug auf Ernährung machen wir ja eigentlich schon sehr viel. Das rekapituliere ich dann noch mal (...) und dann verblasst das, was sie gesagt hat, weil ich ja denke, ja eigentlich machst du alles, du weißt, was du nicht machst, das mit dem Laufen, das nimmst du dir aber vor. (Interview 4408ZT7, 770-776)



**Abbildung 3: Kategoriensystem der Bedeutung der hausärztlichen Betreuung für die Motivation**

### Aspekte der Umsetzung

Idealerweise hatte die Beratung praktische Lebensstilveränderungen zur Folge. Versuche der Umsetzung und Befolgung einzelner Ratschläge wurden in vielen Gesprächen thematisiert. Dabei konnten konkrete Hinweise am besten in den Lebensalltag der Befragten integriert werden.

Eine Interviewpartnerin erzählte von ihrem tatsächlichen Erfolg durch Beherzigen der Ratschläge der Ärztin.

IP: Und dann gab sie mir diesen Diätplan, wo die ganzen schönen Sachen da drauf stehen, die ich ja gerne esse, die ich dann nicht darf ... Und da hab` ich mich dann ein bisschen danach gerichtet und verschiedene Sachen dann eben weggelassen.

I: Ja

IP: So dieses übliche, na, abends beim Fernsehen Schokolade oder was ... Ja, und denn .. purzelte das von ganz alleine nachher ging das runter - obwohl es ja normalerweise in meinem Alter sehr schwer ist mit Abnehmen. Das sagen viele! (Interview 5108SW5, 117-120)

Andere berichteten, dass die Versuche doch recht häufig misslingen oder dass Empfehlungen gar nicht erst in die Tat umgesetzt wurden.

IP: Naja, ich soll bei der Krankenkasse gucken, dass ich, weiß ich, so n entweder Beratung- oder auch so Sportprogramm oder so was mal mache. Energie fehlt. (Interview 4912WF5, 218-221)



**Abbildung 4: Kategoriensystem der Aspekte der Umsetzung von hausärztlichen Beratungsinhalten**

## Keine Konsequenzen

Manche der befragten Patienten schilderten auch Situationen, in denen eine Beratung überhaupt keinen Effekt auf sie ausübte. Eine Gruppe von Patienten äußerte, kein Bedürfnis nach Beratung zu haben, da sie bereits gut informiert seien. Für diese Gruppe stellte eine Beratung keinen Informationsgewinn dar.

*I: Ja. Und aber jetzt in diesem Gespräch: War das da auch ein Thema?*

IP: Och nur so am .. Eigentlich nicht so. Weil, weiß ich ja alles, so.  
(Interview 4804FE6, 69-71)

Eine weitere Gruppe fand, der Umgang mit Übergewicht und Adipositas sei eine persönliche Sache und glaubte nicht, dass ihnen „von außen“ geholfen werden könne.

IP: Was andere Stellen machen könnten? Das kommt von einem selbst, das kommt im Kopf kommt das, da kann eigentlich ein anderer gar nichts beitragen.  
(Interview 4404SZ6, 288-289)

Eine andere Gruppe wollte sich mit dem Thema schlichtweg nicht auseinander setzen, der Arzt habe auf „unfruchtbaren Boden geredet“. (Interview 3802VT5, 621)



**Abbildung 5: Kategoriensystem zur hausärztlichen Beratung ohne Konsequenzen**

### **4.3. Bewertung der hausärztlichen Betreuung durch die Patienten**

#### **Aufbau des Kategoriensystems**

Im folgenden Kategoriensystem werden Äußerungen der Patienten zusammengefasst, die eine Bewertung der Beratung und Betreuung durch den Hausarzt sowie durch andere Ärzte beinhalten. Es haben sich folgende Überschriften ergeben, unter denen jeweils separat positive und negative Bewertungen dargestellt werden:

- Allgemeine Erfahrungen
- Grundhaltung des Hausarztes
- Kommunikation

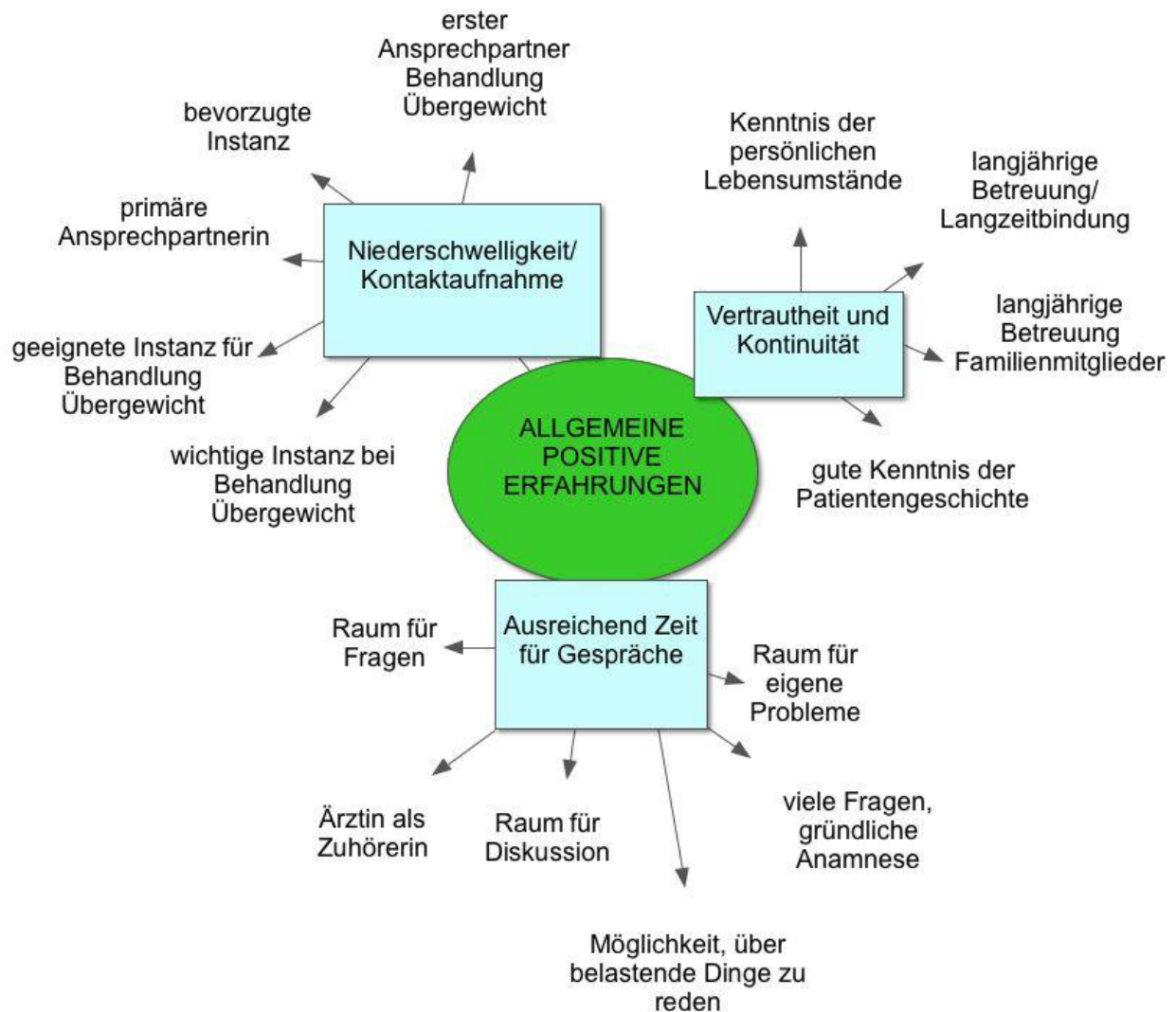
#### **Allgemeine Erfahrungen**

Viele Patienten sahen in ihrem Hausarzt den primären Ansprechpartner für ihre Gewichtsprobleme und werteten diese Möglichkeit zur niederschweligen Beratung als positiv. Der Hausarzt wurde als wichtige und geeignete Instanz zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas angesehen.

Ein weiterer positiver Aspekt in der hausärztlichen Betreuung sei die Kontinuität in der Behandlung. Über langjährige Betreuung würde Vertrautheit ermöglicht. Eine gute Kenntnis der Patientengeschichte und der Lebensumstände rechneten die Befragten den Hausärzten hoch an. Auch die gleichzeitige Betreuung anderer Familienmitglieder verschaffte eine besondere Bindung an den Hausarzt.

Gute Rahmenbedingungen für die hausärztliche Betreuung seien außerdem dann gegeben, wenn sich der Arzt Zeit für das Gespräch nähme und dem Patienten die Möglichkeit gäbe, Fragen zu stellen, Belastendes anzusprechen und auch Diskussionen über unterschiedliche Anschauungsweisen zuließe.

All diese Aspekte bezogen sich nicht nur auf die Behandlung von Übergewicht, wurden aber aufgrund der Komplexität des Problems hier besonders hervorgehoben.

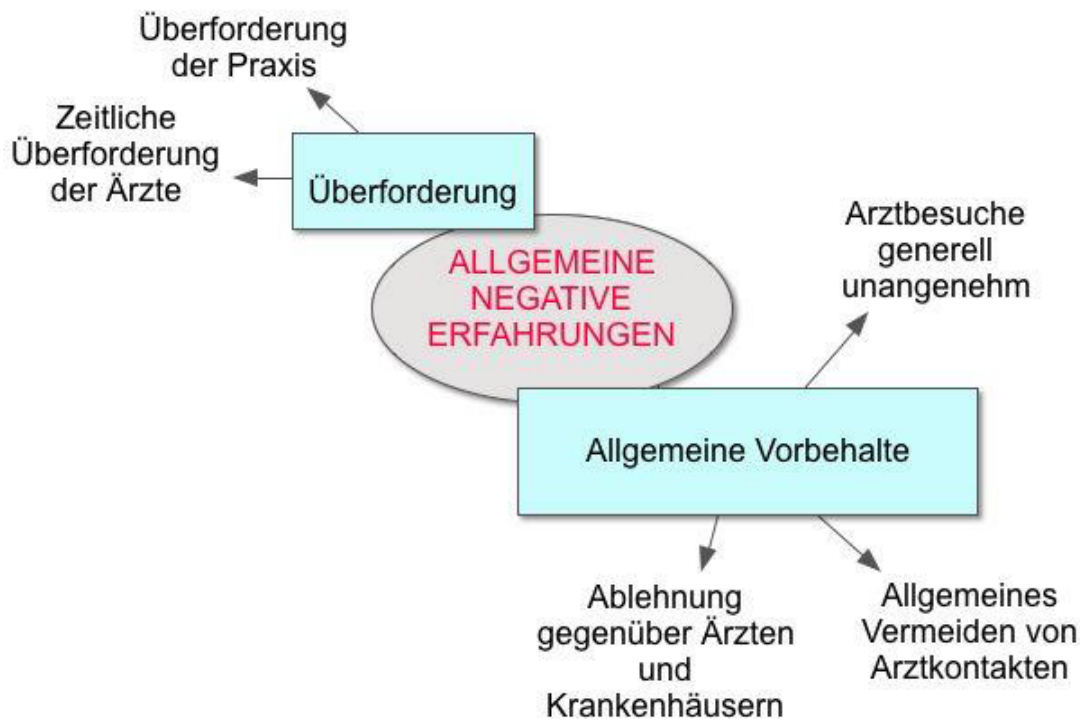


**Abbildung 6: Kategoriensystem der allgemeinen positiven Erfahrungen mit dem Hausarzt**

Als negative Erfahrung, die über einzelne Erlebnisse hinaus ging und in verschiedenen Gesprächen erwähnt wurde, ist die Überforderung der Praxis und des Arztes zu nennen. Insbesondere der zeitliche Aspekt der Betreuung sei problematisch, jedoch bemängelten die Befragten auch fehlende Mittel zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas.

IP: Also, ich denke, wenn ich mir jetzt die Praxis von der Frau Dr. XX angucke, denke ich eigentlich, die sind damit ein bisschen überfordert. Ja, also denke ich wirklich. Weil die sich wirklich äh da mit äh allem anderen beschäftigen müssen, ne. Dass das äh, das ein bisschen viel wäre. (...)  
(Interview 4302GS4, 574-577)

Viele der befragten Patienten äußerten darüber hinaus allgemeine Vorbehalte gegenüber Arztbesuchen, ohne dies mit konkreten negativen Erfahrungen in Verbindung zu bringen. Sie beschrieben diese als unangenehm und erklärten, dass sie nur dann ärztliche Hilfe in Anspruch nähmen, wenn dies unbedingt erforderlich wäre.



**Abbildung 7: Kategoriensystem der allgemeinen negativen Erfahrungen mit Ärzten**

### **Persönlichkeit und Grundhaltung des Hausarztes**

Die Person des Hausarztes und seine Haltung im Umgang mit übergewichtigen und adipösen Patienten konnte die Behandlung positiv oder negativ beeinflussen.

Als positiv wurde gewertet, wenn der Hausarzt Hilfsbereitschaft vermittelte und dem Arzt zugetraut wurde, zur Lösung des Problems beizutragen. Tatkräftigkeit und das Ausschöpfen der vorhandenen Möglichkeiten wurden geschätzt.

Den Patienten bedeutete es viel, wenn ihnen menschliches Interesse entgegen gebracht wurde und der Arzt ihnen mit Empathie begegnete.

IP: Ja, sie, ähm, sie ist ähm auch menschlich an einem interessiert, sie macht ja eben auch Naturheilkunde und ähm man ist nicht irgendwie eine Nummer, die abgefertigt wird, sondern sie hört einem auch wirklich zu und ähm, ist an einem persönlich auch interessiert und das gefällt mir sehr gut an ihr.  
(Interview 6406FA5, 179-182)

Die befragten Patienten schätzten es, von einem engagierten Hausarzt behandelt zu werden, der ihnen mit Wohlwollen und Verständnis gegenüber trat. Ein Patient betonte aber auch, er begrüße besonders die sachliche Art seiner Hausärztin.

IP: Na, sie hat das gemacht, was ein Hausarzt, der einen beraten soll, als Berater machen soll. Also sie hat die gesundheitlichen Risiken sachlich dargelegt, sag ich mal, ohne groß pathetisch zu sein (...) also, nicht so diese nervenden Vergleiche. (Interview 6008VG11, 354-356)

Auch andere „Persönlichkeitsmerkmale“ der Ärzte könnten die Behandlung positiv beeinflussen. In den Interviews wurde die Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit, mit denen der Hausarzt vorgeht, beschrieben.

Immer wieder wurde ein partnerschaftliches Verhältnis zum behandelnden Arzt positiv beschrieben. Die Befragten begrüßten es, wenn sich Arzt und Patient auf ein gemeinsames therapeutisches Vorgehen oder ein Ziel der Behandlung einigten und dass der Arzt bereit war, sich zu öffnen und Persönliches preis zu geben. Auch die Akzeptanz der Entscheidungen des Patienten wurde als Ausdruck von Partnerschaftlichkeit zwischen Arzt und Patient gewertet.

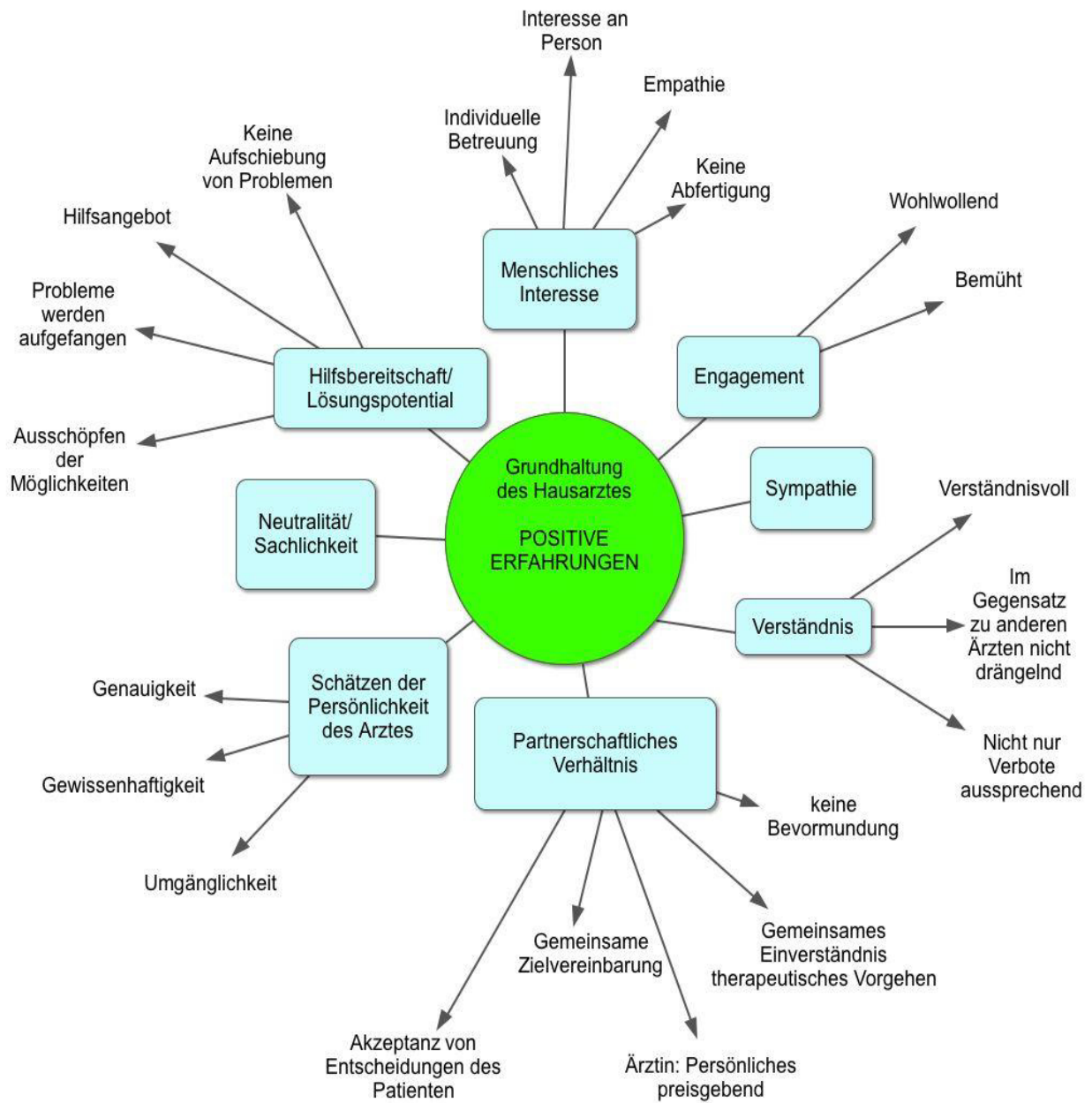
*I: Und aber jetzt ihre Hausärztin-was hat (...) sie gefragt, ob Sie abnehmen möchten oder was hat sie gemacht?*

IP: Naja, sie hat, sie hat gefragt und da hab´ ick ihr det geantwortet, dass ick nicht mehr mit hungern oder so wat machen möchte und denn war gut.

*I: Ja. Und das fand sie dann ok und meinte dann-?*

IP: Ja. Ja, des ist ja nun meine Sache, nicht? (Interview 5111MT11, 366-374)





**Abbildung 8: Kategoriensystem der positiv bewerteten Grundhaltungen der Hausärzte**



Als negativ wurden dementsprechend Arztbesuche empfunden, in denen die gewünschte Empathie fehlte und Ärzte den Patienten gleichgültig gegenüber traten. Es gab Schilderungen von Situationen, in denen Patienten durch eine arrogante und direktive Haltung abgeschreckt wurden. Ein Blick auf den übergewichtigen oder adipösen Patienten „von oben herab“ erzeugte besonderes Unverständnis.

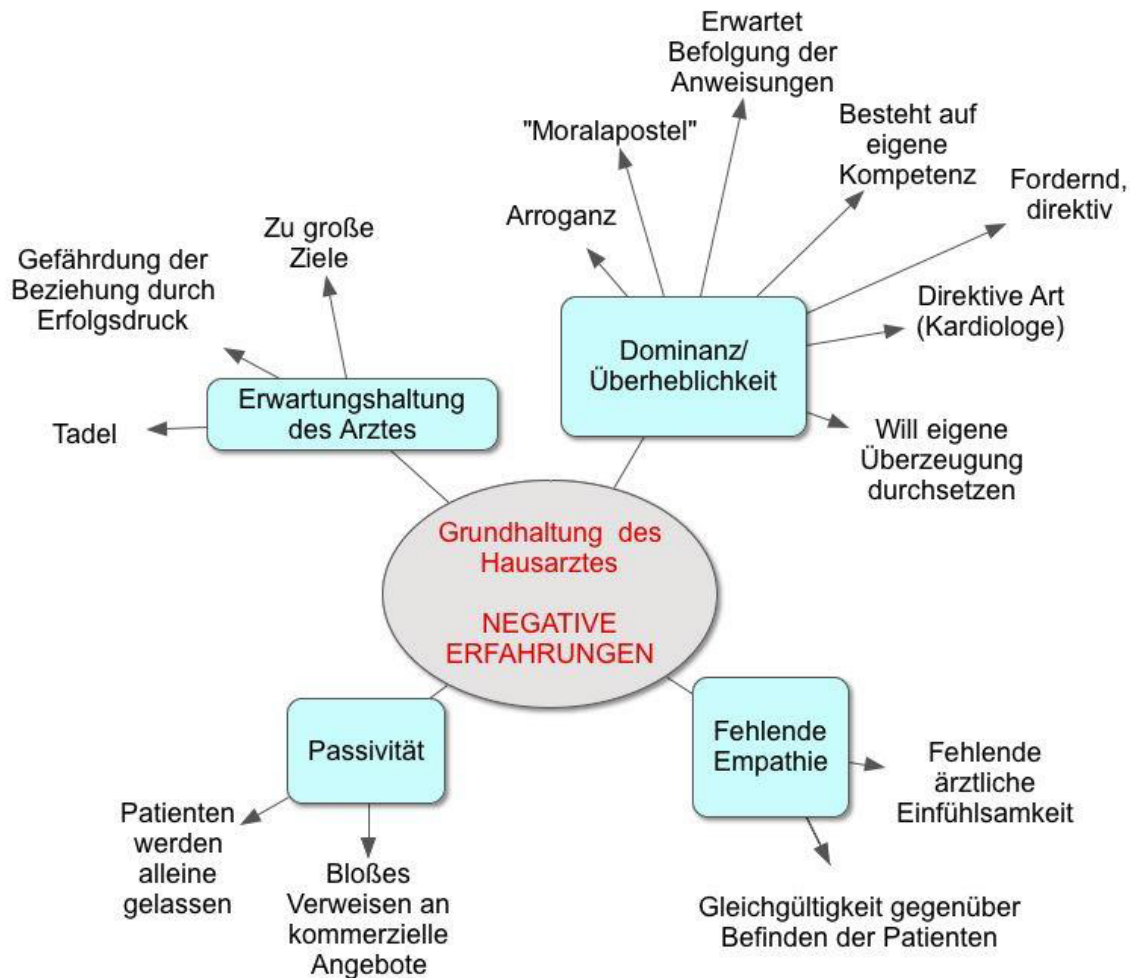
IP: Aber, wie gesagt, es, es kommt, ich find immer dieses als Moralapostel da stehen und wenn ´s dann auch gerade ein schlanker Mensch ist, der noch nie in seinem Leben Übergewicht hatte. Ich habe immer ein Problem damit, wenn mir jemand, der sich da nicht rein versetzen kann, mir was erzählen will.  
(Interview 6507KR10, 698-702)

Ebenfalls als kontraproduktiv wurde eine große Erwartungshaltung des Arztes beschrieben. Diese manifestierte sich in zu großen Zielsetzungen oder Tadel. Ein Patient formulierte die Bedenken, dass Patienten die Behandlung bei misslungener Gewichtsabnahme abbrechen würden.

IP: (...) Aber wie gesagt: Ärzte, die weisen schon darauf hin und die sagen: 'Sie müssen, sie müssen' und dann (...), wenn dann wieder die nächste Untersuchung is: "Naja, Sie haben immer noch nich'" und so, naja dann gehen die nachher gar nicht mehr hin. Nich?! (Interview 3710SE7, 845-848)

Eine weitere Beanstandung einer Patientin bezog sich auf die Passivität von Ärzten und dem Empfinden mit ihrem Gewichtsproblem alleine gelassen oder lediglich an kommerzielle Institutionen verwiesen zu werden.

IP: (...) Klar könnte man natürlich sagen, man macht regelmäßige Termine, um das mit zu kontrollieren, also um das nicht abzugeben an den Patienten nur selber und ähm beziehungsweise, ähm, naja, zu sagen: Ja, dann ähm guck doch mal "Weight Watchers" oder so. (Interview 5911KZ5, 263-265)



**Abbildung 9: Kategoriensystem der negativ bewerteten Grundhaltungen der Hausärzte**

### Kommunikation

Von den Patienten wurde eine empathische, verständnisvolle Kommunikation geschätzt und eine sachliche Beratung positiv bewertet. Für die meisten Befragten haben Ärzte eine „Aufklärungspflicht“. Sie schätzten es, wenn diese Übergewicht oder Adipositas thematisierten und Konsequenzen sachlich erläuterten. Ein Patient beschrieb die Art seiner Hausärztin anerkennend als „volkstümlich“, und erklärte dies folgendermaßen:

IP: "Es ist menschlich verständlich, aber versuchen Sie mal, es bekommt Ihnen.", "Ich kann nachvollziehen, dass es Ihnen schwer fällt, aber es bekommt Ihnen." Und das macht sie, und das meine ich mit volkstümlich, mir fiel kein passender Ausdruck dafür ein, also sie [räuspert sich] hat keinen erhobenen Zeigefinger dabei. (Interview 4408ZT7, 656-659)

Derselbe Patient berichtete von einem Erlebnis, bei dem er von einem Arzt (Urologen) angesprochen wurde, ob er einen Hund haben wolle, der abzugeben sei, damit er durch das Spaziergehen mit dem Hund abnehme.

Weiterhin wurde geschätzt, wenn eine Beratung ausführlich war, der Patient ernst genommen und seine persönliche Einstellung respektiert wurde.

Ebenso war manchen Patienten eine klare Meinungsäußerung von Seiten des Arztes willkommen. Zudem wurde Lob und das Appellieren an die Vernunft des Patienten in den Interviews positiv erwähnt.



**Abbildung 10: Kategoriensystem der positiven Aspekte in der ärztlichen Kommunikation**

Analog zu den positiven Bewertungen der ärztlichen Kommunikation wurden von den Befragten negative Erlebnisse geschildert, in denen es in den Beratungssituationen an Einfühlsamkeit mangelte und ihnen diese hart erschienen.

Große Ablehnung wurde der „Drängelei“ entgegen gebracht. Diese war ein hauptsächlicher Kritikpunkt im Gespräch über Übergewicht und Adipositas in einer Vielzahl von Gesprächen. Bedrängung, Vorschriften, die mit „sie müssen“ beginnen, und das Ausüben von Druck wurden von vielen Patienten vehement abgelehnt und als kontraproduktiv wahrgenommen.

IP: Naja, dit hat also sonst eigentlich kaum eener außer der, der Herzarzt hat gesagt: „Sie müssen abnehmen!“.

*I: Mmh.*

IP: Ja, so auf die komische Art, so. "Sie müssen abnehmen, Sie sind zu dick." So unjefähr, nich, aber ick sag, dit weiß ick alleine, ja.

(Interview 5111MT11, 340-346)

Einzelne Patienten hatten ärztliche Gespräche erlebt, die sie als beleidigend, schimpfend oder respektlos beschrieben.

Ein Patient berichtete in diesem Zusammenhang von besonders schlechten Erfahrungen mit betriebsärztlichen Untersuchungen.

*I: Ja. Und, äh, können Sie mir beschreiben, wie das.. wie die das machen? Oder welche Beratung...*

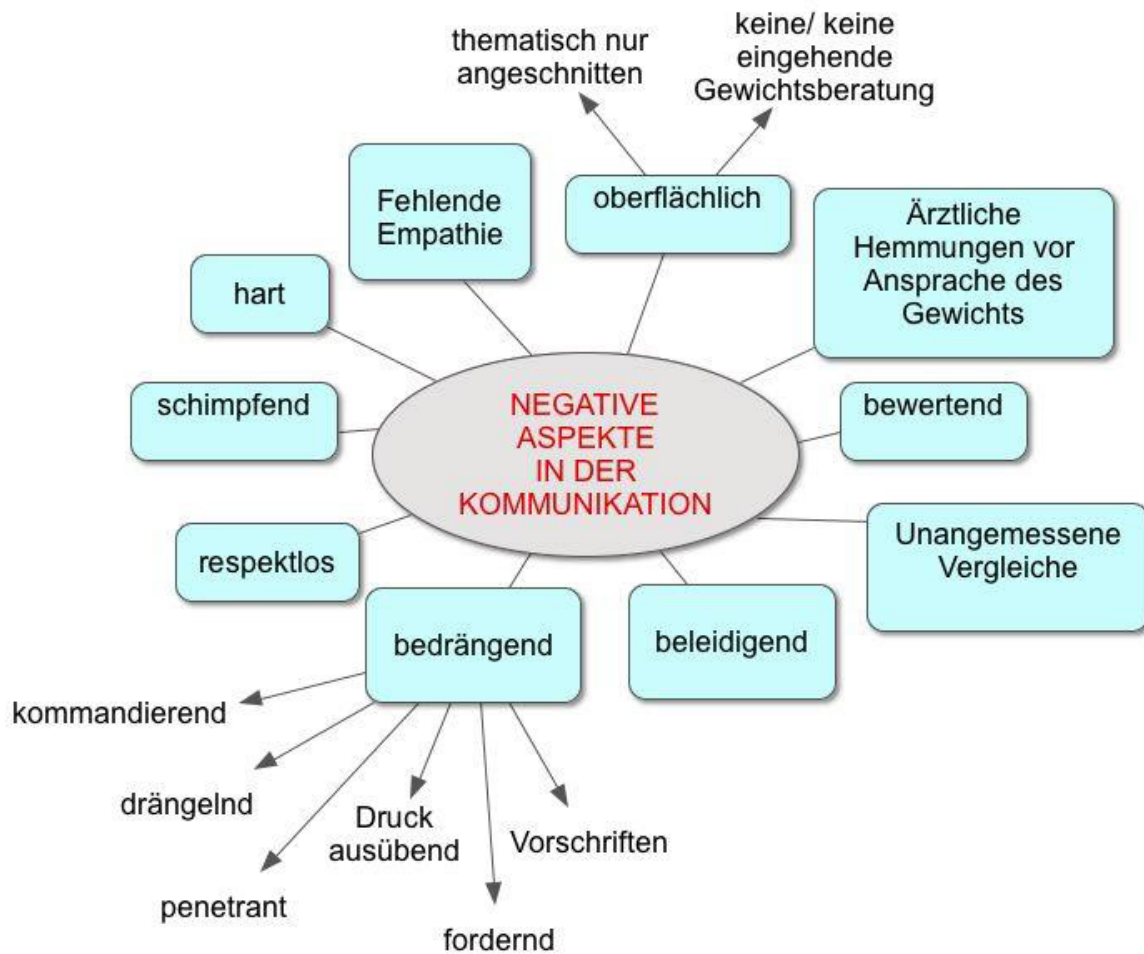
IP: Naja, die machen das schon - sag ich mal - unter Druck.

IP: Naja. Erzählen sie so, dass sie ham 'n Herz, weiß ich, wie 'n VW und wenn se dann ständig wie 'n Porsche fahren wollen, dann irgendwann funktioniert das nicht mehr. Und solche (...) Vergleiche werden dann gezogen.

(Interview 6008VG11, 206-213)

Ein weiterer Kritikpunkt war Oberflächlichkeit bei der Thematisierung von Übergewicht und Adipositas.

Eine Patientin beschrieb, dass sie die Hemmungen einer Ärztin vor der Ansprache des Gewichts befremdlich fand.



**Abbildung 11: Kategoriensystem der negativen Aspekte in der Kommunikation**

#### 4.4. Wünsche an den Hausarzt

Im Folgenden werden Erwartungen und Wünsche dargestellt, die sich gezielt an den Hausarzt richten und die eine besondere Bedeutung für Präventionsmaßnahmen im Allgemeinen und Adipositasprävention und -behandlung im Besonderen haben.

Diese beziehen sich vor allem auf die Aspekte:

- Allgemeine Aufgaben bei Prävention
- Haltung und Einstellung des Hausarztes
- Beziehung zwischen Arzt und Patient
- Gesprächsführung

### **Allgemeine Aufgaben bei Prävention**

Vorsorgeuntersuchungen wie die Gesundheitsuntersuchung, wurden von den Patienten begrüßt. Auch wenn die Inanspruchnahme mitunter nicht regelmäßig erfolgte, mochten die Patienten die Möglichkeit zur Teilnahme haben und sahen es als Aufgabe der Hausarztpraxis an, auf diese Untersuchungen hinzuweisen.

Die Bedeutung von Prävention von Adipositas wurde in den Interviews ausführlich erörtert. So betonten einige Patienten, dass bei allgemeinen Vorsorgemaßnahmen und Untersuchungen frühzeitig auf Übergewicht geachtet werden sollte, da eine Behandlung dann möglicherweise einfacher wäre.

IP: Aber, wie gesagt, ich finde einfach, die Ansätze müssten viel viel früher da sein, ne. (...) ich meine, ich bin ja nun nicht mit 58 Kilo abends schlafen gegangen und bin dann irgendwann mal mit 120 Kilo morgens wach geworden. (Interview 6507KR10, 988-991)

Ein Großteil der befragten Patienten befürwortete ein aktives Vorgehen ihres Hausarztes bei der Suche nach geeigneten Maßnahmen und Hilfestellungen.

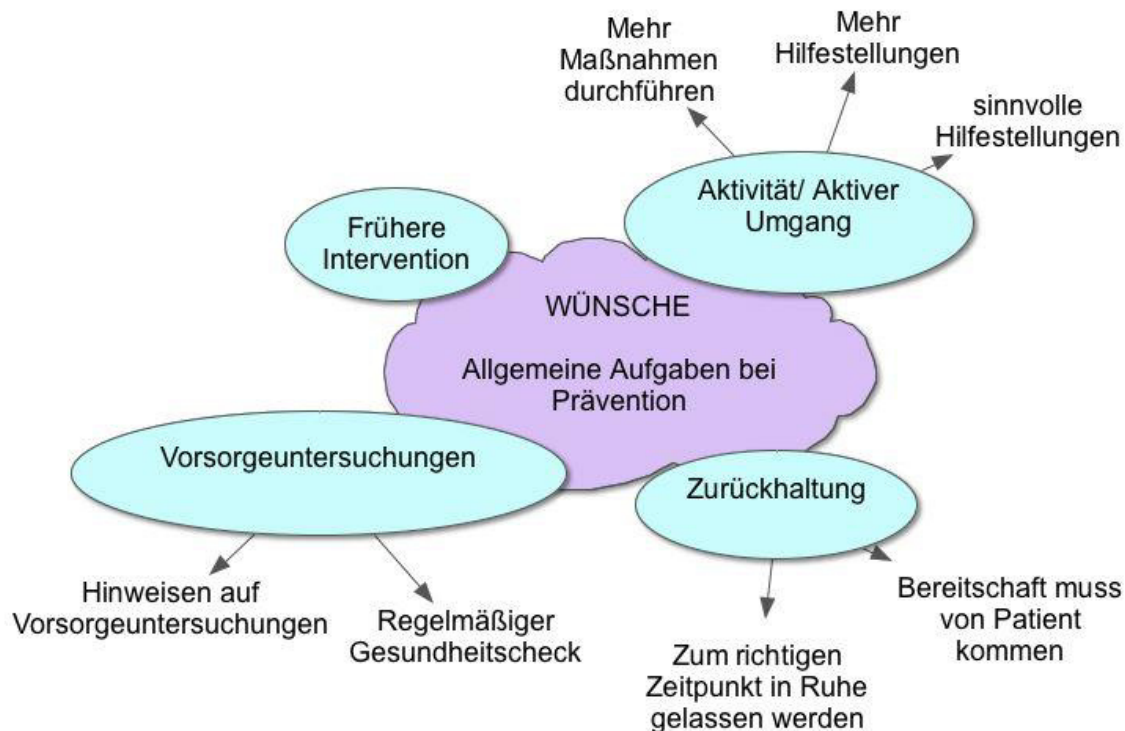
Einige der hier Befragten mahnten allerdings auch Zurückhaltung an und bevorzugten die einmalige Ansprache und eine abwartende Vorgehensweise. Von zwei Interviewpartnern wurde explizit der Wunsch geäußert, zum richtigen Zeitpunkt in Ruhe gelassen zu werden.

IP: Also es ist nicht so, dass der Hausarzt mir das nicht erzählt hat! Und das reicht, wenn's einmal gesagt ist. Dann weiß ich darüber Bescheid.

I: *Ja*

IP: Und dann wird hingewiesen: 'Machen Sie mal'. Und dann reicht das aber auch! Nicht dann ewig diese Drängelei! (Interview 6008VG11, 152-158)

IP: Aber ansonsten, wie gesagt, also ich, am liebsten wäre mir momentan [lacht], (...) die würden mich endlich mal mit diesem Thema in Ruhe lassen. [lacht] (Interview 6507KR10, 980-982)



**Abbildung 12: Kategoriensystem der Wünsche zu allgemeinen ärztlichen Aufgaben bei Prävention**

### Haltung und Einstellung des Hausarztes

Aus Sicht der Patienten bildeten Empathie, Neutralität und Respekt die Grundlage einer guten hausärztlichen Betreuung. Sie erwarteten Verständnis und tatsächliches Interesse für ihre Situation, ohne verurteilt oder bekehrt zu werden. Sie stellten zudem die Bedeutung eines respektvollen Umgangs heraus.

IP: Ohne kranke Menschen kann der nicht existieren. Ja, ich finde das einfach schlimm, ich meine, ich erkläre ihm nicht seinen Job und er kann mich bitte behandeln wie einen normalen erwachsenen Menschen, mehr verlange ich ja gar nicht. (Interview 6507KR10, 502-504)

Eine Patientin führte aus, dass Übergewicht und Adipositas gleichwertig zu anderen Süchten wie Rauchen oder Alkoholismus zu betrachten sei. Ein anderer Patient betonte, dass Ärzte in der Beratung authentisch sein müssten und ihre Verhaltensweisen nicht im Gegensatz zu den gemachten Ratschlägen stehen sollten.

Insgesamt wurde eine individuelle Betrachtung und Betreuung begrüßt, die die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse jedes Einzelnen berücksichtige.



IP: Ja, was äh, was ich als positiv empfinden würde, wenn man sich wirklich individuell den Einzelnen anschaut, und dann äh versucht für den Einzelnen äh so was raus zugeben, weil ich wirklich meine, dass so der Stoffwechsel bei jedem Einzelnen sehr unterschiedlich ist und dass man da eben wirklich gucken muss, was braucht der Einzelne, was tut dem Einzelnen gut, ne. Nicht das ick dann irgendwie so `ne Fibel in die Hand gedrückt kriege und dann liest man dit durch und dann sagt man, naja, eigentlich dürftest du nach der Fibel gar nicht so dick sein, warum is [lacht], warum is dit nun so bei dir?  
(Interview 4302GS4, 557-564)



**Abbildung 13: Kategoriensystem der Wünsche zur Haltung und Einstellung des Arztes**

### Beziehung zwischen Arzt und Patient

Ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patient nannten die Befragten als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Übergewicht und Adipositas. Das eigene Gewicht wurde als ein sehr persönlicher und empfindsamer Bereich wahrgenommen, für den ein besonderes Vertrauensverhältnis mit dem Arzt geschaffen werden müsse.



IP: (...) Ja, ja, also so möchte man sich dann doch nicht dahin stellen und entblößen und so, also, das macht man dann nicht. Ich hätte auch dies nicht gemacht, wenn das nicht anonymisiert werden würde. (...), das sind ja doch sehr persönliche Dinge teilweise und das möchte man eben auch nicht.  
(Interview 3607EL4, 206-228)

Der Wunsch nach einem partnerschaftlichen Verhältnis wurde in diesem Kontext angesprochen. Der Hausarzt sei im Idealfall ein Gesprächspartner auf Augenhöhe, mit dem gemeinsam nach Behandlungsstrategien und Umsetzungsmöglichkeiten gesucht werden könne.

IP: Und äh, die Ärzte sind hier auf dem Dorf eher noch so ein bisschen noch so, nicht alle, aber halt die Älteren sind halt noch so ein bisschen autoritär, ne. Also, da sind nicht so Gesprächspartner wie, sage ich mal, Frau XX, sondern sind auch schon so diejenigen, die sich ein bisschen erhaben fühlen.  
(Interview 6406FA5, 841-844)

Als weiterer erwünschter Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung nannten die Patienten den Aufbau einer gewissen Nähe, die auch durch Mitteilung persönlicher Erfahrungen durch den Arzt erzeugt werden kann.

IP: Und von sich auch mal bisschen ´ne Kleinigkeit preiszugeben, obwohl er Arzt ist und so ´ne gewisse Distanz sicherlich gesund ist, aber so ein bisschen hilft das auch, wenn man die einen Moment dann abbaut, bei dem, wo es sinnvoll ist, um einfach das Gefühl zu geben, ich habe dich verstanden in dem Moment und ich verstehe deine Probleme, und ich kenne das auch, sei es aus eigenen Anschauungen bei mir in der Familie oder hab´ das auch von dem und dem schon gehört. Also, dass da so ein bisschen mehr Verständnis signalisiert wird, das wäre schon eine klasse Sache. (Interview 5911KZ5, 722-728)



**Abbildung 14: Kategoriensystem der Wünsche zu der Beziehung zwischen Arzt und Patient**

### Gesprächsführung

Viele Patienten hatten eine genaue Vorstellung davon, auf welche Art ein Gespräch mit ihrem Hausarzt geführt werden müsse, damit sie sich dort wohl und gut betreut fühlten. Jedoch gingen die Erwartungen, wie die Ansprache von Übergewicht oder Adipositas erfolgen sollte, teilweise auseinander. Einige Patienten wünschten ein vorsichtiges, behutsames Ansprechen, während andere lieber direkt und ohne Umschweife mit dem Thema konfrontiert werden wollten.

IP: (...) Sie hat ja dann rumgedrückt, ne(...). Ich sage, Mensch, sie können mich doch ansprechen, ick bin doch nun mal dick, dit is so, ja. Dat weiß ick doch, da brauch- äh, is doch nicht weiter schlimm.  
(Interview 4302GS4, 425-432)

Eine offene Haltung des Arztes im Gespräch sei eine wichtige Rahmenbedingung, damit Patienten sich trauten, all ihre Fragen zu stellen sowie von möglichen Problemen zu berichten. In diesem Zusammenhang wurde auch der zeitliche Aspekt erwähnt. Nur unter der Bedingung, dass genügend Zeit vorhanden sei, könne auch die Stärkung der eigenen Motivation gelingen.

Motivation wurde ansonsten hauptsächlich mit einer positiven oder liebevollen Art in Verbindung gebracht. Die Bedeutung von Lob durch den Hausarzt wurde hervorgehoben.

IP: Es kommt ja auch manchmal nur so auf Kleinigkeiten an, dass der andere angestupst wird, und wenn jemand so positiv und und, ja nicht liebevoll, aber einfach so nett rüberkommt und so verständnisvoll, dann ist das schon, dann macht man das auch viel lieber, ja. Also, da müsste es noch mehr von dieser Sorte geben. (Interview 5911KZ5, 754-757)

IP: (...) Also, ich wees nicht wie ich dit erklären soll, aber irgendwo, ja, ich doch-man kann glaube ich, sagen, ich, ich möchte so ein bisschen verhätschelt werden dabei, (...) Ich bin dann auch jemand, der... denn auch mal gerne ein Lob kriegt: "Och, Mensch, und, na, ist doch super, und wenn´ s in acht Wochen een Kilo ist, na ist doch klasse." Ja, aber nicht, „und naja, es könnte ja schon mehr“, und mmh und bla und „na, was haben Sie denn jetzt wieder falsch gemacht?“ Brauch` ich nicht. (Interview 6507KR10, 969-975)



Abbildung 15: Kategoriensystem der Wünsche zur ärztlichen Gesprächsführung

#### **4.5. Allgemeine Vorstellungen der Patienten zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas**

Bei der Frage nach Betreuungsangeboten von Übergewicht und Adipositas, die sich die Patienten außerhalb der Hausarztpraxis wünschen, nannten diese ein breites Spektrum an therapeutischen Möglichkeiten. Es gab jedoch auch Patienten, die Übergewicht mehr im gesellschaftlichen Kontext sahen und der Meinung waren, Lösungsstrategien müssten vorrangig hier ansetzen. Weiterhin gab es eine kleine Gruppe von Patienten, die das vorhandene Angebot als vollkommen ausreichend ansahen. Eine eigene Kategorie ist der Rolle der Krankenkassen bei der Bekämpfung von Übergewicht gewidmet, da diese auffällig häufig von den Interviewten in die Pflicht gerufen wurde.

##### **Gesellschaftlicher Ansatz**

Von einer Gesprächspartnerin wurden Übergewicht und Adipositas eindeutig als politisches Problem angesehen.

IP: Also, das ist eigentlich nicht ein Problem der Ärzte, sondern ein Problem der Politik. Also, wir brauchen bessere Politiker. (Interview 6406FA5, 681-682)

Sie forderte mehr Beachtung für das Problem auf höchster Ebene und somit Veränderungen, die sich in allen Bereichen der Gesellschaft auswirken sollten. Diese grundsätzliche Forderung nach gesellschaftlicher Veränderung äußerte auch eine andere Patientin, wenn auch wesentlich resignierter:

IP: Also, die, die Welt muss eine andere werden. (Interview 6507KR10, 888)

Auch der Umgang mit vermehrtem Gewicht in den Medien wurde thematisiert und verlangt, die Stigmatisierung und Ausgrenzung adipöser Menschen, insbesondere in der Werbung, zu verhindern.

Besonders häufig und mit großer Dringlichkeit forderten die Befragten Maßnahmen zur Übergewichtsprävention für Kinder und Jugendliche. Generell sahen sie eine frühere Intervention und den Ansatz bei der jüngeren Bevölkerung als beste Möglichkeit zur sinnvollen Bewältigung des Problems an. Wichtigste Akteure seien diesbezüglich Schulen und Kindertagesstätten sowie Kinderärzte.

In den Bildungseinrichtungen müsste sowohl das Ernährungsangebot als auch die Gesundheitserziehung verbessert werden. Auch Bewegungsmangel bei Kindern wurde als ursächlicher Faktor genannt, dem entgegen gewirkt werden sollte.

IP: Also, auf jeden Fall gibt es spezielle Kurse für Kitas in Bezug auf Ernährung und zwar lernen die Kinder ihr Essen selbst zuzubereiten, und auch die Erzieher. (...) Also genau so, wie man, sage ich mal, für Kita-Kinder einen Ausflug bucht. (Interview 6406FA5, 538-548)

IP: Ne, und da müsste man schon eingreifen, dass man, ja, aus welchem Geldtopf das jetzt kommt, weiß ich nicht, aber, aber man müsste, sage ich mal, die Verantwortlichen dazu verpflichten, schon in der Kita- und in der Schulküche kindergerechtes Essen anzubieten. Und ähm, darauf aufmerksam machen, eben auch auf diese Gewichtsprobleme. Man müsste für, für die Schulkinder und auch für die Kita-Kinder mehr Bewegungsprogramme anbieten, weil ähm, viele Kinder, weiß man ja auch, sitzen vorm Computer, sitzen vorm Fernseher, ähm,(...). (Interview 6406FA5, 567-573)

Die ärztliche Betreuung von Kindern könnte durch eine Erweiterung der Vorsorgeuntersuchungen mit verstärkter Einbeziehung der Eltern verbessert werden.

**Tabelle 8: Kategoriensystem eines Gesellschaftlichen Ansatzes zur Bekämpfung von Adipositas**

<b>Politik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kein medizinisches, sondern ein politisches Problem</i></li> <li>• <i>Mehr politische Beachtung nötig</i></li> <li>• <i>Gesamtgesellschaftliches Problem</i></li> </ul>
<b>Medien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Keine Stigmatisierung</i></li> <li>• <i>Ausgrenzung in Werbung aufheben</i></li> </ul>
<b>Maßnahmen für Kinder und Jugendliche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ansatz bei Kindern und Jugendlichen</i></li> <li>• <i>Frühere Interventionen zur Gewichtsreduktion</i></li> <li>• <i>Ansatz bei Jugend, Ältere in Ruhe lassen</i></li> <li>• <i>Bewegungsmangel bei Kindern bekämpfen</i></li> <li>• <i>Frühere Intervention sinnvoll</i></li> <li>• <i>kindgerechtes Essen und Bewegungsprogramme in Kitas und Schulen</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kantinen von Kitas, Schulen und Betrieben verbessern</i></li> <li>• <i>Ärzte oder Ernährungsberatung in Schulen</i></li> <li>• <i>Gesunde und schmackhafte Ernährung in Schulen</i></li> <li>• <i>Ansatz in Schule: Wasserspender oder zuckerarme Getränke zur Verfügung stellen</i></li> <li>• <i>Schulstruktur ändern: Mittagessen</i></li> <li>• <i>Ernährungsberatung in Kitas für Kinder und Erzieher</i></li> <li>• <i>Größere Aktivität von Kinderärzten</i></li> <li>• <i>Mütter in Kinder-Vorsorge mit einbeziehen</i></li> <li>• <i>Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche</i></li> <li>• <i>Appell an Verantwortung der Eltern</i></li> </ul>
--	--

### **Ansatz am Individuum**

Die Vorschläge der Patienten spiegelten zumeist Angebote wieder, die diese bereits kennen gelernt und als hilfreich empfunden hatten. Es wurden ambulante und stationäre Kuren genannt, in denen wichtige Impulse gesetzt werden könnten. Jedoch räumten die Befragten auch ein, dass Kuren nicht immer nachhaltig wirkten, da das dort Gelernte oft schwer in den Alltag integrierbar sei.

IP: (...) Das geht ja dann auch, wenn man da in dem Haus ist und sonst nichts weiter zu tun hat und dahin geht, dann macht das Spaß, ist schön und ist gut. Und vom Essen her, was die da so kochen, und auch wenn da nicht so viel Fett dann ist und nicht so viel Fleisch ist und so, is in Ordnung, hab` ich keine Schwierigkeiten mit. Bloß das zu Hause dann umzusetzen und sich dahin zu setzen und das jetzt genau so zu kochen... (Interview 4912WF5, 274-278)

Psychologische Betreuung wurde von den Patienten als sinnvolle Ergänzung zur hausärztlichen Betreuung betrachtet, weil dort mehr Raum wäre, die ganz persönliche Situation zu besprechen.

Die Patienten sahen vor allem Ernährungsberater als wichtige Ansprechpartner bei der Bewältigung von Übergewicht und Adipositas und erwarteten von diesen auch Tipps zum Verhalten bei Hunger.

IP: Also, es ist nicht, es ist nicht wirklich Aufgabe der Ärzte, so ein Problem zu lösen, ähm, sicherlich können die mithelfen, aber es wäre Aufgabe von Ernährungsberatern, so was zu machen und ähm, die müssten halt besser ähm eingespannt und bezahlt und organisiert werden.  
(Interview 6406FA5, 922-925)

IP: Also, ich hab` eigentlich gedacht, dass die mir so ein paar Tipps gibt, äh, wie ich einfach von diesem ähm, ja, von diesem Denken, diesem falschen Denken weg komme. Praktisch mich so ein bisschen in die Bahn leitet und sagt, „Mensch, Du, pass mal auf, wenn du Heißhunger auf was Süßes hast, dann mach doch mal dis und dis, und...“.  
(Interview 6507KR10, 209-213)

Als hilfreiche Informationsquellen nannten die Interviewten auch das Fernsehen (besonders die Sendungen der Dritten Programme), das Internet (unter anderem „Weight Watchers Online“) und Medien allgemein. Das Internet böte zusätzlich die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Betroffenen über entsprechende Foren.

Die Förderung von Treffen mit Gleichgesinnten mit dem Ziel gegenseitiger Unterstützung wurde auch gewünscht. Hierfür sollten vor allem Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden.

Des Weiteren konnten sich die Patienten die Teilnahme an guten und auf ihre Problematik abgestimmten Sport- sowie Kochkursen vorstellen. Ein Patient merkte zusätzlich an, dass es auch Bewegungsangebote für Menschen mit orthopädischen Beschwerden geben sollte.

Das Thema „Weight Watchers“ wurde in vielen Interviews angesprochen und die beiden Patientinnen die bereits an „Weight-Watchers“-Treffen teilgenommen haben, äußerten sich sehr positiv über das Konzept. Sie bemängelten lediglich, dass die Teilnahme hohe Kosten verursache. Ähnliches wurde über das Training in einem Fitness-Center berichtet.

IP: Wir wollten alle drei, die drei Frauen dieser Familie, wollten mal zum Fitness-Center gehen, eben einfach weil (...), die haben das auch ganz gut dargestellt, die haben gesagt, also Ausdauer ist wichtig, aber auch eben punktuell, also Muskelaufbau.

*I: Ja.*

IP: Um abzunehmen auch richtig und gezielt Fett abzubauen. Und deswegen, da würde ich ganz gerne hingehen, aber es war eben natürlich für drei Leute doch schon heftig.  
(Interview 5911KZ, 484-492)

Eine Interviewpartnerin entwickelte die Idee, spezielle Hilfestellungen für Mütter anzubieten, da sie diese Gruppe als besonders gefährdet und eingeschränkt in den Handlungsmöglichkeiten ansah. Hier müsste die Versorgung in dem Sinne verbessert werden, dass auch Kinderbetreuung angeboten und finanziert würde und es Vorsorgeuntersuchungen für Mütter geben sollte.

IP: Ja. Also (...) wären schon Hilfestellungen gut...Vielleicht wirklich so ein regelmäßiger Gesundheitscheck, dass man äh, zum Beispiel auch wenn man ein Kind hat, ein kleines Kind, oder mehrere. Dass man auch für die Mutter so ´nen, so ´nen, also es gibt ja diese U- Untersuchungen für die Kinder, dass man da die Mutter irgendwie mit einbezieht, aber, wie auch immer. Das wäre sicherlich keine schlechte Idee. (Interview 6406FA5, 311-316)

Es kam auch zum Ausdruck, dass bestimmte Bedingungen erforderlich wären, damit die angebotenen Maßnahmen zum Erfolg führten. Zum einen sollten sie die nötige Intensität haben, zum anderen nicht nur Theoretisches sondern vor allem praktisch anwendbare Kenntnisse vermitteln.

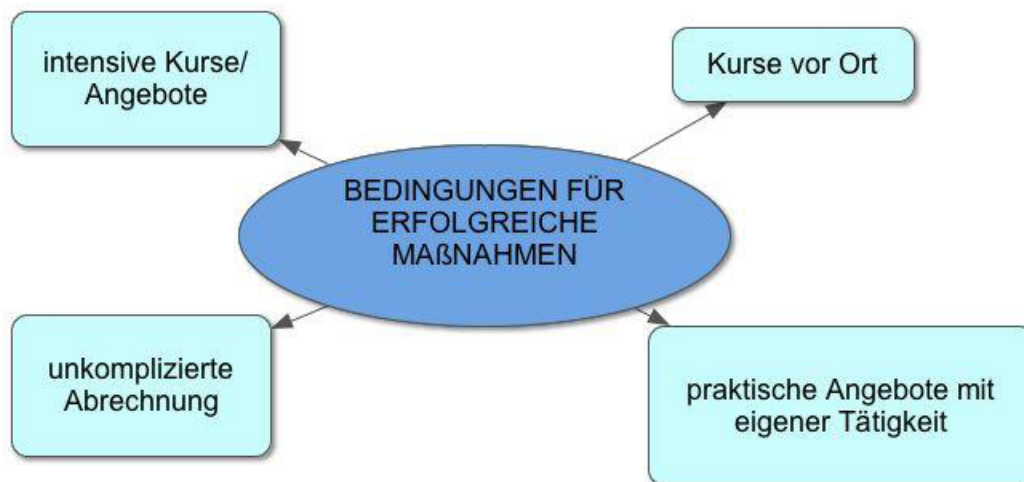
IP: Das könnte ich mir schon vorstellen, aber es müsste ja ziemlich zeitintensiv sein, ich denke, wenn man eine Woche, in der Woche eine Stunde irgendwo was hört, das bringt´s nicht. Ich glaube, man müsste schon dann weiß ich, so einen Kochkurs machen, dass man ein paar Mal so was gekocht hat, was ordentlich ist. Und da so `ne Routine rein kriegt, nehme ich mal eher an. (Interview 4912WF5, 388-392)

Ein wichtiger Punkt sei, dass die Angebote gut erreichbar in Wohnortnähe stattfänden und die Finanzierung und Abrechnung über die Krankenkasse unkompliziert ablaufe, wie im Fall der Physiotherapie.



Tabelle 9: Kategoriensystem der Vorschläge, die am Individuum ansetzen

<b>Kur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Übergang von Kur ins Häusliche schwierig</i></li> <li>• <i>Ambulante Kur in Herzhaus</i></li> </ul>
<b>Psychologische Betreuung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Auch psychologische Begleitung</i></li> <li>• <i>Psychologische Betreuung mit Verhaltenstherapie</i></li> <li>• <i>Gesprächstherapie</i></li> </ul>
<b>Ernährungsberatung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Strukturen zur Ernährungsberatung schaffen</i></li> <li>• <i>Verhaltensbezogene Ratschläge durch Ernährungsberatung</i></li> </ul>
<b>„Weight Watchers“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Erfolgsprinzip: keine Diät, vielseitiges Essen</i></li> <li>• <i>Kochbuch von „Weight Watchers“</i></li> <li>• <i>„Weight Watchers“-CD als Ernährungstagebuch</i></li> <li>• <i>Hohe Kosten</i></li> <li>• <i>Gutes Konzept</i></li> <li>• <i>Austauschmöglichkeit mit Gleichgesinnten</i></li> <li>• <i>Erfahrungswerte der Leiterin</i></li> </ul>
<b>Informationsquellen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Information über Angebote im Internet</i></li> <li>• <i>Fernsehen (Sendungen der 3. Programme)</i></li> <li>• <i>Medien</i></li> <li>• <i>“Weight Watchers” und “Weight Watchers Online”</i></li> </ul>
<b>Austausch mit anderen Betroffenen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Austausch in Internetforen</i></li> <li>• <i>In Gemeinden Gesundheitszentren schaffen mit Räumlichkeiten für Treffen</i></li> </ul>
<b>Sport/Bewegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Seniorenturnen bzw. Bewegungsangebot bei Rückenproblematik</i></li> <li>• <i>Walken in Gruppen</i></li> <li>• <i>Fitness-Center sehr teuer</i></li> </ul>
<b>Kochkurse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ziel: Routine bekommen</i></li> </ul>
<b>Spezielle Angebote für Mütter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mütter in Kindervorsorge mit einbeziehen</i></li> <li>• <i>Kursangebote mit Kinderbetreuung</i></li> </ul>



**Abbildung 16: Kategoriensystem der Bedingungen für erfolgreiche Maßnahmen**

### Keine zusätzlichen Angebote

Die Patientengruppe, die keine zusätzlichen Angebote wünschte, begründete dies teilweise damit, dass ja bereits sehr vieles vorhanden sei, was man nur nutzen müsse. Sie sahen das Angebot als ausreichend an und kaum Verbesserungsbedarf.

IP: Puhh, na eigentlich, ich denke, es wird genügend angeboten. Die Krankenkassen bieten ja auch Kurse an, oder in Gruppen kochen sie gemeinsam, oder so. Also, es wird ja einiges angeboten, man muss es nur wahrnehmen, man muss nur hingehen. (...), aber die Krankenkassen bieten ja doch einiges an, und das kann man machen. Außerdem wird in Volkshochschulen viel angeboten. (Interview 3607EL4, 175-181)

Darüber hinaus gab es eine Patientin, die generell nicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Adipositasbekämpfung sah, da sie der Meinung war, die Verantwortung liege allein in den Händen der Betroffenen und sei vorwiegend eine Willensfrage, die sich nicht von außen beeinflussen ließe.

IP: Was andere Stellen machen könnten? Das kommt von einem selbst, das kommt im Kopf kommt das, da kann eigentlich ein Anderer gar nichts beitragen. (Interview 4404SZ6, 288-289)

Eine weitere Patientin vertrat diese Meinung, sprach jedoch vorrangig von ihrem persönlichen Fall und begründet die Ablehnung von Hilfsmaßnahmen durch ihre Persönlichkeit.

IP: Das ist einfach nur mein Wille, na. Da müsste so `ne Beratung sein, wo man, ähm. Aber ick kann, ick bin eigentlich auch nicht so dafür. Also kann ich, also, weil ich `nen starken Willen eigentlich so im Grunde genommen habe ... Den müsste ich von mir, von, müsste wirklich von mir alleine kommen alles so, na. (Interview 4804FE6, 386-398)

**Tabelle 10: Kategoriensystem - Kein Bedarf an zusätzlichen Angeboten**

<b>Angebot ausreichend</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ausreichendes Angebot, man muss es nur nutzen</i></li> <li>• <i>Hilfsangebot ausreichend</i></li> <li>• <i>Kein Bedarf nach zusätzlichen Angeboten</i></li> </ul>
<b>Keine Interventionen nötig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Keine weiteren Interventionen nötig, innerer Antrieb</i></li> <li>• <i>Gewichtsreduktion ist Frage des Willens</i></li> </ul>

### **Rolle der Krankenkassen**

Auffällig häufig wurde in den Gesprächen an die Krankenkassen appelliert. Diese erfüllten in den Augen der Patienten nicht nur, wenn auch vorrangig, die Rolle des Geldgebers, sondern wurden zudem als Initiatoren von gesundheitsfördernden Maßnahmen gesehen.

IP: Wenn das Übergewicht, unter Umständen, ein Thema ist für Krankenkassen, dass sie sagen, wir wollen dagegen angehen, wir wollen, weil das eine Sache ist, die uns als Krankenkasse unter Umständen mal ganz schwer auf die Füße fallen kann, weil Übergewicht eben dazu führt, dass die Krankheit gefördert wird, die Beschwerden gefördert werden oder sonst irgendetwas. Dann sollte man sich überlegen, ob man nicht von Seiten der Krankenkassen verstärkt anbietet Gymnastikkurse, Kurse, die ähm, dazu führen, dass eben Übergewichtige etwas runter kommen durch bestimmtes Training. Kein Leistungssport, sondern eben so Gymnastik, Massage oder sonst irgendetwas. Und dann müssten die Kassen aber dazu auch mehr bezahlen, die müssten also einen größeren Anteil dafür ausgeben.

(Interview 4408ZT7, 1044-1053)

Die Finanzierung von Sportkursen durch die Krankenkasse wurde von vielen Patienten gewünscht. Einige berichteten auch, bereits an solchen Kursen teilgenommen zu haben, solange die Förderung bestand.

IP: Und bei der Besprechung vor anderthalb Jahren da haben wir dann gesagt, schön weiter Sport machen, bewegen, wie gesagt war ich auch in dieser Herzsportgruppe, die hat jetzt aber im Sommer aufgehört, diese Zuzahlung auch der Krankenkasse. (Interview 5911KZ, 47-50)

Ein Patient hielt auch die Einrichtung von „Hausarztmodellen der Krankenkassen“ für sinnvoll, um Präventionsmaßnahmen zu koordinieren.

IP: Vielleicht sollten sie [die Krankenkassen] auch eine Art Hausarztmodell äh äh versuchen durchzuführen (...). Dass man sagt, man geht zu einem Arzt und der hat die Möglichkeit, bis zu einem bestimmten Budget zu den Patienten zu sagen: "Pass auf, mach das, mach das, das ist gegen dein Übergewicht, das ist gegen deinen Blutzucker." Und dann entscheidet der Arzt das. (Interview 4408ZT7, 1069-1074)

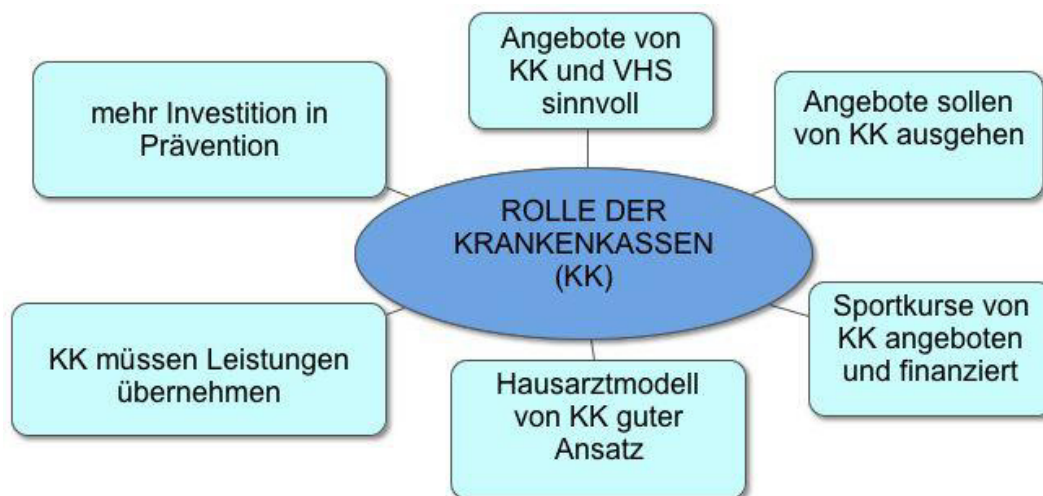
Wenn es um Beratung und Hilfestellungen bei der Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas geht, seien die Krankenkassen auch direkte Ansprechpartner.

IP: Ich bin damals-wie habe ich denn die eigentlich rausgekriegt? -ich bin damals über meine Krankenkasse, hab` ich gefragt, wie das ist, ob die irgendwie Ernährungsberatung-weil ich gesagt habe, ich alleine schaffe es nicht, (...). (Interview 6507KR10, 173-175)

Den Krankenkassen wurde im Allgemeinen mehr Macht, mehr Handlungsspielraum und somit auch mehr Verantwortung als den Ärzten zugesprochen. Die befragten Patienten sahen diese als den Ärzten übergeordnet an und waren der Meinung, sie sollten alle notwendigen Behandlungsmaßnahmen gestalten und anbieten. Lediglich die Auswahl und Vermittlung der Angebote sollte durch den Hausarzt geschehen.

IP: Und ähm, ja, sollen sich die Kassen was einfallen lassen, aber ich denke mal, also mir damals in der damaligen Situation, mit einem kleinen Kind ohne irgendwelche Hilfe von der Familie, mir wäre mehr geholfen gewesen, wenn ich solche Kurse in Anspruch hätte nehmen können,(...). (Interview 6406FA, 440- 443)

IP: Aber ich glaube, das sollte eher von den Krankenkassen ausgehen, nicht. Sicher, ich meine, in Zusammenarbeit mit den Ärzten, damit die Ärzte sagen, sie sollten vielleicht daran teilnehmen, ihre Krankenkasse bietet das und das an, das könnte ich mir dann noch als Beratung von den Ärzten mir vorstellen, dass sie darauf hinweisen, dass dieses oder jenes angeboten wird, von der jeweiligen Krankenkasse des Patienten, und das wäre sehr sinnvoll, wenn sie daran teilnehmen würden und vielleicht, wenn Leute das auch nicht bezahlen können, dass die Ärzte dann eine Vermittlung zur Krankenkasse machen, um das ein bisschen zu begleiten oder zu fördern. Aber dass sie selber noch da tätig werden, glaube ich, sollte man nicht erwarten.  
(Interview 3607EL4, 195-204)



**Abbildung 17: Kategoriensystem der Rolle der Krankenkassen (KK) aus Patientensicht**

#### 4.6. Rolle des Hausarztes im Adipositasmanagement

Im Rahmen der Übergewichts- und Adipositasbehandlung wurde der Hausarzt sowohl in der Rolle des **Koordinators** als auch in der des **Beraters** gesehen. Weiterhin sahen viele Patienten eine **kontinuierliche Betreuung** als Erfolg versprechend an.

### **Der Arzt als Koordinator**

Koordination lässt sich in diesem Zusammenhang einerseits als Aufbau von geeigneten Betreuungsstrukturen in der Hausarztpraxis, andererseits als Vermittlung an Angebote außerhalb der Praxis verstehen.

Die Einbindung der Adipositasbetreuung in den Praxisbetrieb wurde von einigen Patienten explizit gewünscht.

IP: Also ich würde so was annehmen. Auf alle Fälle! -Lieber noch bei meinem Arzt, als irgendwo hingehen zu müssen, wo dann mehrere Leute sitzen und sich da ´nen Vortrag anhören. Da würde ich lieber zu meinem Hausarzt gehen. (Interview 5108SW5, 580-582)

IP: Aber, ich find` schon wichtig, dass das so in den Praxisbetrieb eingebunden ist, weil man wird dann wieder so, wenn man wieder nur so darüber spricht, so, so locker-lapidar, wird man dann wieder trotzdem aus der Praxis mit seinen... entlassen, mit seinen Problemen alleine stehen gelassen... (Interview 5911KZ5, 347-353)

Als sinnvolle Angebote, die in den Hausarztpraxen angesiedelt sein sollten, sahen die Befragten die Unterstützung von Patientengruppen, die sich in den Praxisräumen in Form von Selbsthilfegruppen formieren könnten. Ein anderer Vorschlag bezog sich auf die Kooperation mit Ernährungsberatern in den Praxen, mit denen Ernährungspläne zusammengestellt werden könnten.

Darüber hinaus wünschten die befragten Patienten, vom Hausarzt unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Bedürfnisse und Möglichkeiten an externe Angebote vermittelt zu werden. Insbesondere wurden Angebote der Krankenkassen benannt. Einzelne Patienten äußerten konkrete Ideen, wie zum Beispiel das Organisieren von Laufgruppen oder die Integration geeigneter Einrichtungen wie das Berliner „Herzhaus“ [Anmerkung: ambulante kardiologische Reha-Tagesklinik in Berlin]. Bedeutsam war dabei, dass diese Angebote im Umkreis der Praxis beziehungsweise wohnortnah beim Patienten genutzt werden könnten.

Tabelle 11: Kategoriensystem der Aufgaben des Arztes als Koordinator

<b>Koordination innerhalb der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung von Übergewichtsberatung in Praxisbetrieb</li> <li>• Patientengruppen bilden, Treffen in Praxisräumen</li> <li>• Ernährungsberatung einbinden in Praxisbetrieb → Ernährungspläne</li> </ul>
<b>Koordination außerhalb der Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte als Vermittler zw. Patient und Angebot der Krankenkasse</li> <li>• Gezielte Vermittlung von Angeboten im Umkreis</li> <li>• Gezielte Vermittlung an Einrichtungen</li> </ul>

### Der Arzt als Berater

Der Arzt als Berater wurde als der zentrale Punkt in der Prävention und Behandlung von Übergewicht gesehen. Viele Patienten äußern, dass es Aufgabe des Hausarztes sei, die Betreuungsaufgaben im Kontext des Übergewichts von Patienten zu übernehmen. Darunter wurde verstanden, Übergewicht anzusprechen, daran zu erinnern, aber auch zu ermahnen und zu kontrollieren.

IP: Nein, ich halte das, was mir (...) die Ärztin sagt (...) für richtig und ich sage auch nicht, das kann sie für sich behalten, das weißt du alles. (...) Natürlich weiß ich´s, und natürlich soll sie mir das immer wieder vor Augen halten.

I: Mmh.

IP: Das sehe ich auch als ihre Aufgabe (...) an, dass sie mir das immer wieder vor Augen hält. Denn mehr kann sie ja nicht machen, denn wie gesagt, ich bin ja alt genug, ich muss es ja selbst wissen.

(Interview 4408ZT7, 900-910)

IP: Aber ich denke mal, das Wichtigste ist wirklich diese Kontrolle. Und immer wieder sicherlich darüber sprechen, wie, wie sind die Fortschritte und wenn man natürlich nicht so regelmäßig zum Arzt geht, dann hat man natürlich auch nicht diese Kontakte und dann lässt man es zwischendurch dann mal richtig locker schleifen. (Interview 5911KZ, 287-290)

Die Beratung sollte sowohl Aufklärung als auch konkrete Empfehlungen enthalten. Es wurde erwartet, dass einerseits gesundheitliche Risiken sachlich dargelegt und andererseits auch alle Interventionsmöglichkeiten vorgestellt werden.

IP: Na, sie hat das gemacht, was ein Hausarzt, der einen beraten soll, als Berater machen soll. Also sie hat die gesundheitlichen Risiken sachlich dargelegt, sag ich mal, ohne groß pathetisch zu sein (...) also nicht so diese Vernervenden Vergleiche. (...) Und, äh, sie hat die Möglichkeiten, was man machen kann, dargestellt (...) und es gab auch mehrere Sachen zur Auswahl. Also wie gesagt: Diätpläne, mehr Sport, kleinere Schritte, größere Schritte, aber denn - was weiß ich was – bis zum Magenring - wurde ja auch besprochen.  
(Interview 6008VG11, 354-364)

Weiterhin sahen viele eine genaue Klärung und Verdeutlichung der Ursache des Übergewichts als notwendig für eine erfolgreiche Behandlung an. Manche Patienten beklagten, sie können sich ihr Übergewicht gar nicht richtig erklären.

Von den Patienten gingen unspezifische Forderungen nach Empfehlungen und Ratschlägen aus, aber es wurden auch konkretere Vorstellungen wie der Wunsch nach Ernährungs- oder Bewegungsplänen geäußert.

IP: Ja, also, ich hätte mir eigentlich gewünscht, äh, dass man dann noch mal spricht und (...) dass man einen Ernährungsplan aufstellt. Ja, dass man sagt, was man vermeiden sollte oder was man machen sollte, irgendwat, äh, so an die Hand. Oder dass man, äh, zusammen so einen Bewegungsplan oder irgendwas, wo man dann gucken kann, was mache ich schon, was muss ich noch mehr machen, oder so. (...) hätte ich gedacht, dass da irgendwie so was kommt.  
(Interview 4302GS4, 443-448)

Die Patienten schätzten besonders die kleinen Hinweise, deren Umsetzung keinen großen Aufwand darstelle. Hier bestand der Wunsch nach dem Aufzeigen von kleinen konkreten Handlungsschritten.

IP: Aber was zum Beispiel nicht störend ist, ist zum Beispiel solche Sachen zu probieren, dass man so 'n Hinweis gibt, dann eben.. fettarme Margarine zum Beispiel zu nehmen. Das stört doch gar nicht. Das kann man zum Beispiel machen, dass man solche Schritte im Kleinen macht und dann `ne Weile wartet.  
(Interview 6008VG11, 251-256)

Viele der Befragten äußerten den Wunsch, häufiger und ausführlicher vom Hausarzt auf das eigene Gewicht angesprochen zu werden.

Andere äußerten allerdings, dass eine gewichtsspezifische Beratung nur dann stattzufinden habe, wenn der Patient dies ausdrücklich wünsche.



Die befragten Patienten fanden aber auch, dass nicht jede Form von Beratung für sie hilfreich wäre. Besonders Beratungen mit eher allgemeinen Ratschlägen ohne weiter gehende Verbindlichkeiten wurden als nutzlos angesehen.

**Tabelle 12: Kategoriensystem der Aufgaben des Arztes als Berater**

<b>Ansprache des Übergewichts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ermahnen</i></li> <li>• <i>Erinnerung</i></li> <li>• <i>Kontrollieren</i></li> </ul>
<b>Inhalt der Beratung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Aufklärung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Gesundheitliche Risiken sachlich darlegen</i></li> <li>○ <i>Darstellung von Interventionsmöglichkeiten</i></li> <li>○ <i>Aufklärung</i></li> <li>○ <i>Ursachenklärung</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Empfehlungen</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ernährungsplan</i></li> <li>○ <i>Bewegungsplan</i></li> <li>○ <i>Kleinere Schritte</i></li> <li>○ <i>Kleine Hinweise geben</i></li> <li>○ <i>Wege aufzeigen</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Motivation</i></li> </ul>
<b>Intensität der Beratung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Häufigeres Thematisieren</i></li> <li>• <i>Ausführlicheres Gespräch</i></li> <li>• <i>Wiederholte Beratung</i></li> <li>• <i>Beratung nur, wenn der Patient Bedarf hat</i></li> </ul>
<b>Befürchtungen der Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Fibel mit pauschalen Ratschlägen</i></li> <li>• <i>Locker-lapidares Gespräch ohne Konsequenzen</i></li> <li>• <i>Allgemeine, bekannte Ratschläge</i></li> </ul>

### **Kontinuierliche Betreuung**

Einige Patienten beschrieben detailliert, wie eine gute und zielführende Betreuung aussehen sollte. Gemeinsames Element dieser Vorstellungen ist eine intensive, kontinuierliche Betreuung in der Hausarztpraxis mit regelmäßigen Kontrollterminen. Die Zeitabstände, in denen diese Kontrollen stattfinden sollten, variierten hier von alle 7-14 Tage bis zu einem monatlichen Kontakt. Inhaltlich wurde von diesen Terminen einerseits der kontrollierende Aspekt mittels Wiegen und Messen erwartet, bei dem die Patienten mögliche Erfolge vorweisen könnten, andererseits suchten sie auch eine Form der fortlaufenden Begleitung. Dabei wurde hervorgehoben, in den Gesprächen über das aktuelle Verhalten zu sprechen, Gründe für Misserfolg zu analysieren und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

IP: Das wichtigste ist wirklich diese Kontrolle. Und immer wieder sicherlich darüber sprechen, wie, wie sind die Fortschritte und wenn man natürlich nicht so regelmäßig zum Arzt geht, dann hat man natürlich auch nicht diese Kontakte und dann lässt man es zwischendurch dann mal richtig locker schleifen.  
(Interview 5911KZ, 287-290)

IP: Ja, irgendwie fühlt man sich ja so ein bisschen kontrolliert und wenn man (...) dann sagt, „wissen Sie und dann kommen sie jede Woche, oder alle vierzehn Tage zur Gewichtskontrolle, und wir gucken dann mal so.“ (...) würde ich schon als äh, gut empfinden, ne. Und wir gucken mal, wenn dann nichts war, woran könnte das liegen, Sie haben doch gesagt, das und das, wie war denn das? (...)  
(Interview 4302GS4, 456-462)

In dieser Phase der intensivierten Betreuung wurde von den Patienten teilweise wieder die Ausübung von Druck durch den Arzt oder einen anderen Betreuer gewünscht. Ein Patient, der sich zuvor vehement gegen die Ausübung von Druck von Seiten der Ärzte gewehrt hatte, hielt dies nun unumgänglich für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme. Jedoch sollte Druck eben nur auf Verlangen und mit Einverständnis der Patienten ausgeübt werden.

IP: Ah, ich glaub`, persönlich ist es so, dass Leute, die zu dick sind - so wie ich - das nicht krankheitsbedingt ist, das die also unter Druck gesetzt werden müssen - wenn sie denn wesentlich zu dick sind.

M: Mmh.

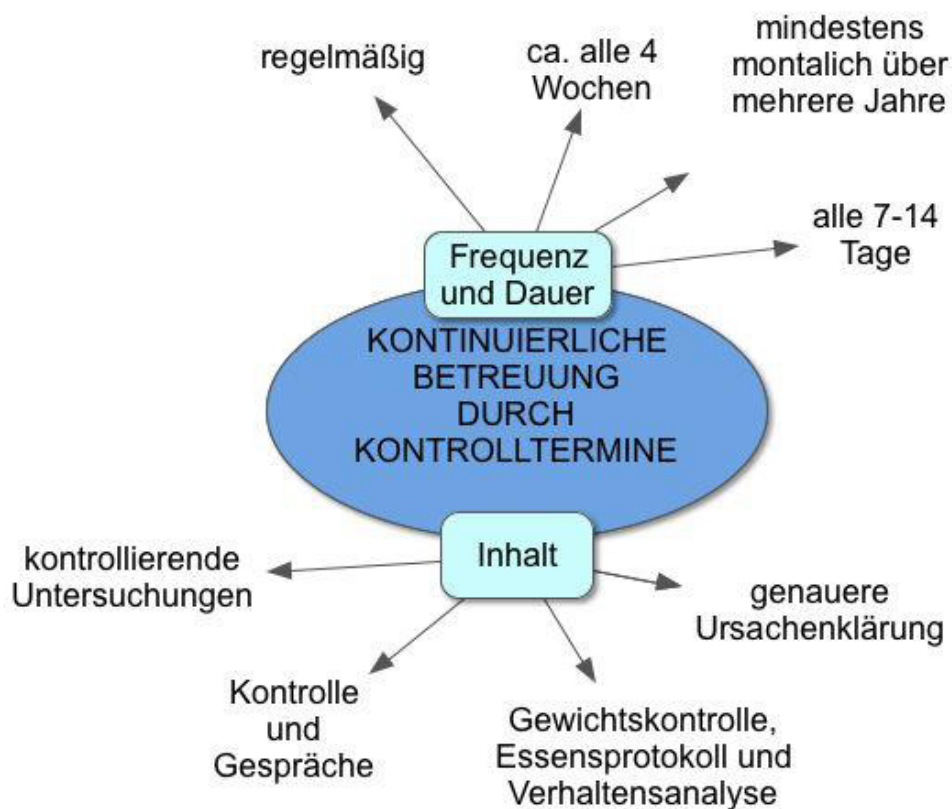
IP: Und zwar überall. Nicht nur über den Zeitraum, wo sie abnehmen - also `ne Kur oder Ähnliches - sagen wir mal, das muss über, ähm, mehrere Jahre gehen.

M: Mmh.

IP: Die müssen dafür auch bereit sein. Das ist klar. Aber wenn sie das machen, müssen sie auch (...) und zwar regelmäßig: Mindestens monatlich-gewichtskontrolliert werden. Und immer wieder darauf hingedrückt werden- wenn sie sich dann zu dem Programm freiwillig oder anders ist das nicht förderlich. Ich halte das so ähnlich wie, .. wie `nen Raucherentzug oder sonstige Sachen. Bis sich der Körper dran gewöhnt hat an diesen Gewichts-.

M: Ja. Ja.

IP: -punkt. Und zwar für längere Zeit. (Interview 6008VG11, 677-679)



**Abbildung 18: Kategoriensystem zu Vorschlägen einer kontinuierlichen Patientenbetreuung**

#### 4.7. Rolle des Praxispersonals

Die Interviewpartner wurden gefragt, inwieweit die Einbeziehung des nicht-ärztlichen Personals in Hausarztpraxen die Betreuung von Übergewicht und Adipositas unterstützen könnte und welche Voraussetzungen hierfür notwendig wären.

Die Bedeutung von Praxispersonal wurde in der Gruppe der befragten Patienten überwiegend positiv gesehen: Nur eine Patientin sprach sich ausdrücklich gegen eine Einbeziehung des Praxispersonals aus, da sie sich bei diesem persönlichen Thema nicht zu vielen verschiedenen Menschen gegenüber öffnen wollte.

Andere fanden eine Mitarbeit von medizinischen Fachangestellten in der Behandlung von Übergewicht und Adipositas durchaus sinnvoll. Einige der Befragten waren vollkommen gleichgültig gegenüber der betreuenden Person, solange überhaupt etwas in einem dem Problem angemessenen Umfeld gemacht werde. Mehrere Patienten wünschten aber doch, dass die Betreuung immer unter der Aufsicht des Hausarztes und in ständiger Rücksprache mit diesem geschehen sollte.

IP: Nee, könnte (...) eigentlich auch die helfenden Hände, die guten, die Arzthelferinnen, also dass die das machen und sicherlich (...), dass die ihm das ja entsprechend vorlegen können, und ein Arzt dann, oder eine Ärztin dann immer mal einen Blick drauf werfen kann. (Interview 5911KZ, 347-350)

IP: Ja gut, aber dann muss auch die Struktur dementsprechend sein. Das ist mir eigentlich persönlich egal. Ob nun jemand mit, .. ob ich nun ein Gespräch mit ´nem Arzt mache oder mit ´ner Krankenschwester, das ist mir persönlich egal.

*M: Mmh.*

IP: (...) Das einzigste: Wenn es natürlich dann tiefer geht, dass dann irgendwann der Hausarzt zumindestens (...) informiert oder mal drüber guckt. (Interview 6008VG11, 591-599)

Erwähnt wurde, dass eine entsprechende Schulung oder Weiterbildung der Arzthelfer notwendig wäre, damit dieses Modell Erfolg habe. Die Instruktion durch Ernährungsberater hatte eine besondere Bedeutung.

IP: (...) ja, warum soll, soll ´ne Arzthelferin so was nicht können? (...) vielleicht müsste man ihr so einen Kursus anbieten, so eine Weiterbildung oder so was. Denke ich schon, also ich meine, das ist kein – nichts Akademisches, was man dazu wissen muss, glaube ich. (...) Und es gibt auch Ernährungsberater, aber warum soll nicht ein Ernährungsberater eine Schulung an eine Arzthelferin übernehmen. (Interview 6406FA5, 741-747)

**Tabelle 13: Kategoriensystem der Einbeziehung des Praxispersonals in die Adipositasbetreuung**

<p><b>Betreuung nur durch den Hausarzt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Keine Einbeziehung des Praxispersonals, Problem zu persönlich</i></li> </ul>
<p><b>Betreuung durch Praxispersonal und/oder Hausarzt</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Betreuung durch Praxispersonal und/oder Hausarzt</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ernährungsberatung von Praxismitarbeitern denkbar</i></li> <li>○ <i>Betreuung nicht zwingend von Hausarzt</i></li> <li>○ <i>Praxispersonal kann Beratung übernehmen, Hemmschwelle in Hausarztpraxis niedriger</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Beratung durch Praxispersonal mit Hausarzt im Hintergrund</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Beratung durch Arzthelferinnen möglich mit Arzt im Hintergrund</i></li> <li>○ <i>Beratung von Praxispersonal in geeigneter Struktur und Hausarzt im Hintergrund</i></li> </ul> </li> <li>• <i>Ausbildung für Praxispersonal nötig</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Zusatzausbildung für Praxispersonal denkbar</i></li> <li>○ <i>Kenntnis von Befunden und Medikation wichtig</i></li> <li>○ <i>Weiterbildung für Arzthelfer von Ernährungsberatung</i></li> </ul> </li> </ul>

## 5. Diskussion

### 5.1. Vorgehensweise

Ausgangspunkt dieser Studie war es, das Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis aus Sicht der betroffenen Patienten zu betrachten. Hausärzte werden als wichtige Akteure in der Behandlung und Prävention der Adipositas angesehen<sup>17,23</sup>, das hausärztliche Adipositasmanagement steht in der Praxis jedoch vielen Hindernissen gegenüber.<sup>23,59</sup>

Mittels eines qualitativen Studiendesigns konnte in Erfahrung gebracht werden, welche Probleme und Potentiale Patienten in der hausärztlichen Betreuung ihres vermehrten Gewichts sahen. Die gewählte Stichprobe sollte ein möglichst breites Bild über Erfahrungen und Wünsche der Patienten ergeben. Es konnte eine Vielzahl von Kategoriensystemen aus dem aufgezeichneten Interviewmaterial herausgearbeitet werden, aus denen sich konkrete Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für praktizierende Allgemeinmediziner ableiten lassen.

### 5.2. Ambivalente Erwartungshaltung

Hausärzte befinden sich im Umgang mit übergewichtigen und adipösen Patienten in einem besonderen Zwiespalt zwischen einem aktiven, beharrlichen Vorgehen und einer abwartenden Haltung, bei der vorrangig auf Impulse der Patienten reagiert wird. In den Aussagen der Patienten wurden genau diese unterschiedlichen Wünsche an den Hausarzt deutlich. Zu häufiges Ansprechen der Thematik wurde von zwei Patienten als Drängelei empfunden. Auffällig ist hierbei, dass diese Aussagen gerade von den beiden Patienten mit dem höchsten Stadium der Adipositas (BMI über 40 kg/m<sup>2</sup>) dieser Stichprobe kamen. Es lässt sich vermuten, dass diese Patienten besonders häufig auf ihr Gewicht angesprochen wurden, da auch in anderen Studien ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Adipositas und der Häufigkeit der ärztlichen Ansprache dargestellt wird.<sup>32,35,41</sup> Aber gerade diese Patienten sprachen sich für eine frühere Intervention aus. Wahrscheinlich ist es leichter Übergewicht in einer positiven und motivierenden Weise anzusprechen, wenn es noch nicht so gravierend ist und adipöse Patienten noch nicht mehrfach negative Erfahrungen mit der Thematisierung ihres Gewichts gemacht haben.

Die Aussagen der Patienten können als der Wunsch nach einem zurückhaltenden Explorieren der Motivation des Patienten und einem aktiven Vorgehen bei Zustimmung zusammengefasst werden.

Interessant ist die Kritik einer passiven Haltung des Arztes von Seiten der Patienten. Vergleicht man dieses Ergebnis mit den Ergebnissen der Befragung der Ärzte wird deutlich, dass diese teilweise bewusst eine passive Haltung einnehmen und dies mit der Eigenverantwortlichkeit der Patienten begründen.<sup>59</sup>

Bei der Akzeptanz von Vorsorgeuntersuchungen bestand dahingegen ein Konsens, dass diese ein sinnvolles Angebot darstellten und es wurde befürwortet, dass von ärztlicher Seite auf diese Angebote hingewiesen werden sollte. Die Ansprache von Übergewicht und Adipositas im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen erscheint sehr sinnvoll. Man kann davon ausgehen, dass ein Patient, der sich einer Beratung zu seinem persönlichen kardiovaskulären Risikoprofil, wie im Falle des Check-up-35 oder anderer Krankheitsrisiken, unterzieht, ein gewisses Interesse an seiner Gesundheit hat. Dieser Ansatz von Sorge und freiwilligem Zugehen auf einen Arzt ohne dringende Notwendigkeit kann genutzt werden.

In den Interviews wird neben den unterschiedlichen Erwartungen verschiedener Patienten auch deutlich, dass ein und derselbe Patient im Laufe der Zeit seine Ansprüche verändern kann und sich seine Bedürfnisse verschieben können. Je nach Motivationslage der Patienten wird ein eher passives oder aktives Vorgehen der Ärzte gewünscht.

Diese veränderten Bedürfnisse werden im Arzt-Patienten-Kontakt aber selten thematisiert, wobei sich zeigte, dass die Patienten wünschten, an der Entwicklung eines Therapiekonzeptes beteiligt zu werden und es schätzten, eigene Entscheidungen treffen zu können, die von den Ärzten respektiert werden. Für das Explorieren und Definieren von Bedürfnissen und dem aktuellen Standpunkt des Patienten, können Methoden wie das einleitend beschriebene 5-A-Modell angewandt werden. Techniken wie das „Motivational Interviewing“ können hilfreich sein, um die Eigenverantwortung der Patienten zu betonen und sie auf der selbstständigen Suche nach Lösungsstrategien zu unterstützen.<sup>66</sup> Auch in den Leitlinien der DAG ist festgehalten, dass „Empowerment und Eigenverantwortung der Schlüssel für ein langfristig erfolgreiches Gewichtsmanagement sind.“

### **5.3. Anlässe für eine Gewichtsberatung**

#### **5.3.1. Vorsorge**

Alle Befragten hatten vor dem Interview bei ihrem Hausarzt an einem Beratungsgespräch im Rahmen der Check-up-35-Untersuchung teilgenommen. Da Adipositas ein zentrales Thema der Studie war, ist es nicht verwunderlich, dass alle teilnehmenden Ärzte in diesem Zusammenhang Übergewicht und Adipositas thematisierten. Vier der Patienten wurden jedoch bei der Teilnahme an dieser Studie zum ersten Mal auf die Check-up-Untersuchung hingewiesen.

Erhebungen zufolge wird das präventive Instrument der Gesundheitsuntersuchung bisher nur von einem Teil der gesetzlich versicherten Patienten genutzt.<sup>67</sup> Bekannt ist, dass Ärzte kaum in der primärmedizinischen Grundversorgung präventiv tätig sind. Eine Befragung der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2006 ergab, dass ca. 13,5 % der primärärztlichen Tätigkeit auf Prävention entfallen, darunter zweimal so viel Zeit für die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) wie für Krankheitsvermeidung (Primärprävention).<sup>68</sup>

In einer von Fisseni durchgeführten Analyse einer aus Hausärzten bestehenden Fokusgruppe wird jedoch deutlich, dass diese Ärzte sich durchaus auch primärpräventiv tätig sehen und lediglich systematischen Screenings gegenüber skeptisch sind. Sie bevorzugen entsprechend eine individualisierte Prävention.<sup>69</sup>

Auffällig ist, dass die Diabetiker in dieser Befragung berichteten, sie seien in strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) eingebunden worden, in denen mindestens vierteljährlich auch ihr Gewicht thematisiert werde. Wenn man davon ausgeht, dass ein Großteil der Fälle von Diabetes mellitus Typ 2 auf Übergewicht zurück zu führen ist<sup>7</sup>, muss die Bedeutung von Primär- gegenüber Sekundär- und Tertiärprävention an dieser Stelle betont werden.

#### **5.3.2. Ansprache von Übergewicht**

Die meisten Befragten dieser Studie berichteten, dass sie von ihren Ärzten auf ihr Gewicht angesprochen wurden und sie das Thema nicht selbst einbringen mussten. Übergewicht wurde „immer wieder mal“ thematisiert oder nach der Ansprache zumindest erneut aufgegriffen (siehe Kapitel 4.2.1.).



In anderen Studien, deren Auswahl der Patienten nicht an ein präventives Instrument wie den Check-up-35 gekoppelt ist, ließ sich feststellen, dass die Diagnosestellung und die Ansprache von Übergewicht weitgehend defizitär ist.<sup>31,32</sup> Nur etwa die Hälfte der Adipösen wird in der primärmedizinischen Versorgung auf ihr vermehrtes Gewicht angesprochen. Unter den Übergewichtigen sind es weit weniger, da Hausärzte eher Patienten mit einem höheren BMI und mehr Komorbiditäten ansprechen.<sup>31</sup>

Die hier befragten Patienten begrüßten dahingegen überwiegend, dass ihr Gewicht thematisiert werde. Sie sahen es als ärztliche Aufgabe an und waren teilweise enttäuscht, wenn es nicht angesprochen wurde. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Befragungen Betroffener, denen zufolge sich Patienten mit vermehrtem Gewicht überwiegend ein aktives Vorgehen der Hausärzte wünschen.<sup>32,70</sup>

Die Befragung der Hausärzte hat indessen ergeben, dass diese sich eher in einer passiven Rolle sehen und häufig auf die Initiative der Patienten warten.<sup>59</sup> In einer qualitativen Studie aus Großbritannien wurde das Gefühl von Scham sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf Seiten der Patienten als ein Grund für das Nicht-Thematisieren von Übergewicht ausfindig gemacht.<sup>43</sup> Zu diesem Ergebnis kommt auch eine weitere qualitative Studie aus Norwegen.<sup>71</sup>

## **5.4. Inhalt der Gewichtsberatung**

### **5.4.1. Empfehlungen: Prinzipien, Ernährung, Bewegung**

Die Patienten schilderten eine Vielzahl an Hinweisen zu Ernährung und Bewegung, die sie von ihrem Hausarzt erhalten haben. Besonders die konkreten Empfehlungen und Hinweise zu Prinzipien der Gewichtsabnahme wurden von den Patienten gut aufgenommen und als hilfreich angesehen. Ergänzend hat eine Studie hausärztliche Ernährungsempfehlungen, Empfehlungen zur Bewegung und Hilfe bei der Festlegung eines realistischen Zielgewichts als von den Patienten geschätzte Ratschläge identifiziert.<sup>32</sup> Auffällig ist diesbezüglich, dass in der vorliegenden Stichprobe lediglich eine Patientin erwähnte, mit ihrer Hausärztin ein konkretes Ziel ihrer Gewichtsreduktion vereinbart zu haben.

Aus der detaillierten Beschreibung der Patienten ließen sich zusätzliche Erkenntnisse gewinnen. Die Patienten beschrieben, dass sie eine Beratung als nutzlos ansehen, die lediglich allgemeine und bekannte Ratschläge vermittelt. Nur konkrete Ratschläge, die

sich an den Lebensumständen der Patienten orientierten, konnten tatsächlich umgesetzt werden.

Dass die erhebliche Bedeutung persönlich zugeschnittener Empfehlungen bisher in der hausärztlichen Beratung noch nicht ausreichend berücksichtigt wird, zeigt die Untersuchung in der die ärztlichen Beratungsgespräche analysiert wurden. Besonders jedoch dann, wenn die Patienten zur Selbstreflexion über die Ursache ihres Gewichts angeregt wurden, erhielten sie anschließend detaillierte und individuelle Empfehlungen.<sup>54</sup>

Im Sinne der Leitlinien wurde den Patienten vorwiegend eine mäßig energiereduzierte Mischkost empfohlen, zu anderen Kostformen sowie Formuladiäten rieten die Ärzte nicht (vergleiche 1.2.2. Therapiemöglichkeiten). Besonders erinnerten sich die Patienten an Ratschläge zu Ernährungsverhalten und Esskultur, wie der Rat zu geregelten Mahlzeiten oder einer bewussteren Nahrungsaufnahme.

Dahingegen zeigte die Analyse der Beratungsgespräche, dass psychologische und verhaltenstherapeutische Ansätze sehr selten in den Gesprächen thematisiert wurde und die Ärzte einer Erörterung des Speiseplans generell mehr Zeit widmeten.<sup>62</sup> Aus den Patienteninterviews lässt sich jedoch schließen, dass die Befragten gerade verhaltensbezogene Ratschläge wertschätzten.

Ähnliches gilt für die erhaltenen Ratschläge zur körperlichen Betätigung. Insbesondere die Hinweise darauf wie eine Steigerung der physischen Aktivität in den Alltag integriert werden kann, stellten einen Gewinn für die Patienten dar.

#### **5.4.2. Zusätzliche Angebote zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas**

Erstaunlich war, dass den Patienten nur wenige externe Hilfestellen vermittelt wurden. Dagegen wurde berichtet, dass den Übergewichtigen und Adipösen in zwei Arztpraxen eine spezielle Ernährungsberatung innerhalb der Praxis außerhalb der regulären Sprechstunde angeboten wurde.

Dass Patienten jedoch ein Interesse an zusätzlichen Therapieoptionen haben, zeigt sich in den geäußerten Wünschen der Patienten und auch darin, dass sie aus eigener Initiative zum Beispiel an „Weight Watchers“-Treffen und Ernährungsberatungen teilgenommen haben. Eine Vermittlung oder zumindest eine Thematisierung von zusätzlichen Angeboten mit dem Arzt könnte die Patienten davor bewahren, nutzlose, teure und damit frustrierende Angebote in Anspruch zu nehmen. Die Leitlinien des

SIGN beinhalten eine Checkliste, die Patienten und Ärzten eine Hilfestellung liefern soll Gewichtsreduktionsprogramme zu evaluieren.<sup>19</sup>

Eine randomisierte kontrollierte Studie, die im Zeitraum von 12 Monaten die Gewichtsreduktion von Teilnehmern des „Weight Watchers“ Programm mit der von Patienten, die sich in leitliniengerechter primärmedizinischer Versorgung befanden verglich, konnte die Effektivität dieses Programms belegen.<sup>72</sup> Die Patienten in der „Weight Watchers“- Gruppe nahmen im Mittel mehr als doppelt so viel Gewicht ab, wie die, die sich in der Standard-Therapie-Gruppe befanden. Die Ergebnisse waren vergleichbar in allen drei Ländern, in denen die Studie durchgeführt wurde (Australien, Deutschland und Großbritannien). Jedoch konnte auch ein Viertel der Patienten aus der Standard-Therapie-Gruppe ihr Gewicht um mindestens 5% in einem Jahr senken. In der „Weight Watchers- Gruppe“ erreichte etwa 45% der Teilnehmer dieses Ziel.

Das Besondere der beschriebenen Studie ist die Vernetzung („partnership-model“) zwischen Ärzten und kommerziellen Angeboten, da die Patienten gezielt und frühzeitig von ihrem Arzt an „Weight-Watchers“ vermittelt wurden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen ebenso darauf hin, dass hier ein ergänzendes Potential besteht, welches Hausärzte noch mehr in ihren Beratungsgesprächen berücksichtigen könnten.

Auch in der Studie von Potter et al. wurde untersucht, welche hausärztlichen Interventionen Patienten als hilfreich für die eigene Gewichtsreduktion erlebt haben. Hier stand an erster Stelle die Vermittlung an „Gruppenprogramme“. Danach wurden Bewegungsempfehlungen und Aufklärung über die Gesundheitsrisiken von Adipositas genannt.<sup>32</sup>

Nahezu keine Erwähnung in den Interviews fanden adipositaschirurgische Eingriffe, die sowohl von Ärzten als auch von den Patienten als Therapieoption weitgehend außer Acht gelassen wurden. Dieses Ergebnis zeigt eine Diskrepanz zum aktuellen Forschungsstand, der der bariatrischen Chirurgie zumindest mittelfristige Erfolge bezüglich Reduktion von Gewicht und Begleiterkrankungen sowie Kosteneffektivität für Erwachsene mit morbider Adipositas nachweist.<sup>12</sup>

### **5.5. Effekt der Gewichtsberatung**

Hausärztliche Interventionen hatten nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen vor allem im emotionalen und kognitiven Bereich eine Wirkung auf die Patienten. Bezüglich einer tatsächlichen Umsetzung der Ratschläge berichteten die Patienten sehr

unterschiedliche Erfahrungen. Ein beschriebenes Problem war, dass die Effekte häufig nur kurzfristig waren.

In der Literatur lassen sich Hinweise darauf finden, dass es durchaus einen Zusammenhang zwischen einer Gewichtsberatung durch einen Arzt und dem Versuch einer Gewichtsreduktion gibt.<sup>41,42</sup>

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen das große Motivationspotential der hausärztlichen Begleitung. Die Patienten berichteten, es seien nach der Beratung neue Vorsätze gefasst worden, oder die Beratung habe Gedanken über das eigene Verhalten ausgelöst. Einsicht und Akzeptanz bezüglich ärztlicher Ratschläge waren weitestgehend gegeben.

Es gab im Rahmen der Untersuchung aber auch unbeeindruckte oder verdrängende Patienten, die keine Notwendigkeit der Beratung sahen, Beratung generell ablehnten oder der Meinung waren, eine Beratung stelle keinen neuen Informationsgewinn für sie dar.

Die meisten der befragten übergewichtigen und adipösen Patienten waren gut über die Risiken informiert, wobei dieses Wissen allein nicht zu einer Verhaltensänderung führte. Der Schwerpunkt der hausärztlichen Beratung sollte daher nicht nur auf der Informationsvermittlung liegen, die zwar auch erfolgen muss, aber nur insofern die Patienten Wissenslücken und Fragen haben. Dieses Ergebnis ergibt ein ähnliches Bild wie es von Jallinoja et al. nach einer Befragung von Ärzten und Krankenschwestern beschrieben wird.<sup>73</sup> Die Studie ergab, dass Informationsvermittlung zwar ein wichtiger Bestandteil ärztlicher Beratung ist, die aktuellen Defizite aber eher im Bereich der Motivation und der Änderungsbereitschaft der Patienten gesehen werden. Daraus ergibt sich, dass auch die Motivation und Fortbildung der Ärzteschaft ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Adipositasbehandlung sein sollte.

Ein Vergleich der Zukunftsvisionen von Ärzten und Patienten hat ergeben, dass hier weitgehende Übereinstimmung darüber besteht, wie eine sinnvolle Versorgungsstruktur aussehen sollte.<sup>58</sup> Im Zentrum des hausärztlichen Gewichtsmanagements sollte eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung stehen, die eine Stärkung der Motivation und eine Unterstützung bei der Umsetzung von Verhaltensänderungen erreichen kann.

## **5.6. Allgemeine Vorstellungen der Patienten zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas**

### **5.6.1. Prävention im Versorgungssystem**

Von den Patienten wurden im Allgemeinen frühere Interventionen gefordert. Mit zunehmendem Alter seien Übergewicht und Adipositas immer schwieriger zu bekämpfen. Sie befürworteten besonders Interventionen bei Kindern und Jugendlichen. Betrachtet man die Struktur der empfohlenen und von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchungen, wird eine Lücke zwischen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 17 Jahren und dem Check-up ab 35 Jahren deutlich, in der Adipositas möglicherweise besser durch Interventionen bezüglich des Lebensstils zu verändern wäre. Zudem wird die Check-up-Untersuchung von der Altersgruppe der 35- 44-jährigen zurzeit kaum in Anspruch genommen.<sup>67</sup> Hier muss angemerkt werden, dass Prävention nicht allein im Rahmen formaler Präventionsmaßnahmen erfolgen kann, sondern auch als „spezifische hausärztliche Prävention“ in fortlaufende Arztkontakte integriert werden sollte.<sup>24</sup> Anscheinend messen Hausärzte in Deutschland gerade dieser Art der Prävention eine hohe Bedeutung bei.<sup>69</sup> Fisseni zeigt jedoch auch die Risiken dieses Präventionsverständnisses auf. Insbesondere verschiebe sich die Kosten-Nutzen-Bilanz von Screening-Programmen, wenn diese individuell abgewandelt werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten jedoch darauf hin, dass sich Screening und individualisierte Prävention sehr gut ergänzen und unter den Patienten für beide Vorgehensweisen eine große Akzeptanz besteht.

### **5.6.2. Ansatz am Individuum**

Neben dem Hausarzt sahen die Befragten vor allem Ernährungsberater und Psychotherapeuten als geeignete „Helfer“ an. In den Gesprächen wurde zudem deutlich, dass die Interviewten auch ihren Partnern, ihrer Familie und ihren Freunden eine wichtige Rolle zuschreiben. Auch wenn dieser Aspekt der nicht-professionellen Hilfestellung nicht im Zentrum der Untersuchung stand, erscheint es sinnvoll, das private Umfeld im Sinne verhaltenspsychologischer Interventionen mit in die Therapie von Übergewicht und Adipositas einzubeziehen.

Weiterhin wurde mit Kuren, psychologischer Betreuung, Ernährungsberatung, „Weight Watchers“, Fitness-Centern, Sport- und Bewegungskursen, Kochkursen, speziellen

Angeboten für Mütter und Austauschmöglichkeiten mit anderen Betroffenen das ganze Spektrum der Behandlungsoptionen genannt, welches derzeit zur Adipositasbehandlung eingesetzt wird und sich auch in den Leitlinien und „Experten-Artikeln“ zu diesem Thema wieder findet.<sup>23</sup>

Gezielt eingesetzte Kurse könnten die hausärztliche Betreuung ergänzen. Die Wünsche der Patienten sollten bei der Planung und Vermittlung berücksichtigt werden: Die Kurse sollten gut erreichbar und in den Alltag integrierbar sein, und die Kostenübernahme müsste geklärt werden. Außerdem erscheinen praktische und (zeit)intensive Angebote, in denen die Teilnehmer selbst aktiv werden können und das Gelernte verinnerlicht werden kann, sinnvoll.

In Ansätzen wurde die Bedeutung neuerer Technologien wie das Internet („Weight-Watchers-Online“) erwähnt. Es gibt bereits Studien, die den Nutzen von einer Unterstützung bei der Gewichtsabnahme durch tägliche SMS (short message service) oder Internet-basierter Interventionsprogramme zur Gewichtsreduktion untersuchen.<sup>74,75</sup> Solche Plattformen und andere Multimedia-Applikationen werden demzufolge in der nahen Zukunft vermutlich eine immer größere Rolle spielen.

Das Problem der Nachhaltigkeit von Kursen wurde von den Befragten thematisiert, da diese ebenso wie Kuren zeitlich begrenzt sind. Studien, die sich mit Nachsorge-Programmen nach Aufhalten in stationären Rehabilitationseinrichtungen befassen, weisen bereits positive Effekte auf die Gewichtsstabilisierung auf.<sup>76</sup> Um jedoch flächendeckende Erfolge über Modellprojekte hinaus zu erzielen, sind eine bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure im Adipositasmanagement sowie eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung vonnöten.

### **5.6.3. Keine zusätzlichen Angebote**

In den Aussagen der Patienten, die sich keine zusätzlichen Angebote zur Betreuung ihres vermehrten Gewichts wünschten, wurden zwei Positionen deutlich. Sie meinten entweder, das Angebot sei ausreichend, man müsse es nur nutzen, oder es seien überhaupt keine externen Interventionen nötig, da Gewichtsreduktion eine Frage des Willens sei.

Die Bedeutung der inneren Attribuierung oder Selbstzuschreibung der Verantwortung für das eigene Gewicht wurde in einer qualitativen Erhebung aus England betont.<sup>43</sup> Teilweise kann diese Selbstzuschreibung ein Hindernis dafür sein, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Andererseits ist es für jede Form der Therapie wichtig, sich für seine

Gesundheit verantwortlich zu fühlen. Daher sollte es die Aufgabe der Ärzte sein, das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken, damit das Empfinden der eigenen Verantwortlichkeit in einem positiven und aktiven Vorgehen der Patienten resultieren kann.<sup>57</sup>

Bei der oben genannten Patientengruppe ist bereits ein hohes Maß an innerer Attribuierung vorhanden. Der Fokus der Beratung sollte daher eher darauf liegen die Selbstwirksamkeitserwartung zu verstärken. Möglicherweise genügt es dafür manchmal, den Patienten als Subjekt ins Zentrum des Beratungsgesprächs zu rücken.

#### **5.6.4. Rolle der Krankenkassen und Finanzierung**

Ein erstaunliches Ergebnis dieser Befragung ist, dass die Krankenkassen sehr häufig als Initiatoren und Vermittler von Angeboten zur Gewichtsreduktion erwähnt wurden. Das könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten bereits an vielen Kursen teilgenommen haben, die ihnen ihre Krankenkasse angeboten oder vermittelt hat, und auch Ärzte mitunter an die Krankenkassen als Ansprechpartner verweisen. Zum anderen spiegelt sich hier vielleicht auch die große mediale Präsenz der Krankenkassen wieder.

In den Gesprächen wurde aber auch die Verinnerlichung eines gewissen Präventionsgedanken von Seiten der Patienten deutlich, der in den Krankenkassen als Geldgeber sein institutionelles Korrelat hat. Ein Patient äußerte, Übergewicht könne den Kassen „unter Umständen mal ganz schwer auf die Füße fallen“.

Des Weiteren spielt der finanzielle Aspekt jeglicher Intervention für die Patienten eine große Rolle. Da sie es in gewissem Maße gewohnt sind, dass die Kassen für die Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit aufkommen, liegt es nahe, an diese zu appellieren. Tatsächlich gestaltet sich die Finanzierung einer umfassenden und nachhaltigen Adipositasbehandlung gerade im ambulanten Umfeld im deutschen Gesundheitssystem aktuell sehr schwierig. Viele Therapieoptionen werden nur durch hohes Engagement von Seiten der Ärzte über Sonderanträge durch die Krankenkassen finanziert.<sup>20</sup>

#### **5.7. Bewertung der hausärztlichen Betreuung durch die Patienten und ihre Wünsche an den Hausarzt**

Die Bewertung der tatsächlich erfahrenen Betreuung und die Wünsche der Patienten werden zusammen diskutiert, da diese sich teilweise mit positiven Erfahrungen decken



und sich aus Lob und Kritik auch Verbesserungsvorschläge ableiten lassen. In diese Aussagen fließen auch Erfahrungen mit Ärzten anderer Fachrichtungen ein.

### **5.7.1. Allgemeine Erfahrungen**

Die meisten der befragten Patienten schilderten ihre Hausärzte in positiver Weise, die Berichte über positive Erfahrungen überwogen eindeutig gegenüber den negativen.

Die Patienten formulierten, dass sie die Vertrautheit und Kontinuität in der Behandlung schätzten und der Hausarzt der erste Ansprechpartner und eine geeignete Instanz sei, wenn es um ihr Gewicht gehe. Meistens haben sie erfahren, dass in der hausärztlichen Konsultation Raum war, Fragen zu stellen und Probleme anzusprechen. Gerade deshalb besteht hier ein großes Potential für Prävention im Allgemeinen und für Adipositasprävention im Besonderen.

Dieses Ergebnis kann jedoch verschiedene Ursachen haben. Es muss bedacht werden, dass einzelne Patienten sich eventuell scheuten, negativ über ihren behandelnden Arzt zu sprechen, auch wenn ihnen versichert wurde, dass die Informationen nur anonym verwendet werde und keinerlei Verbindung zu den Ärzten bestehe. Weiterhin kann man davon ausgehen, dass eine spezielle Selektion der betreuenden Hausärzte vorliegt und diese besonders engagiert sind (siehe 5.10. Methodenkritik). Es wäre nicht verwunderlich, würde sich ein besonderes Engagement der Hausärzte auch in größerer Patientenzufriedenheit widerspiegeln.

Andererseits ist die positive Schilderung der Hausärzte auch gerade eine Bestätigung der Institution „Hausarztpraxis“, die unter geeigneten Bedingungen eine wichtige Anlaufstelle für die gesundheitlichen Belange der Patienten sein kann. Eine mittlere Behandlungszeit von 11 Jahren in den jeweiligen Praxen bekräftigt diese Hypothese.

Teilweise wurden die Ärzte von ihren Patienten jedoch als überfordert empfunden, was die Fülle der zu bewältigenden Aufgaben angeht. Aus Patientensicht ist hier vorwiegend die zeitliche Überforderung gemeint. Darunter kann die Behandlung nicht nur direkt durch verkürzte Behandlungszeiten leiden, sondern auch indirekt dadurch, dass Patienten sich zurücknehmen und ihre eigenen Probleme wie Übergewicht/Adipositas nicht ansprechen oder herunterspielen.

Es gibt Studien, die zudem zeigen, dass sich Ärzte für eine gute Gewichtsabnahme- und Lebensstilberatung nicht ausreichend vorbereitet fühlen, und es diesbezüglich einer besseren Ausbildung bedarf.<sup>35</sup>



### 5.7.2. Persönlichkeit und Grundhaltung des Hausarztes

Gerade vor dem Hintergrund der starken Stigmatisierung von Übergewicht und Adipositas in unserer Gesellschaft, von der auch Ärzte und medizinisches Personal nicht frei sind<sup>77</sup>, ist die Haltung, mit der der Hausarzt seinen übergewichtigen und adipösen Patienten begegnet, von großer Bedeutung.

Einerseits ist es wichtig, dass sich die Patienten von ihrem Arzt angenommen und verstanden fühlen und nicht erneut auf Ablehnung und Arroganz ihres Gegenübers stoßen. Andererseits ist auch bedeutsam, dass sie dem Hausarzt wirklich vertrauen, er könne ihnen eine Hilfe sein.

Um dies von ärztlicher Seite zu erreichen, können die Ansätze der narrativen Medizin hilfreich sein. Kalitzkus beschreibt diese so: „ein narrativer Ansatz besteht primär aus einer spezifischen Haltung gegenüber Patienten und ärztlichem Handeln, wie auch aus besonderen „narrativen Fähigkeiten“, wie Sensibilität für den Kontext von Krankheitserfahrungen und einer patientenzentrierten Haltung, narrativen Kommunikationsformen, partnerschaftlichem Kontakt, Reflektieren und aktivem Zuhören.“<sup>78</sup>

Die Wertschätzung einer patientenzentrierten Haltung und eines partnerschaftlichen Kontakts von Seiten der Patienten wurde in vielen Stellen der Interviews deutlich. Die Patienten wollten in die Entscheidung über das therapeutische Vorgehen und die Therapieziele miteinbezogen werden und ihnen war es wichtig, dass der Arzt ihre Entscheidungen respektierte, auch dann, wenn sie eine Gewichtsreduktion generell oder eine bestimmte Therapieoption ablehnten.

Studien können sogar belegen, dass sich eine patientenzentrierte Haltung im hausärztlichen Beratungsgespräch in weniger Arztbesuchen und geringerer Inanspruchnahme von aufwendigen diagnostischen Maßnahmen niederschlägt.<sup>79</sup> Somit kann nicht nur eine größere Patientenzufriedenheit sondern auch eine Kostenreduktion im Gesundheitssystem bewirkt werden.

Auch wenn von den Patienten Sachlichkeit im Umgang mit ihrem Problem gefordert wurde, kann eine technische und anonyme Betrachtung der Komplexität von Übergewicht und Adipositas nicht gerecht werden. Die Forderung nach einer sachlichen und neutralen Haltung des Arztes ist als Forderung nach „nicht Bewerten“ oder „nicht Abwerten“ der Patienten und ihrer Misserfolge oder Stagnation zu verstehen. Viele Patienten haben Wohlwollen, Verständnis und Sympathie von ihrem Hausarzt erfahren, andere berichteten über fehlende Empathie und ein dominantes Auftreten der Ärzte.

Wenn die enorme Schwierigkeit einer Gewichtsreduktion von Seiten der Ärzte anerkannt, Übergewicht und Adipositas ähnlich wie eine Sucht betrachtet werden und dies den Patienten in einer Vertrauensbeziehung glaubhaft vermittelt wird, fühlen diese sich wirklich verstanden. Bedeutsam ist zudem ein Interesse am Patienten über sein Gewichtsproblem hinaus. Studien haben ergeben, dass Übergewichtige häufig die Erfahrung machen all ihre Gesundheitsprobleme würden dem Übergewicht/der Adipositas zugeschoben.<sup>43,71</sup> Eine individuelle Betrachtung und Betreuung des Patienten kann nicht nur die speziellen Problembereiche identifizieren, sie kann auch seine Stärken und Ressourcen, sogenannte „salutogene Potenzen“ hervorheben.<sup>24</sup> Hier kann der Allgemeinmediziner auch wiederum von seiner besonderen Funktion profitieren. Er ist eben kein Adipositasspezialist, sondern Ansprechpartner für alle im weitesten Sinne medizinischen Anliegen seiner Patienten.

### **5.7.3. Gesprächsführung**

Die befragten Patienten konnten recht genau benennen, welche Art der Gesprächsführung und der Formulierungen ihnen gut beziehungsweise nicht gut gefallen haben.

Übergewicht und Adipositas sind besonders sensible Themen für die Betroffenen, die einerseits Fingerspitzengefühl von Seiten des Arztes erfordern, andererseits mit einer gewissen Natürlichkeit behandelt werden sollten. Die Patienten schätzten Sachlichkeit, „Volkstümlichkeit“ und klare Meinungsäußerungen der Hausärzte und fanden es beirrend wenn der Hausarzt selbst Hemmungen vor der Ansprache des Themas Gewichts hatte. Diese Hemmungen könnten auch ein Grund dafür sein, dass das Thema mitunter nur angeschnitten und nicht ausführlich thematisiert wurde. Verletzende und bedrängende Formulierungen der Ärzte blieben im Gedächtnis der Patienten haften und beeinflussten ebenso die Arzt-Patienten-Beziehung, wie ein als angenehm empfundenenes Gespräch. Die Balance zwischen direktem Vorgehen und Vorsicht ist schwierig. Es schien bei den Patienten jedoch immer gut anzukommen wenn Empathie und Respekt im Vordergrund standen und der Arzt signalisierte, dass er ein offenes Ohr für alle Fragen hat, sich Zeit nahm und auch selber ergänzende Fragen stellte.

Glücklicherweise findet die ärztliche Gesprächsführung immer größere Beachtung, so dass Fächer wie „Interaktion“, „Kommunikation, Interaktion und Teamwork“ (Charité Universitätsmedizin Berlin) oder „Praktikum zur Arzt-Patient- Gesprächsführung“

(Medizinische Hochschule Hannover) bereits feste Bestandteile der Curricula mancher medizinischer Fakultäten sind. In diesen Fächern lernen angehende Ärzte Hemmungen zu überwinden und einen effektiven und patientenzentrierten Kommunikationsstil zu verfolgen.<sup>80,81</sup>

## **5.8. Rolle des Hausarztes im Adipositasmanagement**

### **5.8.1. Vorgehen der Hausärzte**

Ein transparentes Konzept oder ein einheitliches konzeptuelles Vorgehen der Ärzte wird in den analysierten Interviews nicht deutlich. Patienten berichten teilweise, dass Übergewicht/Adipositas „immer wieder mal“ thematisiert werde, oder dass die Hausärztin es dem Patienten „immer wieder vor Augen führe“, andere meinen es sei kein so großes Thema im ärztlichen Gespräch. Eine einzige Patientin hatte ein klares Ziel der Gewichtsreduktion mit ihrer Ärztin vereinbart und eine weitere Patientin berichtete von einem Diätplan, den ihr die Hausärztin erstellt habe und mit dessen Hilfe sie Gewicht reduzieren konnte. Auch von sehr unterschiedlichen Erfahrungen mit verschiedenen Hausärzten wird berichtet. In jedem Fall kann das Vorgehen der Mediziner als sehr uneinheitlich beschrieben werden, was zu den Ergebnissen der Befragung der Hausärzte passt, die deutlich unterschiedliche Haltungen der Ärzte bezüglich des Adipositasmanagements zeigte.<sup>59</sup> Ebenso ergab die Analyse von Check-up-35-Beratungsgesprächen, dass die meisten Hausärzte die Motivation der Patienten nicht ausreichend explorieren und keine klaren Vereinbarungen über die aus den Konsultationen resultierenden Ziele treffen.<sup>54</sup>

### **5.8.2. Kontinuierliche Betreuung**

Von den Patienten wurde betont, dass die Kontinuität und die Regelmäßigkeit der „Kontrollen“ wichtige Elemente in der Betreuung seien. Über die Frequenz der Arztkontakte gab es unterschiedliche Angaben, sie sollte aber relativ hoch (wöchentlich bis monatlich) sein, da man es sonst „schleifen ließe“.

Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass hausärztliche Lebensstilberatung von niedriger bis mittlerer Intensität, bezogen auf die Leitlinien der US Task Force, im Allgemeinen keine klinisch relevante Gewichtsreduktion zur Folge hatten.<sup>22</sup> Erfolgreiche Programme zur Gewichtsreduktion in der primärmedizinischen Versorgung, wie das „Counterweight Project“, beinhalten dahingegen engmaschige Kontakte (zunächst alle

zwei Wochen) zwischen Patient und Therapeut vor allem zu Beginn der Therapie mit Abnahme der Frequenz über einen längeren Zeitraum.<sup>50</sup>

Die Patienten können in regelmäßigen Konsultationen eine gewissen Kontrolle und eine Spiegelung ihres Erfolges oder Misserfolges erfahren, Erfolge können durch Lob verstärkt, Misserfolge analysiert und Strategien daraufhin modifiziert werden.

Der Wunsch nach einer regelmäßigen Betreuung entspringt der Erkenntnis, es aus eigenem Antrieb und vor allem unter Eigenregie nicht zu schaffen. Die Patienten möchten sich einem äußeren System unterwerfen und dennoch in ihrer Individualität respektiert werden. Diese Fähigkeit der Begleitung und Unterstützung wird vor allem dem Hausarzt zugeschrieben, da er „neutraler“ ist als Freunde oder Familienangehörige, die häufig zu befangen oder sogar mitbetroffen sind.

Man kann sich fragen, ob durch eine Verbesserung der Beratung im Sinne „Narrativer Medizin“ oder „Motivational Interviewing“ die Eigenverantwortlichkeit und Selbstwirksamkeit der Patienten soweit gesteigert werden kann, dass ihre zuvor geschilderten, hoch angesiedelten Ansprüche an die Frequenz der hausärztlichen Kontrollen reduziert werden könnten.<sup>66,78</sup>

### 5.8.3. Der Hausarzt als Koordinator und Berater

Ein Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, welche Rolle des Hausarztes im Adipositasmanagement den Bedürfnissen der Patienten am ehesten gerecht wird. Die formulierten Bedürfnisse der Patienten sind unterschiedlich, doch es wurden vor allem zwei Aufgabenfelder deutlich, die sich mit den Begriffen **Koordination** und **Beratung** beschreiben lassen.

Als **Koordinator** hat der Hausarzt den Überblick über alle möglichen Interventionsmöglichkeiten und Hilfsangebote im Umkreis der Praxis oder etabliert sogar verschiedene Angebote in den eigenen Praxisräumen, wie beispielsweise Ernährungsberatung oder Patienten(selbsthilfe)gruppen. Durch Kenntnis der Patienten und gezielte Anamnesen kann er herausfinden, welche Angebote für die jeweiligen Patienten passend sind und sie dann an diese weiter vermitteln. Möglich wäre auch, dem Patienten alle Angebote zu offerieren und ihn dann wählen zu lassen. Die Hauptaufgabe des Arztes besteht hier in der Vermittlung, er ist erster Ansprechpartner und hat eine Art Filterfunktion.

Als **Berater** sollte der Hausarzt in erster Linie selbst alle Betreuungsaufgaben von Aufklärung über konkrete Empfehlungen zu Ernährung, Bewegung und den Prinzipien der Gewichtsregulation bis hin zur intensiven und ausführlichen Motivationsarbeit übernehmen, sofern der Patient dies wünscht.

Die Hausärzte in unserer Stichprobe scheinen eher diese Vorgehensweise zu verfolgen, was an der geringen Rate an Weitervermittlungen beobachtet werden kann (siehe 5.4.2.). Die Patienten entwerfen ergänzend auch das Bild eines koordinierenden Arztes und sind von sich aus auf der Suche nach zusätzlichen Angeboten. Der Hausarzt als Berater steht zudem auch etwas entgegen dem Trend zur Anonymisierung der Betreuungsabläufe und der „Atomisierung von Zuständigkeit und Verantwortung“<sup>24</sup>, wo es für jedes Anliegen einen Spezialisten und eine besondere Einrichtung oder Abteilung gibt. Dieser Ansatz ist aber gerade im Falle des Problems „Übergewicht/Adipositas“ von Bedeutung. Das eigene Gewicht ist ein besonders schambesetzter Bereich, daher fällt den Patienten eine Öffnung gegenüber vielen verschiedenen Menschen unter Umständen schwer.

Eine klare Rollendefinition und auch das transparent machen dieser Rolle gegenüber den Patienten kann sehr hilfreich für den Betreuungsprozess sein. Es gibt dem Patienten in seiner Ambivalenz zwischen innerer Attribuierung und dem Wunsch „an die Hand genommen zu werden“ eine Linie vor und definiert klar seine Verantwortlichkeiten.

Letztlich kann der Arzt aber den multidisziplinären Anforderungen der modernen Adipositas therapie<sup>18,23</sup> alleine nicht gerecht werden und nur die Rolle eines Betreuers in einem Therapeuten-Team ausfüllen, in der sich Koordination und Beratung vereinen und die Begleitung im Vordergrund steht.

### **5.9. Bedeutung des Praxispersonals in der Betreuung**

Wie bereits beschrieben (siehe 1.3.3.) sind die Versorgungsstrukturen in Deutschland derzeit nicht ausreichend, um eine leitliniengerechte Betreuung Übergewichtiger und Adipöser zu gewährleisten.<sup>23</sup> Ein Modell, in dem die Hausarztpraxis die Betreuung von Patienten mit Gewichtsproblemen übernimmt, der Hausarzt selbst jedoch eine gewisse Entlastung erfährt, sieht die verstärkte Einbeziehung des Praxispersonals in das Adipositasmanagement vor, wie es zum Beispiel in Großbritannien üblich ist.<sup>82</sup> Dieses

Vorgehen würde auch der Forderung der WHO nach einer Involvierung anderer Gesundheitsberufe in die Adipositasprävention gerecht.<sup>7</sup>

Von den meisten der Befragten wurde ein derartiges Konzept begrüßt, unter der Voraussetzung, dass ihnen dadurch eine intensivere Betreuung zukäme. Jedoch sahen sie in den aktuellen Strukturen der hausärztlichen Praxen diesbezüglich noch Defizite. Vor allem müssten die potentiellen Berater eine entsprechende Weiterbildung durchlaufen.

Nichtsdestotrotz wurden dem Hausarzt besondere Kompetenzen zugesprochen, sei es aufgrund seines Arzt-Seins oder aufgrund der besonderen Bindung an seine Person, so dass zumeist eine Mitbetreuung durch den Arzt im Hintergrund gewünscht wurde.

Eine qualitative Befragung von Rosemann et al. kam zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurden 20 Hausärzte, 20 Arzthelferinnen und 20 Patienten zu der aktuellen Rolle des Praxispersonals in Hausarztpraxen befragt, sowie zu Möglichkeiten und Hindernissen den Aufgabenbereich zu erweitern. Es zeigte sich, dass Arzthelferinnen in Deutschland nicht ausreichend ausgebildet sind, um eine medizinische Beratung zu übernehmen. Daher waren sowohl Ärzte als auch Patienten skeptisch bezüglich einer Erweiterung ihres Kompetenzbereiches. Jedoch wurden vor allem Ratschläge aus den Bereichen „Lebensstiländerung“ „Ernährung“ und „Motivation zur körperlichen Betätigung“ von Seiten des Praxispersonals akzeptiert. Man kann also davon ausgehen, dass gerade im Bereich des Adipositasmanagements ein großes Potential für eine stärkere Involvierung des Praxispersonals liegt. Die Arzthelferinnen selbst beschrieben, dass sie seit der Einführung von DMPs bereits verstärkt in die Patientenbetreuung einbezogen wurden und sahen ihre Arbeit dadurch aufgewertet.<sup>47</sup> Neben Ärzten und Patienten könnte also auch diese Berufsgruppe von veränderten Strukturen profitieren.

### **5.10. Methodenkritik**

Die relativ kleine Stichprobe von 15 Interviewpartnern ist aufgrund der qualitativen Vorgehensweise ausreichend, da keine Repräsentativität, sondern vielmehr eine möglichst breite Fächerung an Personenmerkmalen, Erfahrungshintergründen und Sichtweisen der Teilnehmer angestrebt wurde. Um dies zu erreichen sollten die Merkmale Alter, Grad des Übergewichts/der Adipositas und Verteilung auf betreuende Hausärzte weitgehend unterschiedlich sein. Dies gelang mit Einschränkungen (siehe 4.1.1.). Zu beachten ist, dass besonders die Verteilung auf die betreuenden Hausärzte nicht ideal ist. Immerhin 6 Patienten befanden sich in Betreuung bei derselben

Hausärztin, was der Betrachtung ihres Behandlungskonzeptes größeres Gewicht verleiht.

Grundsätzlich ist ein Selektionsbias der Studienteilnehmer bei dieser Art der Befragung unvermeidlich, da sie eine große Bereitschaft sich zu öffnen und über Persönliches zu berichten voraussetzt. Darüber hinaus lässt sich annehmen, dass überwiegend solche Patienten teilnahmen, die den Themen Prävention und Übergewicht/Adipositas eine größere Bedeutung beimmaßen.

Bei den an der Studie teilnehmenden Hausärzten muss man ebenso davon ausgehen, dass sie überdurchschnittlich engagiert und interessiert an Forschung zur Thematik sind.

Für die Auswahl der Interviewpartner konnte auf die bereits an der Gesamtstudie teilnehmenden Patienten von 12 Berliner und Brandenburger Hausärzten zurückgegriffen werden. In dieser Patientengruppe waren mehr Frauen vorhanden. Bei der erneuten Kontaktaufnahme erklärten sich wiederum mehr Frauen bereit, an den Interviews teilzunehmen.

Das Bestehen der Stichprobe aus überwiegend älteren Teilnehmern (jüngste Teilnehmerin 43 Jahre, Median 60 Jahre), hat seine Ursache in der Rekrutierung über die Teilnahme am Check-up-35. Ein positiver Effekt ist der naturgemäße größere Erfahrungsschatz, über den die Patienten berichten können. Teilweise lässt sich bei den älteren Interviewpartnern aber auch eine Tendenz zur Resignation und Hinnahme des vermehrten Gewichts feststellen. Die Studie von Sonntag et al. zeigt, dass gerade ältere Patienten häufiger external attribuieren und weniger bereit sind, aktiv gegen ihr vermehrtes Gewicht anzugehen.<sup>57</sup>

Die genannten Daten zu BMI, Gewichtsabnahme seit der letzten Befragung sowie Vorerkrankungen beruhen auf Eigenangaben der Patienten. Das auffällige Ergebnis, dass kein Patient in der Zeit seit der letzten Check-up-Untersuchung an Gewicht zugenommen hat muss mit einer gewissen Skepsis betrachtet werden. Die Frage wie realistisch die Patienten ihr Gewicht einschätzen und wie genau sie den Gewichtsverlauf verfolgen bleibt offen.



Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, speziell die zusammenfassende Inhaltsanalyse hat sich als Instrument für eine umfassende Extraktion inhaltlicher Aussagen bewährt. Der Vergleich der Auswertungen durch unterschiedliche Untersucher (Rater) ergab ein hohes Maß an Übereinstimmung der analysierten Textpassagen. Aufgrund der Fülle des Ausgangsmaterials wurden in dieser Arbeit nur ausgewählte Aspekte der Interviews einer intensiven Analyse unterzogen. Dennoch flossen alle Aussagen der Patienten in die Betrachtung des Textmaterials mit ein.

### **5.11. Schlussfolgerungen**

Die diskutierten Ergebnisse weisen auf ein strukturelles Problem in der aktuellen hausärztlichen Versorgung Übergewichtiger und Adipöser hin, zeigen jedoch auch sehr viele Ansatzmöglichkeiten für eine Verbesserung von Präventions- und Therapiemöglichkeiten. Zunächst muss betont werden, dass die Hausarztpraxis eine Institution mit großer Akzeptanz ist und der Hausarzt für viele Patienten eine Vertrauensperson darstellt. Dieses Potential sollte in der Betreuung Übergewichtiger und Adipöser genutzt werden. In dieser Arbeit wurde, ausgehend von der Sichtweise der betroffenen Patienten, versucht, die hausärztliche Rolle im Adipositasmanagement klarer zu definieren. Für die praktische Umsetzung könnte es hilfreich sein, dies auch in Leitlinien zur Therapie und Prävention der Adipositas oder in speziell hausärztlichen Leitlinien deutlicher zu formulieren.

Grundsätzlich sollten im Vordergrund des Adipositasmanagements nicht pauschale Therapiemaßnahmen, sondern individuelle Handlungsempfehlungen stehen. Der Schwerpunkt sollte von Aufklärungs- hin zu Motivationsarbeit verschoben werden.

Anzustreben ist eine individuelle Vorgehensweise, die durch gemeinschaftlich mit dem Patienten ausgehandelte Therapieoptionen und -ziele bestimmt ist, welche kontinuierlich neu überdacht, modifiziert und transparent gemacht werden sollten. Nur so kann die Eigenverantwortlichkeit der Patienten gestärkt werden.

Da Übergewicht und Adipositas für die Betroffenen hoch sensible Themen mit hohem Frustrationspotential sind, müssen zudem die kommunikativen Kompetenzen der Hausärzte gestärkt werden.

Die befragten Patienten wünschten sich überwiegend eine intensivere und kontinuierlichere Betreuung ihres Übergewichts oder ihrer Adipositas. Um dies zu erreichen ist neben einer besseren Vergütung vor allem der „sprechenden Medizin“



auch die gezielte Delegation an geschulte Fachkräfte sinnvoll, um auf diese Weise eine intensivierete Betreuung oder Gruppenprogramme zu ermöglichen. Zudem sollte eine bessere Vernetzung der verschiedenen Angebote zur Adipositasbehandlung in einem Ort/Bezirk mit dem Hausarzt als Koordinator oder der Praxis als Koordinationszentrum angestrebt werden.

Schließlich kann nur eine Stärkung der Primär- statt der Sekundärprävention im Gesundheitssystem dazu beitragen die Prävalenz der Adipositas zu reduzieren. Interventionen sollten früher, nicht erst ab einem BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> angebahnt werden. In diesem Sinne sollten Gewicht, Ernährung, Bewegung und Lebensstil in jedem Vorsorgegespräch angesprochen werden.

Die Durchführung von Interventionsstudien zur Effektivität niedrigschwelliger Gewichtsreduktionsprogramme mit Integration von Primärversorgern könnte die Versorgung adipöser Patienten maßgeblich verbessern. Aus dieser Arbeit ergibt sich zudem weiterer Forschungsbedarf bezüglich der Bereiche des Adipositasmanagements, die sich von Hausärzten erfolgreich delegieren lassen, immer im Hinblick dessen, ob sie zu einer nachhaltigen Gewichtsreduktion beitragen können.

## 6. Zusammenfassung

Übergewicht und Adipositas sind in westlichen Industrienationen auf dem Vormarsch. Die WHO spricht bereits von einer „Adipositasepidemie“. In Deutschland weist derzeit etwa die Hälfte der Bevölkerung einen BMI auf, der nicht dem Norm- oder Idealgewicht entspricht.<sup>6</sup> Adipositas ist ein bedeutender Risikofaktor vor allem für die Entwicklung von Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen, beeinträchtigt aber auch das aktuelle Befinden der Betroffenen. Die Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas gestaltet sich schwierig. Leitlinien und Aktionspläne sollen das Vorgehen unterstützen, wobei die Erfolge bisher jedoch spärlich sind.

Dem Hausarzt wird im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems eine zentrale Rolle im Adipositasmanagement zugesprochen. Die Hausarztpraxis scheint gute Rahmenbedingungen für die Betreuung Übergewichtiger und Adipöser zu erfüllen. Die aktuellen Strukturen im deutschen Gesundheitssystem erschweren jedoch die Behandlung, so dass hier ein Potential liegt, welches vermehrt ausgeschöpft werden könnte.<sup>23</sup>

Ziel dieser Studie war es, zu explorieren, welche Erfahrungen übergewichtige und adipöse Patienten mit ihrem Hausarzt gemacht haben. Schwerpunkte der Befragung waren die Inhalte der Beratung, die Art der Kommunikation, die Bewertung der Betreuung, eventuell vorhandene Wünsche an den Hausarzt, sowie allgemeine Vorstellungen von einer guten Betreuung. Aus der Darstellung der Patientenperspektive sollten Ansätze für die Verbesserung des Adipositasmanagements abgeleitet werden.

Für dieses Ziel wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Es wurden 15 semistrukturierte Interviews mit übergewichtigen oder adipösen Patienten (BMI-Durchschnitt: 32,5 kg/m<sup>2</sup>) geführt, die sich in hausärztlicher Betreuung befinden. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Es zeigte sich, dass die befragten Patienten bereits viele positive, aber auch frustrierende Erfahrungen mit ihren Hausärzten und Ärzten anderer Fachbereiche gemacht hatten. Beratungen zu Ernährung und Bewegung waren erfolgt, als besonders hilfreich wurden jedoch verhaltensbezogene Ratschläge empfunden. Konkrete Zielvereinbarungen wurden selten getroffen.

Obwohl Verhaltenstherapeutische Interventionen von den Patienten gewünscht sind und auch in Studien gute Erfolge zeigen,<sup>20</sup> wurden sie von den Ärzten bisher wenig eingesetzt.

Grundsätzlich ist der Hausarzt eine Vertrauensperson. Die befragten Patienten befürworteten eine Adipositasbehandlung, die primär in der Hausarztpraxis angesiedelt ist. Auch gegenüber Präventionsmaßnahmen besteht unter den Patienten allgemein eine große Akzeptanz.

Die aktuellen Bedürfnisse, die Vorlieben in der Kommunikation, der Wissensstand und die Motivationslagen sind von Patient zu Patient verschieden. Daher sind eine individuelle Betreuung und ein partnerschaftliches Verhältnis zum Hausarzt von großer Bedeutung. Er soll ihnen mit Empathie und Respekt begegnen und ihre Entscheidungen akzeptieren. Da das vermehrte Gewicht für die Patienten ein sehr sensibles Thema darstellt, müssen Hausärzte eine Balance zwischen vorsichtigem und direktem Ansprechen, zwischen aktivem und passivem Vorgehen finden. Diese Herausforderungen lassen sich am ehesten durch Transparenz sowie Überprüfung und häufigere Anpassung des gemeinsamen Konzepts lösen.

Bislang spiegelt sich das unklare Rollenverständnis des Hausarztes in einer ambivalenten Erwartungshaltung der Patienten wider. Eine diesbezüglich notwendige Aufgabe des Arztes ist es, Motivationsarbeit zu leisten und die Eigenverantwortlichkeit des Patienten zu stärken. Hierzu stehen ihm bereits viele geeignete Konzepte zur Verfügung.<sup>66,78,82</sup>

Vorausgesetzt, die Bereitschaft zur Verhaltensänderung ist vorhanden, wünschen sich die Patienten eine zeitintensivere, konkretere und kontinuierlichere Betreuung. Die partielle Übernahme dieser Betreuung durch das Praxispersonal ist für die meisten Patienten denkbar. Der Hausarzt erhält dadurch zwei Hauptaufgaben im Adipositasmanagement: die der Beratung und die der Koordination. Der Hausarzt soll primäre Bezugsperson sein und den Prozess der Gewichtsreduktion begleiten, kann die Patienten aber auch an jeweils geeignete andere Angebote weiter vermitteln. Ein multidisziplinäres Adipositasmanagement mit dem Hausarzt als Zentrum erscheint sinnvoll.

Der Hausarzt stellt berechtigterweise die zentrale Figur im Übergewichtsmanagement dar. Besonders er hat das Potential, eine Vertrauensbeziehung zu seinen Patienten aufzubauen und diese kontinuierlich und langfristig über viele Jahre zu begleiten. Gelingt es, die Betreuung zu intensivieren, das therapeutische Vorgehen transparenter, individueller und partnerschaftlicher zu gestalten, sowie die kommunikativen Kompetenzen der Hausärzte zu stärken, sind die Grundlagen für eine erfolgreiche Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas geschaffen.

## 7. Literaturverzeichnis

1. WHO Regionalbüro für Europa. *Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas*. Kopenhagen, 2006.
2. Robert-Koch-Institut. Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16. Berlin, 2003.
3. Wirth A. *Adipositas. Epidemiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*. 3rd ed. Berlin Heidelberg: Springer; 2008.
4. National Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute, North American Association for the Study of Obesity. *The Practical Guide, Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. 2000.
5. Europäische Kommission, Directorate-General for health and consumers. *Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues. Implementation Progress Report*. Brüssel, 2010.
6. Statistisches Bundesamt. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitszustand/Tabellen/Content50/Koerpermasse.templateId=renderPrint.psml>. Accessed August 10, 2011.
7. WHO Regionalbüro für Europa. *The challenge of obesity in the WHO European Region and strategies for response, Summary*. Kopenhagen, 2007.
8. Prospective Studies Collaboration. Body-Mass-Index and cause specific mortality in 900000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083-1096.
9. Lenz M, Richter T, Mühlhausen I. Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Eine systematische Übersicht. *Deutsches Ärzteblatt*. 2009;40:641-648.
10. Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, Korinek J, Thomas RJ, Allison TG, Mookadam F, Lopez-Jimenez F. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: systematic review of cohort studies. *Lancet*. 2006;368:666-678.
11. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, Obesity and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults. *N Engl J Med*. 2003;348:1625-1638.

12. Bockelbrink A, Stöber Y, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner W. *Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbidem Adipositas*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information;2008.
13. von Lengerke T, Reitmeir P, John J. Direkte medizinische Kosten der (starken) Adipositas:ein Bottom-up Vergleich über- vs. normalgewichtiger Erwachsener in der KORA-Studienregion. *Gesundheitswesen* 2006;68:110-115.
14. Anderson DA, Wadden TA. Treating the obese patient. Suggestions for Primary Care Practice. *Arch Fam Med*. 1999;8:156-167.
15. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009:1-24.
16. Metz U, Welke J, Esch T, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Perception of stress and quality of life in overweight and obese people- Implications for preventive consultancies in primary care. *Med Sci Monit*. 2009;15(1):1-6.
17. Deutsche Adipositas Gesellschaft, Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas*. 2007.
18. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, et al. Management of Obesity in Adults. European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts*. 2008;1:106-116.
19. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of Obesity. A national clinical guideline*. 2010.
20. Wiesner S. Leitliniengerechte Therapie der Adipositas im Kontext der Versorgungsmöglichkeiten. In: Heintze C, ed. *Adipositas und Public Health. Rahmenbedingungen, interdisziplinäre Zugänge und Perspektiven für erfolgreiche Präventionsstrategien*. Weinheim München: Juventa; 2010:41-64.
21. Dansinger DL, Tatsioni A, Wong JB, Chung M, Balk EM. Meta-Analysis: The Effect of Diet-Counseling for Weight Loss. *Ann Intern Med*. 2007;147:41-50.
22. Tsai AG, Wadden TA. Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States. A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2009;24:1073-1079.
23. Hauner H. Möglichkeiten der Adipositasbehandlung. *Internist*. 2011;52:374-382.
24. Abholz HH. Hausärztliche Prävention- Ein Vorschlag für eine Systematik. *Z Allg Med*. 2006;82:50-55.

25. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. ("Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien"). *Bundesanzeiger* 34. 2011.
26. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. *Die 50 häufigsten ICD-10 Schlüsselnummern nach Fachgruppen*. Berlin, 2005.
27. von Lengerke T, Happich M, Reitmeir P, John J Utilization of Out- and Inpatient Health Services by Obese Adults: a Population-Based Study in the Augsburg Region, Germany. *Gesundheitswesen*. 2005;67 Sonderheft 1:150-157.
28. Pittrow D, Pieper L, Klotsche J, Wittchen HU. *DETECT- Ergebnisse einer klinisch-epidemiologischen Querschnitts- und Verlaufsstudie mit 55.000 Patienten in 3000 Hausarztpraxen*. München: Elsevier; 2007.
29. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition, Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002. <http://www.degam.de/index.php?id=303> Accessed September 9, 2011.
30. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions. An Evidence-Based Approach. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):267-284.
31. Bramlage P, Wittchen HU, Pittrow D, et al. Recognition and management of overweight and obesity in primary care in Germany. *Int J Obes*. 2004;28:1299-1308.
32. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physician. *J Fam Pract*. 2001;50(6):513-518.
33. Simkin-Silverman LR, Gleason KA, King WC, Weissfeld LA, Buhari A, Boraz MA, Wing RR. Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics. *Preventive Medicine*. 2005;40:71-82.
34. Greiner KA, Born W, Hall S et al. Discussing weight with obese primary care patients: physicians and patient perceptions. *J Gen Intern Med*. 2008;23(5):581-587.
35. Huang J, Yu H, Marin E, Brock S, Carden D, Davis T. Physicians` weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. *Acad Med*. 2004;79:156-161.

36. Brotons C, Ciurana R, Pineiro R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut MR. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(suppl):1048S-1051S.
37. Fong RL, Bertakis KD, Franks P. Association between obesity and patient satisfaction. *Obesity.* 2006;14:1402-1411.
38. Wee CC, Phillips RS, Cook EF, Haas JS, Puopolo AL, Brennan TA, Burstin HR. Influence of bodyweight on patients` satisfaction with ambulatory care. *J Intern Med.* 2002;17:155-159.
39. Wadden TA AD, Foster GD, Bennett A, Steinberg C, Sarwer DB. Obese womens´ s perception oft their physicians weight management attitudes and practices. *Arch Fam Med.* 2000;9:854-860.
40. Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults` views of the outcomes of dietary treatment. *J Hum Nutr Diet.* 2007;20:486-494.
41. Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaislavavicius V, Miseviciene I. Advising overweight patients about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health.* 2006;6:30-36.
42. Loureiro ML, Nayga RM. Obesity, weight loss and physician´ s advice. *Soc Sci Med.* 2006;62:2458-2468.
43. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract.* 2006;20:666-672.
44. Ruelaz A, Diefenbach P, Simon B, Lanto A, Arterburn D, Shekelle PG. Perceived barriers to weight management in primary care- perspectives of patients and providers. *J Intern Med.* 2007;22:518-522.
45. Ogden J, Baig S, Earnshaw G, Elkington H, Henderson E, Lindsay J, Nandy S. What is health? GPs and patients worlds collide. *Patient Educ Couns.* 2001;45:265-269.
46. Ogden J, Flanagan Z. Beliefs of the causes and solutions of obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns.* 2008;71:72-78.
47. Rosemann T, Joest K, Körner T, Schaefert R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract.* 2006;7:14.
48. Ter Bogt NCW, Bemelsmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing weight gain by lifestyle intervention in a General Practice setting.



- Three year results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2011;171(4):306-313.
49. Brown I, Psarou A. Literature review of nursing practice in managing obesity in primary care: developments in the UK. *J Clin Nurs.* 2008;17(1):17-28.
  50. Counterweight Project Team. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. *Br J Gen Pract.* 2008;58:548-554.
  51. Collins S. Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Med Educ.* 2005;39(8):785-796.
  52. Heintze C. *Adipositas und Public Health. Rahmenbedingungen, interdisziplinäre Zugänge und Perspektiven für erfolgreiche Präventionsstrategien.* Weinheim München: Juventa; 2010.
  53. Sonntag U, Henkel J, Renneberg B, Bockelbrink A, Braun V, Heintze C. Counseling overweight patients: analysis of preventive encounters in primary care. *Int J Qual Health Care.* 2010(6):486-492.
  54. Heintze C, Metz U, Hahn D, Niewöhner J, Schwantes U, Wiesner J, Braun V. Counseling overweight in primary care: An analysis of patient-physician encounters. *Patient Educ Couns.* 2009;80:71-75.
  55. Heintze C, Metz U, Wiesner J, Hahn D, Schwantes U, Braun V. Übergewichtige Patienten in der Hausarztpraxis: Wie wird die Gesundheitsuntersuchung zur Risikoberatung genutzt? Eine qualitative Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen. *ZEFQ.* 2009;103:439-444.
  56. Heintze C, Metz U, Dieterich A, Schwantes U, Wiesner J. Ursachen von Übergewicht. Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen im Kontext der hausärztlichen Gesundheitsuntersuchung. *Präv Gesundheitsf.* 2008;3:289-295.
  57. Sonntag U, Esch T, von Hagen L, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Locus of control, self-efficacy and attribution tendencies in obese patients- implications for primary care consultations. *Med Sci Monit.* 2010;16(7):330-335.
  58. Heintze C, Sonntag U, Brink A, Huppertz M, Niewöhner J, Wiesner J, Braun V. A qualitative study on patients' and physicians' visions for the future management of overweight or obesity. *Fam Pract.* 2012;29(1):103-109.

59. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GP's attitudes, objectives and barriers in counseling for obesity- a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(1):9-14.
60. Flick U, von Kardorff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 6th ed. Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag; 2005.
61. Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* 1st ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2007.
62. Wiesner J. *Die Check-up Untersuchung übergewichtiger PatientInnen in der Hausarztpraxis - Eine qualitative Analyse von Beratungsgesprächen (Dissertation).* Berlin: Institut für Allgemeinmedizin, Charité- Universitätsmedizin Berlin; 2009.
63. Mey G, Mruck K. Qualitative Interviews. In: Naderer G, Balzer E, ed. *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis.* Wiesbaden: Gabler Verlag; 2007:247-278.
64. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* 2nd ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006.
65. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 8th ed. Weinheim: Belz Verlag; 2003.
66. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational Interviewing. *BMJ.* 2010;340:1242-1244.
67. Hauswaldt H, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen - eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996-2006. *Z Allg Med.* 2009;10:411-417.
68. Amhof R. Ärzte kaum präventiv tätig. Ein Newsletter der Bertelsmann-Stiftung: Gesundheitsmonitor. 2006:1-5.
69. Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Analyse einer Fokusgruppe. *Z Allg Med.* 2003;79:591-595.
70. Davis NJ, Emerini A, Wylie-Rosett J. Obesity management. Physician practice patterns and patient preference. *Diabetes Educ.* 2006;32(4):557-561.
71. Malterud K, Ulriksen K. Obesity in general practice: a focus group study on patient experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(4):205-210.
72. Jebb SA, Ahern AL, Olson AD et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011;378:1485-1492.

73. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):244-249.
74. Patrick K, Raab F, Adams MA, Dillon L, Zabinski M, Rock CL, Griswold WG, Norman GJ. A Text Message-Based Intervention for Weight Loss: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2009;11(1):e1.
75. Neve M, Morgan PJ, Jones PR, Collins CE. Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*. 2010;11(4):306-321.
76. Römpler A, Wirth A. Adipositas-Therapie in Reha-Zentren - Reha-Team und Prozessqualität. *Z Gastroenterol*. 2002;40(Suppl 1):S18-S21.
77. Puhl R, Brownell KD. Bias, Discrimination and Obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
78. Kalitzkus V, Wilm S, Matthiessen PF. Narrative Medizin? Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? *Z Allg Med*. 2009;85(2):16-22.
79. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med*. 2011;24:229-239.
80. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81:259-266.
81. von Lengerke T, Kursch A, Lange K; APG-Lehrteam MHH. Das Gesprächsführungspraktikum im 2. Studienjahr des Modellstudiengangs Hannibal: Eine Evaluation mittels Selbsteinschätzung der Studierenden. *GMS Z Med Ausbild*. 2011;28(4):Doc54.
82. Heintze C. Möglichkeiten und Grenzen in der Primärversorgung. In: Heintze C, ed. *Adipositas und Public Health. Rahmenbedingungen, interdisziplinäre Zugänge und Perspektiven für erfolgreiche Präventionsstrategien*. Weinheim München: Juventa; 2010:83-95.

## Interviewleitfaden

### Vorbemerkungen:

- Vielen Dank für die Bereitschaft zur Teilnahme
- Framing:
  - Dauer des Gesprächs,
  - Bitte darum, das Gespräch aufzeichnen zu dürfen, Vorgehen des digitalen Aufzeichnens erklären
- Darstellung der Studie und des Ziels:
  - Es geht um die hausärztliche Betreuung, um Vorsorgemaßnahmen allgemein und speziell zum Thema Übergewicht.
  - Dient der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung
- Anonymität:
  - Daten werden nicht zusammen mit dem Namen aufbewahrt, Pseudonym
  - Es besteht kein Kontakt zum jeweiligen Arzt und die Information nicht für jeden Arzt einzeln ausgewertet wird
- Erklärung der „Art“ des Interviews: es geht um die persönliche Erfahrung und Meinung, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, Bewertungen und Kritik sind erwünscht
- Frage ob noch Unklarheiten bestehen

### Einleitung:

**Sie hatten ja vor ca. 1 ½ Jahren eine Gesundheitsuntersuchung bei Ihrem Hausarzt...**

### Check-up:

- 1. Können Sie sich an diese Untersuchung und das anschließende Beratungsgespräch erinnern? Bitte erzählen Sie mir davon.**

Welche Themen wurden angesprochen?

Blutdruck

Zucker

Herz-Kreislauf-Erkrankungen allgemein

Cholesterin

Nierenerkrankungen

Alkohol, Nikotin

Gewicht

- Wie hat ihr Arzt/ihre Ärztin diese Themen angesprochen?
- Was wurde bei Ihnen festgestellt?
- Haben sie auch über die Ursachen gesprochen?
- Haben sie selber etwas angesprochen, nach dem der Arzt/die Ärztin nicht gefragt hat?

**2. Der Check-up wurde vor einigen Jahren (20 Jahren) eingeführt, um bestimmte Krankheiten (Herz-Kreislauf, Niere, Diabetes) frühzeitig zu erkennen oder um zu verhindern, dass solche Krankheiten überhaupt entstehen, indem man versucht so genannte „Risikofaktoren“ zu verringern.**

Was halten sie von dem Check-up?

Wie finden sie es, wenn Ärzte aktiv ein Thema ansprechen? Warum?

Warum machen sie persönlich den Check-up?

Übergewicht:

**3. Haben Sie auch über ihr Gewicht gesprochen? Können sie mir erzählen wie die Beratung in etwa abgelaufen ist?**

Diagnosestellung

Ursachen

Ernährung

Bewegung

Folgen von Übergewicht

konkrete Vorschläge, Maßnahmen

Verweis an andere Stellen, Angebote (Ernährungsberatung, Krankenkassen, Sportkurse...)

**Wie sehr ist ihr Hausarzt auf ihre persönliche Lebenssituation eingegangen?**

**Wie finden sie die Art, wie ihr Arzt mit dem Thema umgegangen ist?**

**Wie haben sie sich dabei gefühlt?**

**Was hätte man anders machen können?**

**Welche Informationen hätten sie sich noch gewünscht?**

**4. Was halten sie unabhängig vom Check-up von der ärztlichen Behandlung von Übergewicht?**

- Haben Ärzte sie in der Vergangenheit auf Übergewicht angesprochen?
- In welchem Zusammenhang wurde Übergewicht thematisiert?
- Wie häufig war das und wie empfanden sie das?
- Haben Sie gegenüber ihrem Arzt das Thema Übergewicht aktiv angesprochen? In welchen Situationen? Warum? Warum nicht?

**5. Was denken sie selber über ihr Gewicht?**

Zufrieden/unzufrieden/gleichgültig  
(Vorteile)/Nachteile

**6. Hat das Gespräch /haben die Gespräche mit ihrem Hausarzt etwas bewirkt?**

Was für Gedanken haben sie sich durch das Beratungsgespräch gemacht?

Haben sie versucht etwas zu verändern?

a) Ernährung

b) Bewegung

Wie lange hat das angehalten?

Was ist damit passiert?

Was hat sie überzeugt?

**7. Haben sie (vorher) schon mal versucht abzunehmen?**

Welche Versuche?

Welche Auslöser?

Warum nicht?

**Wie ist es ihnen damit ergangen?**

**Worin könnte Sie ihr Hausarzt unterstützen, wenn sie (erneut) abnehmen wollten?**

Wünsche/Verbesserungsvorschläge:

**8. Was würde ihnen allgemein helfen abzunehmen?**

**Was wünschen sie sich? Wie könnte man die Betreuung verbessern?**

Was könnte ihr Hausarzt zusätzlich machen?

Was könnten andere Gesundheitsberufe, z. B. das Praxispersonal (Arzthelferinnen) machen?

Würden sie eine Unterstützung z. B. in Form von Kursen begrüßen?

**Welche Bedeutung haben: die Familie, Freunde, Beruf?**

Abschluss:

**9. Möchten sie noch etwas hinzufügen?**

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Mania Maria Clarisse Kroll, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis aus der Sicht Betroffener – Ein qualitative Analyse von Patienteninterviews“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

## **Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen**

Mania Kroll, geborene Huppertz, hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Heintze C, Sonntag U, Brink A, Huppertz M, Niewöhner J, Wiesner J, Braun V. A qualitative study on patients` and physicians` visions for the future management of overweight or obesity. *Fam Pract.* 2012;29(1):103-109.

Beitrag: Datenerhebung und Auswertung (Befragung der Patienten)

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin



## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

## **Publikationsliste**

Heintze C, Sonntag U, Brink A, Huppertz M, Niewöhner J, Wiesner J, Braun V. A qualitative study on patients` and physicians` visions for the future management of overweight or obesity. *Family Practice* 2012;29(1):103-109.

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich allen teilnehmenden Patienten für ihr Vertrauen und ihre Erzählfreude danken. Ich hoffe, dass diese Arbeit letztlich ihnen zugutekommt. Weiterhin danke ich den involvierten Hausarztpraxen für ihre Kooperation.

Die vorliegende Dissertation ist das Ergebnis eines langen Prozesses bei dem mich viele Menschen begleitet und unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt PD Dr. Christoph Heintze für die geduldige, verständnisvolle und sorgfältige Betreuung. Zudem haben viele weitere Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin, namentlich erwähnt seien Dr. Ulrike Sonntag und Dr. Julia Wiesner, durch ihre Hilfs- und Gesprächsbereitschaft zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Danken möchte ich auch meiner Familie, insbesondere meinem Vater, für wiederholte Korrekturlesungen und intensive Motivationsarbeit, meinem Mann für seine ausdauernde Geduld und Rücksichtnahme und meiner Tochter, ohne die ich dieses Projekt niemals begonnen hätte.