

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

DISSERTATION

Die Check up-Untersuchung übergewichtiger Patientinnen und
Patienten in der Hausarztpraxis
- Eine qualitative Analyse von Beratungsgesprächen

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Julia Wiesner

aus Bonn

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. U. Schwantes

2. Prof. Dr. med. C. Witt

3. Prof. Dr. N. Donner-Banzhoff

Datum der Promotion: 18. 09. 2009

Gewidmet meiner Großmutter Dr. Ruth Brenneisen, geb. Schikorr (1908-1990), die in den Zwanziger Jahren in Königsberg Medizin studierte und promovierte.

Danksagung

Bei der Fertigstellung dieser Arbeit standen mir viele Personen unterstützend zur Seite, denen ich ganz herzlich danken möchte: Herrn Dr. med. Christoph Heintze sowie Frau Dipl.-Psych. Ulrike Metz für eine sehr vertrauensvolle, motivierende und hilfsbereite Betreuung, wodurch mir die Arbeit viel Spaß gemacht hat, und nicht zuletzt für unzählige viele kreative und konstruktive Denkanstöße. Herrn Prof. Ulrich Schwantes für die gewährte Forschungsfreiheit und für das Einbringen vieler wertvoller, ganzheitlicher Aspekte. Frau Prof. Daphne Hahn für die produktive Hilfe bei methodischen Fragen zur qualitativen Forschung. Frau Dr. med. Anja Dieterich besonders für die Hilfe in schwierigen Zeiten und die stets konstruktiven Ideen bei Fragen zur praktischen Umsetzung. Anna Brinck und Lynn von Hagen, ohne deren hilfsbereite und geduldige Unterstützung und Zusammenarbeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Frau Frauke Dohle und Anke Krause -stellvertretend für alle hilfsbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin- sowie Sandy, Julia und Bohdan. Meinen Eltern, die mir ein Medizinstudium mit vielen Freiheiten ermöglichten und meine Arbeit mit großer Sorgfalt Korrektur gelesen haben. Allen Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben. Holger, Melanie, Demi, Adrian, Stephanie und Simone für Hilfe beim Korrekturlesen, musikalische Abwechslung und emotionale Unterstützung im richtigen Augenblick. Schließlich danke ich Herrn Dr. med. Joachim Maurer (in Bonn), der den Anfang meiner Begeisterung für die Allgemeinmedizin setzte.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|--|
| GBA | = Gemeinsamer Bundesausschuss |
| DAG | = Deutsche Adipositas Gesellschaft |
| BDA | = Deutscher Hausärzteverband |
| GKV | = Gesetzliche Krankenversicherung |
| BMI | = Body Mass Index |
| TTM | = Transtheoretisches Modell |
| TSH | = Thyreoidea Stimulierendes Hormon |
| BmG | = Bundesministerium für Gesundheit |
| SGB | = Sozialgesetzbuch |
| SNRI | = Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer |
| KV | = Kassenärztliche Vereinigung |
| IGeL | = Individuelle Gesundheitsleistungen |

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

| Nr. | Titel | Seite |
|-----|---|-------|
| 1 | Kategoriensystem der von ÄrztInnen thematisierten Ursachen | 39 |
| 2 | Kategoriensystem der von PatientInnen thematisierten Ursachen | 45 |
| 3 | Kategoriensystem der von PatientInnen ausgeschlossenen Ursachen | 47 |
| 4 | Kategoriensystem des Risikopotentials von Übergewicht aus ärztlicher Sicht | 53 |
| 5 | Kategoriensystem der Assoziationen mit Übergewicht von PatientInnen | 57 |
| 6 | Kategoriensystem der Auseinandersetzungen mit dem Risiko Übergewicht | 58 |
| 7 | Kategoriensystem zum Umgang mit dem Risiko Übergewicht | 59 |
| 8 | Kategoriensystem der angenommenen ärztlichen Vorschläge | 71 |
| 9 | Kategoriensystem der von den PatientInnen auf eigene Initiative geäußerten Vorschläge | 75 |
| 10 | Kategoriensystem der von PatientInnen abgelehnten Vorschläge mit Begründungen | 78 |

Tabellen

| Nr. | Titel | Seite |
|-----|---|-------|
| 1 | Beispielgespräch | 30 |
| 2 | Bezirke und Zusatzbezeichnungen der ÄrztInnen | 32 |
| 3 | Gespräche der Ärztinnen | 34 |
| 4 | Gespräche der Ärzte | 34 |
| 5 | Dauer der Gespräche der Ärztinnen | 35 |
| 6 | Dauer der Gespräche der Ärzte | 35 |
| 7 | Darstellung von Diagnosen und Befunde bei der Check up – Untersuchung | 48-49 |
| 8 | Thematisierte Risikofaktoren im Rahmen einer Gesamtschau von Risiken | 49 |
| 9 | Empfehlungen zum Umgang mit Übergewicht | 67-68 |

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| Danksagung | IV |
| Abkürzungsverzeichnis | V |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | VI |
| | |
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1. Prävention | 1 |
| 1.1.1. Definition und Ausgangssituation | 1 |
| 1.1.2. Prävention in der primärmedizinischen Versorgung | 2 |
| 1.1.3. Die Gesundheitsuntersuchung (Check up 35) | 3 |
| 1.2. Übergewicht | 5 |
| 1.2.1. Definition und Epidemiologie | 5 |
| 1.2.2. Ursachen von Übergewicht | 7 |
| 1.2.3. Risiko und Konsequenzen von Übergewicht | 9 |
| 1.2.4. Behandlung von Übergewicht | 10 |
| 1.3. Übergewicht in der primärmedizinischen Versorgung | 15 |
| 1.3.1. Auffassungen von HausärztInnen zur eigenen Rolle in der Adipositasbehandlung | 15 |
| 1.3.2. Primärärztliche Sichtweise von Behandlungsoptionen | 16 |
| 1.3.3. Unterschiedliche Wahrnehmungen zwischen HausärztInnen und PatientInnen | 17 |
| | |
| 2. Fragestellungen | 21 |
| | |
| 3. Material und Methoden | 23 |
| 3.1. Studienhintergründe | 23 |
| 3.2. Übersicht über den Ablauf der Studie | 24 |
| 3.3. Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung | 24 |
| 3.4. Datenerhebung | 26 |
| 3.5. Auswertung der Daten | 27 |

| | |
|--|------------|
| 4. Ergebnisse | 32 |
| 4.1. Stichprobe | 32 |
| 4.1.1. StudienärztInnen | 32 |
| 4.1.2. PatientInnen | 33 |
| 4.1.3. Gespräche | 33 |
| 4.2. Ursachen von Übergewicht | 35 |
| 4.2.1. Thematisierte Faktoren durch ÄrztInnen | 35 |
| 4.2.2. Ursachenzuschreibungen durch PatientInnen | 40 |
| 4.2.3. Ausgeschlossene Ursachen durch PatientInnen | 46 |
| 4.3. Bewertung von Risiken | 47 |
| 4.3.1. Darstellung des Gesundheitszustandes durch ÄrztInnen | 47 |
| 4.3.2. Beschreibung des Übergewichts als Risiko durch ÄrztInnen | 50 |
| 4.3.3. Assoziationen mit Übergewicht durch PatientInnen | 56 |
| 4.3.4. Wahrnehmung des Übergewichts als Risiko durch PatientInnen | 58 |
| 4.3.5. Handlungskonsequenzen von PatientInnen | 59 |
| 4.4. Umgang mit Übergewicht | 60 |
| 4.4.1. Ärztliche Empfehlungen | 60 |
| 4.4.2. Verhalten der PatientInnen im Gesprächsverlauf | 70 |
| 4.4.3. Auswirkungen des Thematisierens der Ursachen auf gegebene ärztliche Empfehlungen | 78 |
| 5. Diskussion | 80 |
| 5.1. Reflexion | 80 |
| 5.2. Diskussion der inhaltlichen Kategorien | 82 |
| 5.2.1. Ursachen von Übergewicht | 82 |
| 5.2.2. Bewertung des Risikos Übergewicht | 87 |
| 5.2.3. Umgang mit Übergewicht | 93 |
| 5.3. Resümee und Ausblick | 103 |
| 5.4. Methodenkritik | 105 |
| 6. Zusammenfassung | 106 |
| 7. Literaturverzeichnis | 109 |
| 8. Anhang | 118 |

1. Einleitung

1.1. Prävention

1.1.1. Definition und Ausgangssituation

Der Begriff Prävention leitet sich vom Lateinischen „*praevenire*“ (= zuvorkommen, verhüten) ab und ist nach Franzkowiak als „Verhütung von Krankheiten durch Ausschalten von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit“ zu verstehen [1].

Je nach Ansatzpunkt können die drei Bereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden. Während in den Bereich der Primärprävention das Vermeiden von Krankheitsentstehung und Risikofaktoren (z.B. durch Impfungen) zählt, wird unter Sekundärprävention die Früherkennung von Krankheiten (z.B. Krebsvorsorgeuntersuchungen, Check up 35) und unter Tertiärprävention die Verhinderung neuer Krankheitsepisoden bzw. die Begrenzung von Folgeschäden verstanden [2;3]. Eine gesetzliche Verankerung verpflichtet die gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 20 Sozialgesetzbuch V (SGB V) dazu, einen bestimmten Anteil ihrer Ausgaben für Präventionsangebote zu nutzen [4].

Von verschiedenen Seiten wird darauf hingewiesen, dass die Prävention in Deutschland einen zu geringen Stellenwert aufweise [5;6]. Ihre Stärkung soll zukünftig im Rahmen eines Präventionsgesetzes realisiert werden. Das Ziel ist dabei, Prävention zu einer eigenständigen Säule des deutschen Gesundheitssystems auszubauen und ihr damit eine gleichberechtigte Stellung neben Kuration, Rehabilitation und Pflege einzuräumen [7]. Die Forderung nach einer Stärkung der Prävention im deutschen Gesundheitswesen erhielt in einer Umfrage eine Zustimmung von 75 Prozent der befragten niedergelassenen ÄrztInnen [6]. Andererseits gaben nur 40 Prozent der in dieser Studie befragten ÄrztInnen an, ihre PatientInnen aktiv auf Präventionsangebote hinzuweisen (z.B. auf Beratungen, Kurse und Schulungen). 25 Prozent der ÄrztInnen sahen die Erteilung derartiger Ratschläge nicht als ärztliche Aufgabe an und waren vielmehr der Meinung, dass die Initiative für die Wahrnehmung solcher Angebote bei den PatientInnen läge.

Das Interesse der Bevölkerung an der Inanspruchnahme präventiver Leistungen ist durch geschlechts- und sozioökonomische Unterschiede geprägt. So zeigen Frauen

ein ausgeprägteres Vorsorgeverhalten als Männer, und ebenso verhalten sich Personen eines höheren sozialen Status gesundheitsbewusster als Personen eines niedrigeren [8]. Seit den neunziger Jahren nimmt eine wachsende Bevölkerung an Präventionsangeboten teil, darunter sowohl an Schutz- und Grippeimpfungen, als auch an Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen [8]. Dennoch ist die Zahl der teilnehmenden Personen mit Ausnahme bei den pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen weiterhin gering. So nehmen z.B. nur 50 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer in Deutschland die Krebsvorsorge in Anspruch [8].

1.1.2. Prävention in der primärmedizinischen Versorgung

HausärztInnen kommt in der Prävention eine sehr große Bedeutung zu. Das oftmals über viele Jahre bestehende Verhältnis zu den PatientInnen, das Wissen um individuelle als auch vom Umfeld ausgehende Risiken und die Häufigkeit der Konsultationen – 80 Prozent der Deutschen suchen einmal pro Jahr ihren Hausarzt auf [9]– stellen gute Voraussetzungen für eine Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten der PatientInnen dar. Dazu kommt, dass AllgemeinmedizinerInnen mit der häuslichen Situation und dem familiären Umfeld von PatientInnen vertraut sind. Für viele PatientInnen erfüllen HausärztInnen eine seelsorgerische und beratende Funktion. Othmann folgert, dass die kontinuierliche und individuelle Beziehung von HausärztInnen zu ihren PatientInnen per se präventiv wirkt [10].

Eine besondere Rolle kommt allgemeinmedizinisch tätigen ÄrztInnen weiterhin bei der Primärprävention im Rahmen des Hausarztmodells zu, wonach sie die „erste Anlaufstelle“ der PatientInnen im Gesundheitssystem darstellen. Im Falle einer Überweisung zu anderen FachärztInnen ist i.d.R. der Bereich der Primärprävention überschritten.

Die Sekundärprävention, das frühzeitige Erkennen bereits eingetretener Erkrankungen, wird durch HausärztInnen u.a. im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung realisiert (siehe 1.1.3.). Eine besonders verantwortungsvolle Aufgabe liegt hier im Kontakt mit Personen eines niedrigeren Sozialstatus, die einerseits stärker gesundheitsgefährdet sind, andererseits weniger Gebrauch von Präventionsangeboten machen [8].

Der Stellenwert der Prävention in der Allgemeinmedizin lässt sich daran ablesen, wie viel Zeit HausärztInnen für diese Aufgabe in Anspruch nehmen. Daten einer Befragung zeigen, dass HausärztInnen 13,5 Prozent ihrer Arbeitszeit für Primärprävention und 26 Prozent für Sekundärprävention aufwenden. Diese Zahlen liegen in beiden Bereichen

weit über den Zahlenwerten anderer FachärztInnen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch, dass HausärztInnen diesen Ergebnissen zufolge fast doppelt so viel Zeit für die Früherkennung von Krankheiten aufwenden wie für das Verhindern der Krankheitsentstehung [6], was wahrscheinlich u.a. auf die extrabudgetäre Vergütung zuzuführen ist (s.u.).

Andere Untersuchungen deuten darauf hin, dass HausärztInnen oftmals eine Vielzahl individuell gestalteter Präventionsprogramme anbieten, die auf den „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) basieren [10;11].

1.1.3. Die Gesundheitsuntersuchung (Check up 35)

Inhalt des Check up

Die Gesundheitsuntersuchung (Check up 35) ist eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [12].

Die Durchführung der Untersuchung kann durch AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen oder praktische ÄrztInnen vorgenommen werden. Sie dient im Rahmen der Sekundärprävention insbesondere der Vorsorge und Früherkennung von Nieren- und Herz-Kreislauf – Erkrankungen sowie von Diabetes. Die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren – im Sinne der Primärprävention – soll bleibenden Funktionsstörungen vorbeugen und eine frühe Behandlung ermöglichen [13]. Inhalte der Untersuchung sind eine Anamneseerhebung, eine körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus), eine Laboratoriumsuntersuchung definierten Umfangs (Bestimmung des Gesamtcholesterins, der Blutglukose sowie eine Urinuntersuchung auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit) und eine Beratung in Bezug auf das Gesundheitsrisiko inklusive der Einleitung sich daraus ergebender Maßnahmen [13]. Die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung ist in den Praxen auf verschiedene Weise organisiert. I.d.R. sind für die PatientInnen zwei gesonderte Termine nötig.

Die Teilnahme an einer Check up – Untersuchung steht nach § 25 SGB V allen Versicherten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre zu [4]. Wie auch bei anderen Vorsorgeuntersuchungen sind PatientInnen von der Praxisgebühr befreit. HausärztInnen können diese Untersuchung extrabudgetär abrechnen [12].

Akzeptanz und Wahrnehmung durch PatientInnen

Aus Sicht von PatientInnen besteht ein hohes Interesse für die regelmäßige Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen. Innerhalb der US-amerikanischen Bevölkerung gaben bei einer Umfrage zwei Drittel der Befragten an, ein jährliches „Durchchecken“ zusätzlich zu den übrigen Arztbesuchen für nötig zu halten [14]. Mehr als 90 Prozent sprachen sich dabei für eine umfassende klinische Untersuchung aus sowie für eine Anamnese, die Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol mit einschließt. Eine jährliche Testung des Cholesterinwerts hielten 65 Prozent, des Blutglukosewerte 41 Prozent der Befragten für nötig.

Laine beschreibt anhand mehrerer Studienergebnisse, dass sich PatientInnen, die sich regelmäßig „durchchecken lassen“, gesünder fühlen, und zwar um so mehr, je genauer und aufwendiger sie untersucht werden [15]. Weiterhin beschreibt sie die Bedeutung *des Rituals* einer regelmäßigen Untersuchung für viele Patienten sowie einen positiven Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung, u.a. durch das „Handauflegen“ bei der körperlichen Untersuchung [15].

Die Zahlen für die Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung in Deutschland sind schwankend und zeigen unterschiedliche Ergebnisse. Zwischen 2002 und 2004 lagen sie bei ca. 17 Prozent, im Gegensatz zu 1992, wo sich die Teilnahme nur auf ca. zehn Prozent belief [16]. Gemäß einer Berechnung in Nordrhein-Westfalen betrug die Zahl der TeilnehmerInnen in den Jahren 1998 und 2002 allerdings ca. 30 Prozent [17]. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die Teilnehmerzahl in anderen Ländern wesentlich höher liegt [11].

Auch in Bezug auf das Profil von TeilnehmerInnen liegen abweichende Ergebnisse vor. So konnte anhand einer Befragung von 1500 PatientInnen in zehn deutschen Hausarztpraxen gezeigt werden, dass die TeilnehmerInnen von Gesundheitsuntersuchungen tendenziell zu der jüngeren und gebildeteren Bevölkerung gehören sowie häufiger rauchen. Es konnte kein wesentlicher Unterschied in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko von TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen der Gesundheitsuntersuchung festgestellt werden [18]. Eine andere Untersuchung in Nordrhein-Westfalen wies jedoch keine Diskrepanz zur Teilnahmebereitschaft zwischen Personen mit unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit nach [17].

Ferner konnte gezeigt werden, dass Personen, die eine Check up-Untersuchung in Anspruch nehmen, zu den PatientInnen gehören, die häufig ihre Hausärztin bzw. ihren

Hausarzt konsultieren und offenbar bei dieser Gelegenheit zu der Teilnahme an einer solchen Untersuchung aufgefordert werden [19].

Zimmerli weist darauf hin, dass Vorsorgeuntersuchungen in vielen Fällen aus Gründen in Anspruch genommen werden, die mit dem eigentlichen Untersuchungszweck wenig zu tun haben. Er spricht dabei mögliche vordergründig nicht deklarierte Beweggründe an, die er als „Hidden Agenda“ bezeichnet [20]. Eine besondere Aufmerksamkeit ist daher gegenüber versteckten Gefühlen und Erwartungen von PatientInnen geboten. Gestützt werden diese Aussagen durch die Ergebnisse einer weiteren Studie, der zufolge nur 24 Prozent der PatientInnen den eigentlichen Gesundheitscheck als den Hauptgrund ihrer Teilnahme an der Untersuchung angaben, 45 Prozent nannten psychosoziale Probleme als wichtigsten Hintergrund ihrer Teilnahme [21].

Stellenwert der Gesundheitsuntersuchung für ÄrztInnen

Über die hausärztliche Sichtweise der Check up – Untersuchung liegen nur wenige Veröffentlichungen vor. Einer Befragung in New England zu Folge schreiben ÄrztInnen einer regelmäßig durchgeführten Gesundheitsuntersuchung eine wichtige Bedeutung zu. 90,6 Prozent der befragten ÄrztInnen hielten ein „periodic health exam“ für sinnvoll [22]. Eine in Deutschland durchgeführte qualitative Studie konnte hingegen auch eine ablehnende Haltung von HausärztInnen gegenüber standardisierten Screeningmethoden nachweisen [11]. HausärztInnen sprachen sich darin für eine individualisierte Primärprävention aus, die auf die persönlichen Bedürfnisse und Risiken der PatientInnen eingeht.

1.2. Übergewicht

1.2.1. Definition und Epidemiologie

Nach der Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird ab einem BMI (Body Mass Index) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ von Übergewicht gesprochen [23]. Starkes Übergewicht bzw. Adipositas (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) wird von der WHO als Krankheit klassifiziert und in drei Grade eingeteilt [23;24]:

- Adipositas Grad I: BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Adipositas Grad II: BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$
- Adipositas Grad III: BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$

In einer Leitlinie, die u.a. von der Deutschen Adipositasgesellschaft herausgegeben wurde, wird Adipositas als „chronische Krankheit mit Rezidivneigung“ bezeichnet [25].

Im Gegensatz zum Ausmaß des Übergewichts, das durch den BMI ausgedrückt wird, korreliert der Anteil von viszeralem Fett stärker mit dem kardiovaskulären Risiko [23;24;26]. In diesem Zusammenhang werden auch die Begriffe „androide“ (stammbezogene) vs. „gynoide“ (periphere) Fettverteilungsmuster verwendet. Die regionale Fettverteilung kann durch das Verhältnis von Taille zu Hüfte ausgedrückt werden („waist-to-hip-ratio“). Liegt der Quotient bei Männern $> 1,0$ bzw. bei Frauen $> 0,85$, so liegt eine abdominelle/androide Adipositas vor. Liegt der Wert darunter, zeigt dies eine periphere/gynoide Adipositas an [24]. Besser als der BMI und das Verhältnis von Taille zu Hüfte korreliert jedoch der Taillenumfang mit assoziierten Risikofaktoren und einer Beeinträchtigung der Lebensqualität [24]. Abdominelle Adipositas liegt nach Definition der WHO bei einem Taillenumfang von ≥ 102 cm bei Männern und ≥ 88 cm bei Frauen vor [23].

Die WHO prägte den Begriff der „Adipositasepidemie“ und bezog sich dabei auf den starken Anstieg der Prävalenz von Übergewicht in den westlichen Industrienationen. In diesem Kontext erklärte die WHO die weltweite Bekämpfung der Adipositas zu einem ihrer vordringlichen Ziele. In einer gesonderten Erklärung kündigte die WHO ein verstärktes Vorgehen auf europäischer Ebene an [27]. Besonders alarmierend war die Feststellung der WHO, dass die Prävalenz in den Industrienationen inzwischen so hoch sei, dass nicht mehr allen Betroffenen eine adäquate Behandlung angeboten werden könne [23].

Ca. fünf Prozent aller Gesundheitsausgaben in den Industrieländern wird für die Behandlung der Adipositas und ihrer Folgen ausgegeben [28]. In der BRD werden die Ausgaben auf 20 Milliarden Euro geschätzt [29].

Laut Berichten des Robert-Koch-Instituts sind derzeit in Deutschland zwei Drittel der männlichen und die Hälfte der weiblichen Bevölkerung der über 18-Jährigen übergewichtig, 17 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen adipös [30;31]. Ein starker Anstieg der Prävalenz ist v.a. beim Übergang vom jungen ins mittlere Erwachsenenalter (25. – 34. Lebensjahr) zu beobachten [30]. Differenziert zwischen alten und neuen Bundesländern stellt sich die Situation v.a. in den neuen Bundesländern als besorgniserregend dar. Während sich die Prävalenz von Übergewicht bis zu einem BMI von 30 kg/m^2 in der männlichen Bevölkerung zwischen

Ost- und Westdeutschland nicht wesentlich voneinander unterscheidet, lässt sich bei den Frauen ein Unterschied von fünf Prozent (57% in neuen Bundesländern vs. 52 Prozent in alten Bundesländern) feststellen [31]. Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz von Adipositas in Ostdeutschland (bei den Männern 21 Prozent, bei den Frauen 24 Prozent) höher als in Westdeutschland (Männer 18 Prozent, Frauen 21 Prozent) [31]. Die Tendenz dieser Entwicklung ist auf ganz Deutschland bezogen stetig zunehmend, und besonders alarmierend bei der männlichen Bevölkerung der alten Bundesländer, bei der eine Zunahme der Prävalenz von Übergewicht um 11,5 Prozent festgestellt werden konnte [31].

Auch bei Kindern und Jugendlichen wird eine ähnliche Entwicklung mit Beunruhigung verfolgt, so sind derzeit 15 Prozent der Jungen und Mädchen zwischen dem dritten und 17. Lebensjahr übergewichtig, 6,3 Prozent sind adipös [32]. Im Vergleich zur Population von 1980/ 1990 konnte ein Anstieg der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas unter Kindern und Jugendlichen um 50 Prozent nachgewiesen werden [32]. Diese Tendenz ist v.a. deshalb sehr kritisch zu betrachten, da bekannt ist, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter führt [33]. Außerdem stellt Adipositas im Kindes- und Jugendalter einen eigenständigen Risikofaktor für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen im Erwachsenenalter dar [34].

Diese Entwicklungen finden sich in vielen anderen Ländern in ähnlicher Weise, in den USA liegt die Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen über dem 30. Lebensjahr mit > 30 Prozent weltweit am höchsten [35].

Übergewicht ist in Deutschland v.a. ein Problem der ärmeren Bevölkerung und bei beiden Geschlechtern in niedrigeren sozialen Schichten weitaus häufiger als in höheren [36]. Ebenso kann eine besonders hohe Prävalenz von Adipositas bei Kindern, die aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus oder Migrationshintergrund stammen, oder deren Mütter selbst übergewichtig sind, beobachtet werden [32].

1.2.2. Ursachen von Übergewicht

Die Genese von Übergewicht wird als komplex angesehen und scheint einerseits eine Folge unserer modernen Lebensweise zu sein, aber auch auf genetischen Ursachen zu gründen.

Die Qualität unserer täglichen Ernährung ist als ein ausschlaggebender Faktor für das Körpergewicht anzusehen. Bei einem Vergleich der von der deutschen Gesellschaft für

Ernährung empfohlenen Zusammensetzung der Ernährung mit der tatsächlich konsumierten Menge in Deutschland konnte ein zu hoher Anteil von Fett und Eiweiß bei einem zu geringen Kohlenhydratverzehr festgestellt werden [37]. Im Vergleich mit normalgewichtigen Personen konnte nicht nachgewiesen werden, dass übergewichtige Personen prinzipiell wesentlich mehr Nahrung zunehmen als normalgewichtige, allerdings nehmen sie einen weitaus größeren Fettanteil zu sich [38].

Von wesentlicher Bedeutung für die Entstehung von Übergewicht ist außerdem ein Mangel an körperlicher Betätigung [39]. In den Industrieländern zeigt sich ein zunehmend passiver Lebensstil. So konnte nachgewiesen werden, dass die täglich von Kindern durch Fahrradfahren oder Laufen zurückgelegten Entfernungen in den letzten Jahren stark abgenommen haben [40]. Weiterhin konnte bei Kindern ein entscheidender Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Übergewichts und dem Fernsehkonsum festgestellt werden [41]. Hill und Peters stellten fest, dass wir in einer Gesellschaft leben, die permanent zum Essen ermuntert (z.B. durch zu große Packungsgrößen und ständige Verfügbarkeit von Essen), während wir durch den Gebrauch von Autos, Computer und Fernsehen von physikalischer Aktivität abgehalten werden [42].

Ein polygenetischer Hintergrund für die Entstehung von Übergewicht wird vermutet [43]. Monogenetische Ursachen, wie z.B. das Prader-Willi-Syndrom, sind sehr selten und könnten zudem den rasanten Zuwachs der Prävalenz von Übergewicht nicht erklären. Untersuchungen zufolge ist der BMI adipöser Kinder stark mit dem der biologischen Eltern assoziiert [37].

Andere Erklärungsmodelle beschäftigen sich mit der Wirkung des Hormons Leptin, das durch das sogenannte „obesity-Gen“ kodiert wird und in Relation zur Körperfettmasse ausgeschüttet wird. In Tierversuchen konnte ein Zusammenhang zwischen fehlender Leptinproduktion und exzessivem Übergewicht festgestellt werden [37]. Ebenso wird das appetitanregende Hormon Ghrelin mit der Entstehung von Adipositas in Verbindung gebracht [44].

Nach der sogenannten „Set-Point-Hypothese“ wird das Körpergewicht auf ein bestimmtes Niveau reguliert, das mittel- und langfristig durch Ernährung und Bewegung beeinflusst werden kann. Kurzfristige Änderungen der Ernährungsweise werden durch Stoffwechselregulierungen ausgeglichen und bewirken somit auch keine Veränderungen des „Set-Points“. Erst langfristige Veränderungen können eine neue Einstellung des Gewichts hervorrufen [37;38].

Psychologische und soziale Ursachen beziehen sich auf das „einmal gelernte Essverhalten“ und Störungen des Hunger- und Appetitgefühls sowie auf Muster anezogenen Essverhaltens, z.B. den Zwang, den Teller leer essen zu müssen. [38]. In diesem Zusammenhang ist die weitere Erforschung des im Hypothalamus liegenden Ess- und Sättigungszentrums von Bedeutung, das auf das Essverhalten einwirkt.

Auch Medikamente können zu einem starken Anstieg des Körpergewichts führen wie z.B. einige Psychopharmaka oder Insulin.

Tiefenpsychologische Erklärungen beziehen sich darauf, das Übergewicht als eine Folge zugrunde liegender neurotischer Konflikte und Fixierung in der oralen Lebensphase zu sehen [24].

1.2.3. Risiko und Konsequenzen von Übergewicht

Langjähriges Übergewicht kann zu zahlreichen Begleit- und Folgeerkrankungen führen. Dazu zählen Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2), kardiovaskuläre (Herzkrankungen, zerebrale Insulte), muskuloskelettale (v.a. orthopädische) oder maligne Erkrankungen (Endometrium-, Mamma- und Kolonkarzinom) sowie psychosoziale Konsequenzen wie eingeschränktes Selbstwertgefühl und sozialer Rückzug, erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und soziale Isolation [24;45;46]. Eine Untersuchung zeigte außerdem eine eingeschränkte Lebensqualität von übergewichtigen Personen auf, die besonders stark bei Frauen war [47]. Übergewicht wird weiterhin als wichtigster Promoter des metabolischen Syndroms angesehen, das mit einem erhöhten Risiko für Arteriosklerose assoziiert ist [48;49]. Nach der Definition der „American Heart Association“ bzw. des „National Heart, Lung and Blood Institute“ kann von einem metabolischen Syndrom gesprochen werden, wenn drei der folgenden fünf Kriterien erfüllt sind [50]:

- erhöhter Taillenumfang: (Männer: ≥ 102 , Frauen: ≥ 88 cm)
- erhöhte Triglyzeride: (≥ 150 mg/dl bzw. $1,7$ mmol/l oder medikamentöse Behandlung)
- niedriges HDL-Cholesterin: (Männer: ≤ 40 mg/dl bzw. $1,03$ mmol/l; Frauen: ≤ 40 mg/dl bzw. $1,3$ mol/l oder medikamentöse Behandlung)
- erhöhter Blutdruck: (≥ 130 mmHg systolisch, ≥ 85 mmHg diastolisch oder medikamentöse antihypertensive Behandlung)

- erhöhte Nüchternblutglukose (≥ 100 mg/dl oder medikamentöse Behandlung)

Weiterhin konnte ein Zusammenhang zwischen erhöhtem BMI und verkürzter Lebenserwartung festgestellt werden [51;52].

In höherem Lebensalter scheint sich das Mortalitätsrisiko wieder zu verringern [53].

1.2.4. Behandlung von Übergewicht

Leitliniengemäße Behandlung

In Deutschland wurde eine multidisziplinäre evidenzbasierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas herausgegeben [45]. Diese ist allerdings nicht auf die Anwendung in der allgemeinmedizinischen Praxis ausgerichtet, weshalb die Übertragbarkeit auf den hausärztlichen Bereich als fraglich einzustufen ist. Obwohl in dieser Leitlinie HausärztInnen eine wichtige Rolle bei der Therapie der Adipositas zugesprochen wird, bleibt an vielen Stellen unklar, welche Versorgungsebene angesprochen wird. Kritisch kann weiterhin die Umsetzung bestimmter Empfehlungen gesehen werden, die sich z.B. auf die Betreuung adipöser PatientInnen in spezialisierten Einrichtungen bezieht, die nur in sehr geringer Zahl zur Verfügung stehen.

Eine allgemeinmedizinische Leitlinie zur Behandlung der Adipositas existiert in Deutschland bisher nicht, jedoch hat der Deutsche Hausärzteverband (BDA) ein Manual herausgegeben [54]. Die in diesen beiden Abhandlungen gegebenen Empfehlungen zeigen keine grundsätzlichen Widersprüche, es sind aber Unterschiede im Stellenwert bestimmter Faktoren zu erkennen. So geht die Leitlinie der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) detailliert auf internistische Diagnostik ein, die Behandlungsempfehlung des BDA hebt hingegen die Bedeutung eines langfristigen Therapieansatzes hervor, betont die Wichtigkeit der Motivation der PatientInnen und gibt allgemein detaillierte Vorschläge zur Umsetzung von bestimmten Ratschlägen, z.B. der Verhaltensmodifikation.

Als Indikation für eine Behandlung werden in der Leitlinie der Deutschen Adipositasgesellschaft genannt:

- Ein BMI ≥ 30 kg/m²
oder
- Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und 29 kg/m² bei gleichzeitigem Vorliegen

- übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z.B. Hypertonie, Typ 2 Diabetes)
oder
- eines abdominellen Fettverteilungsmusters
oder
- von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden
oder
- eines hohen psychosozialen Leidensdrucks

Als wesentliche Voraussetzung werden Motivation und Kooperationsbereitschaft der PatientInnen angesprochen. Im Manual des BDA ist dazu ein eigenes Kapitel zu finden. Die Motivation bzw. die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung wird gerade auch im Rahmen des „transtheoretischen Modells“ (TTM) als zentral für den Erfolg betrachtet [55]. Erst bei einer feststellbaren Problemwahrnehmung und offensichtlichem Interesse findet nach diesem Konzept eine Aufforderung zu einer Verhaltensänderung statt. Dieses Modell, das ursprünglich für die Behandlung von Nikotinabhängigkeit entwickelt wurde und sich unter zahlreichen anderen theoretischen Modellen besonders bewährt hat, hat sich inzwischen auch in der Adipositas-therapie eine Stellung erobert [29;55;56]. Derartig zunächst theoretisch entwickelte Modelle mögen zwar für viele ÄrztInnen abschreckend erscheinen, können aber die komplexe Aufgabe bei der Motivierung zur Verhaltensänderung erleichtern. Der Prozess der Verhaltensänderung wird bei diesem Konzept in sechs Stadien unterteilt: Das Stadium der Absichtslosigkeit, der Absichtsbildung, der Vorbereitung, der Handlung, der Aufrechterhaltung und der Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens/Termination [55]. Konzepte zum Umgang mit Rückfall und Misserfolgen sind hier von vorneherein integriert.

Die Festlegung konkreter Ziele wird darüber hinaus in der hausärztlichen Behandlungsempfehlung als essentiellen Aspekt einer Gewichtsreduktion hervorgehoben.

Sowohl die Empfehlungen der DAG als auch des BDA heben die Sicherstellung einer langfristigen Gewichtskontrolle und realistischer Gewichtssenkungen (um fünf bis zehn Prozent) hervor. Weiterhin wird die Reduktion Adipositas-assoziiierter Risikofaktoren und Krankheiten genannt, gefolgt von einer Verbesserung des Gesundheitsverhaltens durch energieadäquate Ernährung und regelmäßige Bewegung. Als weitere Ziele nennt

die Leitlinie der DAG die Reduktion von Arbeitsunfähigkeit, die Stärkung der Stressverarbeitung und Steigerung der Lebensqualität.

Eine sorgfältige Anamnese, die u.a. auch Motivation, frühere Therapieversuche und eine psychosoziale Anamnese enthalten soll, sowie eine Mehrzahl von Untersuchungen vor der Therapieplanung wird sowohl in den Empfehlungen des BDA als auch der DAG empfohlen. Neben der Erfassung der Körpermaße und einer klinischen Untersuchung sieht die Leitlinie der DAG die Erhebung der Blutfettwerte, des Nüchternblutzuckers, der Harnsäure, des TSH, der Mikroalbuminurie sowie eine EKG-Untersuchung indiziert. Als fakultative Untersuchungen werden z.B. ein oraler Glukosetoleranztest, die Erfassung der Elektrolytwerte, weiterer endokrinologischer Werte sowie verschiedene apparative Untersuchungen wie z.B. Ergometrie, 24h-Blutdruckmessung oder Oberbauchsonographie empfohlen.

Beide Behandlungsempfehlungen schlagen eine Kombination aus Ernährungsumstellung, Bewegung und verhaltenstherapeutischen Aspekten als „Basisprogramm“ vor. Es wird angeraten, bei der Verhaltensmodifikation das Umfeld mit einzubeziehen sowie eine ausreichende Information der PatientInnen über Prinzipien von Ernährungsumstellung zu garantieren.

Das Gewichtsmanagement wird dabei in die beiden Phasen der Gewichtsreduktion sowie der langfristigen Gewichtsstabilisierung unterteilt.

Ernährungstherapie

Eine Gewichtsabnahme durch eine Ernährungsumstellung kann über vier verschiedene Arten erreicht werden. Eine Variante enthält die alleinige Reduktion des Fettverzehr durch einen Energiedefizit von 500 kcal (= ca. 2090 kJ) täglich bei einer Fettaufnahme von ≤ 60 g/d und uneingeschränktem Kohlenhydratverzehr. Eine zweite Variante ist durch eine mäßig energiereduzierte Mischkost charakterisiert bei einem täglichen Energiedefizit von 500-800 kcal (= ca. 2090-3350 kJ) durch eingeschränkten Fett-, Kohlenhydrat- und Eiweißverzehr. Diese Diätform wird von der DAG als Standardtherapie der Adipositas angesehen [25]. In diesem Zusammenhang empfiehlt die DGA eine vorwiegend pflanzliche Ernährung. Eine dritte Variante beschreibt den Ersatz von ein bis zwei Hauptmahlzeiten durch Formulaprodukte (Eiweißgetränke, Riegel u.ä.), die ca. 200 kcal (= ca. 840 kJ) pro Mahlzeiten enthalten. Die vierte Variante beschreibt schließlich eine reine Formuladiät mit einer Energiegesamtmenge von 800-1200 kcal/d (= ca. 3350-5025 kJ/d). Die Anwendung einer Ernährungstherapie mit Formuladiäten wird in dem Manual des BDA allerdings nur in Sonderfällen

empfohlen und nur in einem definierten Zeitraum. Das Erreichen einer Gewichtsabnahme durch sehr niedrigkalorische Kostformen (< 800 kcal/d bzw. < ca. 3350 kJ/d) oder totales Fasten wird sowohl durch den BDA als auch der DAG abgeraten.

Bewegungstherapie

Zusätzlich zur Ernährungstherapie wird ein Energieverbrauch in Form von intensivierter körperlicher Aktivität empfohlen. Die Empfehlungen der DAG raten ein Pensum von fünf Stunden zusätzlicher körperlicher Betätigung pro Woche an, das ca. 2500 kcal (= ca. 10.470 kJ) pro Woche entspricht. Besonders empfohlen wird körperliche Bewegung nach einer Phase der Gewichtsreduktion zur Gewichtsstabilisierung (ca. drei bis vier Stunden pro Woche, 1500 kcal = ca. 6280 kJ).

Verhaltenstherapie

Eine Verhaltenstherapie wird zur Unterstützung einer langfristigen Gewichtsabnahme dringend empfohlen. Während die Leitlinie der DAG diesen Teil eher kurz abhandelt, werden in den Empfehlungen des BDA Ratschläge dazu vertieft. So wird das Ziel eines selbstkontrollierten Essverhaltens angesprochen, das nur durch eine flexibel ausgerichtete Verhaltenskontrolle erreicht werden kann. Eine rigide Verhaltenskontrolle bezieht sich auf feste Vorsätze, z.B. dem strikten Verbot bestimmter Lebensmittel, die bei Nichteinhalten zur Destabilisierung des Verhaltens führen. Da dieses Misserfolgserlebnis häufig die Reaktion: „Jetzt ist alles egal“ mit sich bringt, die zu einem Abbruch der Therapie führen kann, basiert die flexible Verhaltenskontrolle auf andere Strategien. Hierbei werden realistische Therapieziele gesetzt, die sich auf einen überschaubaren Zeitraum beziehen und keine absoluten Verbote setzen, womit Gegenregulationsmechanismen vermieden werden sollen.

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie werden auch Methoden und Ziele der Verhaltenstherapie angewandt, hierunter z.B. das Führen eines Ernährungstagebuches, das Erlernen von Stimuluskontrollen (um Essreize zu reduzieren) sowie das Rückfallmanagement.

Gewichtsreduktionsprogramme

Auf spezielle Diätprogramme wird in den Behandlungsempfehlungen kurz eingegangen. ExpertInnen in beiden Leitlinien raten sowohl von der Anwendung einseitiger Diätformen (z.B. der Atkins-Diät) als auch von der Anwendung des kommerziellen Optifast – Programms ab, da es nach anfänglich erfolgreicher Gewichtsreduktion zu

einer erheblichen Gewichtszunahme führen kann. Die Weight-Watchers – Methode wird hingegen für mäßig adipöse Personen als günstig angesehen.

Medikamentöse Therapie und chirurgische Interventionen

Eine medikamentöse oder chirurgische Behandlung soll nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden. Dazu zählt ein Scheitern des Basisprogramms (d.h. weniger als fünf Prozent Gewichtsabnahme nach drei bis sechs Monaten) bzw. das gleichzeitige Bestehen von gravierenden Risikofaktoren bzw. Komorbiditäten. Diese sollte nur dann fortgeführt werden, wenn ein Erfolg von zwei Kilogramm Gewichtsabnahme innerhalb der ersten vier Wochen zu verzeichnen ist. Von den gewichtssenkenden Medikamenten (Antiadiposita) sind derzeit Sibutramin (SNRI), Orlistat (Lipaseinhibitor) und Rimonabant (CB1-Rezeptor-Antagonist) zugelassen. Für einige dieser Medikamente liegen jedoch keine Langzeitergebnisse vor.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Indikation für eine chirurgische Intervention (bariatrische Chirurgie) gestellt werden. Dazu zählt das Scheitern einer konservativen Behandlung bei Patienten mit einer Adipositas III° (BMI > 40 kg/m²) bzw. II° (BMI ≥ 35 kg/m²) bei gleichzeitigem Vorliegen erheblicher Komorbiditäten. Bariatrische Chirurgie wird von einem Konsensus-Gremium des National Institute of Health als die einzig effektive Methode der schweren morbid Adipositas angesehen [57]. Die Motivation und Compliance muss vor einem chirurgischen Eingriff einwandfrei sichergestellt sein. Zur Verfügung stehen restriktive (Magenband, vertikale Gastroplastik) oder kombiniert restriktiv-malabsorptive Verfahren (Magenbypass, Duodenal Switch). Adipositaschirurgische Maßnahmen haben sich durch ihre Effektivität bewährt, sind aber wegen einer relativ hohen perioperativen Komplikationsrate nicht ungefährlich. Fettabsaugung (Liposuktion) wird zur Behandlung der Adipositas nicht eingesetzt.

Eine Herausforderung ist schließlich die langfristige Gewichtsstabilisierung, die eine dauerhafte Veränderung des Lebensstils, fettreduzierte Kost, körperliche Bewegung sowie psychosoziale Unterstützung in Form einer Psychotherapie und Selbsthilfegruppen voraussetzt.

Bei besonderen Komorbiditäten oder Therapieproblemen verweist die DAG auf eine Überweisung an spezialisierte Behandlungszentren, für die definierte Qualitätskriterien aufgestellt wurden [58].

Behandlungserfolge

Die Behandlungserfolge von Übergewicht sind – v.a. auf lange Sicht gesehen – weitgehend enttäuschend. Viele Programme, die auf eine Ernährungs- oder Lebensstiländerung und die Bekämpfung von kardiovaskulären Risikofaktoren abzielten, zeigten geringe oder gar keine Behandlungserfolge [59-62].

Bei Kindern konnten bessere langfristige Behandlungserfolge im Rahmen von intensiven Therapiekonzepten erzielt werden, wenn die Eltern (als Zielgruppe) in die Behandlung miteinbezogen wurden [63]. Die Unterstützung durch stationäre Psychotherapie wirkte sich positiv auf die Behandlungserfolge aus [64].

Eine moderate Gewichtsreduktion kann v.a. zur Verbesserung von metabolischen und kardiovaskulären Folgeerkrankungen führen [65;66] und eine erhebliche Senkung der Gesamtmortalität bewirken [67]. Die gesundheitlichen Folgen sind nach einer Reduktion des Gewichts aber nicht immer reversibel [68]. Auch unerwünschte Effekte können bei dem Versuch einer Gewichtsabnahme auftreten, darunter ist v.a. ein erhöhtes Risiko für Gallensteine sowie eine Abnahme der Knochendichte mit erhöhter Inzidenz von Frakturen zu nennen [69;70].

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Behandlung immer schwieriger, teurer und komplexer wird, je ausgeprägter die Adipositas ist [71]. Daher kommt der Prävention eine sehr wichtige Rolle zu.

1.3. Übergewicht in der primärmedizinischen Versorgung

1.3.1. Auffassungen von HausärztInnen zur eigenen Rolle in der Adipositasbehandlung

HausärztInnen sind tagtäglich mit übergewichtigen PatientInnen konfrontiert. Dennoch haben sie unterschiedliche Auffassungen darüber, inwieweit die Behandlung von Übergewicht überhaupt in ihr Aufgabengebiet fällt.

Einer britischen Studie zufolge stimmten 98 Prozent der HausärztInnen der Aussage zu, dass es zur ärztlichen Aufgabe gehöre, übergewichtige PatientInnen auf ihr Gesundheitsrisiko hinzuweisen und sie zu beraten [72]. HausärztInnen in Israel hatten eine ähnliche Auffassung. Sie gaben noch dazu an, PatientInnen auch ohne das Vorliegen weiterer Risikofaktoren stets auf ihr Gewicht anzusprechen [73]. Obwohl gezeigt werden konnte, dass ein ärztlicher Hinweis zur Veränderung des Gewichts u.a.

Lebensgewohnheiten zu signifikant stärkeren Bemühungen führt [74;75], konnte gezeigt werden dass PatientInnen häufig gar nicht zur Gewichtsabnahme aufgefordert werden oder gar nicht erst als übergewichtig bzw. adipös eingestuft werden [74;76]. Aber auch andere Einstellungen von HausärztInnen konnten aufgedeckt werden. So vertraten ÄrztInnen die Meinung, dass Übergewicht in der Verantwortung der PatientInnen läge, waren aber gleichzeitig der Überzeugung, dass PatientInnen diese Verantwortung gerne auf ihre Ärztin bzw. ihren Arzt übertragen [77;78].

Ogden folgerte weiterhin, dass HausärztInnen medizinische Hilfe, d.h. eine Behandlung durch ÄrztInnen, bei der Therapie der Adipositas nicht angebracht sehen, da sie Übergewicht selbst auch nicht als medizinisches Problem ansehen [78].

In einer anderen Studie gaben HausärztInnen zum Ausdruck, dass sie der Behandlung von Übergewicht mit geringem Motivation gegenüberständen und bezeichneten diese Aufgabe als Zeitverschwendung [79]. Nicht nur geringe Motivation, sondern auch Ekel scheint ein Grund zu sein, der HausärztInnen von der Behandlung adipöser PatientInnen abhält. So gaben mehr als 50 Prozent amerikanischer AllgemeinmedizinerInnen an, übergewichtige PatientInnen als unangenehm, hässlich, unattraktiv und non-compliant zu betrachten [80]. Stigmatisierungen und Vorurteile konnten bereits in früheren Studien nachgewiesen werden [81-83].

Ein Problem sehen einige niedergelassene ÄrztInnen auch in der eigenen schlechten Ausbildung und fühlen sich nicht auf die Konsultation mit übergewichtigen PatientInnen vorbereitet [11;73;84]. In einer anderen Befragung gaben AllgemeinmedizinerInnen wiederum an, dass eine Bereicherung ihres Wissens über die Behandlung von Adipositas nur durch Erfahrung und nicht durch eine bessere Ausbildung ermöglicht werden könne [72].

1.3.2. Primärärztliche Sichtweise von Behandlungsoptionen

Bei der Behandlung von Übergewicht fühlen sich viele HausärztInnen machtlos [73;80]. HausärztInnen äußern einerseits ihre geringe Motivation zur Behandlung von Übergewicht, dennoch scheinen AllgemeinmedizinerInnen die Motivation von PatientInnen z.T. stark zu unterschätzen [85]. In einer Studie gaben z.B. 30 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer an, stark motiviert für eine Gewichtsabnahme zu sein, von ihren HausärztInnen wurde eine so hohe Motivation nur auf 2,5 Prozent vs. 3,1 Prozent geschätzt [85]. Weiterhin zeigte sich, dass PatientInnen glauben, mehr an Gewicht abnehmen zu können, als die HausärztInnen einschätzten. Die Medien sowie

die familiäre Umgebung werden von vielen HausärztInnen als einflussreichere Faktoren angesehen [72]. Nicht die eigenen Versuche, bei PatientInnen eine Verhaltensänderung erreichen zu können, sondern auch viele der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten sehen viele ÄrztInnen als nicht effektiv an [78]. Zu einem anderen Ergebnis kommt Ruelaz et al., wonach HausärztInnen sowohl das Gespräch über eine Gewichtsabnahme als hilfreich betrachten, als auch der Meinung sind, ihren PatientInnen hilfreich und erfolgreich zur Seite stehen zu können [83].

Die pharmakologische Behandlung des Übergewichts durch Antiadiposita findet in Deutschland bisher kaum Verwendung [24]. Dennoch geben einige der ÄrztInnen an, diese bewusst einzusetzen, um die Beziehung zu ihren PatientInnen zu pflegen, da sie der Auffassung sind, dass PatientInnen von ihnen diese Therapieoption erwarten [77].

In einer Befragung nach den meist angewandten Konsultationsmethoden mit übergewichtigen PatientInnen gaben HausärztInnen vor allem Einzelgespräche und das Austeilen von Informationen über gesunde Ernährung an [72]. Unter den meist gegebenen Empfehlungen nannten sie den Rat, weniger zu essen (78 Prozent), gefolgt von der Aufforderung, kalorienreduzierte Kost zu sich zu nehmen (75 Prozent) und sich mehr zu bewegen (77 Prozent). In einer anderen Studie fanden sich ähnliche Ergebnisse, dort gaben HausärztInnen Bewegungstherapie als häufigste Empfehlung an, gefolgt von der Aufforderung, weniger zu essen [73].

Psychologische Unterstützung ziehen HausärztInnen nach eigenen Angaben selten in Betracht. Nur 3 Prozent der befragten AllgemeinmedizinerInnen stimmten bei einer Befragung der Option einer Verhaltenstherapie zu [72].

1.3.3. Unterschiedliche Wahrnehmungen zwischen HausärztInnen und PatientInnen

Obwohl sich HausärztInnen aufgrund verschiedener genannter Faktoren in einer vorteilhaften Position befinden, um positiv auf das Übergewicht ihrer PatientInnen Einfluss nehmen zu können, bleibt der Erfolg aus. Mögliche Ursachen dafür können in den folgenden Faktoren gesucht werden: Die Einstufung vorhandener Möglichkeiten als ineffektiv, eine schlechte Ausbildung, der Zweifel an der eigenen Zuständigkeit und eine geringe Motivation. Es liegt aber nahe, dass Ursachen für die wenig erfolgreiche Behandlung auch in der Kommunikation zu suchen sind. Der Zusammenhang zwischen Kommunikation und Behandlungserfolgen konnte in Studien belegt werden [86;87].

Aus früheren Untersuchungen der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist die Bedeutung einer „Übereinstimmung“ (englisch: agreement) und eines geteilten Verständnisses zwischen diesen beiden AkteurInnen bekannt. So gehört nach Pendleton zu den zentralen Aufgaben eines Arzt-Patienten-Gesprächs auch ein Übereinkommen mit der Patientin bzw. dem Patienten über die Natur des Problems und die Maßnahmen, die ergriffen werden sollen [88]. Thure von Uexküll prägte in diesem Zusammenhang auch den Begriff der „gemeinsamen Wirklichkeit“ [89]. Das Ausmaß dieser Übereinstimmung zwischen den beiden AkteurInnen konnte in Studien mit dem Erfolg einer Behandlung in Verbindung gebracht werden [90;91]. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass PatientInnen zufriedener sind, wenn ÄrztInnen und PatientInnen eine gleiche „practice orientation“ haben bzw. der gleichen Auffassung sind, welche Rolle beide AkteurInnen in der Konsultation spielen [92].

Studien konnten bereits unterschiedliche Vorstellungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu Gesundheit und Krankheit sowie von Krankheitsmodellen zu Depression nachweisen [93;94]

Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass ÄrztInnen und PatientInnen den Grad des gesundheitsschädigenden Einflusses des Übergewichts unterschiedlich stark einschätzen, wobei er bei relativ hoch liegt [85].

Jane Ogden untersuchte in diesem Zusammenhang quantitativ die patienten- und arztseitigen Erklärungsmodelle für Übergewicht [95]. Eine Befragung mit 89 britischen AllgemeinmedizinerInnen und 599 PatientInnen über Ursachen, Konsequenzen und therapeutische Lösungsansätze zeigte deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung dieser Bereiche durch beide AkteurInnen. In Bezug auf die Ursachen des Übergewichts nannten PatientInnen eher hormonelle Faktoren, einen langsamen Stoffwechsel und Stress. ÄrztInnen hingegen waren primär der Ansicht, dass übergewichtige PatientInnen zu viel essen. Foster et al. konnten eine solche Tendenz zu einer verhaltensbedingten Ursachenzuschreibung von HausärztInnen ebenfalls nachweisen [80], untersuchten jedoch nicht die Auffassung von PatientInnen. In einer aktuelleren quantitativen Studie konnte Ogden ihre Ergebnisse bestätigen und wies eine Präferenz von HausärztInnen für „psychologische“ (71 Prozent) und „verhaltensbedingte“ (97 Prozent) Ursachen nach, während PatientInnen neben verhaltensbedingten auch biologischen Ursachen einen hohen Stellenwert zuwiesen [78]. Auch Ruelaz konnte deutliche Unterschiede in den Auffassungen von HausärztInnen und übergewichtigen PatientInnen zu Ursachen und Behandlung der Adipositas finden [83].

Diskrepanzen in der Wahrnehmung der Ursachen zeigten sich auch in der in verhaltensbedingten Faktoren, wobei ÄrztInnen fettreicher Ernährung und Problemen bei der Durchführung von Diäten eine wichtige Bedeutung zuschrieben. Weitgehende Übereinstimmung zeigte sich allerdings in der Wahrnehmung von genetischen und medizinischen/ krankheitsbedingten Ursachen, wobei sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen genetischen Ursachen keine wesentliche Rolle zuschrieben.

Unterschiede wurden auch in der Studie von Ogden auch bei der Wahrnehmung von übergewichtsbedingten Konsequenzen ersichtlich [95]. So sprachen PatientInnen Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Arbeitsplatz einen höheren Stellenwert zu, während ÄrztInnen in einer möglichen Erkrankung an Diabetes eine größere Bedeutung sahen. Keine wesentlichen Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der Einschätzung von orthopädischen Problemen, Herzerkrankungen oder Hypertonie.

Die arzt- und patientenseitigen Einstellungen zur Behandlung des Übergewichts zeigten in der Studie von Ogden geringe Unterschiede in der Einschätzung von körperlicher Aktivität, medikamentöser Behandlung, niedrigkalorischer Ernährung oder chirurgischen Interventionen [95]. Im Gegensatz zu den PatientInnen betrachteten die HausärztInnen allerdings die übergewichtige Person selbst als wichtigste Instanz, die PatientInnen schrieben dem Hausarzt bzw. der Hausärztin oder einer anderen beratenden Person eine größere Bedeutung zu. Eine andere Wahrnehmung zeigten die Ergebnisse von Ruelaz, nach denen PatientInnen eher der Ansicht waren, ihre Gewichtsprobleme selber lösen zu wollen und die Hilfe ihrer HausärztInnen ablehnten [83]. HausärztInnen wiederum waren der Auffassung, dass sie für die Behandlung der Adipositas eine wichtige Rolle spielen.

Jane Ogden charakterisierte das in ihrer Untersuchung aufgezeigte Erklärungsmodell der PatientInnen zusammenfassend als selbstdienliches Modell („self-serving-model“), da PatientInnen internale, unkontrollierbare Faktoren als ursächlich ansehen, aber von externalen Faktoren Hilfe erwarten. Das Erklärungsmodell von HausärztInnen beschrieb Ogden im Gegenzug als ein „Opfer-Schuld-Zuweisungsmodell“ („victim-blaming-model“), da internale kontrollierbare Faktoren sowohl Ursachen als auch Lösungspotential darstellen.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse könnten die ausbleibenden Therapieerfolge auch im Sinne eines „mismatch“ zwischen ärztlicher und patientenseitiger Perspektive gesehen werden, das sich nicht nur unmittelbar auf die Kommunikation, sondern auch auf das Gelingen der Intervention auswirkt.

Ergebnisse einer Studie legen nahe, dass Krankheitskonzepte von Übergewicht beeinflussbar sind und dass Behandlung und Krankheitskonzepte miteinander interagieren. So fanden Ogden und Sindhu in einer qualitativen Studie über Wahrnehmung einer Behandlung übergewichtiger Patienten mit Orlistat heraus, dass einige der Patienten infolge der unerwünschte Arzneimittelwirkungen (u.a. Fettstühle) einen direkten Zusammenhang zwischen ihrer Ernährung und dem Übergewicht knüpften, der zu einer konsekutiven Verhaltensänderung führte [96]. Sie schlossen daraus, dass der Behandlungserfolg darauf zurückgeführt werden könnte, dass eine „Kohärenz“ zwischen den Überzeugungen der Patienten in Bezug auf Ursachen der Erkrankung und der Lösung stattfand. Diese Ergebnisse stellen die Möglichkeit in Aussicht, auf Krankheitskonzepte von Übergewicht Einfluss nehmen zu können.

2. Fragestellungen

Im vorangegangenen Kapitel wurden Unterschiede zwischen arzt- und patientenseitigen Krankheitskonzepten als mögliche Faktoren für die wenig erfolgreiche Behandlung von Übergewicht erörtert. Ein besseres Wissen um die Erklärungsmodelle könnte für HausärztInnen ein gewinnbringender Ansatz in der Therapie der Adipositas bedeuten. Demzufolge scheint es zielführend, die Erklärungsmodelle von PatientInnen und HausärztInnen zu Übergewicht in einer offenen, explorativen Herangehensweise weiterhin zu untersuchen.

Ausgehend von dem geschilderten Problemhintergrund sollen die Ursachen, Bewertungen und Empfehlungen zu dem Gesundheitsrisiko Übergewicht aus Sicht von ÄrztInnen und PatientInnen untersucht werden. Die Exploration gründet sich dabei auf das Gespräch zwischen HausärztInnen und PatientInnen.

Folgenden Fragestellungen geht die vorliegende Arbeit nach:

1. Ursachen von Übergewicht

- Welche Ursachen für das Übergewicht thematisieren ÄrztInnen?
- Welche Ursachen thematisieren PatientInnen?

2. Bewertung von Risiken¹

- Wie stellen ÄrztInnen den Gesundheitszustand der PatientInnen dar?
Wie wird das Übergewicht durch die ÄrztInnen als Risiko beschrieben?
- Welche Assoziationen mit dem Übergewicht werden durch PatientInnen geäußert?
- Wie schildern PatientInnen die Wahrnehmung ihres Übergewichts als Risiko?

¹ Als Risiko werden alle Äußerungen gewertet, die Faktoren beschreiben, die sich – aus medizinischer Sicht gesehen – negativ auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand auswirken können. Dazu zählen sowohl pathologische Untersuchungsbefunde als auch die Nennung von Risikofaktoren oder manifesten Krankheiten.

- Welche Konsequenzen des Übergewichts auf das eigene Verhalten sprechen PatientInnen an?

3. Umgang mit Übergewicht

- Welchen Umgang mit Übergewicht thematisieren ÄrztInnen?
- Welche Optionen stellen PatientInnen als hilfreich, welche als weniger hilfreich dar? Welche Gründe geben sie dafür an?
- Welche Konsequenzen hat das Thematisieren von Ursachen in den Gesprächen für die gegebenen Empfehlungen?

4. Unterschiede zwischen den Beratungsgesprächen von Ärztinnen und Ärzten

- Welche Unterschiede (in Gesprächsdauer, Ansprechen von Übergewicht, Thematisieren von Ursachen, Risiken und Empfehlungen) zeigen sich zwischen den Gesprächen von Ärztinnen und Ärzten?

3. Material und Methoden

3.1. Studienhintergründe

Einordnung in ein übergeordnetes Forschungsprojekt

Die vorliegende Arbeit ist ein Teilprojekt des Studienvorhabens „Medizinische Prävention in der Hausarztpraxis: Die Gesundheitsuntersuchung bei Übergewichtigen“, das vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin im Zeitraum von Januar 2007 bis Dezember 2009 durchgeführt wird. Im Rahmen eines übergreifenden interdisziplinären Projekts „Präventives Selbst“ beschäftigt sich das Forschungsprojekt mit unterschiedlichen Zugängen zu medizinischer Prävention: So erforschen universitäre Arbeitsgruppen aus Hamburg und Berlin unterschiedliche Zugänge zu historischen, wissenssoziologischen und sozialanthropologischen Kontexten kardiovaskulärer Prävention. Gegenstand des Teilprojektes der Charité ist die Untersuchung der konkreten Umsetzung von Präventionsprogrammen in den Alltag von HausärztInnen und PatientInnen. Aufgrund der hohen Relevanz kardiovaskulärer Prävention bei Übergewicht ist die Analyse des Umgangs von PatientInnen mit Übergewicht von besonderer Bedeutung. Im Zentrum der Untersuchung, an der im Berliner Raum praktizierende Allgemeinmediziner teilnehmen, steht der „Check up 35“, dessen Einfluss auf eine Lebensstilveränderung übergewichtiger PatientInnen nach zwei Jahren beobachtet wird. In das Forschungsprojekt sind Längs- und Querschnittsstudien integriert, für die sowohl qualitative (Analyse von Beratungsgesprächen und Interviews) als auch quantitative Forschungsansätze (Fragebögen) genutzt werden.

Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns

Es stand im Interesse des Studienvorhabens, das subjektive Erleben und den Umgang mit Übergewicht in Form einer Momentaufnahme während der ärztlichen Konsultation zu untersuchen. Dabei sollte die Perspektive der Betroffenen – der PatientInnen und der ÄrztInnen – im Vordergrund stehen. Dieses Ziel kann mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes erfasst werden [97]. Dem Forschungsfeld wird mit einer größtmöglichen Offenheit begegnet, was eine tiefere Durchdringung der

kausalen Zusammenhängen und Sinnstrukturen von Ursachen und persönlichem Umgang mit Übergewicht ermöglicht.

Vor dem Hintergrund quantitativer Daten zur Erklärungsmodellen von Übergewicht (siehe Einleitung) soll die vorliegende Arbeit eine qualitative Vertiefung dieser bekannten Zusammenhänge ermöglichen.

3.2. Übersicht über den Ablauf der Studie

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden Konsultationsgespräche zwischen HausärztInnen und übergewichtigen PatientInnen ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) auf Tonband aufgezeichnet. Die HausärztInnen wurden gebeten, das im Rahmen der Check up – Untersuchung stattfindende Beratungsgespräch, in dem die Befunde der Untersuchungen und sich daraus ergebende Konsequenzen mitgeteilt werden, aufzuzeichnen. Der Ablauf der Check up – Untersuchung wird in Hausarztpraxen unterschiedlich organisiert, i.d.R. sind mindestens zwei Praxisbesuche notwendig. Bei den teilnehmenden Studienpraxen fand das Beratungsgespräch entweder im Anschluss an die körperliche Untersuchung statt, wobei ein Termin zur Blutentnahme vorausgegangen war, oder die PatientInnen wurden zu einem Extratermin für dieses Gespräch einbestellt. Die Rekrutierung, Information der Patienten und die Aufzeichnung der Gespräche wurde durch die Praxen organisiert. Sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen mussten vorher ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme unterzeichnen, im Gegenzug wurde Anonymität und vertraulicher Umgang mit den Daten zugesichert. Bei den Aufzeichnungen waren nur der Hausarzt und der jeweilige Patient anwesend. Zur Charakterisierung der StudienteilnehmerInnen wurden im Anschluss zusätzliche Daten erhoben (siehe 3.4.).

3.3. Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung

Rekrutierung von StudienärztInnen

Zur Gewinnung von StudienärztInnen wurde die Liste der LehrärztInnen-Liste des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité genutzt. Hierbei handelt es sich um HausärztInnen, die Berliner Medizinstudenten während ihrer Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin betreuen und über Forschungserfahrung verfügen. Aufgrund der geringen Teilnahmebereitschaft der LehrärztInnen wurden zusätzlich HausärztInnen

über das Online-Verzeichnis der KV Berlin zur Studienteilnahme aufgefordert. Mit diesen ÄrztInnen wurde telefonisch Kontakt aufgenommen und bei Interesse eine Beschreibung der Studie zugesandt bzw. durch Praxisbesuche über das Studienvorhaben informiert.

Bei der Auswahl der ÄrztInnen wurde versucht, auf eine möglichst ausgewogene Zahl an Ärztinnen und Ärzten sowie auf eine gleichmäßige Verteilung in unterschiedlichen Berliner Bezirken zu achten.

Die Sozialstruktur Berliner Bezirke war für den Auswahlprozess der Studienärzte von Bedeutung, da zu vermuten ist, dass sich PatientInnen in den einzelnen Stadtteilen Berlins deutlich durch Bildungsgrad, Einkommen, Altersstruktur und Herkunft unterscheiden: Demnach werden Zehlendorf-Steglitz und Charlottenburg-Wilmersdorf zu den einkommensstärksten Bezirken Berlins gezählt, mit einem niedrigen Anteil von Sozialhilfeempfängern und Arbeitslosen und einem älteren Bevölkerungsdurchschnitt [98]. Die einkommensschwächeren Bezirke Neukölln und Mitte sind durch einen sehr hohen AusländerInnenanteil sowie eine sehr hohe Arbeitslosen- und Sozialhilfequote gekennzeichnet. Der Bezirk Pankow zeichnet sich durch eine junge Bevölkerungsstruktur, einen niedrigen AusländerInnenanteil, eine durchschnittliche Einkommensstärke sowie eine geringe Zahl an SozialhilfeempfängerInnen und Arbeitslosen aus. Die EinwohnerInnen des Stadtbezirks Reinickendorf weisen ein älteres Durchschnittsalter auf, liegen mit Ausnahme eines geringen Ausländeranteils ansonsten etwa im Berliner Durchschnitt.

Insgesamt wurden 200 HausärztInnen Berlins telefonisch bzw. postalisch zur Teilnahme an der Studie aufgefordert.

Die ÄrztInnen erhielten keine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme.

Ein- und Ausschlusskriterien für StudienärztInnen und PatientInnen

Einschlusskriterien für die ÄrztInnen waren eine abgeschlossene Facharztausbildung sowie die Tätigkeit als praktische ÄrztInnen in einer Allgemeinarztpraxis in Berlin oder Brandenburg. Ausschlusskriterien waren spezialisierte Formen einer allgemeinmedizinischen Praxis (z.B. HIV-Schwerpunktpraxis) und schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache.

Eingeschlossen werden konnten alle übergewichtigen Patientinnen und Patienten (BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), die das 35. Lebensjahr erreicht hatten und im Verlauf des zweiten und dritten Quartals bei ihren HausärztInnen eine Gesundheitsuntersuchung durchführen ließen. Weitere Einschlusskriterien waren ein schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme und eine grundsätzliche Teilnahmefähigkeit an der Befragung (Kenntnisse der deutschen Sprache). Ausschlusskriterien stellten eine kognitive Behinderung, eine schwere Krebserkrankung, eine Depression und weitere psychische Erkrankungen dar.

Vorbereitung der Datenerhebung in den Praxen

Vor Beginn der Studie wurden in einer zentralen Informationsveranstaltung sowie durch weitere individuelle Treffen die Ziele und der Ablauf der Studie erörtert. Um möglichst viele MitarbeiterInnen der Hausarztpraxen in den Studienablauf integrieren zu können, fanden bei allen ÄrztInnen zu Beginn der Studie Praxisbesuche statt. Auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und die Nutzung von Einverständniserklärungen (siehe Anhang) wurde gesondert eingegangen.

Die ÄrztInnen erhielten Diktiergeräte und wurden angewiesen, diese während des ganzen Beratungsgesprächs mitlaufen zu lassen und die Konsultation davon möglichst wenig beeinflussen zu lassen.

Es erschien sinnvoll, die Rekrutierung der PatientInnen schwerpunktmäßig durch die ÄrztInnen vornehmen zu lassen. In einigen Praxen übernahmen, den individuellen Gegebenheiten der Arztpraxen folgend, die ArzthelferInnen diese Aufgabe. Zur Informierung der PatientInnen standen mehrseitige Informationsschreiben über den Inhalt und Ablauf der Studie zu Verfügung. Im Wartebereich der Arztpraxen machten Poster und kurze Informationsbroschüren auf das Studienvorhaben aufmerksam.

3.4. Datenerhebung

Die Gespräche wurden im zweiten und dritten Quartal 2007 in den Arztpraxen der beteiligten StudienärztInnen mit Hilfe von digitalen und analogen Diktiergeräten aufgezeichnet. Der ursprünglich geplante Erhebungszeitraum eines Quartals wurde wegen geringer Teilnahmebereitschaft auf das dritte Quartal 2007 ausgeweitet. Während der Erhebungsphase fand mit allen StudienärztInnen alle zwei Wochen ein telefonischer Kontakt statt, um eine Rückmeldung über den Verlauf der Studie zu

bekommen und eventuelle Probleme über den Ablauf der Studie zu besprechen. Zudem sollte durch die regelmäßigen Kontakte die Motivation zur kontinuierlichen Patientenrekrutierung erhöht werden. Alle vier Wochen wurden die bereits aufgezeichneten anonymisierten Gespräche aus den Praxen abgeholt.

Von den PatientInnen wurden zusätzlich das Alter, der BMI und die Behandlungszeit durch die HausärztInnen erfasst. Außerdem wurden über Zusatzbezeichnungen, Praxistätigkeit und Alter der ÄrztInnen erhoben.

3.5. Auswertung der Daten

Qualitatives Forschungsdesign

Die Studie wurde nach Grundsätzen der qualitativen Forschung geplant [97;99]. Im Sinne einer offenen Herangehensweise an das Forschungsfeld wurden die Forschungsfragen durch den kontinuierlichen Austausch mit drei wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Instituts für Allgemeinmedizin und MitarbeiterInnen des übergreifenden Projektes „Präventives Selbst“ schrittweise erarbeitet und eingegrenzt (siehe Einleitung). Zur Reflexion des Vorwissens wurden Arbeitshypothesen festgehalten, was innerhalb neuer Ansätze qualitativer Forschung nicht mehr als Widerspruch gegenüber der geforderten Offenheit des Forschers, sondern als hilfreicher Arbeitsschritt angesehen wird [97].

Da eine Literaturrecherche in der medizinischen Datenbank PubMed keine Veröffentlichung von Beratungsgesprächen der Check up – Untersuchung aufweisen konnte, lag eine besondere Herausforderung im Finden eines geeigneten Auswertungsinstruments. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde nach einer Methodik gesucht, die eine Analyse von Kommunikationsinhalten ermöglicht und in der medizinischen Forschung etabliert ist.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Gespräche wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode dient der systematischen inhaltlichen Aufschlüsselung verschiedenster Gattungen von Texten und stellt eine weitgehend etablierte Methode innerhalb der qualitativen Forschung dar [97;99]. Konkret wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewählt, die eine der drei verschiedenen

Richtungen dieser Auswertungsmethode darstellt (s.u.). Mayring empfiehlt die Anwendung dieses Verfahrens bei schwerpunktmäßig inhaltlichem Interesse an dem Material [97]. Dies traf auf die vorliegende Arbeit zu.

Vorläufermodelle der qualitativen Inhaltsanalyse wurden in den 20er Jahren in den USA entwickelt. Sie dienten vor allem zur Auswertung von Zeitungs- und Radiotexten und hatten vornehmlich die quantitative Auswertung zum Ziel [97]. Die Vorzüge der von Philipp Mayring in den siebziger Jahren konzipierten qualitativen Inhaltsanalyse stellen ein regelgeleitetes nachvollziehbares Ablaufmodell dar, das am Gegenstand angepasst werden kann und somit ein flexibles System bietet. Die Inhaltsanalyse ist daher nicht als Standardinstrument zu sehen, sondern immer auf eine spezifische Fragestellung hin konstruiert [100]. Die Regelgeleitetheit des Ablaufmodells soll zur Transparenz des Verfahrens beitragen und es für andere nachvollziehbar machen. Demnach soll jeder einzelne Analyseschritt auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden können [100].

Um bei der Analyse auf die Interpretation des Inhalts in seinem Kontext zu achten, wird der Text am Anfang der Auswertung in seinem Kommunikationszusammenhang reflektiert. Am Ende der Auswertung findet sich ein Kategoriensystem, das entweder als Ganzes interpretiert oder bestimmten Hauptkategorien untergeordnet werden kann. Auch quantitative, auf dem Kategoriensystem basierende Auswertungen, können sich hieran anschließen oder von vorneherein in den Ablauf integriert werden.

Unterschieden werden kann eine strukturierende, zusammenfassende und explizierende Inhaltsanalyse. Die strukturierende und explizierende Inhaltsanalyse werden der Vollständigkeit halber kurz erläutert, um auf die zusammenfassende Inhaltsanalyse – dem gewählten Verfahren – anschließend detaillierter einzugehen.

Die strukturierende Inhaltsanalyse dient dazu, das Material unter bestimmten Kriterien zu analysieren. Hierfür wird ein vorher erarbeitetes oder aus einem Teil des Materials extrahiertes Kategoriensystem an das Material herangetragen. Untersucht werden kann das Material hierbei auf den Inhalt (z. B. die Verwendung des Wortes Übergewicht) oder die formale Struktur (z. B. den Aufbau eines Konsultationsgesprächs). Auch Typisierungen (z. B. der Gesprächsstil) oder Skalierungen (z. B. das Ausmaß einer partizipativen Entscheidungsfindung) können vorgenommen werden.

Bei der **explizierenden Inhaltsanalyse** werden unklare Stellen durch die Zuhilfenahme zusätzlichen Textmaterials entschlüsselt. Unterschieden wird dabei zwischen einer

engen und weiten Kontextanalyse. Bei der weiten Kontextanalyse wird über den eigentlichen Text hinaus zusätzliches Material (z. B. ein Lexikon) hinzugezogen, um den Inhalt verständlich zu machen. Für die Auswertung einzelner unverständlicher Textabschnitte oder Ausdrücke wurde auf diese Variante zurückgegriffen.

Mit Hilfe der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** kann umfassendes Textmaterial durch Paraphrasieren, Zusammenfassen und Streichen sinnähnlicher Textabschnitte auf eine bestimmte Abstraktionsebene gebracht und schrittweise verallgemeinert werden, bis das Material eine überschaubare Größe erreicht hat. Der Text wird somit auf seine eigentliche Aussage reduziert.

Wie im unten abgebildeten Ablaufplan ersichtlich, schließt sich eine Rücküberprüfung der gefundenen Kategorien am Text an. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Textaussagen weder überinterpretiert werden, noch, dass wichtige Inhalte verloren gehen.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse stellt sich wie folgt dar [100]:

- 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

Vorbereitung der Auswertung

Die aufgezeichneten Gespräche wurden mit Hilfe der Transkriptionssoftware „F4“, Version 3.0.3., wortwörtlich transkribiert. Die Sprache wurde in ihrem Originalzustand belassen, so z.B. Äußerungen im Dialekt oder Umgangssprache übernommen. Besonderheiten (wie z.B. sehr lange Pausen, Gesprächsabbruch) und Gefühlsäußerungen wurden festgehalten. Eindrücke und Ideen zur Auswertung nach

dem ersten Anhören bzw. der Transkription wurden im Forschungstagebuch niedergeschrieben und in spätere Analysen integriert.

Die Auswertung der Gespräche

Die eigentliche Analyse wurde mit einer einfachen Tabelle mit Hilfe von Microsoft Word angefertigt. Die entstandenen Codes wurden anschließend in das Datenanalyseprogramm „Atlas.ti“ (Version 5.0) übertragen, einer an der Technischen Universität Berlin entwickelten und häufig genutzten Software zur qualitativen Analyse von Text-, Grafik-, Audio und Videodaten (www.atlasti.com). Anhand dieses Programms konnten die Ergebnisse anschaulicher dargestellt und weiteren (über diese Arbeit hinausgehenden) Auswertungen zugänglich gemacht werden.

Tabelle 1: Beispielgespräch 1-3905SL7

| Zeile | Originaltext | Paraphrasierung | Generalisierung | Reduktion |
|-------|---|---|-------------------------------|--|
| 039 | A: Das haben Sie nicht, Dann muss man natürlich sagen ist irgendwo in der Ernährung noch was nicht richtig.. | irgendwo in der Ernährung etwas falsch | falsche Ernährung | Ursache A: falsche Ernährung |
| 039 | Sie essen zwar anders, aber irgendwie auch von dem Guten zu viel. | essen anders aber von Gutem zuviel | zu große Nahrungsmenge | Ursache A: zu große Nahrungsmenge |

Zur Bearbeitung der ersten und dritten Fragestellung (Ursachen und Konsequenzen von Übergewicht) wurde ein induktives Verfahren gewählt, d.h., die Herausarbeitung der Kategorien erfolgte aus dem bestehenden Textmaterial. Die Frage 2 wurde theoriegeleitet vor dem Hintergrund der Risiken kardiovaskulärer Erkrankungen beantwortet, d. h. hier wurden alle Aussagen der ÄrztInnen mit Informationen über bestehende Risiken kodiert, die sich theoriegeleitet aus der Kenntnis wichtiger medizinischer Risikofaktoren ergaben. Die Kodierung erfolgte auch bezüglich einzelner

Risikofaktoren, die sich implizit aus dem Gesprächskontext ergaben, auch wenn diese nicht explizit angesprochen wurden.

Innerhalb der Gesprächssequenzen wurden Aussagen, denen eine weitergehende Erklärung folgte, gesondert gekennzeichnet und solchen gegenüber gestellt, die nicht weiter von den ÄrztInnen erläutert wurden. Bewertungen von Risiken wurden so übernommen, wie die ÄrztInnen sie einstufen. Bewerteten die ÄrztInnen z.B. ein Cholesterinwert als unauffällig, so wurde der Code als „Befund unauffällig“ benannt, auch wenn der Wert außerhalb des Referenzbereiches lag. Bei der Bezeichnung der Codes wurde nicht zwischen Adipositas und Übergewicht differenziert, da die ÄrztInnen diese Begriffe selbst nicht durchgehend einheitlich gebrauchten.

Mayring betont die Beachtung der Gütekriterien Objektivität und Validität, und hebt in besonderem Maße die Interkoderreliabilität, das Maß der Übereinstimmung der AuswerterInnen, hervor [100]. Dazu wurden jeweils vier Gespräche von je zwei weiteren MitarbeiterInnen kodiert und die Ergebnisse miteinander diskutiert. Bei sich daraus neu ergebenden Aspekten zur Beantwortung der Fragestellungen wurde das gesamte Textmaterial auf diesen Sachverhalt hin neu untersucht und Kodierungen ggf. verändert.

Am Ende der Analyse stand die Erstellung von Kategoriensystemen. Die Abbildungen zu den Kategoriensystemen wurden mit Hilfe des Graphikprogramms „Inspiration“ (Version 8.0) fertig gestellt.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobe

4.1.1. StudienärztInnen

An der Studie nahmen acht Ärztinnen und vier Ärzte teil, die zwischen zwei und 24 Jahren allgemeinmedizinisch tätig waren (durchschnittlich zehn Jahre). Alle ÄrztInnen verfügten über eine abgeschlossene Facharztausbildung, elf waren FachärztInnen für Allgemeinmedizin und eine Ärztin Fachärztin für Pädiatrie in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin. Das Durchschnittsalter der ÄrztInnen betrug 50 Jahre.

Sieben der ÄrztInnen arbeiteten in einer Praxis in einem Westberliner, zwei in einem Ostberliner Bezirk, die Praxis von drei ÄrztInnen befand sich in Brandenburg. An der Ausbildung von MedizinstudentInnen beteiligten sich sieben der ÄrztInnen in einer Lehrarztstätigkeit.

Die Gruppe der ÄrztInnen ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Bezirke und Zusatzbezeichnungen der ÄrztInnen

| | Bezirke der Praxen | Zusatzbezeichnungen der ÄrztInnen |
|----|----------------------------|--|
| 1 | Zehlendorf-Steglitz | Naturheilverfahren, Craniopathie, Neuraltherapie |
| 2 | Zehlendorf-Steglitz | Psychotherapie |
| 3 | Neukölln | Suchtmedizin, Psychosomatik |
| 4 | Reinickendorf | Chirurgie, Sportmedizin |
| 5 | Pankow | - |
| 6 | Schönwalde (Brandenburg) | Sportmedizin |
| 7 | Zehlendorf-Steglitz | Ernährungsmedizin, Rettungsmedizin |
| 8 | Wedding | - |
| 9 | Oberkrämer (Brandenburg) | Chirotherapie, Psychotherapie |
| 10 | Oberkrämer (Brandenburg) | Kinderheilkunde |
| 11 | Pankow | Chirotherapie |
| 12 | Charlottenburg-Wilmersdorf | Chirotherapie, Suchtmedizin |

4.1.2. PatientInnen

Von den 52 PatientInnen, deren Gespräche für die Auswertung verwendet wurden, waren 17 männlich und 35 weiblich. Die PatientInnen waren im Mittelwerte 59 Jahre alt, die jüngste Patientin 39, der älteste 76 Jahre alt. Der BMI der PatientInnen lag zwischen 26,6 und 42,9 kg/m², durchschnittlich 32 kg/m². Die Behandlungszeit durch die jeweiligen HausärztInnen betrug zwischen null und 20 Jahren, im Durchschnitt sechs Jahre.

4.1.3. Gespräche

Kriterien für die Auswahl der Gespräche

Insgesamt wurden 71 Gespräche aufgezeichnet, 69 davon standen für die Auswertung zur Verfügung. (Eines der Gespräche war schlecht verständlich, ein anderes stammte von einem normalgewichtigen Patienten). Die Anzahl der Gespräche, die pro Arzt bzw. Ärztin aufgenommen wurden, variierte stark und zeigte sich als sehr unterschiedlich ergiebig für die Auswertung. Daher wurde beschlossen, die Auswahl der Gespräche nach praktikablen und der Auswertung dienlichen Gründen zu gestalten. Die Gespräche, bei denen die Auswertung in Form einer Transkription schon fortgeschritten war, wurden in den Corpus aufgenommen. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass von jeder Ärztin bzw. jedem Arzt – wenn vorhanden – mindestens zwei Gespräche in die Auswertung mit einfließen. Da das männliche Geschlecht sowohl in der Gruppe der StudienärztInnen sowie der PatientInnen unterrepräsentiert war, wurden aus den verbliebenen Gesprächen die der männlichen Gesprächspartner für diese Untersuchung ausgewählt.

Für die Auswertung ergab sich damit ein Corpus von 52 Gesprächen.

Verteilung auf die StudienärztInnen

Die Verteilung der Gespräche auf die ÄrztInnen ist in der Tabelle im Folgenden dargestellt.

Tabelle 3: Gespräche von Ärztinnen

| Ärztin | Anzahl der verwendeten Gespräche | Anzahl Gesprächspartner | Anzahl der Gesprächspartnerinnen |
|--------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| 1 | 19 | 5 | 14 |
| 2 | 4 | 1 | 3 |
| 5 | 3 | 1 | 2 |
| 6 | 1 | 1 | 0 |
| 7 | 4 | 2 | 2 |
| 8 | 2 | 0 | 2 |
| 9 | 3 | 0 | 3 |
| 11 | 1 | 0 | 1 |
| | Gesamtanzahl: 37 | Gesamtanzahl: 10 | Gesamtanzahl: 27 |

Tabelle 4: Gespräche von Ärzten

| Arzt | Anzahl der verwendeten Gespräche | Anzahl der Gesprächspartner | Anzahl der Gesprächspartnerinnen |
|------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 3 | 2 | 1 | 1 |
| 4 | 3 | 0 | 3 |
| 8 | 2 | 2 | 0 |
| 12 | 8 | 4 | 4 |
| | Gesamtanzahl: 15 | Gesamtanzahl: 7 | Gesamtanzahl: 8 |

Gesprächsdauer

Aufgrund der ungleichen Anzahl der Gespräche pro Ärztin bzw. Arzt wurde von allen StudienärztInnen ein individueller Durchschnittswert für die Gesprächsdauer berechnet. Ausgehend von diesen Durchschnittswerten jeder Ärztin bzw. jedes Arztes betrug die Länge aller ärztlichen Gespräche im Mittelwert 9:21 Minuten.

Unterschiede in der Gesprächsdauer zwischen Ärztinnen und Ärzten

Bei der Differenzierung zwischen den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen konnten deutliche Unterschiede in der Dauer festgestellt werden. Ausgehend vom vorher gebildeten Durchschnittswert der Gesprächsdauer jeder Ärztin dauerte ein Gespräch im Mittelwert 11:13 Minuten. Die Dauer der von Ärzten geführten Gespräche betrug durchschnittlich 4:32 Minuten. Mit den vorher berechneten Durchschnittswerten jedes Arztes dauerten die Gespräche 5:38 Minuten. Die von Ärztinnen geführten Beratungsgespräche waren also durchschnittlich gesehen fast doppelt so lang wie die der Ärzte.

Tabelle 5:

Dauer der Gespräche der Ärztinnen

| Ärztinnen | Durchschnittliche Gesprächsdauer [min] | Standardabweichung |
|-----------|--|--------------------|
| 1 | 8:39 | 3,6094 |
| 2 | 5:29 | 1,3390 |
| 5 | 4:35 | 2,9141 |
| 6 | 3:45 | - * |
| 7 | 18:22 | 8,5398 |
| 9 | 28:05 | 1,0465 |
| 10 | 14:14 | 3,8250 |
| 11 | 6:32 | - * |

Tabelle 6:

Dauer der Gespräche der Ärzte

| Ärzte | Durchschnittliche Gesprächsdauer [min] | Standardabweichung |
|-------|--|--------------------|
| 3 | 11:00 | 1,0465 |
| 4 | 5:16 | 2,2058 |
| 8 | 3:17 | 0,3323 |
| 12 | 2:56 | 1,1907 |

* nur ein Gespräch vorhanden

4.2. Ursachen von Übergewicht

4.2.1. Thematisierte Faktoren durch ÄrztInnen

Es zeigte sich, dass ein Teil der ÄrztInnen die Diskussion der Ursachen von Übergewicht nahezu in jedem Gespräch führte, eine besonders intensive Thematisierung erfolgte stets in den Gesprächen von zwei Ärztinnen. Wenige ÄrztInnen (drei) gingen auf diese Thematik nie ein. Insgesamt wurde in 32 der 52 Gespräche über Ursachen von Übergewicht gesprochen.

Der Aufbau des Kategoriensystems

Die Auswertung der Textstellen, in denen Übergewicht thematisiert wurde, ergab unterschiedlich stark differenzierte Kategoriensysteme. Die einzelnen Begriffe ließen sich in die beiden Hauptkategorien verhaltens- vs. nicht-verhaltensabhängig einteilen². Begriffe, die nicht eindeutig diesen Hauptkategorien zuzuordnen waren, wurden in die Kategorie „Ohne klare Zuordnung“ zusammengefasst. Weiterhin entstand die Rubrik „Unklare Genese“ (vgl. Abb.1 S. 39).

Verhaltensabhängige Faktoren

Die Gruppe der verhaltensabhängigen Faktoren gliedert sich in die Bereiche Verhalten allgemein, Ernährung, Bewegungsmangel, fehlende Kontrolle, Alkohol sowie Muskelmasse. Es zeigte sich eine besonders vielschichtige und ausdifferenzierte Darstellung der ernährungsbedingten Ursachen im Gegensatz zu allen anderen Faktoren.

In Bezug auf die Ernährung der PatientInnen sprachen ÄrztInnen häufig ein zusammenfassendes Urteil über die Qualität der Kost auf dem täglichen Speiseplan aus und brachten eine schlechte Ernährung mit dem Übergewicht in Verbindung. Eine solche Bewertung erfolgte z.T. nach einer Anamnese der Ernährungsgewohnheiten, aber auch in Form einer Vermutung von eventuellen ungünstigen Faktoren. Das Übergewicht wurde in mehreren Fällen mit einer „fehlerhaften Ernährung“ oder mit „speziellen Ernährungsweisen in übergewichtigen Familien“ in Zusammenhang gebracht.

*A: „Oder auch dann, es wird schon in den Familien mit Übergewicht wird oft auch anders gegessen. Schon von vornherein“.*³ (Ärztin 1, Gespräch 5210BK6, 47)

Auf die Qualität der Nahrung als ursächlichen Faktor gingen die ÄrztInnen intensiv ein und erörterten die Bedeutung der Zubereitung von Speisen (z.B. durch die Verwendung von Fertigprodukten), der Verwendung bestimmter Nahrungsmittel (v.a. Wurst und Süßigkeiten) oder einer allgemein zu kalorienhaltigen Ernährung (durch einen zu hohen Fettgehalt).

² Hierunter ist das Maß der Beeinflussbarkeit des Gewichts durch das eigene Verhalten zu verstehen

³ Die Bezeichnungen „A:“ beziehen sich auf Aussagen von ÄrztInnen, mit der Bezeichnung „P:“ werden Aussagen von PatientInnen eingeleitet.

Die Ursache einer zu großen Energiezufuhr durch zu große Mengen oder Einteilung von zu großen Portionen wurde teils durch vorsichtige Formulierungen, aber auch durch direkte Äußerungen angesprochen.

A: „Ja! Aber natürlich ist es...ist es zuviel...für Sie individuell essen Sie zuviel.“
(Ärztin 1, Gespräch 6512HR5, 213)

Einige ÄrztInnen sahen den Grund für eine zu große Nahrungsmenge in einem ständigen Angebot bzw. der Verfügbarkeit von verlockenden Speisen und Nahrungsmitteln in der Wohnung oder in der allgemeinen Umgebung. Auch die Art und Weise der Nahrungsaufnahme sahen ÄrztInnen als bedeutungsvoll an und verwiesen auf die Angewohnheit, zu schnell zu essen oder dafür ungünstige Zeitpunkte zu wählen. Insbesondere sehr späte Mahlzeiten sahen einige ÄrztInnen als eines der wesentlichen Probleme an.

A: „Aber das Knabbern, das ist einfach am Abend, das ist unser aller Untergang, ja?“
(Ärztin 1, Gespräch 4001ST7, 224)

Als weitere Ursache für Übergewicht wurden Wissensdefizite in Bezug auf gesunde Ernährung angesprochen.

Den Faktor Bewegungsmangel brachten ÄrztInnen häufig während einer anamnestischen Befragung zum Ausmaß der körperlichen Aktivität in das Gespräch ein. In diesem Zusammenhang ließen sie entweder die PatientInnen ihre eigene Aktivität einschätzen oder gaben auch unbewusst eine eigene Bewertung in Form von Suggestivfragen ab.

Ein Arzt thematisierte eine „fehlende Kontrolle über das eigene Verhalten“ als eine mögliche Ursache von Übergewicht.

P: Und wenn ich dann abends nach Hause komme, bin ich ausgehungert.
A: Und dann wird's nachgeholt und schnell...
P: ...genau...
A: und dann ist es auch nicht so ganz kontrolliert, ne.
(Arzt 3, Gespräch 5112CP5, 106-112)

Zu psychosozialen Faktoren wurden eingefahrene Verhaltensweisen und Gewohnheiten gezählt, die den Versuch einer Verhaltensänderung erschweren. Auch Alkohol wurde als Ursache von Übergewicht in Erwägung gezogen.

Nicht-verhaltensabhängige Faktoren

Die ÄrztInnen sprachen in den Konsultationen mit übergewichtigen PatientInnen die nicht-verhaltensabhängigen Faktoren im Kontext von individueller Veranlagung, des Stoffwechsel oder von Krankheiten an. Derartige Aussagen fanden sich i.d.R. in Reaktion auf Äußerungen von PatientInnen, v.a. die Aussagen zu genetischen Faktoren. Den Stoffwechsel benannten ÄrztInnen in Form des Biorhythmus, eines allgemein zu langsamen Stoffwechsels oder eines sich auf Sparflamme befindenden Körpers als mögliche Ursache.

A: Hm (Pause) .. Da stimmt die Zusammensetzung nicht, also der Stoffwechsel läuft zu langsam, ne.
(Ärztin 1, Gespräch 4302Gß4, 219)

Eine Ärztin bezeichnete das Übergewicht als Suchtkrankheit, die sich durch eine eingeschränkte Handlungsfreiheit äußere.

A: ...dass Sie wirklich einen größeren Strauß an Handlungsmöglichkeiten
P: Hm...
A: ..was man bei Frust und bei Langeweile alles so machen kann.
P. statt dessen
A: Nicht unbedingt besser oder schlechter sonder auch..
P: Hm...hm.
A: ..Was oft verloren geht bei jeder Form von Sucht...worunter ich Übergewicht in gewissem Maße auch zähle..
(Ärztin 7, Gespräch 5911KZ5, 272-284)

Ohne klare Zuordnung

Nicht eindeutig zugeordnet wurden psychische Ursachen in Form von Kummer und Frust sowie soziale Faktoren (z.B. die Arbeitstätigkeit). Diese assoziierten die ÄrztInnen zwar mit veränderten Essgewohnheiten, schienen die Gründe dafür aber in seelischen Problemen liegend anzusehen, die nicht durch das Verhalten der PatientInnen bedingt waren.

A: (...)Aber man soll sich da nicht selber...fertigmachen.
P: Nein, nein.
A: ...sonst schlägt es eher ins Gegen...sonst muss man sich wieder trösten und...erst recht essen.
(Arzt 9, Gespräch 4309DH8, 70-74)

Auch allgemeingehaltene Äußerungen wie ein „Ungleichgewicht zwischen Kalorienaufnahme und Verbrauch“ oder zwischen „Einfuhr und Ausfuhr“ wurden unter diesem Punkt zusammengefasst.

Unklare Genese

In wenigen Fällen brachten auch die ÄrztInnen ihre Ratlosigkeit bezüglich der Ursache des Übergewichts zum Ausdruck.

A: *...aber ...mir ist es nicht ganz klar, wo das Gewicht herkommt, ja...*
(Ärztin 1, Gespräch 4901NN7, 197)

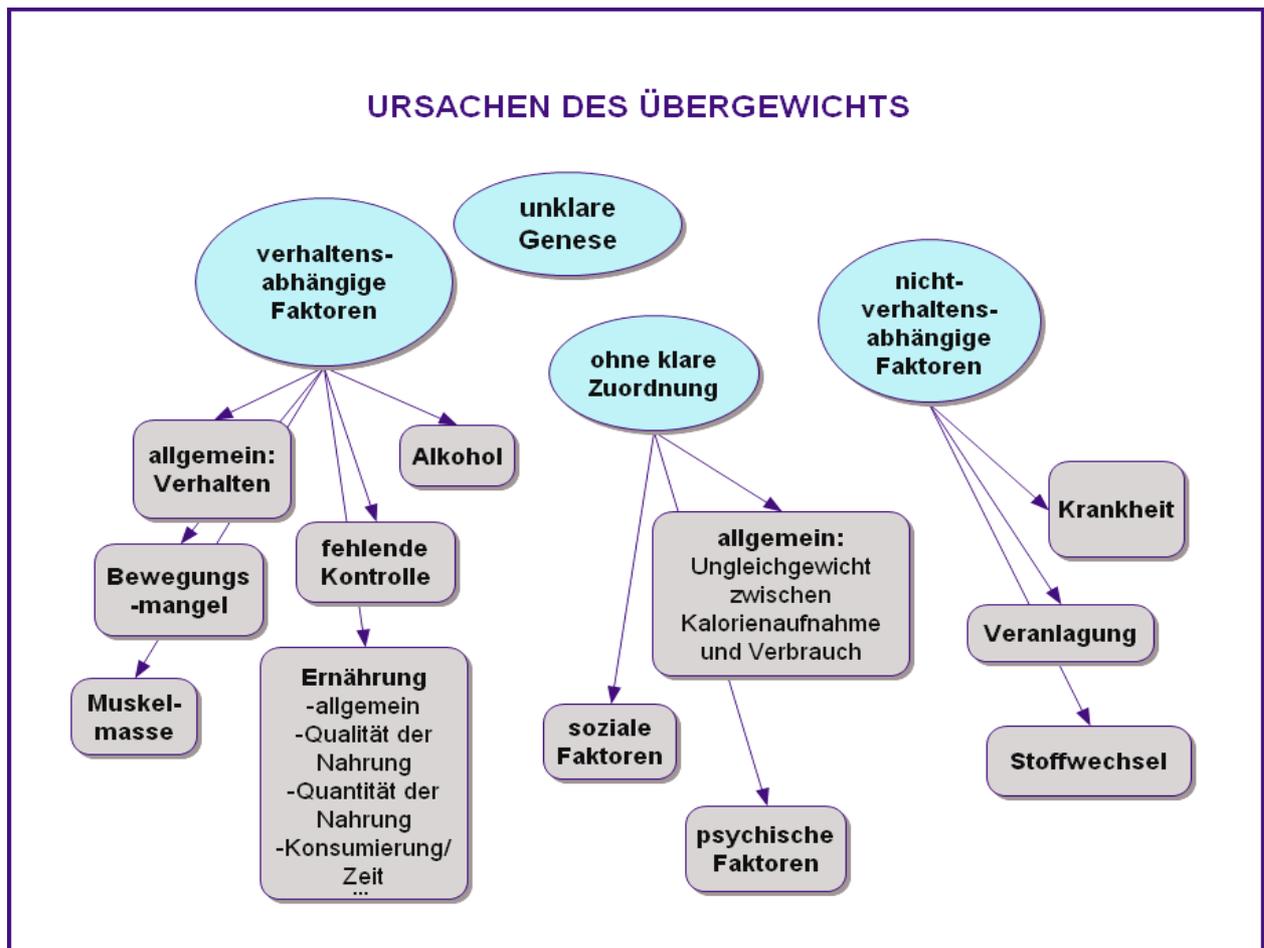


Abb. 1: Kategoriensystem der von Ärzten thematisierten Ursachen

Unterschiede in der Thematisierung von Ursachen zwischen Ärztinnen und Ärzten

Auffällig war, dass zwei Ärztinnen mit allen ihren PatientInnen besonders intensiv über deren Auffassung zu den Ursachen ihres Übergewichts sprachen. Andererseits konnte aber nicht festgestellt werden, dass in von Ärztinnen geführten Gesprächen wesentlich öfter über Ursachen gesprochen wurde als in Gesprächen der Ärzte. Allerdings zeigte sich, dass Ärztinnen das Thema öfter selber ansprechen, während es in den

Gesprächen der Ärzte öfter von den Patienten ausging und oftmals nur am Rande thematisiert wurde.

4.2.2. Ursachenzuschreibungen durch PatientInnen

PatientInnen sprachen oft sehr emotional über die Ursachen ihres Übergewichts. Im Gegensatz zu den ÄrztInnen, die verschiedene Faktoren eher sachlich einbrachten, machten PatientInnen häufig sehr deutlich, welche Faktoren sie als Ursache ihres eigenen Übergewichts ansehen und welche sie ausschließen.

Beim Vergleich der von ÄrztInnen und PatientInnen thematisierten Ursachen ließen sich Gemeinsamkeiten nicht nur in Hinblick auf die gleiche Einteilung der Rubriken (verhaltensabhängig, nicht-verhaltensabhängig und unklare Genese), sondern auch in Bezug auf die Untergruppen erkennen. Das Kategoriensystem der PatientInnen stellte sich jedoch als variationsreicher heraus (vgl. Abb.2 S.45). Faktoren, die nur von PatientInnen angesprochen wurden, waren: Hunger, hormonelle Faktoren, Schicksal, Raucherentwöhnung, Medikamente und Alter. Ähnlich den ÄrztInnen sprachen auch PatientInnen den Bereich der ernährungsbedingten Faktoren besonders ausführlich an.

Verhaltensabhängige Faktoren

Unter den ernährungsbedingten Faktoren nahm die Bedeutung von Freude am Essen einen wichtigen Platz ein. Weiterhin sprachen PatientInnen der Qualität und Quantität der eigenen Ernährung, dem Reiz der Verlockung und dem Zeitpunkt des Essens eine wichtige Rolle zu.

Auf die „Qualität von Ernährung“ wurde in Form des Verzehrs bestimmter Nahrungsmittel eingegangen oder durch Ausdrücke wie „Gutes Essen“. PatientInnen sahen speziell eine kohlenhydrat- und süßigkeitenreiche Ernährung als problematisch an. Im Kontext mit solch genussreicher Kost thematisierten PatientInnen den Reiz der Verlockung bestimmter Speisen, den eine Patientin durch das Essverhalten ihres Partners provoziert sah. Ihr Essverhalten erklärten PatientInnen immer wieder mit ihrer Freude und Lust am Essen.

P: Schon klar, bloß ist das eben für mich wahnsinnig schwer in den Griff zu kriegen..

A: .. ja..

P: ...weil ich ,sag ich mal, wirklich sehr sehr gern esse.

(Ärztin 7, Gespräch 3901RN5, 97-101)

Eine zu große Essensmenge an sich wurde von einigen PatientInnen als Ursache für das Übergewicht angesprochen. Gründe dafür sahen PatientInnen in der „Verfügbarkeit von Essen“, in dem sie zu große Mengen zubereiteten oder angaben, unabhängig vom Hungergefühl zu essen. Das Empfinden von Freude, in diesem Kontext beim Kochen, wurde auch hier wieder zum Ausdruck gebracht.

P: Also, weiß ich nicht, ich denk', es ist vielleicht ein bisschen zuviel. Vielleicht, ich mein' vom Zugucken werd ich bestimmt nicht dick. Ich muss das schon runterschlucken.
(Ärztin 1, Gespräch 4302GB4, 93)

Als Ursache zogen PatientInnen weiterhin einen ungünstigen Zeitpunkt des Essens in Betracht und wiesen auf Mahlzeiten zu einer späten Tageszeit hin, begründet u.a. durch die Ruhe und Zeit, die am Abend zur Verfügung stehe. Weiterhin wurde die Einnahme unregelmäßiger Mahlzeiten angesprochen (Arbeit).

Im Bewegungsmangel sahen viele PatientInnen eine Erklärung für ihr Übergewicht. Begründet wurde dieser durch Zeitmangel, Beschwerden oder die berufliche Tätigkeit am Schreibtisch.

P: Hm, also ich hab mich ja im vorigen Jahr... ich mein, ich kenn Sie ja schon ,ne ganze Weile mit dem Gewicht, weniger bewegt, weil ich eben diese großen Probleme mit den Knien hatte.
(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 53)

Der Begriff der fehlenden Disziplin wurde in unterschiedlichen Facetten dargestellt, u.a. durch fehlende Kontrolle über das eigene Verhalten, Schwierigkeiten zur eigenen Überwindung und den „inneren Schweinehund“.

P: (...)weil ich kann nicht...ich habe keine Essbremse. Das ist mein Problem.
(Ärztin 1, 6008VG11, 84)

Auch Alkoholgenuss wurde als eine mögliche Ursache angesprochen. Ein Patient sah den Grund seines Übergewichts in seinem muskulösen Körperbau begründet und damit eher als Folge seiner körperlichen Fitness.

Schließlich fanden sich allgemeine Beschreibungen über die Beeinflussbarkeit des Übergewichts durch Verhalten, die unter dem Begriff „Allgemein: Eigenes Verhalten“ festgehalten wurden.

Nicht-verhaltensabhängige Faktoren

Hierunter wurden neben einer allgemeinen Aussage über die „Fehlende Beeinflussbarkeit des Gewichts durch Verhalten“ die Begriffe „Hunger, Stoffwechsel, Veranlagung, Alter, hormonelle Faktoren, Schicksal, Medikamenteneinnahme und gesamtgesellschaftliche Einflüsse“ eingeordnet.

Die Begriffe Hunger und Appetit wurden den nicht-verhaltensabhängigen Faktoren zugeordnet, weil sie im Gesprächsverlauf als externale, nicht durch das eigene Verhalten bedingte Faktoren dargestellt wurden.

P: Und meistens ess' ich dazu nichts, aber...dann hab ich abends Hunger.

A: hm..

P: Dann könnte ich...ich könnte gar nicht einschlafen so.

(...)

P: Das ist es eben, also wenn ich diesen Hunger wegstreichen würde, dann wär's ja prima.

A: ja..

P: Es ist jetzt nicht reine Esslust.

A: jaja

P: ...sondern es ist einfach wirklich Hunger.

(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 281-297)

Weiterhin stellten PatientInnen ihre Essgewohnheiten in den Kontext gesamtgesellschaftlicher Einflüsse. Speziell sprachen sie Ernährungsweisen an, die durch die Einflüsse der Nachkriegszeit geprägt wurden.

P: Ich bin groß geworden in den fünfziger Jahren, da hat noch keiner groß, da haben die alle noch in sich reingespachtelt nach dem Krieg.

(Ärztin1, Gespräch 5210BK6, 53)

PatientInnen setzen die Ursache ihres Übergewichts außerdem in den Zusammenhang mit ihrem Stoffwechsel. So äußerten sie die Vermutung, dass sich ihr Körper an eine niedrige Kalorienaufnahme gewöhnt habe bzw. sprachen von einer generellen Neigung des Körpers, Kalorien aufzunehmen. Eine Patientin sprach von einem „verdorbenen Grundumsatz“ infolge einer langfristigen niedrigkalorischen Diät, der nicht mehr zu normalisieren sei.

Veranlagung und Vererbung allgemein spielten für einige PatientInnen weiterhin eine wesentliche Rolle. Einige PatientInnen beschrieben genetische Faktoren im Zusammenhang mit ihrer Stoffwechselfunktion, so tauchte immer wieder der Begriff einer „Neigung zu Übergewicht“ auf. Ein Patient bezeichnete sich als „guten

Futterverwerter“, eine andere Patientin ordnete ihrem Körper prinzipiell eine Fehlfunktion zu.

A: (..)Wo liegt denn der Fehler?

P: Also ich denke am Körper!

(Ärztin 1, Gespräch 6512HR5, 15-17)

Hormonelle Faktoren wurden in Form von Schilddrüsenstörungen und dem Einfluss der Wechseljahre thematisiert.

Einige PatientInnen vertraten die Ansicht, dass eine Gewichtszunahme eine natürliche „Begleiterscheinung“ des Alterungsprozesses sei.

Weiterhin wurde eine schicksalhafte Einwirkung thematisiert. Auch auf eine schicksalhafte Fügung wurde im Zusammenhang mit der Genese des Übergewichts verwiesen.

P: Klar wär' ich auch lieber schlank, aber es ist mir nun mal nicht gegeben.

(Ärztin 1, Gespräch 6512HR5, 267)

Eine Patientin führte eine nicht weiter definierte Tabletteneinnahme als einen ursächlichen Faktor ihres Übergewichts an.

Ohne klare Zuordnung

Diese Rubrik umfasst die Begriffe „Soziale Faktoren“, „Aufgehört zu rauchen“, „Stress“, „Psychische Faktoren“, „Übergewicht in der Familie“ und die allgemeine Aussage über ein „Missverhältnis von Kalorienaufnahme und Verbrauch“.

Als soziale Faktoren wurden Umstände zusammengefasst, die vor allem durch Arbeitstätigkeit und Alltag bedingt sind. PatientInnen beschrieben in diesem Kontext die Schwierigkeit, eine gesunde Ernährung mit einem von Terminen bestimmten Tagesablauf zu vereinbaren. Im Zusammenhang mit Erziehung und häuslicher Prägung sprachen PatientInnen häufig darüber, welchen Umgang mit Essen bzw. Mahlzeiten sie als Kind vorgelebt bekamen.

Einige PatientInnen beschrieben psychische Faktoren als Ursache ihres Essverhaltens, darunter vor allem Gefühle von Kummer, Frust und Langeweile oder allgemein seelische Probleme. Essen in diesem Kontext bedeutete für die PatientInnen eine Erleichterung oder Ablenkung in solchen Situationen oder schwierigen Zuständen. Der Effekt, sich bei Müdigkeit durch Essen wach halten zu können wurde weiterhin genannt

und das wohltuende Gefühl bei der Konsumierung bestimmter Speisen, sich etwas zu gönnen. Da die Ursachen dieser Probleme nicht immer offen dargelegt wurden, nicht-verhaltensabhängige Ursachen dieser Probleme aber nahe liegend zu sein schienen, wurden diese Faktoren in der Hauptkategorie „Ohne klare Zuordnung“ zusammengefasst.

P: (...) Dieses...ich weiß, wenn ich gefrustet bin, was ich im Moment ziemlich bin, also auch privat von der Tochter und ziemlich Probleme da habe... dann...dann ess' ich...aus Frust oder Langeweile.

(Ärztin 7, 5911KZ5, 23)

Eine häufiger vorkommende Aussage betraf das Vorkommen von „Übergewicht in der Familie“ als ursächlichen Faktor des eigenen Übergewichts. Derartige Hinweise führten die PatientInnen allerdings selten weiter aus, so dass nicht klar wurde, ob sie die Ursache eher anlage- oder erziehungsbedingten Einflüssen zuordneten.

P: Also ich glaube, dass....also dass ich zu Übergewicht neige sag' ich mal, das liegt ein bisschen an der Familie.

(Ärztin 1, Gespräch 6008VG11, 140)

Unklare Genese

Einige PatientInnen konnten die Ursache für ihr Übergewicht nicht benennen und brachten ihre Ratlosigkeit darüber zum Ausdruck.

A: (...) Aber worin liegt denn noch das Problem?

P: Ich weiß es nicht.

A: hm.

P: Ich weiß es wirklich nicht.

(Ärztin 1, Gespräch 4901NN7, 36-42)

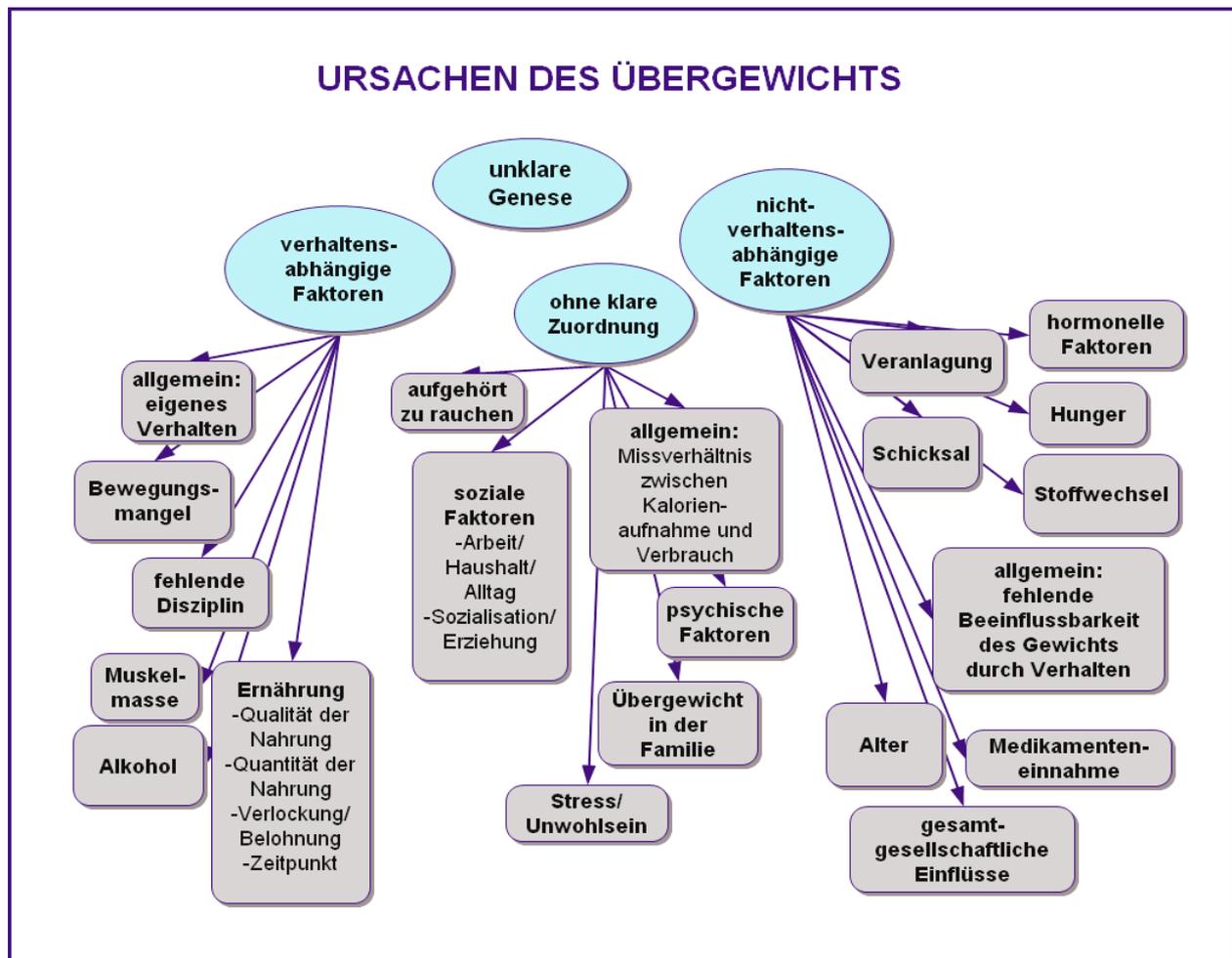


Abb. 2: Das Kategoriensystem der von PatientInnen thematisierten Ursachen

Gewichtung der Ursachenzuschreibungen

Mit Hilfe der oben angewendeten Einteilung in verhaltensabhängige und nicht-verhaltensabhängige Faktoren sowie in „Unklare Genese“ und „Unklare Zuordnung“ wurde nach bestimmten Mustern der Ursachenzuschreibung gesucht. Es konnten vier Muster ausfindig gemacht werden: Ausschließliche Thematisierung von verhaltensabhängigen Faktoren, ausschließliche Thematisierung von nicht-verhaltensabhängigen Faktoren, Thematisierung sowohl von verhaltens-abhängigen als auch von nicht-verhaltensabhängigen Ursachen und eine ausschließliche Thematisierung einer „unklaren Genese“. Überwiegend erfolgte in den Gesprächen eine verhaltensabhängige Ursachenzuschreibung durch die PatientInnen. Wenige PatientInnen schrieben die Ursachen des Übergewichts allerdings ausschließlich nicht-verhaltensabhängigen Faktoren zu.

Übersicht über vorhandene Muster:

- Nur verhaltensabhängige Faktoren (verhaltensabhängige Faktoren, ohne klare Zuordnung, unklare Genese)
- Nur nicht-verhaltensabhängige Faktoren (nicht-verhaltensabhängige Faktoren, unklare Genese)
- Mischformen (nicht-verhaltensabhängige Faktoren und verhaltensabhängige Faktoren, ohne klare Zuordnung)
- Nur unklare Genese

4.2.3. Ausgeschlossene Ursachen durch PatientInnen

In einigen Gesprächen wurden verhaltensabhängige Faktoren (z.B. Ernährungsbedingte Faktoren, Bewegungsmangel und Trägheit) als ursächliche Faktoren für Übergewicht explizit ausgeschlossen (vgl. Abb.3 S. 47).

PatientInnen schlossen bestimmte Nahrungsmittel als ursächliche Faktoren aus, z.B. Süßigkeiten oder vertraten die Meinung, dass an ihrer „Grundernährung“ nicht die Ursache zu suchen sei. Wiederholt äußerten PatientInnen, dass ihre Ernährung nicht als ungesund bezeichnet werden könne.

Einige PatientInnen schlossen die Ursache einer zu großen Essensmenge für die Ursache ihres Übergewichts entschieden aus. Teilweise äußerten sich die PatientInnen dazu, wenn die ÄrztInnen das Gespräch über das Thema Übergewicht gerade erst eröffnet hatten und noch gar keine explizite Frage zu möglichen Ursachen gestellt hatten.

A: So, also erstmal sag' ich Ihnen Dank, dass Sie sich da für diese Studie zur Verfügung stellen. Und mir fällt auf, wir haben Gewicht und Größe haben wir nicht gemessen, oder?

P: 159 und 81 Kg und nochwatt oder so, dass weiß ich nicht so genau.

A: Gut. Das ist bei dem Messindex auf alle Fälle über 30. Das schreiben wir nochmal auf, das rechnen wir aus...Gut. Also Übergewicht haben wir schon oft besprochen und ich meine sogar, wie ich des jetzt vorhin gesehen hab, dass Sie ein bisschen dünner geworden sind.

P: Ja, aber ick sage ich esse wirklich nicht viel.

(Ärztin 1, Gespräch 4001ST7, 5-13)

Weiterhin wurde der Faktor „Kinder kriegen“ ausgeschlossen, der inhaltlich nicht weiter ausgeführt wurde.

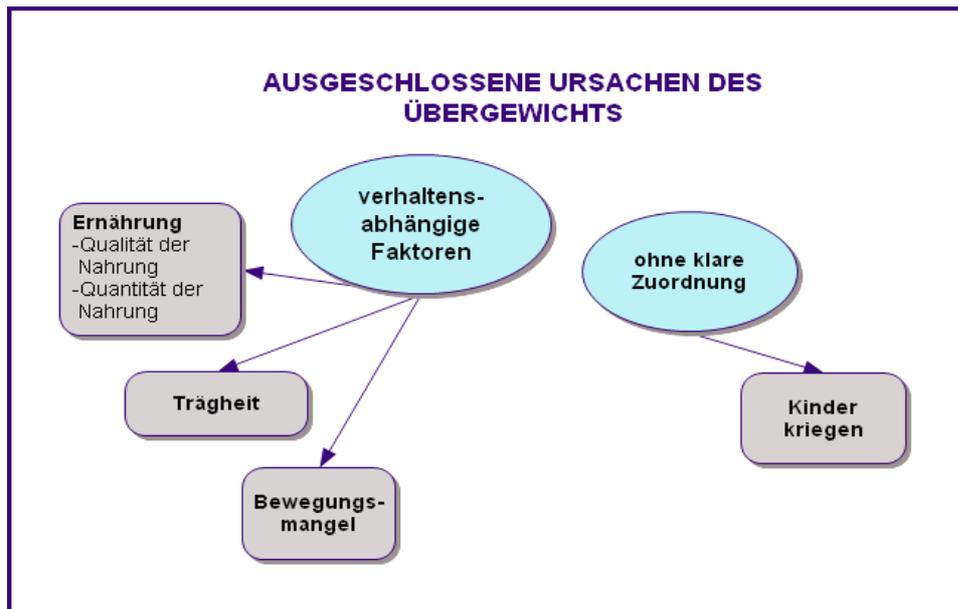


Abb. 3: Kategoriensystem der von PatientInnen ausgeschlossenen Ursachen

4.3. Bewertung von Risiken

4.3.1. Darstellung des Gesundheitszustandes durch ÄrztInnen

Der Gesundheitszustand wurde den PatientInnen in den Beratungsgesprächen auf drei unterschiedliche Weisen vermittelt:

- a) Übermittlung von Labor- und Untersuchungsbefunden
- b) Darstellung der Gesamtschau von Risiken
- c) Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse

Die Übermittlung von Untersuchungsbefunden erfolgte in jedem Gespräch, eine zusammenfassende Bewertung etwa in jedem zweiten Gespräch (29 von 52) und eine Gesamtschau von Risiken ca. in jedem dritten Gespräch (17 von 52). Die Hälfte der ÄrztInnen stellte die Risiken niemals in einer Gesamtschau dar, lediglich zwei ÄrztInnen taten dies regelmäßig, vier weitere ÄrztInnen bei ca. einem Drittel ihrer PatientInnen (elf von 32).

In einem Teil der Gespräche wurde die Übermittlung von Untersuchungsbefunden mit einer Gesamtschau von Risiken verbunden, in einem anderen Teil mit zusammenfassenden Bewertungen. Bei einem weiteren Anteil der Gespräche konnten alle drei Formen der Vermittlung des Gesundheitszustandes beobachtet werden.

Zu a)

Im ersten Fall wurden Ergebnisse verschiedener Befunde nacheinander aufgeführt (siehe Tabelle 7), ohne dass eine Zusammenfassung erfolgte. Mitunter wurde die Besprechung dieser Befunde sehr detailliert durchgeführt, insbesondere die Erörterung von Laborwerten nahm einen sehr großen Teil des Gespräches in Anspruch. Besonderes Interesse bestand für Cholesterinwerte.

A: Das Cholesterin ist aber ein bisschen zu hoch, 223. Wenn ich das jetzt vergleiche mit 2005, da war's 247 und 2000 haben wir's auch gemacht, da war's 229. Also es hält sich so ganz gut, muss ich ja sagen, weil es von 2005 bis jetzt sogar besser geworden ist. Von den Untergruppen muss man sagen, das gute Cholesterin, das HDL, das ist 51, das ist gerade noch gut genug. Und das LDL ist 137.

(Ärztin 1, Gespräch 4901NN7, 3)

Interesse für bestimmte Laborwerte wurde aber auch von Seiten der PatientInnen bekundet, die explizit nach dem Wert fragten, wenn dieser von den ÄrztInnen nicht gesondert genannt worden war.

Tabelle 7: Darstellung von Diagnosen und Befunden bei der Check up-Untersuchung

- Abklärung von unklaren Befunden: Blut im Stuhl, Hämaturie, Nävi, Schilddrüsenknoten, Darmpolypen
- Blutbildveränderungen (Hämoglobinwert, Leukozyten, Thrombozyten, Blutsenkungsgeschwindigkeit)
- Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin, HDL, LDL, HDL/LDL-Verhältnis, Triglyzeride)
- Gestörte Glukosetoleranz/ Diabetes (Blutzucker, Hb1Ac)
- Gicht (Harnsäure)
- gynäkologische Erkrankungen
- Hypertonie (Blutdruck)
- Krankheiten durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Infektionen (Borrelien, CRP)
- Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familie
- Kardiovaskuläre Erkrankungen: Verengung der Halsgefäße, kardiale Vorerkrankung, Thrombophilie
- Lebererkrankung/ Leberschädigung (Leberwerte)
- Mangelerscheinungen von Elektrolyten/ Mineralien/ Spurenelementen (Folsäure, Zink, Vitamin B 12)
- Mangelnder Impfschutz
- metabolisches Syndrom
- Nierenerkrankung/ Nierenschädigung (Nierenwert, Harnstoff)
- Nikotinabusus, Passivrauchen
- orthopädische Probleme
- Prostataerkrankung (PSA)
- Schilddrüsenstörung (Schilddrüsenwerte)
- Störungen des Immunsystems (Immunglobuline)

- Stress
- Übergewicht (Bauchumfang, BMI)
- urologische Erkrankungen (Urinstreifentest)

Zu b)

In anderen Fällen kam es zur Darstellung einer „Gesamtschau von Risiken“, in denen das Vorliegen oder Nichtvorliegen bestimmter kardiovaskulärer Risiken thematisiert wurde (siehe Tabelle 8). Bei einigen Darstellungen dieses Risikoprofils wurde das Übergewicht in die Gesamtschau nicht aufgenommen, wie z.B. bei einer Patientin mit BMI = 31 kg/m².

A: HDL, das gute Cholesterin ist 53, ist ausreichend, das LDL ist 134, ist auch nicht so dramatisch, aber man muss natürlich die Risikofaktoren zusammenzählen, nicht.

P: Mm.

A: Und sie haben schon also praktisch was am Herzen gehabt. Sie haben hohen Blutdruck. Sie haben Zucker, das sind alles Risikofaktoren.

(Ärztin 1, 3905SL7, 27-31)

Tabelle 8: Thematisierte Risikofaktoren im Rahmen einer Gesamtschau von Risiken

- Alkoholabusus
- Alter
- Bewegungsmangel
- Diabetes
- emotionale Belastung
- Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin, erhöhtes LDL)
- Hypertonie
- kardiovaskuläre Erkrankung
- kardiovaskuläre Familienanamnese
- orale Kontrazeptiva
- Übergewicht

Zu c)

Drittens erfolgte die Vermittlung des Risikozustands mit Hilfe eines zusammenfassend bewertenden Ausdrucks. Genannt wurden z. B. Ausdrücke wie „gesund“ oder „alles in Ordnung“ oder es erfolgte eine auf den körperlichen Zustand bezogene Aussage, z.B. eine Zusammenfassung des Befundes der körperlichen Untersuchung.

*A: Also wie gesagt, der Körper ist tatsächlich noch in einem sehr guten Zustand.
(Ärztin 2, 4003AR6, 139)*

Andere Darstellungen der gesundheitlichen Verfassung bezogen sich zusammenfassend auf die Laborwerte, die z.B. als „Warnschuss“ übersetzt worden.

A: Der Blutzucker ist genau wie das Cholesterin auch ein bisschen erhöht. Also beide Werte zeigen an, dass irgendwas mit dem Gewicht in die falsche Richtung geht.

P: Hm.

A: Es ist aber beides noch nicht so, dass man jetzt zum Beispiel von Diabetes sprechen müsste oder könnte.

P: Ich denke Richtung..

*A: Es ist, es ist ein bisschen wie ein Warnschuss, eine Vorwarnung sozusagen.
(Ärztin 7, Gespräch 3901RN5, 12-20)*

Weitere verbale Äußerungen zur Bewertung des Gesundheitszustandes waren z.B.: „Gefährdet für kardiovaskuläre Erkrankung sein“, „Heftige Diagnosen mitbringen“, „Noch keine Folgeschäden entwickelt haben“.

Den übergewichtigen PatientInnen wurde z.T. ein positiver Gesundheitszustand bescheinigt, z.B. wurde eine Patientin mit BMI = 36 kg/m² als „noch sehr gesund“ bezeichnet, eine Patientin mit BMI = 35 kg/ m² erhielt die Auskunft „alles in Ordnung“, einer weiteren Patientin mit BMI= 37 kg/ m², insulinpflichtigem Diabetes mellitus und Hypertonie wurde erklärt, dass ihr Körper „noch sehr gesund“ sei.

Unterschiede in der Darstellung des Gesundheitszustandes bzw. der Risiken zwischen Ärztinnen und Ärzten

Es konnte festgestellt werden, dass alle Ärzte bei einem Teil ihrer PatientInnen eine Gesamtschau von Risiken vornahmen, während dies sechs der acht Ärztinnen nie taten. Jeweils ein Arzt und eine Ärztin erörterten in allen Fällen eine Gesamtschau von Risiken.

4.3.2. Beschreibung des Übergewichts als Risiko durch ÄrztInnen

Das Thema Übergewicht wurde in 48 der 52 analysierten Gespräche angesprochen. In 41 Gesprächen wurde es durch ÄrztInnen angesprochen, in sechs Gesprächen durch PatientInnen, in einem Gespräch wahrscheinlich durch einen Arzt. Als kardiovaskulärer Risikofaktor wurde das Übergewicht in 14 Gesprächen bezeichnet. Die Bezeichnung des Übergewichts als Risikofaktor konnte dabei insgesamt gesehen nicht an der Grenze eines bestimmten BMI festgemacht werden.

Neben der Darstellung der Folgen von Übergewicht konnte das Risikopotential von Übergewicht in die drei Bereiche „Bestehendes Risiko“, „Kein vorhandenes Risiko“ und „Eventuelles Risiko“ aufgeteilt werden (siehe auch Abb. 4 S.53).

Bestehendes Risiko

Von einigen ÄrztInnen wurde das von Übergewicht ausgehende Risiko deutlich angesprochen und z.B. als „wesentliches Gesundheitsrisiko“ bezeichnet.

BMI = 34, 5 kg/m²

P: Ich bin einfach nur fett!

(A und P lachen)

P:...Nicht krank.

A: Ich kann mir gut vorstellen, dass das schon das wesentliche Gesundheitsrisiko ist.

(Arzt 3, Gespräch 5011KF5, 133-139)

Relativ oft wurde es als „Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ dargestellt. Das Bauchfett wurde des Öfteren in gesonderten Fokus gerückt und als „gefährlich“ klassifiziert.

Auch als Suchtkrankheit wurde Übergewicht eingestuft.

Kein bestehendes Risiko

Die Klassifizierung von Übergewicht als Krankheit wurde aber andererseits auch abgelehnt.

BMI = 28 kg/m²

A: (..) sodass diese häufige Situation da ist, dass sie zwar übergewichtig sind, aber - gesund.

P: Ja, freut mich.

A: Also, Übergewicht an sich ist ja keine Krankheit.

(Arzt 12, Gespräch 4806ON6, 3-7)

Eine Ärztin bezeichnete Übergewicht auch als „Nichts Gefährliches“ und sah in diesem Kontext nur die potentiellen Folgen des Übergewichts, die allerdings nicht näher definiert wurden, als gefährlich an.

BMI = 28 kg/m²

A: Also das ist...wirklich...wirklich nur ein ..nur ein Übergewicht.

P: ..ja...

A:...ja, also jetzt nicht irgendwas Gefährliches erst mal.

(Ärztin 1, 4901NN7, 11-15)

Eventuelles Risiko

Eine Zwischenposition war in den Aussagen zu sehen, in denen Übergewicht unter

bestimmten Bedingungen als Risiko dargestellt wurde, z.B. als „übermäßiges“ Übergewicht, was in dem Fall nicht weiter ausgeführt wurde, sich aber wahrscheinlich auf die Grenze eines bestimmten BMI bezog. Ein anderer Arzt definierte diese Grenze mit dem BMI ab 30 kg/m², ab dem das Übergewicht behandelt werden sollte.

BMI = 27 kg/m²

A:(..).Dann spielt das im Ermessen - also, man sagt, wenn der BMI über 25 ist, dann steigt das Risiko. Aber erst wenn er über 30 ist, muss er wirklich behandelt werden.

P: Hm...hm.

A: Also mit 27 muss man's nicht.

(Arzt 12, Gespräch 5604RT8, 35-39)

Folgen von Übergewicht

Konsequenzen von Übergewicht wurden in den Gesprächen von den ÄrztInnen in vielen Fällen angesprochen, wobei sich insbesondere Aussagen zu orthopädischen und internistischen Folgeerkrankungen fanden.

Orthopädische Konsequenzen, v.a. Gelenkerkrankungen des Knies, wurden oft ausdifferenziert dargestellt. Stoffwechselprobleme sprachen ÄrztInnen entweder allgemein an, nannten eine mögliche Erkrankung an Diabetes oder gingen intensiv auf eine mögliche Veränderung von Laborwerten ein. In diesem Zusammenhang erwähnten sie eine mögliche Beeinflussung des Blutzuckers, der Leberwerte und differenzierten innerhalb möglicher Fettstoffwechselstörungen. Hypertonie und Schlaganfall sowie Herzerkrankungen zählten ÄrztInnen gesondert auf.

Eine Ärztin charakterisierte mögliche Konsequenzen als Folgen „die im täglichen Leben stören“ und spielte damit wahrscheinlich auf orthopädische Probleme bzw. Schmerzsyndrome an, die der Patient „am eigenen Leibe“ zu spüren vermag.

Nur sehr vereinzelt wurde das „kosmetische Problem“ von Übergewicht angesprochen. Eine Gefahr wurde auch in der Summierung und Potenzierung von Problemen und Folgen gesehen.

A: Ja es gibt, des ist das eine, also das...das kosmetische Problem, aber das andere ist ja wirklich auch das Stoffwechselproblem. Wo man sagt, man kriegt immer mehr Probleme, ja.

(Ärztin 1, Gespräch 4001ST7, 244)

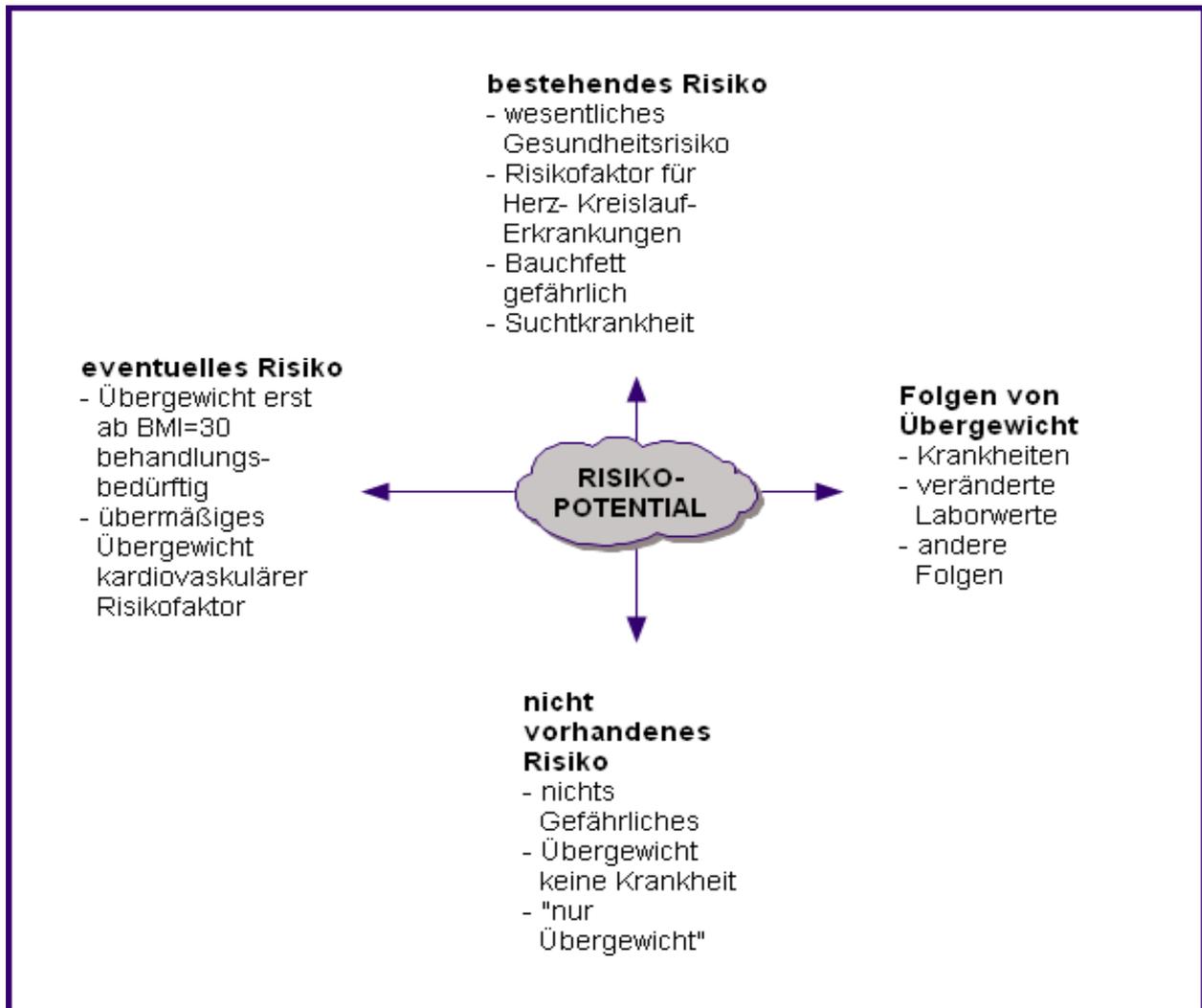


Abb. 4: Kategoriensystem des Risikopotentials von Übergewicht aus ärztlicher Sicht

Unterschiede in der Risikoeinordnung zwischen Ärztinnen und Ärzten

Drei der vier Ärzte sprachen das Übergewicht bei einem Teil der Gespräche als Risikofaktor an, hingegen fünf der acht Ärztinnen gar nicht. Jeweils ein Arzt und eine Ärztin thematisierten das Übergewicht in all ihren Gesprächen als Risikofaktor und erörterten in allen Fällen eine Gesamtschau der Risiken.

Unterschiede im Ansprechen des Übergewichts durch ÄrztInnen und Ärzten

Ärztinnen und Ärzte sprachen das Thema Übergewicht auf unterschiedliche Weise an. Im Folgenden wurde versucht, möglichst „typische Sequenzen“ des Ansprechens von jedem Arzt bzw. jeder Ärztin herauszusuchen. Wenn nur ein einziges Gespräch eines Arztes

bzw. einer Ärztin aufgezeichnet worden war, wurde der jeweilige Anfang in diese Auswertung miteinbezogen.

a) Ansprechen durch Ärztinnen

Eine Studienärztin sprach das Übergewicht bei fast allen ihrer PatientInnen an, meistens auf eine direkte Art im Zusammenhang mit den Laborergebnissen.

A: (...).Gut, wir haben Sie jetzt noch mal gemessen und gewogen und haben festgestellt, dass der BMI 28 ist. Alles was über 25 ist...ist übergewichtig.
(Ärztin 1, Gespräch 4901GN8, 3)

Eine andere Ärztin sprach immer zunächst alle Risikofaktoren an, darunter erwähnte sie auch das Übergewicht, ebenfalls in einer direkten Form.

A: Ja. Und Ihre eigenen Risikofaktoren: Sie rauchen nicht..?
P: Nein.
A: Sie haben kein übermäßiges Übergewicht
P: Nein
A: Sie haben zur Zeit keine emotionalen Belastungsfaktoren...Alkohol besteht nicht im Übermaß.
P: Nein
A: ...und bewegen tun Sie sich auch ausreichend.
(Ärztin 2, Gespräch 3506TA10, 39-51)

Eine weitere Ärztin ging auf das Thema in zwei der drei ihrer Gespräche im Zusammenhang mit anderen Ergebnissen selbst ein, in einem Gespräch sprach es die Patientin mitten im Gespräch an.

A: So, zu einer Sache können wir gleich kommen. Ihr Blutzucker ist auch leicht erhöht.(...) Also es ist praktisch so, Sie haben eine erbliche Belastung...
P: Hm...
A: ...und natürlich kommt das auch durch das Übergewicht.
(Ärztin 5, Gespräch 4702LN7, 53-81)

Eine Ärztin thematisierte das Übergewicht durch eine Umschreibung, im Zusammenhang mit der Aufforderung nach mehr Bewegung.

A: (...).Versuchen Sie auch mal stramm spazieren zu gehen, dass Sie ein bisschen außer Atem kommen.
P: Hm.
A: Ja? Das ist gut für die Psyche und natürlich auch für die...Polster, die Sie haben.
(Ärztin 6, Gespräch 6002BE6, 113-117)

Eine weitere Studienärztin sprach das Thema immer selbst an und eröffnete durch ihre Formulierung stets einen eigenen Gesprächsabschnitt über das Übergewicht.

A: Und heute wollten wir mal gucken, wie das mit dem Gewicht sich so entwickelt bei Ihnen, wo Sie da stehen, wie das im Verlauf war. Können Sie mal erzählen? Wie war das so die letzten Jahre? Wo stehen Sie jetzt?

(Ärztin 7, Gespräch 4912WF5, 47)

Bei einer anderen Studienärztin wurde das Thema Übergewicht von den PatientInnen im Zusammenhang mit körperlicher Fitness bzw. Verantwortung für die eigene Gesundheit aufgeworfen

P: Ja, ich weiß ja nicht...ob eben durch mein Gewicht ..das ist oder so...wenn ich denn jetzt Treppen steige, dann bin ich doch ganz schön außer Puste.

(Ärztin 9, Gespräch 5402SR10, 189)

Eine andere Ärztin sprach das Thema in zwei von drei Gesprächen selbst an, war dabei aber eher vorsichtig.

A: Ok, über das Gewicht hatten wir das letzte Mal schon gesprochen, ne? Dass Sie noch sehr gesund sind oder, dass Sie sehr gesund sind. Und, dass es gut wäre ein bisschen....

P: Das hatten wir noch nicht, nee.

(Ärztin 10, Gespräch 6310WF4, 183-185)

Von einer weiteren Ärztin ist nur ein Gespräch vorhanden, in dem das Thema Übergewicht nicht zur Sprache kommt.

b) Ansprechen durch Ärzte

Ein Arzt sprach das Übergewicht zwar von sich aus an, vermied aber in beiden seiner Gespräche die Nennung des Wortes Übergewicht, in dem er andere Umschreibungen verwendete.

A: Ja...ja...mit Zucker und dem Cholesterinwerten, das spricht dafür, dass Sie eigentlich eine ganz gute Ernährung haben...Es scheint insgesamt ein bisschen zuviel zu sein...

P: (leise): jo...

A: ..so in der Ausrichtung.

(Arzt 3, Gespräch 5112CP5, 92-96)

A: Die anderen Blutfette...die wir Triglyzeride nennen...sind mit 200 etwas erhöht...Das entspricht dem Bauchumfang...ja?

(Arzt 3, Gespräch 5011KF5, 95)

Bei einem anderen Arzt wurde das Thema Übergewicht in zwei Gesprächen von den PatientInnen selber aufgeworfen, in einem Fall hatte der Arzt das Gespräch fast für beendet erklärt. In einem anderen Gespräch spricht er es auf vorsichtige Weise selbst an.

A: Ja. Haben Sie denn sonst noch irgendwelchen Fragen?Nö.

P: Naja...wie krieg ich meine 5 Kilo wieder runter?

(Arzt 4, Gespräch XXXXWN9, 31-33)

A: Hm...gut. Was mir ein bisschen Sorgen macht: Im Vergleich zum letzten Mal ist Ihr Gewicht etwas angestiegen. Wie erklären Sie sich das denn?

(Arzt 4, Gespräch 4608PK6, 11)

Ein weiterer Arzt thematisierte das Übergewicht in einem Gespräch gar nicht und in einem anderen Gespräch im Zusammenhang mit vorhandenen Risikofaktoren. Außer diesem einen Wort wurde nicht weiter darauf eingegangen und bei der Nennung des Wortes Übergewicht wurde es durch den (ebenfalls männlichen Patienten) in ironisches Licht gerückt, worauf der Arzt die Ironie durch Mitlachen erwiderte und anschließend auf andere Dinge einging.

A: Rauchen? Tun Sie nicht. Übergewicht...

P: Ich bin gertenschlank (lacht)

A: (lacht) Und...ist in der Familie schon mal jemand aufgefallen, der einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall hatte?

(Arzt 8, Gespräch 4307WR6, 28-32)

Von einem Arzt wurde das Thema fast immer direkt angesprochen.

A: Einiges hatte ich Ihnen schon gesagt. Das Schöne ist eben, dass, also obwohl Sie so übergewichtig sind, Sie völlig normale Laborwerte haben. Ja?

(Arzt 12, Gespräch 3802VT5, 3-4)

4.3.3. Assoziationen mit Übergewicht durch PatientInnen

In der Auseinandersetzung mit dem Arzt bzw. der Ärztin konnten in den Beratungsgesprächen insbesondere zwei Bereiche identifiziert werden, die PatientInnen bezüglich ihres Übergewichts assoziierten: Spontane Äußerungen zum Erleben der Situation und die Sorge um die Konsequenzen des thematisierten Übergewichts.

Gefühle

Die Gefühle, die PatientInnen mit ihrem Übergewicht assoziierten, bezogen sich sowohl auf das allgemeine Lebensgefühl als auch auf die Wahrnehmung ihres Körpers. Einige der PatientInnen zeigten positive emotionale Assoziationen (Wohlbefinden und Zufriedenheit), einige negative (Unzufriedenheit, Unwohlsein, Missgefallen bis hin zu Ärger). Die auf den Körper bezogenen Assoziationen stellten sich negativ dar, von der Ablehnung bis hin zum Erschrecken vor dem eigenen Körperbild und der Ablehnung von übergewichtigen Personen allgemein (vgl. Abb. 5 S. 57).

Folgen/ assoziierte Erkrankungen

Unter den Folgen von Übergewicht erwähnten PatientInnen eingebüßtes Selbstbewusstsein sowie unterschiedliche Bereiche von körperlichen Folgen, z.B. eine körperliche Beeinträchtigung in Form einer allgemein schwächeren Fitness, u.a. als ein leichtes „außer Puste kommen“ bezeichnet. Weiterhin wurden manifeste Gelenkerkrankungen mit dem Übergewicht in Zusammenhang gebracht, es wurde aber auch die Sorge vor entstehenden orthopädischen Erkrankungen ausgedrückt. Ein Patient schloss den Zusammenhang zwischen seinen orthopädischen Problemen und dem eigenen Übergewicht vehement aus. Auch veränderte Laborwerte in Form eines erhöhten Cholesterinspiegels wurden mit Übergewicht in Verbindung gebracht.

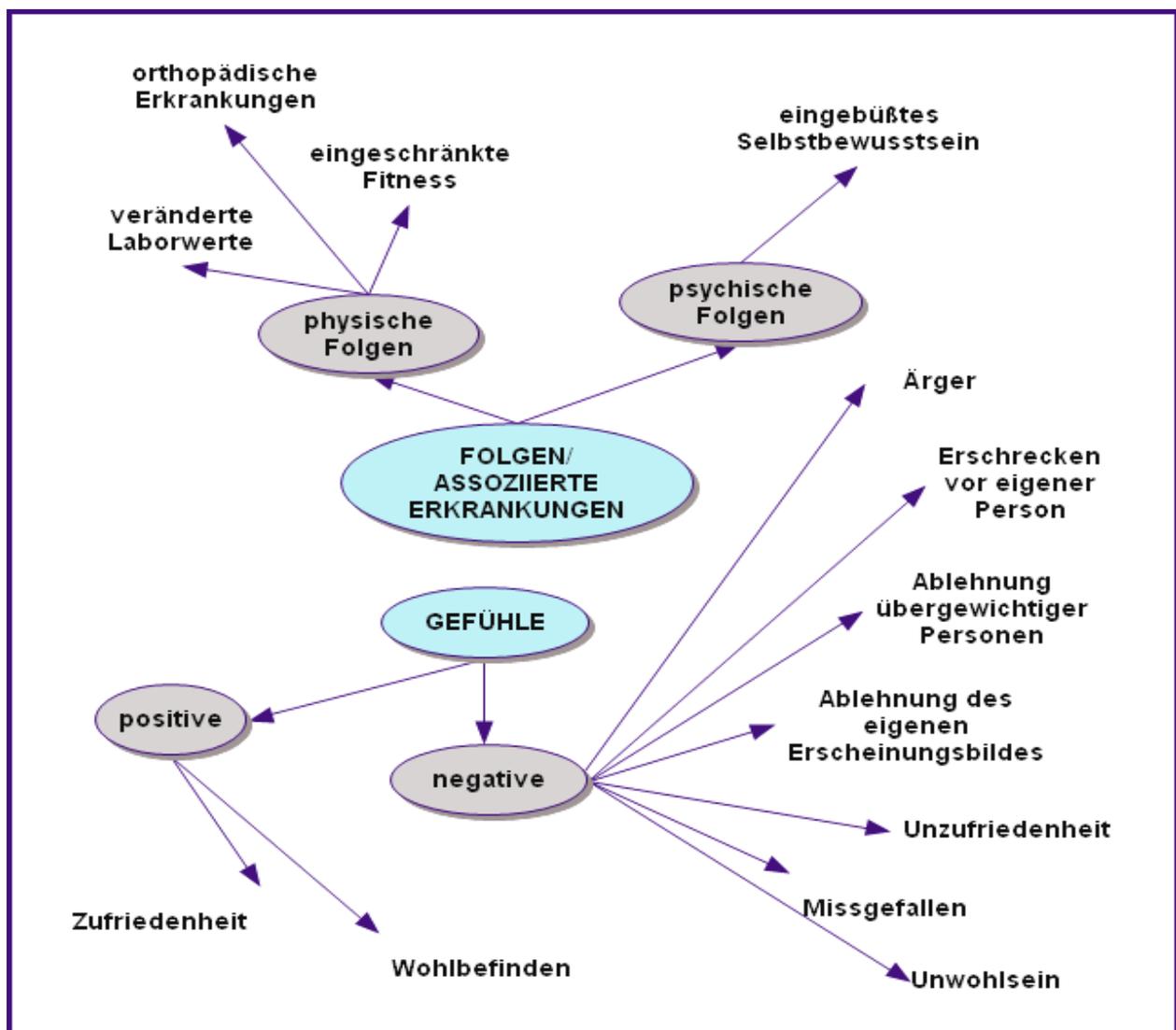


Abb. 5: Kategoriensystem der Assoziationen mit Übergewicht von PatientInnen

4.3.4. Wahrnehmung des Übergewichts als Risiko durch PatientInnen

Hinsichtlich der Wahrnehmungen von Gesundheitsrisiken konnten zwei unterschiedliche Einschätzungen festgestellt werden. So nahm ein Teil der PatientInnen das Übergewicht als Risiko wahr, während für einen anderen Teil das Übergewicht bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands keine Rolle zu spielen schien (s. Abb. 6).

Wahrnehmung als Risiko

Einige PatientInnen beschrieben ihr Übergewicht als eindeutiges Gesundheitsrisiko. Mehrere dieser PatientInnen äußerten, sich über die Bedrohlichkeit bewusst zu sein, andere erzählten, sie hätten sich die Bedrohlichkeit bis jetzt nicht vor Auge geführt. Keiner dieser PatientInnen führte den Begriff der Bedrohlichkeit weiter aus.

Nichtwahrnehmung als Risiko

Es konnte festgestellt werden, dass für einige PatientInnen bei der eigenen Beurteilung des Gesundheitszustandes das Ausmaß des eigenen Übergewichts eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. So beschrieb ein Patient seinen Gesundheitszustand zusammenfassend als gesund und äußerte, dass er „einfach nur fett“, aber nicht krank sei. Das Nichtwahrnehmen von Übergewicht als ein gesundheitliches Risiko wurde von einem anderen Patienten geteilt, der bekräftigte, dass er Übergewicht nicht als Krankheit ansehe. Eine Patientin betrachtete ihr Übergewicht als „noch tolerabel“ (BMI= 39 kg/m²). Für sie war eine Behandlungsbedürftigkeit erst dann gegeben, wenn sie sich nicht mehr frei bewegen könne.

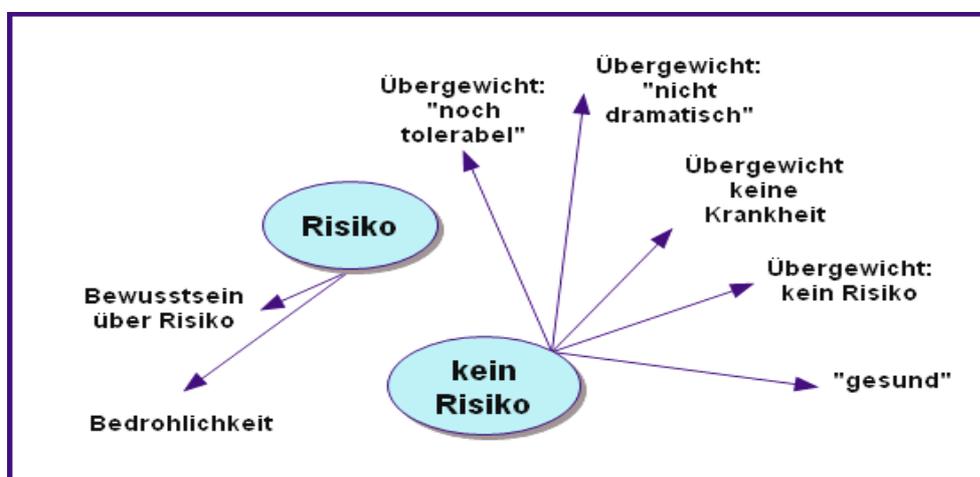


Abb. 6: Kategoriensystem der Auseinandersetzung mit dem Risiko Übergewicht

4.3.5. Handlungskonsequenzen von PatientInnen

Es konnte festgestellt werden, dass einige PatientInnen einen aktiven Umgang zeigten, indem sie mit einer bestimmte Handlung auf ihre Situation reagierten, während andere PatientInnen keine oder eine passive Auseinandersetzung, z.B. in Form von Verleugnung ausdrückten (vgl. Abb. 7).

Aktivität

Einige der PatientInnen äußerten, schon des öfteren Versuche zur Gewichtsabnahme unternommen zu haben, in der Regel wenig erfolgreiche. Auch in Bezug auf Ernährung hatten einige der PatientInnen bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Diäten ausprobiert, eine Patientin gab an, seit Jahren Diät zu halten, eine andere, „Dauerdiät“ zu halten.

Passivität

Emotionen spielten im Umgang mit dem Risiko Übergewicht eine große Rolle. Es fanden sich Verleugnungsstrategien durch Ironisierung des eigenen Übergewichts, aber auch Scham in Form von Nennung des eigenen Bauchumfangs. Eine Patientin sprach von sich aus das Thema Schuld an und wies eine Schuldzuweisung nachdrücklich von sich.

A: Haben Sie dann noch mal so einen wichtigen Schub gemacht, gewichtsmäßig?

P: Ja, da hab' ich noch mal richtig ausgelegt. Und dann möchte' ich mal sagen, dass das....gut, das ist bestimmt keine Entschuldigung und ich will mich dafür auch gar nicht entschuldigen. Außerdem muss ich mich auch gar nicht entschuldigen...

A: Nein, um Gottes Willen.

(Ärztin 1, Gespräch 5210BK6, 35-39)

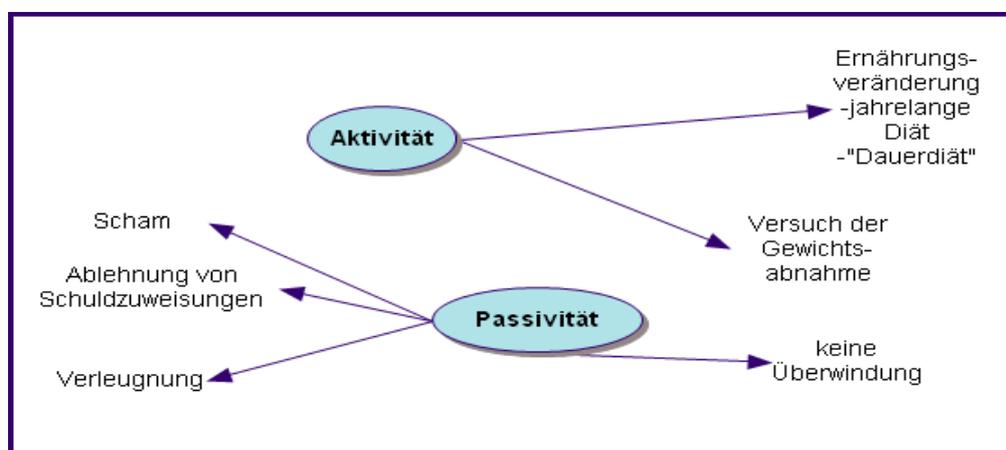


Abb. 7: Kategoriensystem zum Umgang mit dem Risiko Übergewicht

4.4. Umgang mit Übergewicht

4.4.1. Ärztliche Empfehlungen

Die Gruppe, die nach den Empfehlungen der DAG bei einem BMI ≥ 30 kg/m² als behandlungsbedürftig eingestuft wird (siehe 1.2.4.), bestand aus 35 PatientInnen. Ein Teil dieser PatientInnen erhielt keinerlei Ratschläge oder Hinweise zu einer Verhaltensänderung (acht von 35). Bei den meisten Gesprächen wurden Empfehlungen zur Ernährungsumstellung gegeben (22 von 35), bei einem geringeren Teil auch Empfehlungen zu einer verstärkten körperlichen Betätigung (15 von 35), ein geringer Teil dieser PatientInnen erhielt sowohl eine Aufforderung zur Ernährungsumstellung als auch zur körperlichen Aktivität (zehn von 35). Die Empfehlung einer Psychotherapie wurde nur in sehr wenigen Fällen (zwei) ausgesprochen. Eine Festlegung von Zielen einer Gewichtsreduktion wurde in ca. einem Drittel der Gespräche geäußert, sie fand entweder in der Nennung bestimmter Kilogramm-Vorgaben oder durch das Ausdrücken des Abnahmeprozesses statt, z.B. anhand des Rates, pro Monat ein halbes Kilogramm abzunehmen.

Die thematisierten Konsequenzen, die sich in den Gesprächen mit den HausärztInnen im Kontext der Gesundheitsberatung übergewichtiger PatientInnen ergaben, konnten in acht Themenbereiche untergliedert werden: Gewichtsveränderung, Ernährungsumstellung, Bewegung, Psychosoziale Aspekte, Sonstiges/ Abstrakte Faktoren, Überweisung, Einholen von Informationen und Änderung der Medikation (vgl. Tab. 9 S.67).

Von allen thematisierten Bereichen wurde das Thema Ernährungsumstellung besonders ausgiebig und detailliert diskutiert. Die einzelnen Empfehlungen waren dabei in allen Themenbereichen unterschiedlich konkret gehalten. So äußerten einige ÄrztInnen z.B. die allgemeinen Empfehlungen, Gewicht abzunehmen oder sich mehr zu bewegen, machten aber keine weiteren Ausführungen, wie die PatientInnen dies handhaben sollten. Demgegenüber gab es aber auch ÄrztInnen, die sehr konkrete praktikable Vorschläge machten, die z.T. konkret auf die Situation der PatientInnen abgeschnitten waren, z.B. das Training mit dem Hometrainer vor dem Fernseher.

Gewichtsveränderung

Die Empfehlungen einer Gewichtsabnahme reichten von einer allgemeinen

Aufforderung bis zu konkret vorgegebenen Zielpunkten einer Gewichtsreduktion.

Die Empfehlung einer Gewichtsabnahme wurde vielfach mit unterschiedlichen Zielangaben versehen, die durch die Grenze eines bestimmten BMI oder eine bestimmte Angabe von abzunehmenden Kilogramm ausgedrückt wurde (z.B. BMI = 25 kg/m² bzw. eine Gewichtsabnahme von zwei bis zehn Kilogramm). Darüber hinaus betonten einige ÄrztInnen die Bedeutung des „langsamen Abnehmens“ und wiesen auf die möglichen Folgen eines überstürzten schnellen Abnehmens, wie z.B. den Jojo-Effekt hin. In diesem Zusammenhang machte ein Teil der ÄrztInnen besonders deutlich, dass eine erfolgreiche Gewichtsabnahme mit einer langfristigen Umstellung von Lebensgewohnheiten verbunden sein müsse, wie Änderung der Ernährungs- und Bewegungsweise (s.u.). Die Geschwindigkeit der Gewichtsabnahme drückten ÄrztInnen durch die Eingrenzung eines bestimmten Zeitraums aus, z.B. pro Monat ein bis zwei Kilogramm abzunehmen. Im Zusammenhang mit konkreten Zielvorgaben wurde gelegentlich ein Kontrolltermin empfohlen, der im Bereich von drei Monaten bis zwei Jahren lag bzw. bei der nächsten Check up – Untersuchung erfolgen sollte. Wenn ein Nachsorgetermin vereinbart wurde, dann allerdings meistens unter dem Fokus der Blutzucker- oder Bluthochdrucktherapie mit der zusätzlichen Kontrolle des Gewichts. Auch die Empfehlung, das Gewicht zu halten, bzw. nicht weiter zuzunehmen wurde ausgesprochen, wenn PatientInnen zu keiner Gewichtsabnahme zu motivieren waren.

A: (...) das war ja auch Ihre freiwillige Entscheidung, dass Sie da mitmachen und dann hab ich gedacht, Sie wären da wirklich noch mal interessiert, vielleicht am Gewicht etwas zu ändern.

(..)

P: (...) Aber ich meine, ich weiß wirklich nicht, wo ich da noch irgendwie was ändern sollte.

A: Hm...Dann: Halten.

(Ärztin 1, Gespräch 6512HR5, 285-296)

Eine Gewichtsabnahme wurde jedoch nicht pauschal von allen ÄrztInnen empfohlen, und z.B. in einem Fall auf die Bedingung „lege artis“ eingeschränkt.

A: Wir haben eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung gemacht...und dabei festgestellt, dass ihr BMI 28 ist. Und ich hatte ja schon gesagt, das ist ... erhöht, der sollte eigentlich bei 25 liegen, das entspräche also einem Gewicht von 80 Kilo ungefähr. Das heißt, ich muss Ihnen sozusagen, wenn ich alles lege artis mache, eine Gewichtsabnahme empfehlen. Das ... das sag ich jetzt erstmal so.

(Arzt 12, Gespräch 4806ON6, 3)

In einem anderen Fall einer Patientin mit einem BMI = 35 kg/m² wurde eine Gewichtsabnahme nicht empfohlen und mit dem gesunden Erscheinungsbild der Patientin begründet.

A: (...)Und da ich weiß, dass Sie - es geht ihnen gut, sie fühlen sich wohl, sie sind immer fröhlich, tatkräftig -
P: Hm, ja (lacht)
A: (lacht) ...absolut – seh' ich auch keinen Grund, warum Sie nun wirklich unbedingt abnehmen sollten.

(Arzt 12, Gespräch 3802VT5, 8-12)

Ernährungsumstellung

Beratung und Empfehlungen zur Ernährung standen oft im Mittelpunkt des Check up-Gesprächs. Die ÄrztInnen gingen dabei auf die Essensmenge, den Kaloriengehalt von Speisen, die Qualität von bestimmten Nahrungsmitteln, den Zeitpunkt des Essen und verschiedene Strategien (z.B. Formen von Diäten) ein.

Hinsichtlich der Menge des Essens waren die ÄrztInnen unterschiedlich fordernd und direkt, betonten aber oft die Wichtigkeit einer eingeschränkten Essensmenge.

P: Ja..aber wie schaff ich die 10 Kilo?
A: Es geht letztendlich nur mit weniger essen.
(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 205-207)

Eine Ärztin forderte ihren Patienten direkt dazu auf, ein Drittel der Menge zu streichen.

A: Ja...es ist so...vielleicht machen sie es einfach so: Erstmal diese Ernährungsumstellung sowieso und dann einfach mal schauen, ob sie von dem was Sie dann essen vielleicht dann doch ein Drittel einfach noch streichen.
(Ärztin 5, 4702LN7, 201)

Zur Reduzierung der Nahrungsmenge wurde auch das Aufheben und Wegwerfen von Essen empfohlen sowie der Rat gegeben, von vorneherein weniger zuzubereiten. Um die Menge kontrollieren zu können, schlug eine Ärztin vor, das Essen in der Küche schon fertig auf den Teller zu portionieren. Auf der anderen Seite standen ÄrztInnen auch einem zu strikten Vorgehen kritisch gegenüber. So warnte eine Ärztin vor der Unterschreitung der täglichen Kalorienmenge 1200 kcal (= ca. 5030 kJ) da dadurch eine ungünstige Beeinflussung des Stoffwechsels hervorgerufen werden könne.

A: Das kann schon sein, also man sagt, wenn man abnehmen will, soll man 1200 Kalorien nicht unterschreiten.
P: ..ja....
A: ..weil der Körper sofort auf Sparflamme schaltet...
P: ...ja...
A: ...und sozusagen...denkt: Mal gucken, was noch weniger wird.
(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 384-392)

In diesem Zusammenhang betonten ÄrztInnen immer wieder, dass nur eine langfristige

Ernährungsumstellung zum Ziel führen könnte und warnten vor falschen Vorstellungen schnell wirksamer radikaler Diäten.

Abgesehen von der Essensmenge konzentrierten sich einige der ÄrztInnen auf die Reduzierung von Fett in der Nahrung und empfahlen fettreduzierte Nahrungsmittel (z.B. fettarme Milch) und wiesen auf die Meidung fettreicher Speisen (z.B. fetthaltige Soßen oder Schmierwurst) hin.

A: (...)Aber es ist sicherlich natürlich auch viel Austausch von Nahrungsmitteln, nicht unbedingt weniger, sondern so kleine Tipps, statt Leberwurst lieber Putenwurst und so was eher.
(Ärztin 7, Gespräch 3901RN5, 115)

Eine Ärztin argumentierte damit, dass das Begrenzen der Essensmenge vielen PatientInnen schwerer fallen würde als ein Austausch hochkalorischer Nahrung gegen kalorienreduzierte Kost.

Auch der Umgang mit einzelnen Nahrungsmittelgruppen nahm bei der Thematisierung einer Ernährungsumstellung einen breiten Raum ein: ÄrztInnen benannten konkrete Nahrungsmittel wie Margarine oder italienische Wurst, deren Verzehr sie vorschlugen. Nahrungsmittel, die nur in geringen Mengen empfohlen wurden, waren: Fleisch (vor allem Wurst), Süßigkeiten, Weißbrot und Käse. Auch Beilagen und Soßen sollten nur in geringen Mengen konsumiert werden. Befürwortet wurden dagegen Vollkornprodukte, Gemüse und Fisch.

Die Zeit der Nahrungsaufnahme war für mehrere beratende ÄrztInnen wichtig, wobei sich gegensätzliche Aussagen in den Gesprächen finden ließen: So wurde von einigen ÄrztInnen angeraten, abends sehr wenig bzw. gar nichts zu essen, vor allem Kohlenhydrate sollten gemieden werden. Widersprochen wurde diesem Rat durch eine Ärztin, die dem Essen zu bestimmten Tageszeiten keine besondere Bedeutung zuschrieb.

A: Letztendlich, wann Sie das essen ist meiner Meinung nach relativ egal. Also man muss einfach sehen, wann es einem am leichtesten fällt, mal auf Essen zu verzichten, ja?
(Ärztin 5, Gespräch 4702LN7,205)

Zur Erleichterung des Prozesses der Ernährungsumstellung nannten ÄrztInnen verschiedene Methoden. Hierzu zählte z.B. das Führen eines Ernährungstagebuches, in dem eine Woche lang alle Nahrungsmittel aufgeschrieben werden sollten, oder das Benutzen einer Kalorientabelle, die den PatientInnen gelegentlich direkt ausgehändigt wurde. Weiterhin wurden den PatientInnen intensive Ernährungsberatungs- und -

trainingsprogramme angeboten oder darauf hingewiesen, dass eine Ernährungsumstellung zusammen mit dem Partner oder der Partnerin bzw. der Familie leichter und zielführender sein könnte. Als allgemeiner Tipp wurde angeraten, viel zu trinken, besonders vor den Mahlzeiten, um das Hungergefühl zu dämpfen. Gegen das Verlangen nach etwas Süßem gab eine Ärztin die Empfehlung ab, Obst und Rohkost zu essen, eine andere schlug in ähnlicher Weise vor, geschältes Gemüse im Kühlschrank parat und mundgerecht vorbereitet zu haben. Weiterhin wurde das Verwöhnen durch gesunde Ernährung propagiert.

Ein Teil der PatientInnen fragte die ÄrztInnen um ihre Meinung zu bestimmten Diätgewohnheiten wie z.B. Trennkost. Eine Ärztin sah diese Form als eine kurzfristig effektive Methode an, warnte aber vor zu langer Anwendung wegen der Gefahr eines Calciummangels. Zwei Ärztinnen schließlich thematisierten die Vermeidung einer Selbstkasteiung. Sie machten deutlich, dass sie einen zu strengen Plan von verbotenen Speisen nicht für angemessen hielten und unterstützten ihre PatientInnen dabei, sich auch Ausnahmen in der Ernährung zuzubilligen.

*A: (...) Das find ich gut. Man muss sich auch die kleinen Freuden gönnen.
(Ärztin 9, 4309DH8, 688)*

Bewegung

Bei einem großen Teil der Gespräche wurde Bewegung als wichtiges Beratungsthema von den ÄrztInnen angesprochen. Sie gingen dabei auf die Häufigkeit der Aktivität ein und versuchten, ihren PatientInnen eine geeignete Sportart zu empfehlen.

Meist wurden eher allgemein gehaltene Empfehlungen zu vermehrter körperlicher Betätigung ausgesprochen, in selteneren Fällen gaben die ÄrztInnen konkrete Hinweise wie z.B. zwei bis dreimal pro Woche 45 Minuten Sport zu treiben bei einer Herzfrequenz über 100/ Minute.

Unterschiedliche Sportarten wurden empfohlen: Schwimmen, Spazieren gehen, Fahrrad fahren, Ausdauertraining, Gartenarbeit, die Anwendung eines Heimtrainers oder der Besuch eines Fitnessstudios.

In vielen Beratungsgesprächen besprachen die ÄrztInnen individuelle Vorlieben („Welchen Sport betreiben Sie denn schon“?), insbesondere in Hinblick auf motivationsfördernder Begleitumstände: So wurde der Faktor des Spaßes beim Sport besonders hervorgehoben. Einige der ÄrztInnen rieten ihren Patienten, zusammen mit dem Partner bzw. der Partnerin oder der Familie Sport zu treiben. Eine Ärztin wies

häufig darauf hin, dass Sport fest in den Alltag integriert werden sollte. Sie gab dazu auch konkrete Tipps, wie z.B. den Heimtrainer vor dem Fernseher zu platzieren.

A: Also ich meine 'ne gleichmäßige Belastung...

P: ...ja, ja, hm..

A: ...über 45 Minuten...

P: ...hm...

A: ...zweimal in der Woche...

P: ...ja...

A: ...und die gehören in den Stundenplan wie Essen und Trinken.

(Ärztin 1, Gespräch 4408ZT7, 213-225)

Psychosoziale Aspekte

In den Gesprächen fanden sich weiterhin Inhalte, die sich auf psychosoziale Aspekte im Umgang der übergewichtigen PatientInnen beziehen lassen. Dabei fokussierten ÄrztInnen insbesondere auf den Umgang mit Stress, Kummer und Frust, die im Kontext der Essgewohnheiten der PatientInnen standen. Ausgehend von allgemeinen Empfehlungen wie „Stress reduzieren“ wurden den PatientInnen aber auch konkretere Tipps zum Erkennen und Bewältigen solcher Situationen geboten. So schlug eine Ärztin vor, in einem Tagebuch frustrane Situationen aufzuschreiben und sich eine mögliche Handlungsalternative auszudenken, um das Verzehren von Süßigkeiten in solchen Situationen vermeiden zu können. Eine Ärztin machte direkte Vorschläge zur Stressbewältigung, z.B. spazieren zu gehen, ein Bad zu nehmen oder ein Buch zu lesen.

A: (...)ich hab eher das Gefühl, dass Sie mehr...Handlungsalternativen brauchen als irgendjemanden, der Ihnen noch mal erzählt, wie Sie abnehmen sollen ..

P: hm ..kenn ich ..weiß ich..

A: ...dass Sie wirklich einen größeren Strauß an Handlungsmöglichkeiten

P: hm

A: ..was man bei Frust und bei Langeweile alles so machen kann.

P: ...statt dessen...

A: Nicht unbedingt besser oder schlechter sondern auch.

(Ärztin 7, Gespräch 5911KZ5, 269-280)

Psychologischen Faktoren (z.B. das soziale Umfeld oder positive Gefühle, die zu einer Verstärkung des gewünschten Verhaltens führen können) schrieben ÄrztInnen weiterhin eine wichtige Bedeutung bei der Umsetzung von Verhaltensänderungen zu.

So sahen einige der Ärztinnen einen hilfreichen Effekt in der Unterstützung durch die Familie oder den Partner bzw. der Partnerin.

A: Und Sie haben erkannt, wenn, dann müssen alle in der Familie zusammen an einem Strang ziehen.

(Ärztin 7, Gespräch 5911KZ5, 241)

Weiterhin wurden Prinzipien des Verwöhnens und Belohnens angesprochen. So wurde geraten, sich mit gesünderen Alternativen oder Sport zu verwöhnen.

A: (...)..dass wenn Sie merken, dass Sie Hunger kriegen, Lust auf Süßes, dass Sie sich statt dessen mit 'ner anderen Möglichkeit verwöhnen. Das geht ja darum...um das Verwöhnungsprinzip. Was machen Sie denn gerne an Sport?

P: Was ich eigentlich sonst regelmäßig gemacht habe...ist joggen.

A: ..Dass Sie rausgehen, und sich die Glückshormone mit Joggen holen..

(Ärztin 2, Gespräch 4811SE4, 51-55)

Auch die Tatsache, die Gewichtsabnahme an sich als Belohnung anzusehen, wurde in den Gesprächen angesprochen.

A: Andererseits...womit Sie sich eben auch belohnen, ist, dass Sie sich dann eben das Gewicht ändern können.

(Ärztin 2, Gespräch 4811SE4, 71)

Abstrakte Faktoren/ Sonstiges

Zur Reduzierung des Gewichts wiesen die Studienärzte auf bestimmte persönliche und abstrakte Faktoren hin, die eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Gewichtsabnahme seien. Wiederholt äußerten viele der ÄrztInnen, dass PatientInnen selber den Willen zur Gewichtsabnahme haben müssen, um dieses Ziel erreichen zu können. Disziplin und Durchhaltevermögen sowie Geduld und ein Gefühl für die Verantwortung der eigenen Person gegenüber waren Faktoren, die als hilfreich genannt wurden. Weiterhin betonten ÄrztInnen das Nichtvorhandensein von Patentlösungen und erklärten, dass PatientInnen selber den eigenen Weg für die Gewichtsabnahme finden müsse.

A: Das ist jetzt nicht so, dass ich Sie da irgendwie gut beraten kann, was für Sie am besten ist. Das weiß ich ja nicht.

(Ärztin 1, Gespräch 5704PK4, 402)

Einem Patienten wurde deshalb besonders nahe gelegt, die Ursache seines Übergewichts selbst herauszufinden.

A: Ja, na, also das...das kann man nur, indem man das selber analysiert: Wo ist mein Problem. Ja? ...und dann sagt: "Also bei Ihnen sind's keine Süßigkeiten, bei Ihnen ist es mehr das Deftige" und wenn man dann sagt: "Gut, vielleicht ein bisschen weniger..."

(Ärztin 1, Gespräch 4302GB4, 179)

Zusätzliche Hilfsangebote (Überweisung und Einholen von Information)

Zur weiteren Unterstützung der Therapie verwies ein Teil der ÄrztInnen auf externe Hilfsangebote. In diesem Kontext fand sich der nicht weiter ausgeführte Vorschlag auf

„professionelle Unterstützung“. Auch die Empfehlung zur Teilnahme an einer Psychotherapie erfolgte sehr vorsichtig und nur durch eine Ärztin.

Konkret benannt und häufiger vorgeschlagen wurde die Teilnahme am Programm von Weight Watchers. Eine Ärztin riet ihren PatientInnen, sich über die zahlreichen Hilfsangebote der Krankenkassen zu informieren und darunter auszuwählen. Als externes Hilfsangebot kann in diesem Kontext auch der Verweis auf weiterführende Literatur im Internet oder Buchhandel gesehen werden. Die empfohlenen Quellen bezogen sich auf Methoden zur Gewichtsabnahme und Wissen über Ernährung. Eine Ärztin forderte ihre PatientInnen dazu auf, sich im Internet zusätzliche Informationen über ihre Risikofaktoren einzuholen und sich mit Hilfe des PROCAM-Scores ihren Gesundheitszustand anschaulich zu machen.

Änderung der Medikation

In einem Gespräch zwischen einer Studienärztin und einer übergewichtigen Diabetespatientin wurde das Körpergewicht im Zusammenhang mit der Einstellung der Insulinmenge angesprochen. Dabei wies die Ärztin auf die unerwünschte Arzneimittelwirkung einer Gewichtszunahme durch Insulin hin und machte der Patientin deutlich, dass sie nur so wenig Insulin wie nötig spritzen solle, um diesen Effekt möglichst gering halten zu können.

Tab. 9: Empfehlung zum Umgang mit Übergewicht

Gewichtsveränderung

- Gewichtsveränderung
- Gewichtsabnahme
- Gewichtsabnahme nur lege artis
- Gewicht halten
- Keine Gewichtsabnahme

Ernährungsumstellung

- Ernährung allgemein
- Veränderung der Nahrungsmenge
- Kalorienbewusstes Essen
- Empfehlungen zu Nahrungsmitteln
- Empfehlungen zu Mahlzeiten
- Strategien/ Methoden

Bewegung

- allgemein

- Dauer
- Art
- Strategie

Psychosoziale Aspekte

- Umgang mit Stress
- Umgang mit Frust
- Verwöhnen
- Belohnen
- Unterstützung durch das Umfeld

Abstrakte Faktoren

- individuelle Faktoren
- Allgemeines:

Einholen von Informationen

- Informationen über Risikofaktoren einholen
- Ratgeberliteratur
- mit Ernährung beschäftigen
- Wissen über Ernährung haben

Änderung der Medikation

- Insulinmenge begrenzen

Überweisung

- professionelle Unterstützung
- Ernährungsberatung
- Psychotherapie
- Weight Watchers
- Wahl von Hilfsangeboten nach Wunsch

Unterschiede in den gegebenen Empfehlungen zwischen Ärztinnen und Ärzten

Eine vergleichende Analyse der von Ärztinnen und Ärzten gegebenen Empfehlungen konnte große Unterschiede aufweisen. Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl von Studienärztinnen und Studienärzten bzw. der von ihnen geführten Gespräche können hier aber lediglich Tendenzen beschrieben werden.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Ärztinnen detailliertere und praktikablere Empfehlungen abgaben, die stärker auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen zugeschnitten waren als die der Ärzte. Ärztinnen bezogen auch psychologische Methoden in ihren Behandlungsplan mit ein und legten Ziele für die Gewichtsabnahme fest.

Auffällig ist, dass Ärztinnen im Gegensatz zu den Ärzten in fast allen Gesprächen Empfehlungen abgaben, einige von ihnen pro Gespräch sehr viele. So fanden sich bei

fünf der Ärztinnen Gespräche, in denen mehr als zehn verschiedene Empfehlungen geäußert wurden. Die Ärzte gaben in ihren Gesprächen weitaus seltener Ratschläge zum Umgang mit Übergewicht und wenn sie es taten, dann waren es nur sehr wenige (meistens ein bis zwei). Mit Ausnahme eines Gesprächs eines Arztes, in dem fünf unterschiedliche Empfehlungen abgegeben wurden, wurde die Anzahl von mehr als drei in allen anderen von Männern geführten Gesprächen niemals übertroffen. Auffällig ist weiterhin, dass die wenigen Empfehlungen von Ärzten meist eher pauschal und unkonkret bleiben, sie enthielten zumeist einfache Aufforderungen wie „mehr Bewegung“ oder „Ernährung umstellen“. In keinem einzigen Gespräch eines Arztes wurden Ziele für eine Gewichtsabnahme vorgegeben, dies taten hingegen ca. die Hälfte der Ärztinnen in den meisten ihrer Gespräche (wenn auch sehr unterschiedlich konkret). Die Ärztinnen gaben besonders im Bereich der Ernährung z.T. sehr konkrete und praktikable Empfehlungen ab und gingen auch auf die Zubereitung von Speisen sowie den familiären Kontext ein, z.B. wie oft pro Woche welche Nahrungsmittel gegessen werden sollten. Sie empfahlen auch konkrete Nahrungsmittel wie Becel-Margarine, italienische Wurst und Vollkornbrot oder schlugen vor, Essen in der Küche zu portionieren. Kalorientabellen wurden nur von wenigen Ärztinnen, aber keinem der Ärzte in den Gesprächen angesprochen bzw. an die PatientInnen ausgehändigt. Eine weitere Charakteristik der von Ärztinnen geführten Gespräche war die „Alltagstauglichkeit“, so wurde immer wieder betont, bestimmte Muster von Verhaltensänderungen in den Alltag fest einzubauen, dafür wurden auch Beispiele gegeben. Wiederholt schlugen Ärztinnen vor, ein Ernährungstagebuch zu führen, dieser Vorschlag wurde von Ärzten nicht gegeben.

In den Beratungsgesprächen der Ärztinnen wurden darüber hinaus auch psychologische Faktoren als ursächlich für das Übergewicht herausgearbeitet und in den Therapieplan integriert (z.B. mit dem übergewichtigen Partner bzw. der Partnerin zusammen Sport zu treiben, wenn die Überwindung allein zu schwer fallen sollte, Handlungsalternativen in frustreichen Situationen zu finden, Glückshormone durch Joggen einzuholen oder geschältes Gemüse im Kühlschrank parat zu haben). Derartige Beispiele fanden sich in den Gesprächen der Ärzte gar nicht. Der Vorschlag, kein Gewicht abzunehmen, den ein Arzt in zwei Gesprächen äußerte, kam bei Ärztinnen nicht vor. Während ein Arzt ein Bewegungsprogramm und ein anderer ein Praxis-internes Ernährungstraining empfahl, war die Variationsbreite der von Ärztinnen gegebenen „externen“ Hilfsangebote breiter, wurde aber nicht wesentlich häufiger

genutzt als von Ärzten. Von Ärztinnen wurden neben Angeboten bestimmter Bewegungsprogramme u.a. konkrete Literaturangaben gemacht (für Buchhandel und Internetquellen) sowie Weight Watchers und Psychotherapie empfohlen.

4.4.2. Verhalten der PatientInnen im Gesprächsverlauf

Die Einstellungen bzw. Reaktionen von PatientInnen gegenüber bestimmten Therapieansätzen wurden in zwei Gruppen unterteilt. So wurde untersucht, welche Vorschläge PatientInnen als hilfreich oder weniger hilfreich ansahen, die von ÄrztInnen gemacht wurden (4.4.2.a/ 4.4.2.c). Diese wurden verglichen mit Vorschlägen, die PatientInnen von sich aus äußerten, ohne dass sie zuvor von ÄrztInnen thematisiert wurden (4.4.2.b).

In Folge der unterschiedlichen Empfehlungen der ÄrztInnen konnten in den Gesprächen erwartungsgemäß vielschichtige Reaktionen der PatientInnen identifiziert werden: Insbesondere konkrete Anmerkungen, die sich auf die individuelle Ernährungsumstellung bezogen, wurden von den PatientInnen angenommen, z.B. der Vorschlag auf Führung eines Ernährungstagebuchs. Als angenommene Vorschläge wurden Reaktionen bewertet, wenn PatientInnen äußerten, diesen nachgehen zu wollen.

A: Wenn sich da nichts rührt, vielleicht wirklich einfach mal ,ne Woche lang alles aufschreiben, was Sie essen.

P: Hm...

A: Und dann können wir das gern noch mal durchschauen und dann gucken wir mal, wo wir da vielleicht noch was streichen, ne?

P: Können wir machen, ja, was ich so den Tag über so esse...

(Ärztin 5, Gespräch 4702LN7, 249-255)

a) Angenommene Vorschläge als Reaktion auf ärztliche Empfehlungen

Unter den von ÄrztInnen gemachten Vorschlägen fanden bei einigen PatientInnen diejenigen positive Resonanz, die konkrete Zielvorgaben einer Gewichtsabnahme oder konkrete Vorschläge hinsichtlich einer Ernährungsumstellung oder körperlicher Betätigung enthielten (vgl. Abb.8 S.71).

Ein Teil der PatientInnen nahm den allgemeinen Rat der Gewichtsabnahme sowie festgesetzte Ziele (z.B. zehn Kilogramm Gewichtsabnahme) an. Von den genannten Vorschlägen zur Ernährungsumstellung wurde die Ernährungsberatung, das Weglassen bestimmter Nahrungsmittel (Käse) sowie die Aufforderung, abends weniger zu essen, von einigen PatientInnen angenommen. Der nur von zwei Ärztinnen geäußerte

Vorschlag zur Führung eines Ernährungstagebuchs wurde von einem Patienten als hilfreich angesehen, eine andere Patientin zeigte sich indifferent.

Auf einige Empfehlungen zur körperlichen Betätigung äußerten PatientInnen ihre Zustimmung (in Form von Ausdauersport und eines strukturierten Bewegungsprogramms). Positiv nahmen PatientInnen weiterhin die Aufforderung von ÄrztInnen an, einer Sportart nachzugehen, die ihnen Spaß mache.

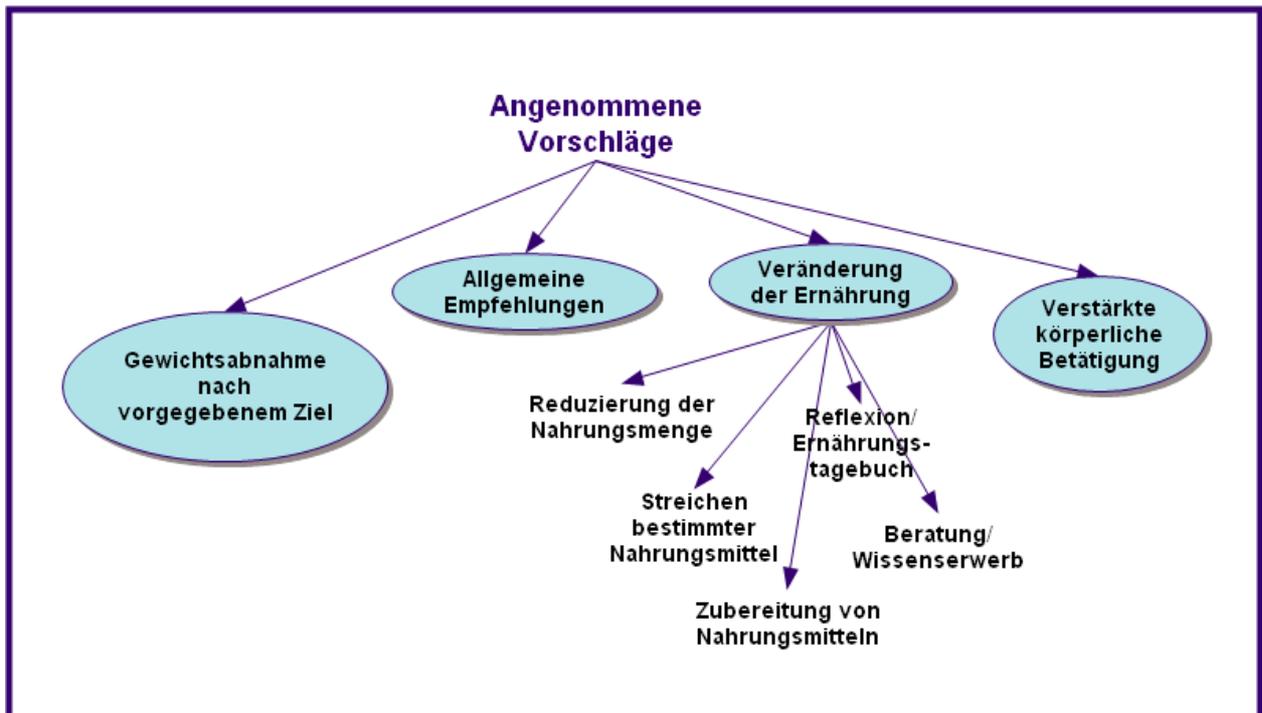


Abb. 8: Kategoriensystem der angenommenen ärztlichen Vorschläge

b) Von PatientInnen spontan geäußerte Vorschläge

Von den PatientInnen wurden im Gesprächsverlauf zahlreiche eigene Vorschläge zum Umgang mit dem Übergewicht gemacht, d.h. sie waren nicht als Reaktion auf ärztliche Empfehlungen zu verstehen.

Das Kategoriensystem dieser von den PatientInnen auf eigene Initiative geäußerten Vorschläge stellte sich als wesentlich differenzierter heraus als das auf den ärztlichen Vorschlägen beruhende und umfasste die Themenbereiche Gewichtsabnahme, Ernährungsumstellung, Verstärkte physikalische Aktivität, Strategien zur Gewichtsabnahme, Abstrakte Faktoren/ Sonstiges, Stoffwechsel, Betreuung und Medikation (vgl. Abb. 9 S.75).

Die von den PatientInnen in Betracht gezogenen Empfehlungen basierten häufig auf

der Nennung von individuellen Zielen und Lösungsansätzen und zogen eine Integration des sozialen Umfelds mit in Betracht. Die Ernährungsumstellung nahm auch in dieser Auswertung einen wichtigen Platz ein und wurde differenziert erörtert. PatientInnen äußerten sich beispielsweise auch zur Bedeutung von Zubereitung und Konsumierung von Speisen.

Gewichtsabnahme

PatientInnen machten eigene Vorschläge zur Handhabung/Umsetzung einer Gewichtsabnahme. So setzten sich einige PatientInnen selber Ziele, die im Bereich von fünf bis zehn Kilogramm lagen. Für einige PatientInnen bestand das vorrangige Ziel darin, eine vorläufige geringere Gewichtsabnahme langfristig zu halten. Die Bedeutung von realistischen Zielen wurde von Seiten der PatientInnen betont, in diesem Sinne wurde geäußert, dass das einstige Ursprungsgewicht nicht Ziel einer langfristigen Gewichtsabnahme sei. Auch das Ziel, das bisherige Gewicht zu halten, nannte ein Teil der PatientInnen.

Ernährungsumstellung

Von den PatientInnen eingebrachte Vorschläge für eine Ernährungsumstellung umfassten das Verringern der Nahrungsmenge, eine kalorienreduzierte Kost, das Meiden bestimmter Nahrungsmittel, die Zubereitung von Essen und die Art der Nahrungsaufnahme.

In Bezug auf eine Ernährungsumstellung schlugen PatientInnen vor, die Nahrungsmenge mit Hilfe unterschiedlicher Methoden zu verringern. Eine Patientin schlug vor, nur zwei Mahlzeiten pro Tag einzunehmen, ein anderer Patient, Gäste einzuladen. Die Begriffe der Diät, Dauerdiät über Fasten bis hin zu Hungern spielten für viele PatientInnen eine große Rolle und wurden immer wieder als eine effektive Methode in die Gespräche eingebracht.

Auch die Umstellung auf eine kalorienärmere Kost wurde von Seiten der PatientInnen vorgeschlagen, insbesondere dem „Kalorienzählen“ sprachen PatientInnen einen wichtigen Stellenwert zu.

Als hilfreich sahen PatientInnen ferner das Vermeiden von Weißmehlprodukten und tierischen Fetten, das Verzicht auf Fleisch, Kohlenhydraten (z.B. Kartoffeln), Süßigkeiten und Alkohol (vor allem zu den Mahlzeiten) an. Speziell wurde der Verzicht auf panierte Lebensmittel propagiert und eine eiweißreiche, gemüsehaltige und

fischreiche Kost empfohlen. Diese Ernährungsumstellung sollte aus Sicht der PatientInnen langsam vollzogen werden.

Die Zubereitung der Nahrung wurde ebenfalls angesprochen. Eine Patientin schlug vor, sich Zeit zum Kochen zu nehmen und genau zu überlegen, was man kocht.

A: Auf was wollen Sie denn gar nicht verzichten? Also Sie sagen Bewegung ist nicht so Ihr...

P: Vom Essen her?

A: Ja, also mit dieser Idee abzunehmen, müssen Sie ja irgendwas...

P: Eigentlich...konsequent sein mit dem genauer Wissen nicht einfach schnell so kochen, sondern wirklich mit Vorrausplanen, was man isst.

(Ärztin 7, Gespräch 4912WF5, 295-301)

Eine Patientin erachtete eine langsamere Essgewohnheit als hilfreich. Weiterhin erklärten PatientInnen, dass es nicht umsetzbar und zumutbar sei, sich an Festtagen zu kasteien.

Wenige PatientInnen erachteten auch eine Beeinflussung des Stoffwechsels für sinnvoll. Diese Vorschläge waren allgemein gehalten und konzentrierten sich auf die Beseitigung des Appetits bzw. des Hungers.

P: Das ist es eben, also wenn ich diesen Hunger wegstriege, dann wär's ja prima.

(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 289)

Verstärkte körperliche Betätigung

Hinsichtlich des Aspekts Bewegung wurde Fahrradfahren und der Besuch des Fitnessstudios von PatientInnenseite vorgeschlagen. Ein Patient gab die Anregung, mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren und somit eine regelmäßige Betätigung garantieren zu können. Auch von anderer Seite wurde die Bedeutung einer regelmäßigen sportlichen Tätigkeit eingeräumt.

Strategien/ Abstrakte Faktoren/ Sonstiges

PatientInnen teilten auch bestimmte Strategien mit, die sie als hilfreich ansahen, darunter v.a. der Effekt eines Gruppenzusammenhalts und das Finden von individuellen Lösungen.

Der Zusammenhalt einer Gruppe wurde v.a. im Kontext des Weight Watchers-Programms erörtert. Aber auch auf die Bedeutung der Unterstützung durch die eigene Familie und deren Integration in ein Behandlungskonzept, z.B. in Form einer gemeinsamen Ernährungsumstellung wurde hingewiesen.

PatientInnen erwähnten weiterhin, dass jede Person eine individuelle Lösung für sich

selbst finden müsse. Im Rahmen solcher individuellen Behandlungskonzepte war es z.B. für einen Patienten von wesentlicher Bedeutung, sein Zielgewicht, das gewissen Schwankungen unterlag, mindestens einmal pro Jahr wiederherzustellen.

Weitere Faktoren, die genannt wurden, umfassten v.a. das Spektrum der Disziplin und Kontrolle. Im Einzelnen thematisierten PatientInnen Konsequenz und Selbstkontrolle bei der Umsetzung von Behandlungskonzepten. Ein Teil der PatientInnen führte an, dass es wichtig sei, sich selbst immer wieder Druck zu machen und erachtete „eiserne Regeln“ als wichtig. Weiterhin ordneten PatientInnen dem eigenen Verantwortungsgefühl einen hohen Stellenwert zu.

Stoffwechsel, Betreuung, Medikation

Andere von PatientInnen geäußerte Behandlungsansätze umfassten die Bereiche des Stoffwechsels, der Betreuung und der Medikation. Aussagen dazu wurden allerdings nur sehr vereinzelt und abstrakt angesprochen.

Empfehlungen zur Veränderung des Stoffwechsels wurden nur von zwei PatientInnen thematisiert, diese Äußerungen fielen aber durch einen fordernden Tonfall auf. In diesem Zusammenhang fand sich die Forderung einer Patientin an ihren Körper, sich selbst zu regulieren oder der allgemeine Wunsch einer „Umänderung des Stoffwechsels“.

P: Ja, also ich meine, wenn's einen Weg gäbe, wo eben einfach irgendwie...der Stoffwechsel umgeändert würde. Dann wär' ich dabei.

(Ärztin 1, Gespräch 6512HR5, 290)

Eine Patientin legte die Bedeutung der Betreuung durch ihre Hausärztin dar und machte deutlich, dass es für sie hilfreich sei, einen festen Nachsorgetermin zu erhalten, bei dem das Gespräch über die Behandlung ihres Übergewichts fortgeführt werden könne und evtl. erste Behandlungserfolge besprochen werden könnten.

Im Kontext eines Gesprächs um die weitere Medikation äußerte sich eine Patientin unzufrieden über die Anwendung von Cortisonpräparaten und schlug vor, diese im Hinblick auf die Gewichtszunahme nicht weiter einzunehmen.

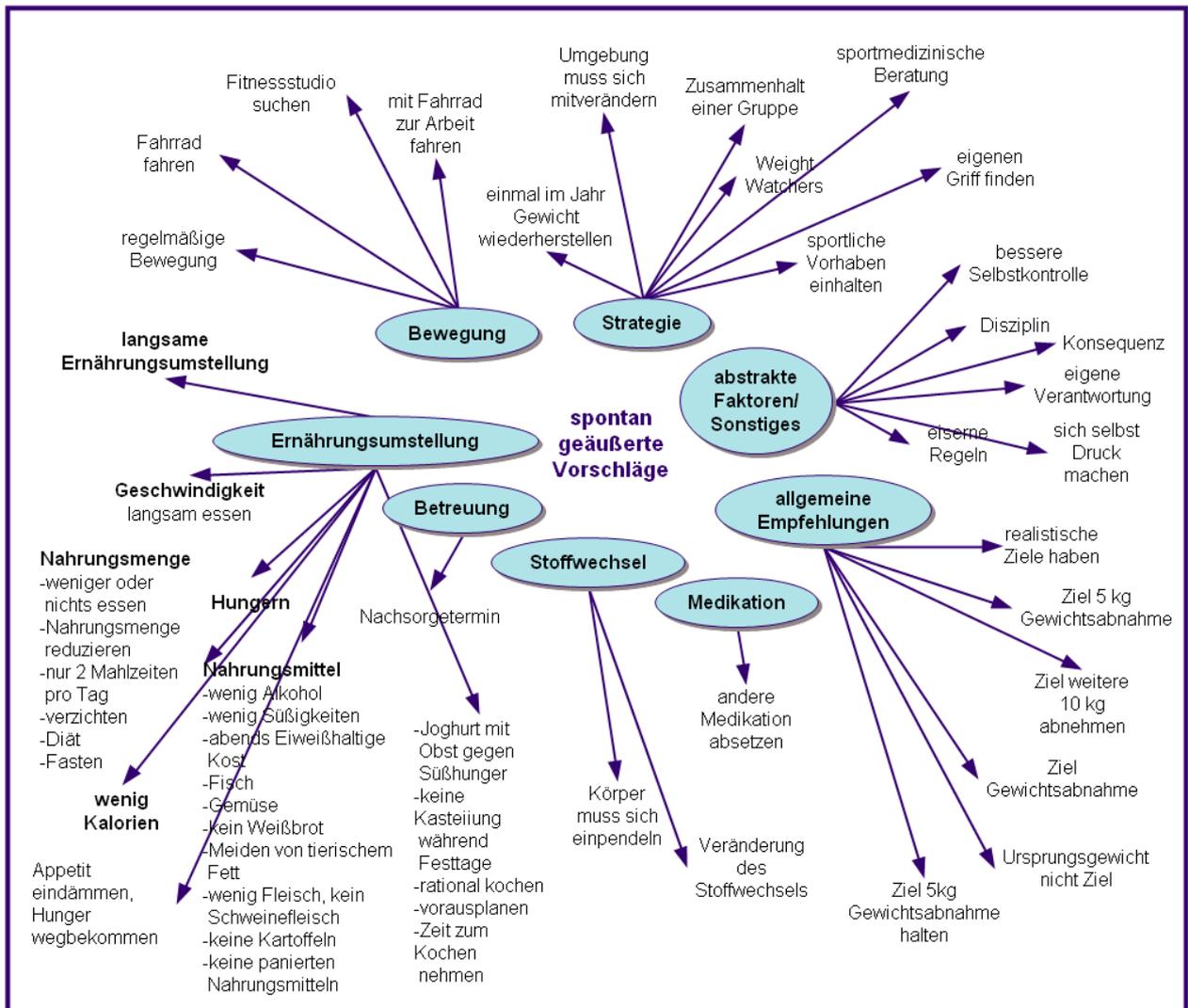


Abb. 9: Kategoriensystem der von den PatientInnen auf eigene Initiative geäußerten Vorschläge

c) Abgelehnte Optionen durch PatientInnen

PatientInnen reagierten auf einige der ärztlichen Empfehlungen mit Ablehnung. In manchen Fällen begründeten sie ihre ablehnende Haltung (vgl. Abb. 10 S. 78).

A: Die andere Geschichte ist, dass Sie vielleicht dafür sorgen sollten, dass Sie eine Ausdauerbewegung machen.

P: Naja, schlecht bei dem Wetter, da hab ich keine Lust.

(Ärztin 6, Gespräch 6002BE6, 109-111)

Häufig argumentierten PatientInnen damit, dass sie einer bestimmten Empfehlung bereits ohne Erfolg nachgegangen waren und sich von dieser Methode daher keine

Wirkung mehr erhofften. Auch gesundheitliche Gründe, die eine verstärkte körperliche Betätigung nicht erlauben, gaben PatientInnen in vielen Fällen als Erklärung an.

In selteneren Fällen kam es vor, dass PatientInnen von sich aus bestimmte Behandlungsoptionen als nicht effizient bezeichneten oder diese aus anderen Gründen abwiesen, ohne dass diese Optionen von den ÄrztInnen vorher angesprochen worden waren.

A: Aber dann...wurde es nachher viel und dann habe ich angefangen, mit dem Gewicht zu kämpfen. Ich hab aber...was ich grundsätzlich ablehne sind solche Diäten..
(Ärztin 1, Gespräch 3607EL4, 414)

Die ärztlichen Empfehlungen, auf die PatientInnen ablehnend reagierten, umfassten den allgemeinen Hinweis zur Gewichtsabnahme, Empfehlungen zur Ernährungsumstellung, verstärkte körperliche Betätigung, einzelne Behandlungsstrategien und die Einnahme von Appetitzüglern.

Gewichtsabnahme/ Vorgabe bestimmter Ziele

Ein Teil der PatientInnen wies den allgemeinen Vorschlag einer Gewichtsabnahme ab. Häufig machten PatientInnen deutlich, dass sie keine Motivation zu einer Gewichtsveränderung hätten, da sie mit ihrer momentanen Situation zufrieden seien. Konkrete Vorgaben, z.B. zehn Kilogramm Gewichtsabnahme, wurden von einigen PatientInnen als nicht umsetzbar angesehen.

Ernährungsumstellung

Die vielfältigen Versuche der Ernährungsmodifikation mancher PatientInnen werden durch Aussagen verdeutlicht, die sich auf frustrane Gewichtsreduktionsversuche beziehen: So bezogen sich einige der abgelehnten Empfehlungen auf Diäten (z.B. Brigitte-Diät, die Anwendung fettreduzierter Aufstriche oder die Portionierung von Essen in der Küche), auf nicht zu realisierende Veränderungen des Tagesablaufs oder auf die konkrete Umstellung von Nahrungsmitteln.

Eine Ernährungsumstellung hielten einige PatientInnen nicht für indiziert, da sie ihre Ernährung bereits als gut ansahen. Der Vorschlag, das Abendessen wegzulassen, stieß wegen schwieriger Umsetzung innerhalb der Familie auf Widerstand. Einen anderen Vorschlag, der in der Präferenz von hellem Fleisch lag, wollte eine Patientin wegen des dadurch eingeschränkten Speiseplans nicht annehmen. Auch eine möglichst fleischfreie Ernährung und der Verzicht auf Lieblingsspeisen wurden ausgeschlossen. Der

Vorschlag einer weiteren Ernährungsberatung wurde von einer Patientin wegen zu großer Umstände (u.a. der Anfahrt) abgelehnt. Mehrere PatientInnen machten deutlich, dass Hungern für sie keine Option sei, einigen dieser Aussagen ließ sich dennoch ableiten, dass die PatientInnen diese Methode als effizient ansahen.

P: Aber ich komm' einfach nicht drunter und hungern möchte ich nicht mehr in meinem Alter.
(Ärztin 10, Gespräch 5111MT11, 190)

Bewegung

Auch auf die Empfehlung zu einer verstärkten körperlichen Betätigung reagierte ein Teil der PatientInnen abweisend. Argumente für Zurückweisung waren gesundheitliche Probleme, fehlende Disziplin bzw. Überwindung, Zeitmangel, fehlende Motivation, schlechte Erfahrung oder die fehlende Möglichkeit zur Durchführung einer bestimmten Sportart. Auch die Vorschläge zu Sport innerhalb einer Gruppe bzw. mit der Familie oder der Partnerin bzw. dem Partner wurden von einem Teil der PatientInnen abgelehnt, Gründe waren Zeitmangel, gesundheitliche Probleme der Partnerin bzw. des Partners oder fehlende logistische Möglichkeiten.

Strategien/ Beratung

Andere Faktoren, die von den PatientInnen als nicht effizient angesehen wurden, bezogen sich auf unterstützende Behandlungsstrategien. So lehnte eine Patientin das von der Ärztin vorgeschlagene „Belohnungsprinzip“ ab, nach welchem die Patientin positive Erlebnisse während der Behandlung als Belohnung wahrzunehmen lernen sollte. Eine andere Patientin sprach die ärztliche Empfehlung nach weiterer Beratung hinsichtlich einer Gewichtsreduktion an und schränkte die Effizienz dieser Methode ein.

P: Hm...ein paar Beratungsgespräche, die tun's nicht.
(Ärztin 7, 4912WF4, 405)

Medikation

Eine Patientin lehnte die Anwendung von Appetitzüglern wegen der damit assoziierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Zweifeln an deren Wirksamkeit ab.

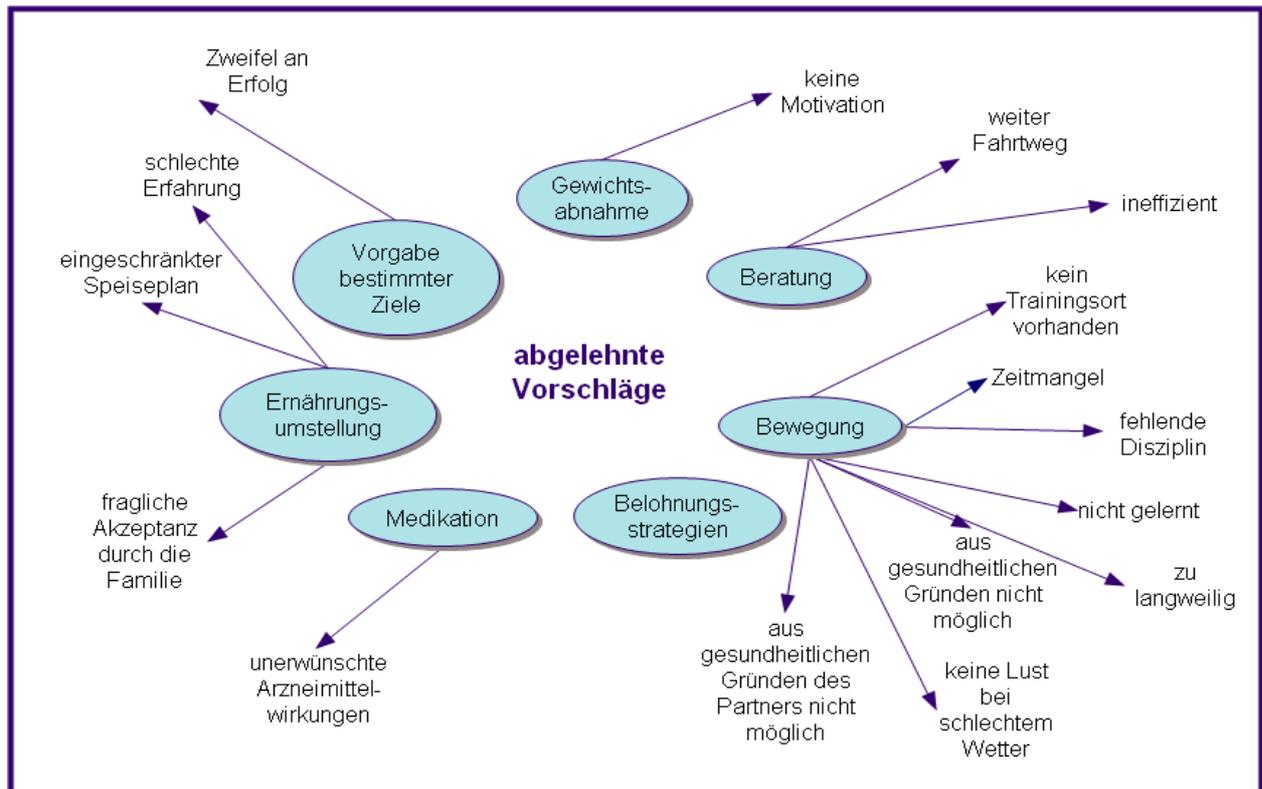


Abb. 10: Kategoriensystem der von den PatientInnen abgelehnten Vorschlägen mit Begründungen

4.4.3. Auswirkungen des Thematisierens der Ursachen auf gegebene ärztliche Empfehlungen

Bei diesem Vergleich konnte nur auf die 32 Gespräche von neun ÄrztInnen zurückgegriffen werden, in denen Ursachen von Übergewicht angesprochen wurden.

Bei der Analyse zeigte sich, dass ÄrztInnen in unterschiedlichem Maße auf die von PatientInnen genannten Ursachen eingingen. Beim Vergleich von Gesprächen untereinander, in denen Ursachen gar nicht erst angesprochen wurden, zeigte sich kein Unterschied in der Art der gegebenen Empfehlungen. Demgegenüber konnten Unterschiede in der Art der Empfehlungen in den Gesprächen von ÄrztInnen festgestellt werden, die regelmäßig Ursachen thematisieren verglichen mit denen, die solche in ihrer ärztlichen Beratungsroutine gar nicht ansprachen.

Einige der ÄrztInnen nannten Empfehlungen, die auf von PatientInnen genannten Ursachen zugeschnitten waren. Dazu zählte z.B. der Vorschlag einer Ärztin, überzähliges Essen für den nächsten Tag aufzusparen. Der Patient hatte zuvor als mögliche Ursache erläutert, dass er stets zu viel Essen zubereite.

Insgesamt gingen sieben ÄrztInnen in 15 Gesprächen teilweise auf diese Ursachen ein, indem sie dazu angepasste Vorschläge abgaben, und teilweise nicht. Ein bestimmtes Muster, auf welche Ursachen die StudienärztInnen eher eingingen, ließ sich nicht erkennen. Zwei Ärzte griffen die durch PatientInnen genannten Ursachen gar nicht auf. Es fanden sich auch Gespräche, in denen verschiedene Ursachen durch ÄrztInnen und PatientInnen erörtert wurden, auf die im ganzen Gespräch aber keine Empfehlungen folgten. Empfehlungen wurden außerdem nicht immer gemacht, wenn PatientInnen verhaltensabhängige Ursachen darlegten, z.B. folgten auf die Ursachen „Bewegungsmangel“ und „Süßigkeiten“ oder die ausgeschlossenen Faktoren „Süßigkeiten“, „allgemeine Ernährung“ und „zu große Nahrungsmenge“ oft keine weiteren Hinweise.

Bezüglich nicht-verhaltensabhängiger Ursachen äußerten ÄrztInnen fast nie Empfehlungen. Eine Patientin erhielt jedoch den Rat, gegen ihren Hunger morgens viel zu essen und den Hinweis, unbegrenzt Gemüse essen zu können. In Bezug auf die Ursache eines veränderten Grundumsatzes wurde eine verstärkte körperliche Betätigung angeraten.

Es kam auch vor, dass PatientInnen Ratschläge erhielten, die mit von ihnen genannten Ursachen nicht in Einklang gebracht werden konnten. So erhielten zwei PatientInnen die Empfehlung, weniger zu essen, obwohl sie eine zu große Essensmenge als Ursache ausgeschlossen hatten. Der eine Patient erhielt die Empfehlung, ein Drittel seiner Nahrungsmenge zu streichen und wurde mehrfach dazu aufgefordert, die Menge zu begrenzen und auf Essen zu verzichten.

Bei der vergleichenden Analyse mit Gesprächen, in denen gar keine Ursachen thematisiert wurden, konnten keine auffälligen Ergebnisse hinsichtlich der dort abgegebenen ärztlichen Empfehlungen gemacht werden. Die Ratschläge unterschieden sich hinsichtlich der Anzahl nicht wesentlich von den anderen Gesprächen derselben ÄrztInnen, in denen sie über ursächliche Faktoren sprachen, und waren auch nicht mehr oder weniger differenziert.

Ein Unterschied konnte jedoch zwischen den Gesprächen von ÄrztInnen gesehen werden, die keine Ursachen thematisieren, verglichen mit denen, die größtenteils mit den PatientInnen über Ursachen sprachen. So zeigte sich, dass die ÄrztInnen, die Ursachen bei fast allen ihrer PatientInnen ansprachen auch diejenigen waren, die am individuellsten ausgerichteten Behandlungskonzepte entwarfen.

5. Diskussion

5.1. Reflexion

Methodik

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit waren Hinweise auf eine Diskrepanz zwischen arzt- und patientenseitigen Wahrnehmungen zu den Ursachen, Konsequenzen und der Behandlung von Übergewicht, die sich bei quantitativen Erhebungen gezeigt hatten [78;95]. Diese unterschiedlichen Auffassungen könnten ein Grund für die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Adipositas sein.

Mit Hilfe eines qualitativen explorativen Ansatzes wurden diese Perspektiven anhand des zwischen HausärztInnen und übergewichtigen PatientInnen geführten Beratungsgespräches bei der Check up – Untersuchung näher analysiert. Eine besondere Aufmerksamkeit wurde dabei auch auf den geschlechtsspezifischen Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit der Thematik gelegt.

Die vielschichtigen Ergebnisse der mitunter sehr ausdifferenzierten Kategoriensysteme dieser Arbeit zeigen, dass die ausgewählte Methodik zielführend war. Viele der Ergebnisse waren weitreichender, als bei der Planung der Studie in Betracht gezogen war. Bei einem quantitativen Ansatz hätten sich die Ergebnisse nicht in dieser Breite gezeigt.

Stichprobe

Die Zusammensetzung der Stichprobe ist nicht als repräsentativ zu betrachten, was jedoch auch nicht in der Zielsetzung qualitativer Forschung liegt [97;99]. Angestrebt wird dagegen eine vielschichtige Stichprobe, die sich durch ein möglichst großes Spektrum von Sichtweisen und Auffassungen auszeichnet und durch vielseitige Aspekte das Finden neuer Kausalzusammenhänge ermöglicht. Im Sinne der qualitativen Forschung ist die Stichprobe daher für die Beantwortung der Fragestellungen als geeignet anzusehen.

Die Versuche, eine ausgewogene Studienpopulation herzustellen, wurden durch eine geringe Teilnahmebereitschaft erschwert. So hatten vor allem in Ostberlin praktizierende ÄrztInnen Vorbehalte den Tonbandaufnahmen gegenüber. Die Studiengruppe der ÄrztInnen war demnach durch eine größere Zahl Westberliner ÄrztInnen und einen größeren Anteil von Frauen geprägt. Dennoch konnte insgesamt eine vielschichtige Gruppe von zwölf HausärztInnen gebildet werden, die Unterschiede

in Zusatzqualifikation, Berufserfahrung, Alter, Geschlecht und Ost/West-Hintergrund aufwies. Obwohl das Durchschnittsalter mit 50 Jahren eher hoch lag, verfügten die StudienärztInnen über eine sehr unterschiedlich lange Berufserfahrung.

Die Gruppe der 52 PatientInnen umfasste eher ältere, weibliche und stark übergewichtige PatientInnen, die vor allem aus einkommensstärkeren Bezirken stammten. Diskutiert werden kann, ob die Teilnahme an der Studie auf ein besonderes Interesse stark übergewichtiger PatientInnen zurückzuführen ist oder ob sie von den ÄrztInnen verstärkt zur Teilnahme aufgefordert wurden. Insgesamt konnten auch in der PatientInnengruppe unterschiedliche Aspekte in Bezug auf Geschlecht, Alter und Ausmaß des Übergewichts ausgemacht werden.

Das für die Auswertung zur Verfügung stehende Material von 52 Gesprächen ist als umfangreicher Fundus anzusehen, der die Herausarbeitung von 809 unterschiedlichen Codes ermöglichte und zu der Darstellung von differenzierten Kategoriensystemen führte.

Gesprächsführung

Da die Gesprächsführung nicht im Fokus dieser Untersuchung lag, beschränkt sich dieser Abschnitt darauf, Aspekte zu benennen, die für das Verständnis der Gesprächsinhalte hilfreich sein können. Für eine differenzierte Darstellung sind weitere Untersuchungen und eine andere Methodik nötig.

Die Art der Gesprächsführung sowie der Strukturierung und Thematisierung von Gesprächsinhalten machte deutlich, dass ÄrztInnen über eine unterschiedliche Ausbildung im Gespräch mit übergewichtigen PatientInnen verfügen. Bei einem Teil der ÄrztInnen waren wiederkehrende Muster innerhalb des Beratungsgespräches erkennbar, die auf Routine und Konzept in der Thematisierung des Übergewichts schließen ließen: Bei einem anderen Teil der Gespräche wurde das Thema Übergewicht scheinbar willkürlich im Verlauf angesprochen und bald wieder verlassen oder gänzlich vermieden. Auch der unterschiedliche Differenzierungsgrad bei der Erteilung von Ratschlägen lässt darauf schließen, dass ÄrztInnen auf dem Gebiet der Adipositasberatung einen unterschiedlichen Kenntnisstand aufweisen.

Weder das Alter, noch die Berufserfahrung der StudienärztInnen erwiesen sich dabei als Indikatoren für eine strukturiert aufgebaute Gesprächsführung zum Thema Übergewicht. Im Hinblick auf die Herangehensweise konnten offene und geschlossene Formen der Gesprächsführung unterschieden werden. So gab es ÄrztInnen, die

bevorzugt durch offene Fragen ihre PatientInnen selber nach Lösungsansätzen suchen ließen und solche, die eher klare Anweisungen gaben. Dies lässt auf ein unterschiedliches Verständnis eines Beratungsgesprächs schließen, unter dem ein Teil der ÄrztInnen eher das Austeilen von Informationen und Anweisungen, ein anderer eher das Abklären von Bedürfnissen und eigenen Zielen verstand. In dieser StudienärztInnenpopulation war tendenziell eine geschlossene Form der Gesprächsführung zu erkennen.

Die Auswirkungen der Gesprächsführung zeigte sich u.a. an der emotionalen Reaktion der PatientInnen (u.a. Weinen, Lachen, Zorn und Angst), die sich in wenigen Fällen in Form von sehr starken Gefühlsausbrüchen äußerte. Ein Teil der PatientInnen zeigte durch eine aktive Beteiligung, die sich durch klare Fragen und ein Verlangen nach Ratschlägen darstellte, Motivation für eine Verhaltensänderung. Andere PatientInnen nahmen eine eher passive, durch Zuhören geprägte Position ein, hinter der fehlendes Interesse, aber auch geringes Selbstbewusstsein sowie Scham- und Angstgefühle vor der Verbalisierung der eigenen Probleme zu vermuten sind. Natürlich ist eine solche passive Rolle auch als Folge der Art der Gesprächsführung seitens der ÄrztInnen zu sehen.

5.2. Diskussion der inhaltlichen Kategorien

5.2.1. Ursachen von Übergewicht

Sowohl von ÄrztInnen als auch von PatientInnen wurde ein breites Spektrum von Ursachen thematisiert, wobei sich das Feld der PatientInnen als noch differenzierter präsentierte. Es konnte dabei auf 32 von 52 Gesprächen zurückgegriffen werden, in denen ÄrztInnen mit ihren PatientInnen über Ursachen sprachen. In beiden Darstellungen wurden sowohl verhaltensabhängige (z.B. Ernährung, Bewegung) als auch nicht verhaltensabhängige Faktoren (z.B. Stoffwechsel) als ursächlich für das Übergewicht angesprochen (Siehe 4.2.1.). Einige Faktoren konnten jedoch nicht eindeutig einem dieser beiden Pole zugeordnet werden (z.B. soziale Faktoren).

Sowohl auf ÄrztInnen- als auch auf PatientInnenseite fiel auf, dass in der Ernährung liegende Ursachen besonders ausführlich behandelt wurden. Interessant war, dass sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen die Ursache des Übergewichts in einigen Fällen nicht erklären konnten.

Beim Vergleich der durch ÄrztInnen und PatientInnen genannten Faktoren ist jedoch zu berücksichtigen, dass ÄrztInnen – im Gegensatz zu den PatientInnen – nicht unbedingt

ihre eigene Überzeugung deutlich machten, sondern lediglich einzelne Faktoren in das Gespräch einbrachten.

Ursachen aus Sicht der ÄrztInnen

Das Thema Ursachen von Übergewicht wurde zwar relativ häufig, aber selten intensiv thematisiert. Nur für zwei Ärztinnen schien die Bedeutung der Ursachen sehr wichtig zu sein, so dass sie es in nahezu jedem Gespräch ausführlich diskutierten.

Die Breite und Ausdifferenzierung der Faktoren übersteigt vor allem in Bezug auf die ernährungsbedingten Faktoren die in quantitativen Befragungen erfassten Ursachen, darunter z.B. schnelles Essen, Verfügbarkeit von Essen, ungünstiger Zeitpunkt, unregelmäßiger Essensrhythmus, Obst am Abend, Süßigkeiten, Alkohol und Fertigprodukte [83;95] (siehe 1.3.3.). Weitere, bisher in Studien nicht erfasste Aspekte sind u.a.: Essen aus Kummer, ein Wissensdefizit über gesunde Ernährung, Mangel an Disziplin oder die Muskelmasse.

Das Bild der Ursachen, das von ÄrztInnen in den Gesprächen gezeichnet wurde, entspricht im Wesentlichen den Faktoren, die im Rahmen eines multifaktoriellen Erklärungsansatzes vertreten werden (siehe 1.2.2.). Die Mehrzahl der genannten Faktoren ist daher nicht überraschend.

Unerwartet scheint dennoch auf den ersten Blick die Thematisierung von nicht-verhaltensabhängigen Faktoren (z.B. Stoffwechsel oder Veranlagung). Anzunehmen wäre die Vermeidung solcher Faktoren im Gespräch gewesen, da Faktoren, die PatientInnen nicht durch eigenes Verhalten beeinflussen können, eine schlechte Basis für die Motivierung zu einer Verhaltensänderung sind. Allerdings fanden sich nicht-verhaltensabhängige Faktoren in der Regel als Reaktion auf die Nennung dieser Faktoren durch PatientInnen, so dass sie eher als eine Geste des Verständnisses bzw. des Mitgefühls zu aufzufassen sind und demnach als ein bewusst eingesetztes Mittel der Gesprächsführung. ("Natürlich spielt die Vererbung auch eine wichtige Rolle, aber..."). Trotzdem hätte erwartet werden können, dass von PatientInnen genannte, nicht-verhaltensabhängige Faktoren widerlegt werden, in einen anderen Kontext gesetzt oder einer anderen Priorität zugeordnet werden. Sie wurden jedoch stattdessen von den ÄrztInnen oftmals noch ergänzend ausgeführt und dadurch bestätigt.

Zu den unerwartet genannten Faktoren zählte z.B. die Thematisierung einer großen Muskelmasse als eine Ursache des Übergewichts eines Patienten, eher zu verstehen als eine andere Perspektive auf die Übergewichtsentstehung als ein wirklich

ursächlicher Faktor. Indem das Übergewicht hier als Folge einer bewusst intendierten und aus medizinischer Sichtweise unterstützenswerten Verhaltensweise behandelt wird, wird auch die Behandlungsbedürftigkeit in Frage gestellt.

Neben rein sachlichen Beschreibungen fanden sich auch wertende Darstellungen, darunter "fehlende Kontrolle". Frühere Untersuchungen konnten bereits zeigen, dass ÄrztInnen in einem Mangel an Selbstkontrolle eine wichtige Bedeutung für eine Gewichtszunahme sehen [83]. Auch Formen der Stigmatisierung, auf die solche Äußerungen hinweisen, konnten in anderen Studien nachgewiesen werden, wobei PatientInnen als willensschwach oder faul eingeschätzt wurden [80-82].

Das Eingehen auf den Metabolismus in Form der eher "laienhaften" Beschreibung eines "zu langsamen Stoffwechsels" zeigt, dass ÄrztInnen auch persönliche Vorstellungen mit in das Gespräch einbringen oder sich in laienhafte Denkweisen hineinversetzen. Auch hierin könnte sich eine Geste von Verständnis verbergen. Verstanden werden könnte diese Handlung dann als Wechsel aus einer aufklärenden (in den Beratungsgesprächen oft vorherrschenden) hin zu einer kameradschaftlichen Arztrolle. Andererseits wird bei dieser Verwendung von laienhaften Vorstellungen auch die Präsenz populärwissenschaftlichen Wissens bei den ÄrztInnen deutlich.

Interessant ist weiterhin, dass ÄrztInnen mitunter einräumten, den Grund des Übergewichts nicht erklären zu können. Dies mag einerseits durch das Offenlegen des eigenen begrenzten Beurteilungsvermögens zu einem Gefühl des Verständnisses bzw. der Sympathie beitragen. Eine solche Aussage führt aber möglicherweise auch dazu, dass die Kompetenz der Ärztin/ des Arztes in den Augen der PatientInnen in Frage gestellt wird, in dem Sinne, dass „selbst“ die Ärztin bzw. der Arzt in dieser Situation „nicht mehr weiter weiß“.

Insgesamt ergaben sich im Zusammenhang mit der Ursachendiskussion einige Gelegenheiten, den Glauben an den Einfluss des eigenen Verhaltens zu stärken. Diese nahmen die ÄrztInnen jedoch nicht immer wahr.

Ursachen aus Sicht der PatientInnen

Das besonders breite Spektrum, das PatientInnen präsentierten, umfasste neben zu erwartenden Themen wie Ernährung und Bewegung u.a. auch Disziplin, den Arbeitsalltag, psychische Faktoren oder eine schicksalhafte Bestimmung (siehe 4.2.2.). Die hier genannten Faktoren konnten im Vergleich zu vorangegangenen quantitativen

Untersuchungen nicht nur zahlreiche neue Aspekte (z.B. Schicksal, Alter, Hunger, Disziplin, Muskelmasse, Alkohol, Verlockung von Essen) aufzeigen, sondern auch die Verbindung unterschiedlicher Faktoren untereinander verdeutlichen, so z.B. das Essen mit psychologischen Faktoren oder Bewegungsmangel mit gesundheitlichen Problemen [83;95].

Mit Ausnahme einiger der als nicht-verhaltensabhängig zu charakterisierende Ursachen (Schicksal, Alter) stellten auch die von PatientInnen genannten Faktoren weitgehend wissenschaftlich belegte Ursachen für Übergewicht dar (siehe 1.2.2.).

Die Breite des Spektrums macht anschaulich, dass PatientInnen selber um eine Erklärung für ihr Übergewicht bemüht sind und unterstützt damit die Theorie, dass Menschen Ursachen für ihre Probleme suchen [101]. Das detaillierte Kategoriensystem zeugt aber auch von Interesse und Bewusstsein über die eigenen Probleme und unterstützt damit vorherige Studienergebnisse, nach denen übergewichtige PatientInnen sich besonders über die beiden wesentlichen ursächlichen Faktoren des Übergewichts, Bewegungsmangel und Ernährungsgewohnheiten, bewusst sind [102].

Bei einem Großteil der Gespräche zeigten PatientInnen eine verstärkt verhaltensabhängige oder nicht-verhaltensabhängige Orientierung, in anderen Fällen zogen PatientInnen aber auch sowohl verhaltensabhängige als auch nicht-verhaltensabhängige Faktoren für ihr Übergewicht in Betracht. Die Tatsache, dass sich ein Teil der PatientInnen keiner bestimmten Seite zuordnen ließ, zeigt, dass einige PatientInnen ambivalent sind, inwieweit sie ihr Gewicht durch das eigene Verhalten beeinflussen können. Ärztliche Aufgabe ist es hier, den Glauben an den Einfluss des eigenen Handelns zu stärken.

Besonders differenziert stellten PatientInnen viele Aspekte ihrer Ernährungsgewohnheiten dar und sprachen dabei die Qualität und Quantität der Ernährung, Reize der Verlockung und den Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme an. Ernährung wurde dabei im Kontext von sowohl verhaltensabhängigen als auch nicht-verhaltensabhängigen Umständen gesehen. So wurde z.B. eine große Essensmenge einerseits mit dem Zubereiten von zu großen Portionen begründet, andererseits mit Hunger, was sich u.a. auch durch eine gestörte Sättigungswahrnehmung übergewichtiger Personen begründen lässt [38]. Im Essenskontext spielten weiterhin Reize (z.B. in Form von Verlockung) und Gefühle (Kummer als Initiator, Freude als Konsequenz des Essens) eine große Rolle. Rodin konnte zeigen, dass übergewichtige Personen womöglich über mehr Genuss und Freude am Essen verfügen [103]. Die

Beschreibungen lassen sich allerdings auch mit der „Externalitätshypothese“ verdeutlichen, nach der das Erleben von Hunger, Appetit und Sättigung bei übergewichtigen Personen insbesondere durch Umweltreize beeinflusst wird [38]. Ferner wird demonstriert, dass die Ernährung für übergewichtige PatientInnen auch die Bewältigung psychischer Probleme bedeuten kann, was in der Literatur bestätigt wird [38]. Eine effektive Behandlung des Übergewichts schließt daher auch eine genaue Kenntnis der psychosozialen Situation und deren Integration in die Therapie mit ein.

Die Bedeutung der Sozialisation und Prägung, der ein wichtiger Stellenwert in der Entwicklung von Übergewicht zugeschrieben wird [38], wurde z.T. anschaulich durch das erlernte Essverhalten innerhalb der Familie dargestellt. Immer wieder wurde dabei auch auf das als von Gier und Nachholbedarf beschriebene Essverhalten in der Nachkriegszeit verwiesen.

Interessant scheint weiterhin der wiederholt verwendete Ausdruck einer „Neigung zu Übergewicht“, der auf eine genetische Disposition anspielt. Generell wurden nicht-verhaltensabhängige Faktoren häufig in den Kontext einer irreparablen Fehlfunktion gestellt, z.B. eines verdorbenen Grundumsatzes oder eines allgemein „fehlerhaften“ Körpers, vergleichbar mit einer Behinderung. Die Wahrnehmung einer schicksalhaften Bestimmung wurde auch an anderen Stellen beobachtet.

Wie auch im Kategoriensystem der ÄrztInnen wurde ein „muskulöser Körperbau“ von Patientenseite für die Ursache des Übergewichts in Betracht gezogen, womit eine bewusste Absicht und gleichzeitig fehlendes Interesse an einer Gewichtsveränderung deutlich gemacht wurde.

Die Ausschlussfaktoren für die Genese des Übergewichts zeigten zwar keine große Variationsbreite, allerdings wurden dieselben Aspekte wiederholt verwendet. So schlossen einige PatientInnen mit besonderem Nachdruck eine „zu große Nahrungsmenge“ als Ursache für ihr Übergewicht aus. Häufig fand sich eine solche Aussage von PatientInnen, wenn ÄrztInnen das Thema Übergewicht gerade erst eröffnet hatten. Die Situation hatte daher oft den Charakter einer Verteidigung auf eine Schuldanklage durch die Ärztin bzw. den Arzt. Dieses Gefühl der Anklage durch eine/n ärztliche/n Gesprächspartner/in wurde bereits durch Ruelaz beschrieben [83]. Unklar bleibt, was diesen Gesprächen vorausgegangen ist, sowie der Adressat dieser zurückgewiesenen Schuldanklage, die Ärztin/ der Arzt oder die eigene Person (im Sinne einer Verleugnung oder als Akt des Selbstschutzes). Die einfache Erklärung, dass übergewichtige Personen überdurchschnittlich viel essen, ließ sich in Studien

bisher nicht direkt bestätigen, nachgewiesen werden konnte lediglich ein überdurchschnittlicher Fettkonsum [38;104].

Hinter den von PatientInnen genannten verhaltensabhängigen Faktoren waren jedoch auch damit zusammenhängende, nicht-verhaltensabhängige Aspekte zu erkennen. So wurde der Bewegungsmangel häufig mit einer gesundheitlichen Problematik verknüpft, die einer Steigerung der physikalischen Aktivität im Wege steht und somit das Handlungsfeld der ÄrztInnen wiederum einschränkt. Ruelaz konnte einen hohen Prozentsatz sowohl von ÄrztInnen als auch von übergewichtigen PatientInnen ausmachen, die solche krankheitsbedingten Aspekte als wesentliche Barriere für eine Gewichtsabnahme ansehen [83]. In ähnlicher Weise schränkt auch die von PatientInnen vorgenommene Verknüpfung der Nahrungsmenge mit dem Reiz der Verlockung (im Sinne eines reizgesteuerten Organismus) oder der Freude am Essen (im Sinne eines Rechts auf Lebensqualität) die Behandlungsoptionen ein. Ebenso weist die Formulierung: „Es liegt an meinem inneren Schweinehund“ in die Richtung von Fremdbestimmtheit und einer Distanzierung von der eigenen Verantwortung. Unter der Verknüpfung von vordergründig durch Verhalten modifizierbaren, hintergründig aber womöglich nicht beeinflussbaren Faktoren lässt sich wiederum eine selbstschützende Handlung vermuten, in dem Sinne „Ich würde ja gerne, aber ich kann nicht“.

Insgesamt zeigte sich, dass die Exploration der patientenseitigen Erklärungskonzepte zur Genese des Übergewichts ÄrztInnen eine breite Basis für Behandlungsansätze bieten kann, auf die sie sehr individuell eingehen können. Eine besondere Motivation zur Annahme von ärztlichen Ratschlägen ist von denjenigen PatientInnen zu vermuten, die verhaltensabhängige Ursachen von sich aus ansprechen. Die häufig von PatientInnen vorgenommene Verknüpfung von verhaltensabhängigen und nicht-verhaltensabhängigen Faktoren miteinander unterstreicht die Bedeutung einer wirklich intensiven Diskussion von Ursachen, so dass solche hintergründig zu findenden Probleme von vorneherein bei der Ausarbeitung des Therapieplans berücksichtigt werden können.

5.2.2. Bewertung des Risikos Übergewicht

a) Risiko aus der Sicht der ÄrztInnen

Darstellung des Gesundheitszustands

Aussagen über den Gesundheitszustand erfolgten auf drei verschiedene Arten: über die Darstellung von Befunden (i.d.R. Laborbefunde), über die Erstellung von kardiovaskulären Risikoprofilen oder über zusammenfassende Ausdrücke wie „gesund sein“.

Den Erwartungen entsprechend wurden in jedem Check up – Gespräch viele unterschiedliche Befunde übermittelt (siehe 4.3.1.), wobei ÄrztInnen unterschiedlich umfassende Anamnesen und Befunddarstellungen vornahmen. Zu den selten thematisierten Risiken zählten z.B. ein unvollständiger Impfschutz oder das Passivrauchen. Häufig wurden die zahlreichen Befunde, vor allem die umfangreichen Laboruntersuchungen, nacheinander eher zusammenhangslos und ohne weitere Erklärungen aufgeführt, so dass es oft fraglich erschien, wie viel Nutzen PatientInnen aus einer solchen Darstellung ziehen. Besonderes Interesse konnte – auch auf Seiten von PatientInnen – für die Cholesterinwerte gesehen werden, die sehr oft bis auf die Untergruppen mit Ist- und Referenzwerten von den ÄrztInnen dargestellt wurden. Offenbar sind diese Laborwerte sowohl für ÄrztInnen als auch für PatientInnen ein wichtiges Kriterium für die Bewertung des Gesundheitszustandes. Aus früheren Untersuchungen ist bekannt, dass HausärztInnen es als wichtig ansehen, dass PatientInnen die Zielwerte ihres Cholesterins kennen [105].

Nach eigenen Angaben wenden HausärztInnen zur Bewertung des individuellen Risikos am häufigsten eine Bestimmung der Cholesterinwerte an (78%), gefolgt von der Bestimmung des Bluthochdrucks (63%) und der Glukosewerte (63%), weitaus seltener allerdings das Körpergewicht [105]. Diese Tatsache könnte womöglich die positive Beurteilung des Gesundheitszustandes (u.a. als „gesund“) stark adipöser PatientInnen bei normalen Laborwerten erklären. Möglicherweise gehen ÄrztInnen aber auch davon aus, dass eine Miteinbeziehung des mit Übergewicht assoziierten Risikos in eine Aussage über den Gesundheitszustand nicht in der Erwartung der PatientInnen liegt.

Die Erstellung eines Risikoprofils, in der Leitlinie des GBA als Anforderung an den Check up vorgegeben, fand nur in 17 von 52 Gesprächen statt [13]. Die Hälfte der ÄrztInnen machte niemals von einer solchen Darstellung der Gesamtschau von Risiken Gebrauch. Wenn eine zusammenfassende Darstellung erfolgte, so wurde sie in der Regel nicht verbal übersetzt über eine Aussage wie: „...damit haben Sie ein geringes Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu erleiden“ o.ä. Des Weiteren bediente sich keiner der ÄrztInnen in den Gesprächen einer Darstellung z.B. durch einen Risiko-

Score, nur in einem Gespräch wurde ein Patient auf eine Internetseite mit der Möglichkeit der Veranschaulichung durch den PROCAM-Score verwiesen. Vorangegangene Untersuchungen zeigten, dass HausärztInnen ca. bei 50% ihrer PatientInnen gelegentlich bis regelmäßig das individuelle Risiko mit Hilfe eines Risikorechners berechnen [105]. Eine andere Untersuchung konnte nachweisen, dass HausärztInnen bei der Risikobeurteilung ihrer PatientInnen besonders stark auf ihre bisherige Erfahrung und Eindrücke in Zusammenhang mit der Betreuung ihrer jeweiligen PatientInnen zurückgreifen und weniger standardisierte Methoden zur Risikoeinschätzung heranziehen [106]. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass das Risikoprofil nicht zusammen mit den PatientInnen erörtert wird. Besonders überraschend ist, dass das Übergewicht nicht immer in diese Gesamtschau aufgenommen wurde. Insgesamt ergab sich der Eindruck, dass der Gesundheitszustand viel mehr an Laborwerten als an der körperlichen oder seelischen Verfassung festgemacht wurde.

Die selten vorgenommene Erörterung eines Risikoprofils lässt darauf schließen, dass ÄrztInnen es nicht als effektiv ansehen, eine Verhaltensänderung durch Einsicht über ein Bewusstsein der Risiken – oder aber auch durch Angsterzeugung durch Konfrontation mit den Gefahren – zu erzielen. Untersuchungen zu der Frage, inwieweit ein Bewusstsein über die eigenen Risiken eine Verhaltensänderung motivieren kann, sind widersprüchlich. So zeigte eine Studie mit herzkranken PatientInnen, dass der langfristige Erfolg der Sekundärprävention fest mit dem Bewusstsein für das eigene Risiko verbunden war [107]. In einer anderen Studie konnte hingegen nicht gezeigt werden, dass ein Bewusstsein über das Risiko von Übergewicht ausreicht, eine Verhaltensänderung bewirken zu können [108].

Charakterisierung des Risikos Übergewicht

In den Beratungsgesprächen wurde das Übergewicht von den ÄrztInnen einerseits als wesentliches Gesundheitsrisiko, andererseits als „nichts Gefährliches“ bezeichnet. Die Tendenz zu einer Verharmlosung bzw. Unterschätzung des mit Übergewicht verbundenen Risikos durch ÄrztInnen folgerten Hauner et al. bereits aus den Auswertungen von Krankenkassendaten, in denen die Diagnosen Übergewicht und Adipositas überraschend selten auf den Abrechnungsunterlagen zu finden waren [109]. In den Beratungsgesprächen differenzierten einige ÄrztInnen hinsichtlich des Gefahrenpotentials zwischen stammbezogener und peripherer Fettverteilung. Der

Krankheitsbegriff tauchte als Suchtkrankheit auf, während von einem anderen Arzt der Begriff der Krankheit wiederum explizit abgelehnt wurde. Eine „Zwischenposition“ konnte in der Charakterisierung des Übergewichts als Risikofaktor gesehen werden, wonach Übergewicht als ein momentan ungefährlicher Zustand mit potentiell lebensbedrohlichen Konsequenzen beschrieben wurde. Als Risikofaktor für eine kardiovaskuläre Krankheit wurde das Übergewicht insgesamt in nur 14 Gesprächen aufgeführt, wobei es bei einem BMI ab 30 kg/m² nicht öfter als Risikofaktor eingestuft wurde als bei einem niedrigeren BMI. Ein Arzt machte das Risiko durch die Behandlungsbedürftigkeit deutlich, die er ab dem BMI = 30 kg/m² gegeben sah.

Die Bewertung von Übergewicht als Risiko konnte auch an den Konsequenzen festgemacht werden, die von ÄrztInnen thematisiert wurden (kardiovaskuläre, stoffwechselbedingte, orthopädische und psychische Folgen). Soziale Folgen und psychische Konsequenzen, darunter Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzsuche, Ängste oder Depressionen, die Untersuchungen zufolge von HausärztInnen als Folgen des Übergewichts angesehen werden, wurden in den Beratungsgesprächen nur selten und abstrakt erwähnt [95].

Kardiovaskuläre Folgekrankheiten (Hypertonie, zerebraler Insult, Myokardinfarkt) wurden selbstbewusst in medizinischer Fachsprache vorgebracht. Es war zu merken, dass ÄrztInnen sich hier kompetent in ihrer Arztrolle fühlten. Orthopädische Folgen dahingegen wurden häufig sehr anschaulich und detailliert dargestellt, z.B. als Folgen „die im täglichen Leben stören“. Offenbar haben ÄrztInnen den Eindruck, dass solche Konsequenzen für PatientInnen besser greifbar sind und eine größere Motivation zur Verhaltensänderung darstellen.

Weiterhin wurden Veränderungen von Laborwerten als Folgen des Übergewichts angeführt (Blutfettwerte, Blutzucker, Leberwerte). Diese ärztliche Handlung könnte mit Studienergebnissen vereinbar sein, nach denen die überwiegende Anzahl befragter ÄrztInnen (92%) der Meinung ist, dass PatientInnen erhöhte Cholesterinwerte mit kardiovaskulären Erkrankungen verbinden [105] und demnach PatientInnen das individuelle Risiko durch den Verweis auf Cholesterin – u.a. Laborwerte verdeutlicht werden soll.

b) Bewertung des Risikos Übergewicht durch PatientInnen

Gefühlsassoziationen

Bei der Analyse wurde deutlich, dass ein Teil der PatientInnen negative, ein anderer positive Gefühle mit dem Übergewicht assoziiert. Die negativen Gefühle waren besonders ausgeprägt, so nannten PatientInnen z.B. Ärger und Erschrecken vor dem eigenen Körperbild bis hin zur Ablehnung der ganzen Person. Die Beschreibung negativer Gefühle als wesentliche Konsequenz des Übergewichts wird durch die Ergebnisse von Ogden bestätigt, nach denen PatientInnen v.a. Unattraktivität und Unwohlsein als wesentliche Konsequenz des Übergewichts ansehen [93;95]. Überraschend ist es daher nicht, dass PatientInnen weiterhin eingebüßtes Selbstbewusstsein als psychische Folge des Übergewichts nannten. In der Literatur wird vor allem niedriges Selbstwertgefühl als Folge des Übergewichts bestätigt [24;25]. Anzunehmen ist auch, dass sich in solchen Äußerungen verinnerlichte gesellschaftliche Schönheitsideale und Erfahrungen von Diskriminierung und Sanktionen widerspiegeln, vgl. [38;110].

Andere Folgen wie Isolation, Depression oder Angststörungen, die in der Literatur beschrieben sind, wurden nicht direkt von PatientInnen geäußert [24;25;95].

Positive Gefühle (Zufriedenheit, Wohlbefinden), die PatientInnen mit ihrem Übergewicht in Verbindung brachten, können als Akzeptanz oder auch als Resignation oder Verdrängung der eigenen Situation verstanden werden und weisen auf eine geringe Motivation für eine Gewichtsabnahme hin.

Wahrnehmung des Übergewichts als Risiko

Bei der Betrachtung der assoziierten gesundheitlichen Folgen fällt auf, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen von PatientInnen nicht genannt werden. Andererseits muss hier angemerkt werden, dass PatientInnen wenig Aussagen zu den Konsequenzen ihres Übergewichts machten. Trotzdem kann festgestellt werden, dass im Vergleich zu den assoziierten Gefühlen – aus internistischer Sicht – hier eher „harmlose“ Folgen genannt wurden, wie Gelenkbeschwerden und eingeschränkte Fitness. Zu den medizinisch gesehen bedrohlichsten genannten Folgen sind hohe Cholesterinwerte zu rechnen. Cholesterinwerte zählen zwar nicht in den Bereich von Folgen, die PatientInnen zunächst selber spüren können, möglicherweise haben sie aber durch öffentliche

Diskussionen und z.B. durch Werbung von cholesterinfreien Nahrungsmitteln für PatientInnen eine hohe Bedeutung erlangt. Jedoch konnten Studien zeigen, dass das Bewusstsein und Wissen über Cholesterin als kardiovaskulären Risikofaktor in der europäischen Bevölkerung gering ist [111].

Nicht alle PatientInnen bezogen das Übergewicht bei der Bewertung ihres eigenen Gesundheitszustandes mit ein. Dadurch lässt sich erklären, dass sich auch sehr stark übergewichtige PatientInnen als gesund bezeichneten – ähnlich wie auch einige der ÄrztInnen adipösen PatientInnen einen positiven Gesundheitszustand bezeichneten. Die Aussage einer Patientin, in der sie ihr eigenes Übergewicht erst dann als kritisch ansah, wenn sie sich in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt fühlte, zeigt, dass das Übergewicht für sie erst durch manifeste, wahrnehmbare Konsequenzen den Wert eines Gesundheitsrisikos erhält. Verdrängungsmechanismen und Wissensdefizite wurden offenbar, als PatientInnen nach Aufklärung über mögliche Folgen äußerten, sich bislang nicht über die Bedrohlichkeit des Übergewichts bewusst gewesen zu sein. Das könnte auch die fehlende Thematisierung kardiovaskulärer Folgen erklären (s.o.).

Ein bislang fehlendes Bewusstsein für das Risiko bzw. die Folgen kann sich auch aus einer Unterschätzung des eigenen Gewichts und damit des Risikos erklären. So konnte in einer australischen Studie festgestellt werden, dass PatientInnen trotz guten Wissens über die Folgen der Adipositas ihr eigenes Risiko zu niedrig einschätzten, was auf eine falsche Einschätzung des eigenen Körpergewichts zurückgeführt wurde [112]. Die Tendenz zu einer Unterschätzung des eigenen Körpergewichts konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden [112;113]. Unterschiedliche Ergebnisse konnten allerdings gezeigt werden, inwiefern ein höherer BMI mit einer größeren Risikowahrnehmung assoziiert war [112;113]. In anderen Studien, in denen weiterhin nachgewiesen werden konnte, dass PatientInnen ihr kardiovaskuläres Risiko unterschätzten, konnte Übergewicht jedoch als ein Faktor ausgemacht werden, der zu einer hohen Risikowahrnehmung führt [114].

Das sich hier abzeichnende Bild einer Verharmlosung der Folgen von Übergewicht (das keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt) widerspricht den Ergebnissen quantitativer vorhergehender Untersuchungen, nach denen PatientInnen internistischen Folgen von Übergewicht wie Hypertonie und Diabetes mellitus eine höhere Bedeutung zuschrieben als orthopädischen [95]. Andererseits zeichnete sich hier ein ähnliches Bild ab wie das von Befort et al. beschriebene, wonach ÄrztInnen dem Übergewicht negativere Auswirkungen zuschreiben als PatientInnen [85]. Übergewicht scheint für

einige PatientInnen erst dann zur Krankheit zu werden, wenn Folgen beobachtet werden können, wobei in dieser Untersuchung unmittelbar spürbare Folgen (eingeschränkte Fitness und Selbstbewusstsein) im Vordergrund standen.

Handlungsreaktionen in der Auseinandersetzung mit dem Übergewicht

Aktive Auseinandersetzungen von PatientInnen mit ihrem Übergewicht konnten anhand der Versuche von Ernährungsumstellungen ausgemacht werden. Es wurde offenbar, dass einige PatientInnen bereits zahlreiche verschiedene Methoden ausprobiert haben. Diese Ergebnisse bestätigen frühere Literatur, nach der PatientInnen zahlreiche Versuche der Gewichtsabnahme pro Jahr vornehmen [85]. Auch andere Studienergebnisse konnten aufzeigen, dass 60 % übergewichtiger Männer und Frauen ständig versuchen, Gewicht abzunehmen [74;115].

Ein passiver Umgang hingegen drückte sich als emotionale Auseinandersetzung in Form von Scham und Verleugnung des Übergewichts aus, z.B. durch Ironisieren oder eindringlicher Ablehnung von Schuldzuweisungen und damit der eigenen Verantwortung.

5.2.3. Umgang mit Übergewicht

a) von ÄrztInnen thematisierte Empfehlungen

Indikation zur Gewichtsabnahme

Nicht alle ÄrztInnen äußerten in ihren Gesprächen die allgemeine Aufforderung zu einer Gewichtsabnahme oder konkretere Empfehlungen dazu. Dies betraf auch einen Teil der PatientInnen, die mit einem BMI ≥ 30 kg/m² nach den Empfehlungen der DAG (siehe 1.2.4.) eine klare Behandlungsindikation aufwiesen (acht von 35). Auch wenn in diesem Design quantitative Ergebnisse keinerlei Anspruch auf Repräsentativität erheben, so konnte sich hier doch das Ergebnis anderer Studien bestätigen, nach denen gar nicht alle PatientInnen einer behandlungsbedürftigen Adipositas die Aufforderung zu einer Gewichtsabnahme erhalten [74;116].

Das Spektrum der Aufforderung zur Gewichtsabnahme reichte dabei von konkreten Zielvorgaben für eine Gewichtsabnahme über den Rat, das Gewicht zu halten bis hin zu der Empfehlung, kein Gewicht abzunehmen. Letzterer Rat erfolgte z.B. bei einer Patientin mit Adipositas II^o, die sich zuvor gar nicht abwehrend geäußert hatte. Natürlich

ist nicht auszuschließen, dass dieser Konsultation bereits andere Gespräche über die Einstellung zu einer Gewichtsabnahme vorausgegangen waren. Dennoch lassen andere Untersuchungen, die zeigten, dass HausärztInnen die Motivation ihrer PatientInnen zu einer Gewichtsabnahme teilweise stark unterschätzen, die Vermutung zu, dass in diesem Fall die Motivation der Patientin nicht unbedingt der Erwartung des Arztes entsprach [85]. Die fehlende Indikation zu einer Gewichtsabnahme machte ein Arzt an dem gesunden Erscheinungsbild und Wohlbefinden einer Patientin fest.

Motivation

Besonders nach dem in 1.2.4. dargelegten Konzept des „Transtheoretischen Modells“ (TTM), aber auch nach den Empfehlungen der DAG und des BDA ist die Sicherstellung der Motivation bzw. Änderungsbereitschaft als zentraler und unabdingbarer Schritt in der Erzielung einer Verhaltensänderung anzusehen [25;29;54;55;117]. Ohne Kenntnis der Einstellung der PatientInnen zu einer Gewichtsabnahme ist ein weiteres Vorgehen gar nicht erst angeraten [29;56]. Der Stellenwert der Motivation wurde zwar immer wieder durch Äußerungen zur Bedeutung des eigenen Willens, der Eigeninitiative und Verantwortung für eine effektive Gewichtsabnahme von Seiten der ÄrztInnen betont, andererseits wurden die PatientInnen selten offen und direkt nach ihrer Motivation befragt. Es ergibt sich die Frage, ob ÄrztInnen die offene Konfrontation mit dieser Frage bewusst aus Angst vor einer Abweisung und in Unsicherheit und Hilflosigkeit vermieden, die viele ÄrztInnen bei dem Gespräch mit übergewichtigen Patientinnen angeben [73;80].

Ziele

Konkrete Zielvorgaben einer Gewichtsabnahme wurden selten gemacht, das Festlegen von Zielen ist allerdings in der modernen Adipositasstherapie ein wichtiger Faktor [117]. Die in dieser Studienpopulation geäußerten Empfehlungen überstiegen in keinem Gespräch die Grenze von mehr als zehn Prozent des momentanen Gewichts und entsprachen damit den Empfehlungen der DAG [25]. Veranschaulicht wurde diese Strategie kleiner, umsetzbarer Ziele durch die Äußerungen von ÄrztInnen, die die Bedeutung realistischer Ziele bei einer langfristigen geringen Gewichtsabnahme beschrieben.

Spektrum der Behandlungsempfehlungen

Die ärztlichen Empfehlungen wiesen starke Unterschiede im Hinblick auf die Behandlung der Bereiche Ernährung, Bewegung, Überweisung zu anderen Berufsgruppen, Hinweisen zur (sonstigen) Medikation und verhaltenstherapeutischen

Ansätzen auf. In Bezug auf quantitative Untersuchungen konnten auch hier – mit Ausnahme von Antiadiposita – viele Bereiche weitaus differenzierter dargestellt werden [83;95].

Chirurgische Optionen wurden in keinem der Gespräche diskutiert. Allerdings waren in der Studienpopulation auch nur drei PatientInnen vorhanden, bei denen mit einem BMI $\geq 40\text{kg/m}^2$ nach den Empfehlungen der DAG eine chirurgische Behandlung in Betracht gezogen werden könnte.

Der fast gänzliche Ausschluss der Thematisierung von psychologischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen gegenüber einer i.d.R. intensiven Erörterung des Speiseplans lässt darauf schließen, dass ÄrztInnen sich entweder im Bereich der Ernährungsberatung besonders sicher fühlen, oder die Ernährung als zentralen Schlüssel in der Behandlung der Adipositas sehen.

Ernährung

Die Bedeutung der Ernährung für die Behandlung der Adipositas wurde von ÄrztInnen offen geäußert. Obwohl Empfehlungen zur Ernährung zu den am häufigsten gegebenen Ratschlägen zählten, erhielt ca. ein Drittel der PatientInnen mit einem BMI $> 30\text{kg/m}^2$ keinerlei Rat zu einer Ernährungsumstellung.

Die Ernährungsumstellung wurde anhand von unterschiedlichen Methoden erörtert: Im Wesentlichen konnten der Rat zur einer Restriktion der Nahrungsmenge, die Umstellung hin zu einer niedrigkalorischen Diät (bei gleichbleibender Menge) und verhaltenstherapeutische Aspekte in Bezug auf das Essenverhalten unterschieden werden. Alle diese Methoden finden sich in den verschiedenen Leitlinien wieder, in der Literatur lässt sich jedoch eine Präferenz zu einer Fett-normalisierten und Kohlenhydrat-liberalen Diät finden [117].

Differenzierte Empfehlungen zur Verringerung der Essensmenge (Essen wegwerfen, Essen aufheben, Essen in Küche portionieren, weniger kochen, verzichten, ein Drittel der Menge streichen, Nahrungsmenge analysieren, zwei Gläser Wasser trinken zur Sättigung) und das häufige Thematisieren dieser Aspekte lassen darauf schließen, dass eine zu große Essensmenge von einem Großteil der ÄrztInnen als das Hauptproblem übergewichtiger PatientInnen angesehen wird. Nicht alle ÄrztInnen sahen die strikte Restriktion der Nahrungsmenge als eine zielführend Maßnahme infolge von Problemen bei der Umsetzung dieser Strategie sowie der Gefahr von Rückfällen an. In diesem Zusammenhang fand sich immer wieder eine Diskussion um die Disziplin, die sich meist in einem Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel ausdrückte. ÄrztInnen schienen sich

hier in einem Zwiespalt zu sehen zwischen der (erwartungsgemäßen) Forderung nach Disziplin und der (ethischen) Forderung nach Mitgefühl und Zugeständnissen. So sprachen einige ÄrztInnen ihren PatientInnen das Recht auf Genuss zu, während andere es unter dem Blick gesundheitlicher Risiken einschränkten. Gerade unter dem Aspekt einer flexibel ausgerichteten Verhaltenstherapie (siehe 1.2.4.) sind Strategien zu bevorzugen, die Ausnahmen zubilligen und somit einen Rückfall weniger wahrscheinlich machen [54;117].

Im Hinblick auf Empfehlungen zur Ernährungsweise zeigte sich bei den ÄrztInnen ein homogenes Bild von empfohlenen Nahrungsmitteln, das sich durch einen geringen Fleischkonsum, einen hohen Gemüseverzehr, einen geringen Fett- und Süßigkeitenkonsum und das Vermeiden von Soßen und Beilagen auszeichnete, wobei einige ÄrztInnen einen Schwerpunkt auf das Vermeiden von Süßigkeiten oder Fett legten. Dieses Bild entspricht den Ergebnissen einer quantitativen Untersuchung, die sich allerdings auf die von PatientInnen berichteten ärztlichen Ernährungsratschläge bezieht [75]. Interessanterweise empfahlen ÄrztInnen einzelne Nahrungsmittel, wie italienische (dünngeschnittene) Wurst oder Becel-Margarine.

Eine unterschiedliche Bedeutung für die Gewichtsabnahme schrieben ÄrztInnen dem Abendessen zu. Während einige ÄrztInnen der Tageszeit des Essens eine untergeordnete Bedeutung zuschrieben, bezeichneten andere den Verzicht am Abend als einen notwendigen Anteil. In den Leitlinien der DAG oder BDA finden sich hierzu keine Empfehlungen.

ÄrztInnen empfahlen darüber hinaus einzelne Ernährungsprogramme, darunter Brigittediät, Weight Watchers und das Optifast-Programm, die zu den erprobten Konzepten zählen und von verschiedenen Quellen als sinnvoll betrachtet werden. [25;29]. Ganz selten erhielten PatientInnen unterstützende Materialien (Kalorientabelle) ausgehändigt.

Bewegung

Empfehlungen zur Bewegung wurden häufig allgemein gehalten. Offenbar schätzten ÄrztInnen den Wissensstand ihrer PatientInnen in diesem Themenbereich als bereits ausreichend ein. Die Art und Weise, wie die meisten ÄrztInnen dieses Thema behandelten, ließ den Schluss zu, dass ÄrztInnen es mehr als Freizeitbeschäftigung denn als Strategie zur Gewichtsabnahme ansahen. Nur eine Ärztin forderte ihre PatientInnen zu intensivem Sport auf und nannte die Vorgabe, zwei- bis dreimal pro Woche 45 Minuten Sport zu treiben. Nach verschiedenen Untersuchungen ist ein

solcher Umgang allerdings nur als gewichtsstabilisierend, nicht aber als Instrument der Gewichtsabnahme zu betrachten, wofür eine Mindestbetätigung von fünf Stunden zusätzlich (zur normalen täglichen Betätigung) gefordert wird [118-120]. Einige der ÄrztInnen versuchten, eine geeignete Sportart für Ihre PatientInnen zu finden. Es schien, als sei dieses Thema leichter zu behandeln als Ernährungsberatung oder Essensentzug, da sich hiermit viele positive Aspekte verbinden ließen, wie Spaß, Unterstützung durch eine Gruppe oder Zeitvertreib mit der Partnerin/dem Partner. Ein wichtiger Aspekt war die ärztliche Forderung nach Integration von Sport in den Alltag.

Verhaltenstherapeutische Ansätze

Generell fanden sich wenige individuell ausgerichtete Ratschläge und verhaltenstherapeutische Aspekte, wie etwa die Identifizierung eines Ernährungsproblems anhand eines Ernährungstagebuchs oder die Bereitstellung gesunder Alternativen bei Heißhunger (geschältes Gemüse im Kühlschrank). Selbstbeobachtung wird gerade innerhalb des TTM als wichtiger Prozess zur Bildung einer Veränderungsbereitschaft angesehen und von der DAG und BDA als hilfreich betrachtet [25;29;54]. Eine Ärztin weitete die Anwendung eines Tagebuchs auf das Erfassen von Gefühlszuständen aus und wies PatientInnen auf das Finden von Handlungsalternativen zu unkontrolliertem Essen bei Stresssituationen hin. Eventuell kann auch die Aufforderung nach Einholen zusätzlichen Wissens bzw. der Verdeutlichung des eigenen Risikozustands anhand des PROCAM-Scores im Internet als ein solcher Prozess der Selbstreflexion betrachtet werden. Sonst scheint fragwürdig, weshalb die Ärztin den PROCAM-Score nicht selber veranschaulicht hat.

Andere angesprochene Strategien bezogen sich auf eine Verstärkung des gewünschten Verhaltens durch Belohnungsmethoden. Der Vorschlag zu einer Psychotherapie wurde nur von einer Ärztin und auf vorsichtige Weise geäußert. Der Grund hierfür könnte die Sorge vor der Reaktion der PatientInnen sein. Diese Ärztin hatte zuvor das Übergewicht als Suchtkrankheit eingestuft, was sich mit der Kongruenztheorie von Ogden erklären lässt, wonach ÄrztInnen Lösungen auf der gleichen Ebene des Problems als effizient ansehen [78].

Einige ÄrztInnen sprachen die Bedeutung der Unterstützung durch das soziale Umfeld, Partner/in und Familie gerade bei der angestrebten Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens an. Die Bedeutung der Integration des Umfeldes wird durch Studienergebnisse unterstützt, die ein besseres Outcome in Hinblick auf die

Compliance feststellen konnten [121]. In vielen anderen Quellen wird darüber hinaus die Integration des Umfeldes empfohlen [25;29;54].

Antiadiposita

Die ausbleibende Thematisierung von Antiadiposita könnte durch eine in anderen Studien gezeigte Skepsis von HausärztInnen gegenüber der Verwendung solcher Produkte erklärt werden [73;77].

Nachsorge

Eher selten wurde ein eigens auf das Gewicht abgestimmter Nachsorgetermin festgelegt. Wenn ein Nachsorgetermin vereinbart wurde, so meist unter dem Ziel der Blutzucker – oder Blutdruckkontrolle mit einem zusätzlichen „Gewichtcheck“. Gerade aber die Nachsorge und Aufrechterhaltung des Gewichts und Rückfallprophylaxe ist als essentiell und besonders schwierige Phase anzusehen [25;29;54;117]. Pudiel, der die Adipositas als chronische Krankheit bezeichnet, nennt als wichtigste Bedingung für eine langfristige Stabilisierung den regelmäßigen Kontakt zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin und gibt ein zweiwöchiges Intervall vor [117]. Leider wurde in keinem Gespräch ein solch häufiger Kontakt vereinbart.

Auch wenn sich insgesamt sehr viele nützliche Aspekte zur Durchführung einer Gewichtsreduktion zeigten, so konnten deutliche Unterschiede in der Qualität der gegebenen Empfehlungen festgestellt werden. Es lässt sich anmerken, dass einige der aufgezeigten Praktiken leicht verändert werden könnten, z.B. die genauere Befragung nach Motivation und das Festlegen konkreter Ziele für eine Gewichtsabnahme.

b) Von PatientInnen thematisierte Empfehlungen

Für die Auswertung wurde zwischen den Reaktionen von PatientInnen auf ärztliche Empfehlungen und den spontan von PatientInnen geäußerten Vorschlägen unterschieden (siehe 4.4.2.).

Reaktionen auf ärztliche Vorschläge

Natürlich waren für die Annahme oder Ablehnung von ärztlichen Vorschlägen individuelle Vorlieben und Einstellungen von Bedeutung, so dass z.B. einige PatientInnen den Rat einer Gewichtsabnahme von zehn Kilogramm als hilfreich, andere aber als unrealistisch auffassten. Es zeigte sich aber die Tendenz, dass PatientInnen eher solche Ratschläge als positiv aufnahmen, die mit konkreten und individuell ausgerichteten Ratschlägen zu Ernährung und körperlicher Betätigung sowie Zielvorgaben verbunden waren. Weiterhin wurden Empfehlungen angenommen, die mit

einem positiven Aspekt bzw. Spaß verbunden waren, wie z.B. dem Rat, einer Lieblingssportart nachzugehen.

Als Gründe für eine Ablehnung von Ratschlägen gaben PatientInnen immer wieder an, diese Optionen bereits erfolglos ausprobiert zu haben und sich daher keinen neuen Gewinn mehr zu erhoffen. Insbesondere Vorschläge, die auf eine Veränderung des Alltages zielten, fanden keine Zustimmung (z.B. das Weglassen des Abendessens) oder als zu starke Einschränkung der Lebensqualität empfundene Empfehlungen (Einschränkung des Speiseplans). Probleme bei der Umsetzung waren häufig genannte Gründe für eine Ablehnung der ärztlichen Vorschläge, darunter zu lange Wegstrecken, Zeitmangel oder fehlende logistische Möglichkeiten, aber auch unüberwindliche Schwierigkeiten, z.B. gesundheitliche Probleme.

Von den PatientInnen abgelehnt wurden weiterhin solche Vorschläge, die auf Ursachen gestützt wurden, die nicht von ÄrztInnen und PatientInnen geteilt wurden. So lehnten PatientInnen z.B. eine Ernährungsumstellung ab, wenn sie ihre Ernährung als gut betrachteten. Hier wird die Bedeutung der Kenntnisse von Ursachenzuschreibungen der PatientInnen deutlich.

Von PatientInnen spontan geäußerte Vorschläge

Die Vorschläge, die PatientInnen äußerten, ohne dass diese zuvor von einem Arzt/ einer Ärztin ins Gespräch eingebracht worden waren, stellten sich als sehr umfangreich, differenziert und konkret dar. Noch expliziter als bei der Darstellung der Ursachen zeigt sich hier die Breite der Handlungsmöglichkeiten aus PatientInnensicht. Unter diesen auf PatientInnen-Initiative beruhenden Vorschlägen fanden sich v.a. individuell ausgerichtete Ziele und Lösungsansätze, sowie Vorschläge, die auf die Einbeziehung des Umfeldes ausgerichtet sind und damit einige wesentliche Aspekte der modernen Adipositas therapie.

Ähnlich wie die ÄrztInnen zogen auch PatientInnen chirurgische oder medikamentöse Optionen nicht in Betracht.

Die Ziele zur Gewichtsabnahme, die sich PatientInnen selber setzten, lagen mit fünf bis zehn Kilogramm innerhalb des nach der DAG liegenden Bereiches [25]. Einige PatientInnen hatten sich aber auch nur das Ziel gesetzt, eine weitere Zunahme des Gewichts zu verhindern.

Besonders differenziert waren die Vorschläge der PatientInnen zur Ernährung. Ähnlich wie die ÄrztInnen zogen PatientInnen die zwei Alternativen in Betracht, entweder die

absolute Nahrungsmenge oder aber die Kalorienzahl bei gleichbleibendem Volumen zu reduzieren. PatientInnen gelang es dabei, auch großen Herausforderungen, z.B. der Reduktion der Nahrungsmenge, positive Aspekte abzugewinnen. So schlug ein Patient selbst das Verringern des eigenen Konsums durch das Einladen von Gästen zum Essen vor.

Es wurde jedoch auch deutlich, dass viele PatientInnen der Überzeugung sind, nur durch wirkliches, langfristiges Fasten und Hungern eine effektive Gewichtsreduktion erreichen zu können. Hinter dieser Einstellung scheint sich die Vorstellung zu verbergen, auch eine „normale“ Nahrungsmenge reiche nicht für eine Gewichtsabnahme aus. Zugleich ist in diesen Aussagen Frustration und geringe Motivation zu spüren. Von der Anwendung einer Nulldiät wird jedoch aus medizinischer Sichtweise aufgrund zahlreicher unerwünschter Arzneimittelwirkungen und fehlendem Langzeiterfolg abgeraten [25].

Das Bild einer gesunden, kalorienarmen Ernährung aus PatientInnensicht präsentierte sich durch eine weißmehl-, fleisch- und fettarme Ernährung und ähnelte sehr dem Bild der Ernährung, das ÄrztInnen beschrieben. PatientInnen sprachen vermehrt auch den Prozess der Essenszubereitung an und betonten die Notwendigkeit, diesem Prozess mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden und mehr Zeit und Sorgfalt dafür aufzuwenden.

Die Forderung nach der Einhaltung einer harten Disziplin beim Fasten wurde durch die Auffassung anderer PatientInnen kontrastiert, die betonten, sich selbst Ausnahmen bezüglich der Ernährung zuzugestehen. Ein solches Konzept ist im Sinne der flexiblen Verhaltenskontrolle sehr wichtig [117]. Interessant ist, dass PatientInnen dieses Konzept stärker ausführten als die ÄrztInnen.

Besonders wertvolle Vorschläge unterbreiteten PatientInnen im Bereich der Bewegung (z.B. den Sport in den Alltag zu integrieren) und betonten die Bedeutung einer regelmäßigen Tätigkeit. Anderen Untersuchungen zufolge sehen PatientInnen bei der Integration des Sports in den Alltag ein geringeres Problem als ÄrztInnen vermuten [83]. Die Bedeutung von Sport als Mittel zur Gewichtsabnahme und –kontrolle wird von vielen PatientInnen geteilt [83]. Weiterhin betonten PatientInnen immer wieder die als essentiell anzusehende Bedeutung eines Gruppenzusammenhalts.

Der eigene Hausarzt als Begleiter der Therapie und ein regelmäßiger Kontakt zur Unterstützung der Therapie war für eine Patientin besonders wichtig. In der Literatur finden sich hierzu gegensätzliche Ergebnisse. So gaben die PatientInnen in einer Befragung von Ogden an, die Unterstützung durch den Hausarzt/ die Hausärztin oder

durch andere TherapeutInnen, als bedeutungsvoll und wichtig anzusehen, die von Ruelaz befragten PatientInnen plädierten hingegen dafür, ihre Gewichtsprobleme lieber selbst zu lösen [83;95].

Eher außergewöhnlich schienen die Vorschläge von PatientInnen zur Beseitigung des Hungers/Appetits oder der Forderung nach Änderung des Stoffwechsels, die damit auf externe Hilfe hofften, ohne das eigene Verhalten ändern zu müssen. Diese Vorschläge waren von PatientInnen gegeben worden, die zuvor eine nicht-verhaltensabhängige Ursachenzuschreibung vorgenommen hatten und somit in einer Verhaltensänderung keine effektive Behandlungsmethode sahen.

Diese patientenseitigen Ratschläge sind als besonders wertvoll zu erachten, da sie eine individuelle Perspektive zeigen und davon auszugehen ist, dass sie auf einer weitaus höheren Motivationsbasis aufbauen als die Verhaltensregeln, die auf ärztlichen Anweisungen beruhen. Diese Vorschläge verstärkt zu unterstützen kann ein positiver Schritt für eine vertrauensvolle Arzt – Patienten – Beziehung sein.

Auswirkungen der von PatientInnen genannten Ursachen auf die ärztlichen Empfehlungen

Bei der Gegenüberstellung von Ursachen, die aus PatientInnensicht dargelegt worden sind, mit den Empfehlungen, die von ÄrztInnen ausgesprochen wurden, zeigt sich, dass ÄrztInnen auf viele der durch PatientInnen beschriebenen verhaltensabhängigen Ursachen, z.B. Bewegungsmangel, nicht eingehen, obwohl es auf der Hand läge. Womöglich betrachten ÄrztInnen eine solche Empfehlung als zu trivial.

Wesentliche Unterschiede zeigten sich in der Art der Gesprächsführung von denjenigen ÄrztInnen, die mit ihren PatientInnen regelmäßig über Ursachen sprachen. Es liegt daher nahe, dass ÄrztInnen, die die Bedeutung der Kenntnis von Ursachen für wichtig halten, auch eine differenzierte Einstellung zur Therapie von Übergewicht haben.

Dass ÄrztInnen in der Regel nicht auf nicht-verhaltensabhängige Ursachen eingingen, erscheint nicht überraschend, da sie wenig Angebote machen können. Ihre Hauptaufgabe liegt dann allerdings darin, diese Sichtweise hin zu einer durch verhaltensabhängige Faktoren geprägten Sichtweise zu verändern.

Es fanden sich weiterhin Fälle, in denen das Behandlungskonzept der ÄrztInnen im Widerspruch zu der dargestellten Ursachenzuschreibung der PatientInnen stand. In solchen Fällen stellt sich die Frage, ob ÄrztInnen ihren PatientInnen nicht aufmerksam zugehört haben oder von der eigenen Auffassung so überzeugt sind, dass sie die

Ansicht der PatientInnen als nicht ausschlaggebend ansehen. Ein solcher Fall war z.B. in dem Hinweis zu sehen, weniger zu essen, obwohl PatientInnen dies zuvor als Ursache ausgeschlossen hatten. Naheliegender ist, dass eine zu große Nahrungsmenge eine so triviale Ursache für Übergewicht ist, dass ÄrztInnen diese Empfehlungen routinemäßig bei den meisten PatientInnen ansprechen werden.

Einige ÄrztInnen gaben in allen Gesprächen eine ähnliche Art von Empfehlungen ab, unabhängig davon, ob sie die Ursachen des Übergewichts mit den PatientInnen erörterten. Dies lässt darauf schließen, dass diese ÄrztInnen ein festes Programm an Empfehlungen haben, das sie ihren PatientInnen anbieten. Damit wird aber nicht die Vermutung widerlegt, dass das Thematisieren von Ursachen wichtig für die Adipositasberatung sei. Die Bedeutung einer solchen Diskussion wird hingegen durch die vorherigen Ausführungen bestärkt, nach denen PatientInnen ärztliche Empfehlungen z. T. nicht annahmen, wenn sie eine andere Überzeugung bezüglich der damit verbundenen Ursache hatten (s.o.).

Geschlechtsspezifischer Umgang mit der Thematik

Trotz der geringen StudienteilnehmerInnenzahl ließen sich tendenziell große Unterschiede zwischen den von Ärztinnen und Ärzten geführten Gesprächen ausmachen. Unterschiede zeigten sich vor allem in der Gesprächslänge, der Intensität und Herangehensweise an das Thema Übergewicht.

Demnach waren die Gespräche der Ärztinnen durchschnittlich gesehen fast doppelt so lang wie die der Ärzte. Die Annahme, dass demzufolge bei den Gesprächen der ÄrztInnen eine genauere Erfassung der Situation der PatientInnen und ein individuellerer Therapieplan ermöglicht werden konnte, lässt sich durch die Ergebnisse vorheriger Untersuchungen unterstützen. Dort konnte gezeigt werden, dass eine bereits geringfügig längere Konsultationsdauer einen positiven Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsberatung hat [122].

In Hinblick auf die Intensität, mit der das Thema Übergewicht behandelt wurde, zeigte sich, dass zwei der vier Ärzte dieses Thema in den Gesprächen nur sehr kurz oder gar nicht ansprachen. Häufig wurde das Thema bei Ärzten von den PatientInnen in die Gespräche eingebracht. Natürlich gab es auch Ärztinnen, die das Thema Übergewicht nur am Rande oder gar nicht erwähnten. Insgesamt zeigte sich aber, dass von den Ärztinnen das Thema Übergewicht in den Gesprächen wesentlich intensiver behandelt wurde als von den Ärzten.

Anhand der Eröffnung des Themas bzw. des Ansprechens ließ sich häufig die weitere Gesprächsführung ablesen. Demnach sprachen Ärztinnen das Thema meist direkter an, bei den Ärzten erschien es mitunter, als wollten sie dieses schnell „abhaken“ oder erst gar nicht erwähnen bzw. ließen sich mit Patienten auf einen Scherz ein. Außerdem benutzten Ärzte eher Umschreibungen, vermieden daher die „harte“ Konfrontation mit dem Thema Übergewicht.

Der Vergleich der Ratschläge von Ärztinnen und Ärzten zeigte, dass Ärztinnen wesentlich häufiger Empfehlungen abgaben, sowie konkretere und praktikablere Tipps äußerten. Es erscheint, als hätten die Ärztinnen sich selbst mit dem Thema intensiver auseinandergesetzt und konnten daher differenzierte Meinungen zu bestimmten Diäten abgeben, z.B. zu Trennkost oder Brigittediät. Eine oft persönliche Gesprächsführung, bei der Ärztinnen eher eine kameradschaftliche Rolle einnahmen, erweckte den Eindruck, als ob ein Teil der Ärztinnen aus eigener Erfahrung spräche und diese mit in das Gespräch mit einfließen lasse.

Im Gegensatz zu den Gesprächen der Ärzte wurden psychologische Aspekte und Strategien von Ärztinnen in den Behandlungsplan miteingebracht, darunter verhaltenstherapeutische Ansätze. Ärzte dagegen gaben eher pauschale und sachliche Hinweise und legten selten Ziele für die Behandlung fest. Dieser eher nüchterne Umgang konnte auch anhand der Risikodarstellung gezeigt werden, wonach Ärzte eher offen über Adipositas-assoziierte Risiken sprachen und häufiger ein Risikoprofil erstellten.

Insgesamt erscheint es, als gingen Ärztinnen selbstbewusster, persönlicher und informierter mit dem Thema Übergewicht um. Bereits bei der Rekrutierung der StudienärztInnen fiel auf, dass Ärztinnen ein größeres Interesse für eine Studienteilnahme zeigten. Es stellt sich daher die Frage, ob sich Frauen für das Thema Übergewicht mehr interessieren als Männer und es Ärztinnen daher auch leichter fällt, sich in ihre PatientInnen hineinzusetzen. In weiteren Studien könnte untersucht werden, ob es unterschiedliche Behandlungserfolge für die Behandlung von Übergewicht zwischen ÄrztInnen und Ärzten gibt.

5.3. Resümee und Ausblick

In dieser Arbeit konnten die Sichtweisen von PatientInnen und ÄrztInnen zu den Ursachen, Konsequenzen und dem Umgang mit Übergewicht vertiefend dargestellt werden. Einerseits zeigte sich, dass PatientInnen bereits ein hohes Potential mit in die

Gespräche bringen, das von ÄrztInnen nicht erschöpfend ausgenutzt wird. Andererseits zeigte sich bei PatientInnen auch ein Festhalten an nicht-verhaltensabhängigen Ursachen sowie das Plädieren für nicht anzuratende Therapieoptionen, darunter die Auffassung von Hungern als einzig effiziente Lösung. Allerdings ist anzunehmen, dass der Begriff des Hungers und des Hungerns für jedes Individuum eine unterschiedliche Bedeutung hat. Auch ist zu vermuten, dass übergewichtige PatientInnen diese Begriffe anders gebrauchen als normalgewichtige, da sie z.B. ein unterschiedliches Sättigungsgefühl aufweisen [38]. Der Gebrauch dieser Begriff sollte in einer weiteren Untersuchung erforscht werden.

Bezogen auf die unterschiedlichen Wahrnehmungen zeigte sich immer wieder, dass die Ernährung in allen Bereichen sowohl bei ÄrztInnen als auch bei PatientInnen die entscheidende Position einnahm, woraus ersichtlich wird, dass es doch einen Konsens über die grundsätzliche Bedeutung der Ernährungsgewohnheiten für das Thema Übergewicht gibt.

Es zeigte sich weiterhin eine Verharmlosung von Übergewicht oder Vermeidung einer intensiven Thematisierung durch einen Teil der ÄrztInnen. Hierdurch kann auch erklärt werden, dass nicht alle ÄrztInnen die Adipositas per se als behandlungsbedürftig ansehen (und damit nicht konform mit den gängigen Leitlinien sind), sondern sich eher nach den Laborwerten und anderen Untersuchungsergebnissen richten, um das weitere Prozedere zu entscheiden.

In Bezug auf die Leitlinien der Adipositasbehandlung zeigten sich deutliche Unstimmigkeiten. Aus der Literatur ist u.a. zu entnehmen, dass verhaltenstherapeutische Aspekte im Vordergrund stehen sollten, was aber vor allem in den Gesprächen der männlichen Ärzte nicht gegeben war [117]. Außerdem zeigten sich ein defizitäres Thematisieren von Motivation und Behandlungszielen. Es ist weiterhin anzunehmen, dass PatientInnen sich weder ernstgenommen fühlen noch den Eindruck bekommen, dass Übergewicht ein aus medizinischer Sicht ernst zu nehmendes Thema ist, wenn ÄrztInnen nur sehr oberflächlich darauf eingehen, oder keine oder nur sehr pauschale Empfehlungen dazu abgeben. ÄrztInnen sollten vielleicht besser geschult werden, solche Behandlungsansätze zu integrieren. Als heikel stellten sich auch die Hinweise auf ein schlechtes Gesprächsklima dar, – Situationen, in denen PatientInnen sich häufig rechtfertigten und ein Klima der Anklage offensichtlich wurde.

In dieser Studie wurde weiterhin dargestellt, auf welche Weisen ÄrztInnen Mitteilungen über den Gesundheitszustand überbringen und wie sich PatientInnen zu ihrem

Gesundheitsrisiko Übergewicht äußern. In weiteren Untersuchungen könnte dabei untersucht werden, wie ÄrztInnen und PatientInnen den Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff gebrauchen und definieren.

5.4. Methodenkritik

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Aussagen von ÄrztInnen und PatientInnen, die im Kontext des Beratungsgespräches der Check up – Untersuchung thematisiert wurden. Eine erschöpfende Darstellung der Sichtweisen konnte daher nicht geleistet werden.

Eine Beeinflussung der teilnehmenden Personen durch die Tonbandaufzeichnung ist anzunehmen. Es wurde versucht, diesen Effekt zu verringern, indem von ÄrztInnen, die mehrere Gespräche aufgenommen hatten, nicht die erstaufgezeichneten genutzt wurden. Bei der Transkription konnte weiterhin festgestellt werden, dass einige der ÄrztInnen das Aufnahmegerät ausschalteten, als die Konsultation noch gar nicht zu Ende war, so dass ein Teil des Gesprächs verloren ging. Zwar argumentierten ÄrztInnen damit, dass sie den Teil, der zur Check up – Untersuchung gehörte, vollständig aufgezeichnet hatten. Trotzdem ist anzunehmen, dass der Untersuchung u.U. wichtige Informationen entgangen sind.

Kritisch kann weiterhin der relativ hohe Anteil von LehrärztInnen diskutiert werden, da anzunehmen ist, dass diese ÄrztInnen ihrer Tätigkeit mit einer besonderen Motivation nachgehen und daher ihre ärztlichen Gespräche auch mit überdurchschnittlichem Engagement führen. Auch der fehlende finanzielle Anreiz zur Studienteilnahme kann zu einer Selektion überdurchschnittlich motivierter StudienärztInnen beigetragen haben. Problematisch kann der unterschiedliche Anteil von Gesprächen pro Arzt bzw. Ärztin angesehen werden, der sich wiederum auf eine unterschiedliche Teilnahmebereitschaft und Ergiebigkeit der Gespräche gründete (siehe 3.1.3.).

Schließlich ist zu bedenken, dass der in dieser Studie aufgezeichneten Begegnung der beiden AkteurInnen in den meisten Fällen zahlreiche Konsultationen vorausgingen, deren Inhalt nicht bekannt ist. So kann sich aus früheren Gesprächssituationen heraus eine besonderer Umgang mit bestimmten Gesprächsinhalten herausgebildet haben, der dazu führt, dass bestimmte Sachverhalte in diesem Check up – Gespräch nicht oder in besonderer Weise erwähnt wurden, weil diese zuvor mit den PatientInnen besprochen wurden. Ein solcher Kontext konnte nicht in die Auswertung miteinbezogen werden.

6. Zusammenfassung

Die stetige Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas weltweit hat sich aufgrund der Assoziation mit einer Vielzahl von Folgeerkrankungen (u.a. kardiovaskulären, orthopädischen, onkologischen und psychischen) zu einem gravierenden Problem unserer Gesellschaft entwickelt [23]. So sind derzeit zwei Drittel der männlichen und die Hälfte der weiblichen Bevölkerung in Deutschland übergewichtig, fast ein Fünftel der Bevölkerung ist adipös [37]. HausärztInnen kommt aufgrund ihrer guten Kenntnis der besonderen Situation von PatientInnen sowie der häufigen PatientInnenkontakte bei der Prävention und Behandlung der Adipositas eine entscheidende Rolle zu. Ursachen für die langfristig enttäuschenden Behandlungsergebnisse bei der Behandlung von Übergewicht sind auch in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu suchen, da der Einfluss zwischen Kommunikation und Behandlungserfolgen gezeigt werden konnte [86;87]. Anhand quantitativer Studiendesigns konnten unterschiedliche Sichtweisen von ÄrztInnen und PatientInnen zum Krankheitskonzept Übergewicht nachgewiesen werden [95].

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Sichtweisen sowohl der PatientInnen als auch der ÄrztInnen in Bezug auf die Ursachen, die Risikowahrnehmung und den Umgang mit Übergewicht durch ein qualitatives Studiendesign weiter zu vertiefen. Dazu wurden Beratungsgespräche der Gesundheitsuntersuchung (Check up 35) zwischen HausärztInnen und übergewichtigen PatientInnen (BMI \geq 25kg/m²) auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert.

Es nahmen acht Ärztinnen und vier Ärzte in Berlin und Brandenburg an der Studie teil. 52 dieser Gespräche wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und durch das Datenanalyseprogramm „atlas.ti“ veranschaulicht. Die Analyse der 52 Gespräche, die durchschnittlich 9:21 Minuten lang dauerten, ergab sehr umfangreiche Kategoriensysteme. Bei einem Großteil der Gespräche (32 von 52) wurde die Thematik der Ursache des Übergewichts in unterschiedlicher Intensität angesprochen.

In Hinblick auf die Ursachenattribution konnten sowohl bei den ÄrztInnen als auch bei den PatientInnen verhaltensabhängige von nicht-verhaltensabhängigen Ursachen unterschieden werden. In wenigen Fällen konnten sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen die Ursache des Übergewichts nicht erklären. Sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen thematisierten intensiv verschiedene Aspekte zur Ernährung. Weiterhin

spielte auf beiden Seiten die Intensität der Bewegung, die Disziplin und Kontrolle eine Rolle. PatientInnen thematisierten u.a. auch das Alter, Schicksal, Hunger und Medikamenteneinnahme.

Zur Vermittlung des Gesundheitszustandes nutzten ÄrztInnen drei verschiedene Wege: durch das Aufzählen von Labor- u.a. Untersuchungsbefunden, über eine zusammenfassende Darstellung von Risikofaktoren, und selten über zusammenfassende Ausdrücke wie „gesund sein“. ÄrztInnen bezeichneten den Risikofaktor Übergewicht sowohl als „nichts Gefährliches“, als Risikofaktor, als „großes Gesundheitsrisiko“ und als Krankheit. Ausführlich wurden vor allem „greifbare“ orthopädische Folgen von Seiten der ÄrztInnen vertieft, dagegen weniger kardiovaskuläre. Die Ansprache des Übergewichts erfolgte sowohl offen-konfrontativ als auch indirekt oder wurde gänzlich vermieden. PatientInnen assoziierten positive und negative Gefühlszustände sowie psychische und physische Folgeerkrankungen und unterschiedliche Risikowahrnehmungen mit dem Übergewicht. So zeigte ein Teil der PatientInnen einen aktiven Umgang mit dem Übergewicht z.B. in Form von Diäten, während andere einen passiven z.B. durch Verdrängungsmechanismen darlegten.

Die Empfehlungen der ÄrztInnen umfassten vor allem eine Veränderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, gelegentlich auch die Integration von psychosozialen Aspekten oder das Einholen von zusätzlichen Informationen. Allerdings sahen nicht alle ÄrztInnen eine Gewichtsabnahme indiziert, selbst bei PatientInnen mit einem BMI ≥ 30 kg/m², die nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft eindeutig als behandlungsbedürftig einzustufen sind [25]. Auch eine Veränderung der Ernährung, der Bewegungsgewohnheiten oder die Empfehlung einer verhaltenstherapeutischen wurde in der Gruppe der adipösen PatientInnen oft nicht erwähnt. Weiterhin zeigte sich, dass die von PatientInnen selbst eingebrachten Behandlungsvorschläge weitaus intensiver und umfassender waren, wenn diese spontan Lösungsansätze äußern konnten und nicht nur auf ärztliche Ratschläge reagierten. So thematisierten PatientInnen u.a. verschiedene Arten der Ernährungsumstellung, der körperlichen Betätigung, eigene Strategien und Vorsätze zur Gewichtsabnahme oder professionelle Betreuung. ÄrztInnen bezogen sich bei den Behandlungsempfehlungen teilweise auf die Ursachenkonzepte der PatientInnen.

Die Analyse der Gespräche zeigte auch einen geschlechtsspezifischen Umgang mit der Thematik Übergewicht auf. Dies ließ sich nicht nur daran festmachen, dass die Gespräche der Ärztinnen fast doppelt so lang waren wie die der Ärzte. Ärztinnen

sprachen das Thema nicht nur intensiver an, sondern gaben auch differenziertere und praktikablere Vorschläge zum Umgang und integrierten häufiger psychologische Ansätze.

Insgesamt konnte durch die Exploration der Krankheitskonzepte gezeigt werden, dass PatientInnen teilweise an nicht umsetzbaren oder nicht empfehlenswerten Behandlungsstrategien festhalten. Andererseits lässt das intensive Thematisieren der Bereiche der Ernährung und Bewegung durch ÄrztInnen und PatientInnen auch einen grundsätzlichen Konsens über die Hauptstrategien der Gewichtsabnahme erkennen. Es wurde deutlich, dass PatientInnen ein großes Potential von Lösungsansätzen mit in das Gespräch hineinbringen, das von ÄrztInnen nicht erschöpfend genutzt wird. Besonders auf ärztlicher Seite konnten Unstimmigkeiten über die Risikowahrnehmung und Behandlungsbedürftigkeit der Adipositas erkannt werden, die frühere Untersuchungen über Verharmlosung dieser Krankheit bestätigen [109]. Die Therapieansätze der ÄrztInnen stellten sich außerdem teilweise als lückenhaft dar, darunter eine fehlende Klärung der Ausgangsmotivation und der Ziele, fehlende Nachsorgetermine und die oft wenig differenzierte Gabe von Therapieempfehlungen. Diese Faktoren werden jedoch von modernen Behandlungsansätzen als essentiell betrachtet [25;29;54;117]. Es ist zu vermuten, dass sich die Behandlungserfolge der Adipositas durch eine Optimierung dieser Aspekte verbessern lassen.

7. Literaturverzeichnis

- 1 Franzkowiak P. Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Sabo, 2004:179-180.
- 2 Walter U, Schwartz FW. Prävention. In: Schwartz FW. Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. 2nd ed. München, Jena: Urban & Fischer, 2003:189-214.
- 3 Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 260th. ed. Berlin: de Gruyter, 2004.
- 4 SGB V - Öffentliches Gesundheitswesen. Krankenversicherungsrecht-Vertragsärztliche Versorgung-Krankenhausversorgung-Heil- und Hilfsmittelversorgung-Arzneimittelversorgung-Sonstige Versorgung. 15th ed. München: DTV-Beck, 2008.
- 5 Walter U. Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention. Strategien und Wirksamkeit. Internist 2004;45:148-156.
- 6 Amhof R. Ärzte kaum präventiv tätig. Ein Newsletter der Bertelsmann-Stiftung: Gesundheitsmonitor 2006;1-5.
- 7 Prävention. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2008 (Accessed February 15, 2008, at [http://www.bmg.bund.de//Themenschwerpunkte/Praevention/.](http://www.bmg.bund.de//Themenschwerpunkte/Praevention/))
- 8 Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsbericht 2006. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2006.
- 9 Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gesundheitsmonitor 2005.
- 10 Othman A, Altiner A, Abholz HH. Prävention in der deutschen Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung-ein systematischer Literaturüberblick. Z Allg Med 2008;84:36-42.
- 11 Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Z Allg Med 2003;79:591-595.
- 12 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Berlin: KV Berlin, 2008. (Accessed December 14, 2008, at <http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vorsorge.verguetung/index.html>.)
- 13 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. ("Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien") 2005;1-5.
- 14 Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Intern Med 2002;136:652-659.

- 15 Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med* 2002;136:701-703.
- 16 Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. Berlin, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2005. (Accessed December 18, 2008, at http://www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf.)
- 17 Richter M, Brand H, Rössler G. Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Gesundheitswesen* 2002;64:417-423.
- 18 Sönnichsen AC, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. *Z Allg Med* 2007;83:355-358.
- 19 Donner-Banzhoff N, Sadowski E, Baum E. Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. *Z Allg Med* 1995;71:293-298.
- 20 Zimmerli L, Ramseier, Hengstler P, Gyr N, Battegay E. Der Check up aus Sicht des Patienten-„open“ and „hidden“ Agenda. *Schweiz Med Forum* 2004;4:196-199.
- 21 Connelly JE, Mushlin AI. The reasons patients request "checkups": implications for office practice. *J Gen Intern Med* 1986;1:163-165.
- 22 Luckmann R, Melville SK. Periodic health evaluation of adults: a survey of family physicians. *J Fam Pract* 1995;40:547-554.
- 23 WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Genf, 2000.
- 24 Wirth A: Adipositas. Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer, 2002.
- 25 Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, and Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2007. (Accessed December 16, 2008, at <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf>.)
- 26 Despres JP, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001;322:716-720.
- 27 WHO Regionalbüro für Europa: Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Kopenhagen, 2006.
- 28 Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. *Obes Rev* 2001;2:189-197.

- 29 Wiesemann A, Barlet J, Engeser P, Kuth N, Müller-Bühl U. Adipositas: Verhaltensorientierte Beratungsstrategien für die Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2006;82:103-107.
- 30 Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2005;48:1356.
- 31 Mensink GBM, Bergmann KE. Körpermaße und Übergewicht. *Gesundheitswesen* 1999;61:115-120.
- 32 Kurth B-M, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2007;50:736-743.
- 33 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997;337:869-873.
- 34 Wabitsch M. Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Empfehlungen einer US-amerikanischen Expertengruppe zur Diagnostik und Therapie. *Klin Pädiatr* 2000;5:287-296.
- 35 Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004;291:2847-2850.
- 36 Knopf H, Ellert U, Melchert HU. Sozialschicht und Gesundheit. *Gesundheitswesen* 1999;61:169-177.
- 37 Robert- Koch- Institut. Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16. Berlin, 2003.
- 38 Pudiel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. 3rd ed. Göttingen: Hogrefe, 1998.
- 39 Hauner H, Berg A. Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Dt Arztebl* 2000;97:A-768-774.
- 40 DiGuseppi C, Roberts I, Li L. Influence of changing travel patterns on child death rates from injury: trend analysis. *BMJ* 1997;314:710-713.
- 41 Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:356-362.
- 42 Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 1998;280:1371-1374.
- 43 Comuzzie AG, Allison DB. The search for human obesity genes. *Science* 1998;280:1374-1377.

- 44 Wren AM, Seal LJ, Cohen MA, et al. Ghrelin enhances appetite and increases food intake in humans. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:5992.
- 45 Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft Deutsche Gesellschaft für Ernährung Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Evidenzbasierte Leitlinie. Prävention und Therapie der Adipositas. 2007.
- 46 Overweight, obesity, and health risk. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. *Arch Intern Med* 2000;160:898-904.
- 47 Schneider R, Potthoff P, Brüggjenjürgen B, Bullinger M. Adipositas und Lebensqualität. Eine Untersuchung mit dem "SF 36" zur Beschreibung und Evaluation des Gesundheitszustandes. *Ernähr Umsch* 1998;43:328-332.
- 48 Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002;288:2709-2716.
- 49 Sattar N, Gaw A, Scherbakova O, et al. Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation* 2003;108:414-419.
- 50 Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-2752.
- 51 Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA* 2003;289:187-193.
- 52 Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al MA, Bonneux L. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:24-32.
- 53 Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW, Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 1999;341:1097-1105.
- 54 BDA-Manual Adipositas. Deutscher Hausärzterverband (BDA), 2008. (Accessed April 20, 2008, at www.ifap.de/bda-manuale/adipositas/index.html.)
- 55 Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22:267-284.
- 56 Rossi SR, Rossi JS, Rossi-DelPrete LM, Prochaska JO, Banspach SW, Carleton RA. A processes of change model for weight control for participants in community-based weight loss programs. *Int J Addict* 1994;29:161-177.
- 57 Brolin RE. Update: NIH consensus conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Nutrition* 1996;12:403-404.
- 58 Hauner H, Wechsler J, Kluthe R, et al. Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-

Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. *Adipositas* 2000;10:5-8.

59 Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials. *Ann Intern Med* 1993;119:688-693.

60 Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:715-737.

61 Taylor CB, Fortmann SP, Flora J, Kayman S, Barrett DC, Jatulis D, Farquhar JW. Effect of long-term community health education on body mass index. The Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1991;134:235-249.

62 Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82:222S-225S.

63 Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol* 1994;13:373-383.

64 Wiltink J, Dippel A, Szczepanski M, Thiede R, Alt C, Beutel ME. Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. *J Psychosom Res* 2007;62:691-698.

65 Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992;16:397-415.

66 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Obesity in Scotland. Integrating prevention with weight management. A national clinical guideline recommended for use in Scotland. Edinburgh, Scotland: SIGN, 1996.

67 Williamson DF, Pamuk E, Thun M, Flanders D, Byers T, Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epidemiol* 1995;141:1128-1141.

68 Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med* 1993;119:655-660.

69 Everhart JE. Contributions of obesity and weight loss to gallstone disease. *Ann Intern Med* 1993;119:1029-1035.

70 Langlois JA, Harris T, Looker AC, Madans J. Weight change between age 50 years and old age is associated with risk of hip fracture in white women aged 67 years and older. *Arch Intern Med* 1996;156:989-994.

71 Weintraub M. Long-term weight control study I-VII. *Clin Pharmacol Ther* 1992;51:642-646.

72 Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1991;41:147-150.

- 73 Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1393-1397.
- 74 Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA* 1999;282:1576-1578.
- 75 Hunt JR, Kristal AR, White E, Lynch JC, Fries E. Physician recommendations for dietary change: their prevalence and impact in a population-based sample. *Am J Public Health* 1995;85:722-726.
- 76 Baum E, Piotrowski T, Donner-Banzhoff N, et al. Die Einschätzung verhaltensbezogener Risikofaktoren beim "Check up". *Z Allg Med* 1999;75:674-678.
- 77 Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *Br J Gen Pract* 2005;55:750-754.
- 78 Ogden J, Flanagan Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns* 2008;71:72-78.
- 79 Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bull (Edinb)* 2001;59:248-253.
- 80 Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11:1168-1177.
- 81 Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969;44:214-220.
- 82 Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med* 1987;3:339-345.
- 83 Ruelaz AR, Diefenbach P, Simon B, Lanto A, Arterburn D, Shekelle PG. Perceived barriers to weight management in primary care--perspectives of patients and providers. *J Gen Intern Med* 2007;22:518-522.
- 84 Bocquier A, Verger P, Basdevant A, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005;13:787-795.
- 85 Befort CA, Greiner KA, Hall S, et al. Weight-related perceptions among patients and physicians: how well do physicians judge patients' motivation to lose weight? *J Gen Intern Med* 2006;21:1086-1090.
- 86 Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213-220.
- 87 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-1433.

- 88 Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation - an Approach to Learning and Teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- 89 von Uexküll T. Psychosomatische Medizin. 6th ed. München: Urban & Fischer, 2002.
- 90 Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981;71:127-131.
- 91 Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract* 1986;23:43-47.
- 92 Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000;39:49-59.
- 93 Ogden J, Baig S, Earnshaw G, et al. What is health? Where GPs' and patients' worlds collide. *Patient Educ Couns* 2001;45:265-269.
- 94 Ogden J, Boden J, Caird R, et al. You're depressed, no I'm not: GPs' and patients' different models of depression. *British Journal of General Practicice* 1999;49:123-124.
- 95 Ogden J, Bandara I, Cohen H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns* 2001;44:227-233.
- 96 Ogden J, Sidhu S. Adherence, behavior change, and visualization: a qualitative study of the experiences of taking an obesity medication. *J Psychosom Res* 2006;61:545-552.
- 97 Flick U, von Kardorff E, Steinke I. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 6th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2005.
- 98 *Gesunde Bezirke-Gesunde Stadt Berlin. Berliner Bezirke im Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin: Regionalverbund Gesunde Städte-Netzwerk Berlin, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Gesundheit Berlin e.V., 2004. (Accessed December 20, 2008, at http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/gsn/links_downloads/gesundestadtdoku.pdf)
- 99 Flick U. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung.* 1st ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2007.
- 100 Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 8th ed. Weinheim: Belz Verlag, 2003.
- 101 Heider F. Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review* 1944;51:358-374.

- 102 Küpper B, Krause P, Glaesmer H, Wittchen HU. Wie unterscheiden sich Risikopatienten mit Übergewicht/Adipositas in ihrem Gesundheitswissen und Verhalten von normalgewichtigen Patienten? *Gesundheitswesen* 2004;66:361-369.
- 103 Rodin J. Determinants of food intake regulation in obesity. In: Björntorp R, Brodoff B. *Obesity*. Philadelphia, JB Lippincott, 1992:220-230.
- 104 Cotton J, Burley J, Blundell J. Fat and satiety: effect of fat in combination with either protein or carbohydrate. In: Ditchhuneit H, Gries F, Hauner H, Schusdzarra V, Wechsler J. *Obesity in Europe*. London: John Libbey& Co, 1991;349-355.
- 105 Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract* 2002;19:596-604.
- 106 Roncaglioni MC, Avanzini F, Roccatagliata D, et al. How general practitioners perceive and grade the cardiovascular risk of their patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11:233-238.
- 107 Völler H. Risikoadjustierte Prävention nach Herzinfarkt. *Zeitschrift für Kardiologie* 2004;93:i/10-i/12.
- 108 Avis NE, McKinlay JB, Smith KW. Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior? *Am J Prev Med* 1990;6:137-144.
- 109 Hauner H, Koster I, von FL. Frequency of 'obesity' in medical records and utilization of out-patient health care by 'obese' subjects in Germany. An analysis of health insurance data. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20:820-824.
- 110 Wellman NS, Friedberg B. Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002;11(8);705-709.
- 111 Erhardt L, Hobbs FD. Public perceptions of cardiovascular risk in five European countries: the react survey. *Int J Clin Pract* 2002;56:638-644.
- 112 Coulson FR, Ypinazar VA, Margolis SA. Awareness of risks of overweight among rural Australians. *Rural Remote Health* 2006;6:514.
- 113 Irani J, Abell R. Awareness of body weight status among family medicine clinic patients. *J Okla State Med Assoc* 2007;100:139-143.
- 114 van der WT, van SB, Stoffers HE, Timmermans DR, Grol R. Primary prevention of cardiovascular diseases in general practice: mismatch between cardiovascular risk and patients' risk perceptions. *Med Decis Making* 2007;27:754-761.
- 115 Serdula MK, Khan LK, Dietz WH. Weight loss counseling revisited. *JAMA* 2003;289:1747-1750.
- 116 Friedman C, Brownson RC, Peterson DE, Wilkerson JC. Physician advice to reduce chronic disease risk factors. *Am J Prev Med* 1994;10:367-371.

- 117 Pudel V. Psychologische Ansätze in der Adipositas therapie. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2001;4:954-959.
- 118 Pavlou KN, Krey S, Steffee WP. Exercise as an adjunct to weight loss and maintenance in moderately obese subjects. Am J Clin Nutr 1989;49:1115-1123.
- 119 Jakicic JM, Clark K, Coleman E, et al. American College of Sports Medicine position stand. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med Sci Sports Exerc 2001;33:2145-2156.
- 120 Jeffery RW, Drewnowski A, Epstein LH, et al. Long-term maintenance of weight loss: current status. Health Psychol 2000;19:5-16.
- 121 Cousins JH, Rubovits DS, Dunn JK, et al. Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women. Public Health Rep 1992;107:549-555.
- 122 Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. BMJ 1992;304:227-230.

LEBENS LAUF

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

Publikationsliste

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.

Prävention und Gesundheitsförderung 2008;3:289-295

Wiesner J, Metz U, Dieterich A, Schwantes U, Heintze C.

Welche Ursachen schreiben PatientInnen ihrem Übergewicht zu?

Präsentation als Poster (Zweiter Nationaler Präventionskongress, Dresden 2007)

Erster Posterpreis

Erklärung

„Ich, Julia Wiesner, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Check up-Untersuchung übergewichtiger Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis – Eine qualitative Analyse von Beratungsgesprächen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift