

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

DISSERTATION

Hausärztliche Lebensstilberatung von übergewichtigen und
adipösen Patienten am Beispiel des Check-Up-35

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Jan David Henkel

aus Berlin

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. V. Braun
2. Prof. Dr. A. Kuhlmeiy
3. Prof. Dr. med. A. Bergmann

Datum der Promotion: 03.06.2012

Meinen Großeltern gewidmet

1. Einleitung	1
1.1. Adipositas	1
1.1.1. Definition und Ursachen	2
1.1.2. Folgeerkrankungen.....	4
1.1.3. Therapieoptionen.....	5
1.2. Adipositasbetreuung in der Hausarztpraxis	7
1.2.1. Die Rolle der Hausärzte.....	7
1.2.2. Übergewicht aus Arztperspektive	8
1.2.3. Übergewicht aus Patientenperspektive.....	9
1.3. Die Gesundheitsuntersuchung (GU).....	9
1.3.1. Die Gesundheitsuntersuchung und Lebensstilberatung	10
1.4. Ärztliche Gesprächsführung	11
1.4.1. Gesprächsführung und Übergewichtigenbehandlung	12
1.4.2. Genderaspekte	13
2. Fragestellung	16
3. Material und Methoden	18
3.1. Studienhintergrund	18
3.2. Messinstrument: Roter Interaction Analysis System (RIAS)	19
3.2.1. Grundregeln.....	20
3.2.2. Kodierungsregeln.....	21
3.2.2.1. Semantische Merkmale	21
3.2.2.2. Inhaltliche Merkmale.....	22
3.2.2.3. Affektive Kodierkategorien	23
3.3. Modifizierung der originären RIAS-Kategorien	25
3.3.1. Erfassung der GU-Inhalte	25
3.3.2. Ergänzende Checklisten.....	26
3.3.3. Erfassung der ärztlichen Gesprächsführung.....	28
3.4. Vorgehensweise und statistische Auswertung.....	29
4. Ergebnisse	31
4.1. Stichprobe	31
4.2. Deskriptive Gesprächsanalyse	33
4.2.1. Gesprächsdauer	33
4.2.2. Sprecheranteile.....	34

4.3.	Inhalte der Beratungsgespräche	36
4.3.1.	Ärzte: Risiko-, Ernährungs- und Bewegungskommunikation	36
4.3.1.1.	Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten	41
4.3.1.2.	Patientenseitige Einflussfaktoren auf Beratungsinhalte	42
4.4.	Umfang der ärztlichen Lebensstilberatung	43
4.5.	Auswertung der Checklisten	45
4.6.	Ärztliche Gesprächsführung	47
4.6.1.	Genderdifferenzierte Kommunikationsstile	47
4.6.2.	Patientenseitige Einflussfaktoren auf die Gesprächsführung.....	50
5.	Diskussion	51
5.1.	Inhalte der GU	51
5.2.	Einordnung der ergänzenden Checklisten	56
5.3.	Aspekte des ärztlichen Kommunikationsstils	58
5.4.	Methodenkritik	62
5.5.	Schlussfolgerungen und Ausblick	63
6.	Zusammenfassung.....	66
7.	Literaturverzeichnis	69
8.	Abkürzungsverzeichnis	78
9.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	79
10.	Lebenslauf	80
11.	Publikationsliste.....	81
12.	Danksagung.....	82
13.	Eidesstattliche Erklärung	83

1. Einleitung

1.1. Adipositas

Die Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit hat sowohl global als auch in Deutschland in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Nach aktuellen Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind etwa eine Milliarde Menschen weltweit übergewichtig und circa 300 Millionen adipös. Die WHO geht davon aus, dass sich diese Zahlen bis 2015 voraussichtlich verdoppeln werden [1, 2]. Einer Studie der US-amerikanischen Behörde für Risiko, Ressourcen und Umwelt (RFF) zufolge versterben weltweit circa 2,5 Millionen Menschen an den Folgen von Übergewicht, Fehlernährung und mangelnder körperlicher Aktivität [3]; allein in den Vereinigten Staaten von Amerika ließen sich im Jahr 2000 etwa 300 000 Todesfälle auf Adipositas zurückführen. Sie steht in den USA nach dem Nikotinkonsum an zweiter Stelle der vermeidbaren Krankheits- und Todesursachen [4]. Die WHO bezeichnete im selben Jahr die Adipositas als „globale Epidemie“ und rief in einer Deklaration zu einem verstärkten international abgestimmten Handeln gegen die Verbreitung der Krankheit auf [5]. Ein von der OECD veröffentlichter Gesundheitsbericht verdeutlicht die problematische Lage in Europa: demnach sind etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung übergewichtig, mit steigender Tendenz [6]. Es verwundert nicht, dass in der 2006 beschlossenen Charta zur Bekämpfung von Adipositas, verabschiedet von der Europäischen Ministerkonferenz der WHO, von einer der schwersten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in Europa die Rede ist [7].

Auch in Deutschland nimmt der Anteil von Übergewichtigen in der Bevölkerung zu, wie die 2008 veröffentlichte Nationale Verzehrsstudie II des Bundesministeriums für Ernährung hervorhebt. In dieser Studie wurde der Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2003 mit persönlichen Interviews, standardisierten Fragebögen und einer repräsentativen Gewichtsmessung ergänzt. Demzufolge sind bereits 68% der deutschen Männer und etwa die Hälfte der Frauen übergewichtig, 20,5% bzw. 21% davon sind adipös [8]. Dabei scheinen sich Übergewicht und Adipositas aufgrund verschiedener Faktoren in den neuen Bundesländer stärker zu verbreiten als in den alten Bundesländern. Häufig sind überproportional niedrige Einkommens- und Bildungsklassen von Gewichtsproblemen betroffen [9]. Diese regionalen und sozialen Unterschiede werden vor allem auf unterschiedliche Lebensstile zurückgeführt [10].

In den USA, in denen die steigende Prävalenz der Erkrankung in repräsentativen Gesundheitsberichten seit über 50 Jahren beobachtet wird, hat sich zwar die bis zum Millenniumswechsel beobachtete Zunahme nicht weiter fortgesetzt, allerdings ist dort wie auch in der BRD ein zunehmender Anstieg von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen [11]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) schätzt, dass etwa 15% der sechs bis 19-jährigen in Deutschland übergewichtig und davon 6% adipös sind. Im Vergleich zu 1980 bedeutet das einen Anstieg der Prävalenz um 50% in dieser Altersgruppe [12]. Die drastische Zunahme wird von Adipositasforschern als besonders problematisch eingestuft, da übergewichtige Heranwachsende überproportional häufig auch im späteren Erwachsenenleben unter Gewichtsproblemen und den Folgeerkrankungen zu leiden haben [13].

Die Kosten für Übergewicht stellen eine Herausforderung für die öffentlichen Kassen der medizinischen Versorgung dar: Aktuellen Schätzungen zufolge betragen die direkten Ausgaben für die Behandlung der Krankheit in Deutschland rund 530 Millionen Euro pro Jahr. Schließt man Begleiterkrankungen und Folgeschäden mit ein, die beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Todesfälle entstehen, schätzt man die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem auf etwa 13 Milliarden Euro pro Jahr [14]. Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben für die Behandlung der Adipositas und ihrer Folgen etwa 6% aller monetären medizinischen Aufwendungen der europäischen EU-Mitgliedsstaaten [7]. Übergewicht und Adipositas entwickeln sich somit zu einem Problem mit erheblicher sozialmedizinischer und sozialpolitischer Bedeutung [15].

1.1.1. Definition und Ursachen

Zur Klassifizierung des Übergewichts hat die Weltgesundheitsorganisation den Body-Mass-Index (BMI) als Standardmessgröße definiert [5]. Er wird gebildet aus Kilogramm Körpergewicht dividiert durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat. Als übergewichtig gilt, wer einen BMI von über 25 kg/m² hat. Die Einteilung von starkem Übergewicht, oder auch Adipositas, erfolgt in drei Schweregrade:

- Adipositas Grad I: BMI \geq 30 kg/m²
- Adipositas Grad II: BMI \geq 35 kg/m²
- Adipositas Grad III: BMI \geq 40 kg/m²

Allerdings ist der Body-Mass-Index als prädiktiver Indikator für gesundheitliche Folgen des Übergewichts umstritten, da neben der Körperfettmaße auch die Körpertrockenmasse einbezogen wird. So wird dem Fettverteilungsmuster in Kombination mit dem BMI eine wesentlich größere Aussagekraft hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen zugeschrieben [16]. Zur Bestimmung des Organfettanteils gilt die Messung des Taillenumfangs als Standard, nach WHO-Definition spricht man bei Männern ab einem Bauchumfang ≥ 102 cm und bei Frauen ≥ 82 cm von „abdomineller Adipositas“, die das Risiko für Begleiterkrankungen deutlich erhöht [5,17].

Ursachen

Die Ursachen von Übergewicht und Fettleibigkeit werden in der Forschung kontrovers diskutiert. Mittlerweile können verschiedene Faktoren als ursächlich für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas angesehen werden. So deuten Zwillingsstudien darauf hin, dass eine genetische Komponente für die Entstehung von Übergewicht verantwortlich sein kann [18]. Endokrinologische Erklärungsmodelle verdeutlichen im Tierversuch den Zusammenhang zwischen der fehlenden Produktion des appetithemmenden Hormons Leptin und der Ausbildung von exzessivem Übergewicht [19]. Vor allem aber werden das veränderte Ernährungs- und Bewegungsverhalten der heutigen Konsumgesellschaft für die Entwicklung von Übergewicht verantwortlich gemacht. Unsere Nahrungszusammensetzung scheint deutlich zu fett- und proteinlastig zu sein und der regelmäßige Konsum von Süßspeisen und zuckerhaltigen Getränken führt zu einer hohen Kalorienzufuhr durch energiedichte Lebensmittel. Gleichzeitig ist die alltägliche Bewegung der Bevölkerung in den letzten Jahren stark zurückgegangen. In den Industrieländern hat sich durch die Motorisierung der Bewegung und dem Gebrauch von Fernsehern und Computern ein bewegungsarmer Lebensstil entwickelt. Dieser ausgeprägte Bewegungsmangel führt zu einem erheblich verringerten Energieverbrauch und resultiert in der Ausbildung von Übergewicht [20].

Auch psychologische Ursachen sind von Bedeutung: Stress, Frust und Langeweile werden oftmals mit exzessivem Essverhalten kompensiert und Nahrung fungiert als Ersatz für fehlende emotionale Zuwendung. Weiterhin spielt die elterliche Erziehung eine Rolle bei der Ausbildung von Übergewicht im Kindesalter [20].

1.1.2. Folgeerkrankungen

Kardiovaskuläre Komplikationen und Risikoereignisse wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Schlaganfall sind eng mit Fettleibigkeit [16, 21, 22,] assoziiert. Desweiteren gelten metabolische Störungen wie der Diabetes mellitus Typ II, Dyslipidämie und die Hyperurikämie als „klassische“ Co-Morbiditäten, deren Zusammenhang mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko erstmals 1967 im Rahmen der wegweisenden Framingham-Heart-Studie publiziert wurde [23, 24, 25]. Adipositas ist zudem für weitere Begleit- und Folgeerkrankungen mitverantwortlich, die prinzipiell alle Organsysteme betreffen können. Dazu zählen beispielsweise endokrine Störungen (Polyzystisches-Ovar-Syndrom, verminderte Fertilität) sowie gastrointestinale Erkrankungen wie Cholezystitis und Refluxösophagitis [26]. Auch für maligne Tumorerkrankungen (bei Männern: Prostata, Kolon; bei Frauen: Mamma und Zervix) konnte ein Zusammenhang mit Übergewicht und Fettleibigkeit nachgewiesen werden [27]. Neben den beschriebenen somatischen Komplikationen leiden Adipöse häufig unter psychosozialen Störungen wie Depression und erhöhter Ängstlichkeit [28]. Aufgrund des Übergewichts kann es zu einer erheblichen Beeinflussung des Selbstwertgefühls und einem stark negativen Selbstbild kommen, was zu sozialem Rückzug und Isolation führen kann [19].

Adipositas wird darüber hinaus mit einem erhöhten relativen Mortalitätsrisiko in Verbindung gebracht, was anhand einer prospektiven Studie mit über einer Million US-Bürgern herausgearbeitet wurde [29]. Übergewichtige Männer haben demnach im Vergleich zu Normalgewichtigen ein zweieinhalbfach erhöhtes Sterberisiko, bei fettleibigen Frauen ist es doppelt so hoch. Zudem ist die Lebenserwartung von 40-jährigen adipösen Männern und Frauen um sieben Jahre bzw. um etwa fünf Jahre verkürzt. Dass gleichzeitig eine langsame und kontinuierliche Gewichtsreduktion zu einer Verlängerung der Lebenszeit beitragen kann, gilt als gesichert [30].

Allerdings weisen aktuelle Studien auch daraufhin, dass ein moderates Übergewicht bei einigen Erkrankungen mit einer höheren Überlebensrate einhergeht und es zum sogenannten „Adipositasparadoxon“ kommt. So führt Adipositas im höheren Lebensalter (>65 Jahre) nicht in dem Ausmaß zu erhöhter Sterblichkeit wie bei jüngeren Personen [31]. Auch für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, nach Herzinfarkt und nach einer Revaskularisierungs-Therapie bei Koronarstenose scheinen sowohl Übergewicht als auch Adipositas protektive Faktoren zu sein, die sich in einer

geringeren Gesamtmortalität auswirken [32]. Für Patienten mit schwerer COPD und dialysepflichtiger Niereninsuffizienz konnten ähnliche Effekte festgestellt werden [33].

1.1.3. Therapieoptionen

Die Indikation zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas besteht bei einem BMI > 30kg/m² oder einem BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m², wenn Übergewichtige gleichzeitig mindestens eines der folgenden Merkmale aufweisen [15]:

- übergewichtsbedingte Erkrankungen wie z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, etc.
- abdominales Fettverteilungsmuster
- Erkrankungen, die sich durch das Übergewicht verstärken
- hoher psychosozialer Leidensdruck.

In Deutschland hat die Deutsche Adipositas Gesellschaft eine evidenzbasierte Leitlinie zur Übergewichtigenbehandlung publiziert, weltweit sind u.a. die Richtlinien der britischen Gesundheitsbehörde NICE und des US-Gesundheitsinstituts NIH maßgebend. Das Basisprogramm der Adipositastherapie besteht demnach aus mehreren Komponenten und umfasst dabei vor allem eine Ernährungsumstellung, eine Erhöhung der Bewegungsaktivität und Veränderungen von Verhaltensweisen. Therapieziel ist, eine weitere Gewichtszunahme zu verhindern und/oder langfristig eine Gewichtsabnahme zu bewirken [15, 34, 35].

Ernährung

Es bestehen verschiedene Strategien, um eine Gewichtsabnahme durch Veränderung der Ernährungsweise zu erreichen. Alle beschreiben eine Ernährungsumstellung im Sinne einer Reduktion der Kalorienaufnahme unter den Bedarf (Energiedefizit). Diese kann durch die folgenden Maßnahmen bewerkstelligt werden [19]:

- Reduktion des Fettverzehr bei uneingeschränkter Kohlenhydratzufuhr
- energiereduzierte Mischkost (Einschränkung des Verzehr von Fetten, Eiweiß und Kohlenhydraten), die als Standardtherapie gilt
- Mahlzeitenersatz durch Formulaprodukte

- alleinige Formuladiät.

Bewegung

Die Richtlinien der DAG, des NICE und NIH raten neben der Ernährungsumstellung zu einer Steigerung der körperlichen Bewegung. Laut Leitlinien sollte die körperliche Aktivität auf fünf Stunden pro Woche angehoben und damit eine messbare Gewichtsreduktion erreicht werden. Zudem gilt die erhöhte Bewegungsaktivität als besonders geeignet zur Stabilisierung des Gewichts nach erfolgreicher Gewichtsabnahme. Die konkrete Ausgestaltung der Bewegungstherapie sollte sich individuell an den Bedürfnissen und Vorlieben des Patienten orientieren (Sportart, Intensität, eventuelle krankheitsbedingte Komplikationen) und stellt dadurch gleichzeitig hohe Anforderungen an die hausärztliche Beratung.

Verhalten

Verhaltenstherapeutische Ansätze können die Patientenmotivation bei der Einhaltung von Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen unterstützen und verbessern langfristig den Behandlungserfolg im Sinne einer stabilen Gewichtsreduktion [19]. Sie basieren auf einer Modifikation des Ess- und Bewegungsverhaltens des Patienten beispielsweise durch Mittel der Selbstbeobachtung (Ernährungs- und Bewegungsprotokoll), der Stimuluskontrolle (erfolgreiche Handhabung von Versuchungen und ungünstigen Situation) und einer kognitiven Umstrukturierung bzw. Einstellungsänderung (Formulierung realistischer Therapieziele).

Weitere Therapieoptionen

Auch die medikamentöse Behandlung mit Antiadiposita (einzige Zulassung in Deutschland: Orlistat) und die chirurgische Intervention (z.B. Magenband oder Magenbypass) stehen als Therapieoptionen zur Verfügung. Sie sollten gemäß der Leitlinien allerdings nur in klar definierten Ausnahmefällen zur Anwendung kommen. Daher wird auf eine ausführliche Darstellung an dieser Stelle verzichtet.

Kontroverse

Nach Meinung einiger Fachautoren sind die genannten Therapieoptionen nicht immer zwangsläufig erfolgreich. Sie verweisen darauf, dass in zahlreichen Übersichtsarbeiten

keine langfristigen Erfolge bei der Gewichtsreduktion nachgewiesen werden konnten [36]. Zudem geht aus der derzeitigen Studienlage nicht eindeutig hervor, ob Einzelinterventionen wie Ernährungsumstellung oder erhöhte Bewegungsaktivität bereits erfolgreich sein können oder ob eine Bündelung von Therapiemaßnahmen einzelnen Strategien überlegen ist [37]. Die kontrovers geführte Debatte unter Adipositasexperten trägt sicherlich dazu bei, dass auch niedergelassene Ärzte eine ambivalente Einstellung zur Übergewichtigenbehandlung haben.

1.2. Adipositasbetreuung in der Hausarztpraxis

1.2.1. Die Rolle der Hausärzte

Dem Hausarzt kommt bei der Behandlung von übergewichtigen und adipösen Patienten aus mehreren Gründen eine besondere Bedeutung zu:

Das oft über ganze Lebensdekaden bestehende Übergewicht benötigt ein umfassendes und langfristig angelegtes Betreuungskonzept bei Menschen mit Behandlungswunsch. Durch die teils langjährige Betreuung kennen Hausärzte die individuellen Gesundheitsrisiken ihrer Patienten, ihre häusliche Situation und das familiäre Umfeld. Dies sind neben fundierten Kenntnissen zum Adipositasmanagement wichtige Voraussetzungen für die Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten von Patienten [38]. So können Brown et al. zeigen, dass sich ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patient insbesondere bei dem sensiblen Thema Übergewicht positiv auf den Verlauf einer Behandlung auswirken kann [39].

Weiterhin hebt die Häufigkeit der hausärztlichen Inanspruchnahme den wichtigen Stellenwert der niedergelassenen Ärzte hervor. Die große Mehrheit der deutschen Bevölkerung sucht mindestens einmal im Jahr eine Hausarztpraxis auf: So zeigen die Ergebnisse des Gesundheitsreports der Barmer-GEK, dass 2008 über 68,3% der Versicherten einen Allgemeinmediziner konsultierten [40]. Eine niederländische Studie von Van Dijk et al. ergab, dass Übergewichtige aufgrund von Adipositas assoziierten Erkrankungen sogar häufiger einen Hausarzt aufsuchen als normalgewichtige Patienten [41]. Auch in Deutschland nehmen laut Bundesgesundheitsblatt 2005 Übergewichtige öfter einen Hausarzt in Anspruch als Normalgewichtige [42].

Nach Meinung der Deutschen Adipositas Gesellschaft sollte daher eine regelmäßige Betreuung durch die Hausärzte gewährleistet werden, sie spielen laut Richtlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas als Primärversorger eine zentrale Rolle [15].

1.2.2. Übergewicht aus Arztperspektive

Die Hausärzte selbst scheinen sich ihrer Bedeutung bei der Versorgung adipöser Patienten durchaus bewusst zu sein. So zeigt eine französische Untersuchung mit 600 in der Primärversorgung tätigen Ärzten, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten glaubt, die Betreuung Übergewichtiger falle in die ärztliche Verantwortung [43]. Die von Cade et al. befragten Hausärzte in Großbritannien stimmen dem sogar zu 98% zu und äußern die Notwendigkeit, übergewichtige Patienten auf ihr Gesundheitsrisiko hinzuweisen und entsprechend zu beraten [44]. Andere Studien machen aber zugleich deutlich, dass Hausärzte ihren adipösen Patienten gegenüber negativ eingestellt sind und diverse Vorurteile haben (Fehlen von Willensstärke, größere Trägheit im Vergleich zu Normalgewichtigen) [45, 46]. Zudem sind sie der Meinung, dass sie über lange Sicht keinen Erfolg bei der Behandlung hätten, da den Patienten der Wille zur Gewichtsreduktion fehle [47].

Die ärztliche Skepsis gegenüber der Adipositastherapie scheint auch damit zusammenhängen, dass sich viele Mediziner der Behandlung Adipöser nicht gewachsen fühlen. In einer quantitativen Analyse gaben befragte Hausärzte an, dass die Komplexität der Erkrankung mit kulturellen, sozialen und vor allem familiären Faktoren eine große Hürde für eine dauerhaft erfolgreiche Behandlung darstelle [48]. Eine französische Studie von Thuan et al. zeigt weiterhin, dass sich weniger als die Hälfte der Hausärzte fachlich in der Lage sieht, adipöse Patienten adäquat zu behandeln [49]. Dabei sind diese Defizite bereits in der medizinischen Ausbildung zu finden [50].

Auch divergierende Krankheitsmodelle von Arzt und Patient scheinen oftmals eine erfolgreiche Intervention bei der Adipositasbehandlung zu erschweren. Melanie Tham von der Universität Melbourne postuliert, dass Hausärzte die Gründe für die Entwicklung von Übergewicht ihren Patienten zuschreiben und diese häufig als kontrollierbar einstufen [51]. Einer Studie aus Großbritannien zufolge spielen nach Meinung der dort niedergelassenen Ärzte die Patienten selbst die wichtigste Rolle bei der Behandlung ihres Übergewichts. Gleichzeitig gehen die befragten Ärzte aber davon aus, dass sie in der Wahrnehmung ihrer Patienten die entscheidenden Ansprechpartner für Therapieansätze sind [52].

1.2.3. Übergewicht aus Patientenperspektive

In der Tat nimmt der Hausarzt aus Sicht der Patienten bei der Therapie des Übergewichts eine wichtige Rolle ein. Eine Erhebung in australischen Hausarztpraxen zeigt, dass viele Patienten ihrem Hausarzt eine entscheidende Funktion im Management des Übergewichts zuschreiben. Die überwiegende Mehrheit sieht die Beratung zu Ernährungsfragen und Bewegungsaktivität als sinnvoll und hilfreich an und befürwortet regelmäßige Konsultationen in geringen Zeitabständen. Allerdings glaubt weniger als die Hälfte von ihnen, dass ihr behandelnder Hausarzt genügend Zeit für eine solche Beratung hätte [53]. Häufig sprechen Patienten in der Sprechstunde das Thema Übergewicht deshalb nicht von selbst an, sondern erwarten entsprechende Hinweise durch ihren behandelnden Arzt [51]. Eventuell ist diese Tatsache auch ursächlich für die weit verbreitete ärztliche Annahme, dass die Motivation der Patienten zur Gewichtsabnahme eher gering sei. Eine israelische Studie legt jedoch nahe, dass die Bereitschaft zur Verhaltensänderung von betroffenen Patienten relativ hoch ist. In einer Umfrage von Davis et al. gaben 86% der Übergewichtigen an, ein großes Interesse an einer Gewichtsreduktion zu haben [47].

Allerdings bestehen auch gegenteilige Ergebnisse in der Literatur. Eine Erhebung von Rualez et al. beispielsweise zeigt, dass Patienten wenig Interesse an Beratungsangeboten haben und konträr dazu die Bereitschaft auf Seiten der befragten Ärzte groß ist, entsprechende Beratungen in ihrer Praxis zu offerieren [54].

1.3. Die Gesundheitsuntersuchung (GU)

Ein präventives Angebot zur Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen in der Hausarztpraxis stellt die Gesundheitsuntersuchung dar (GU oder auch Check-Up-35). Die GU ist ein vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen initiiertes Präventionsprogramm zur Früherkennung von Krankheiten und kann als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen von den Versicherten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden [55]. Die medizinische Untersuchung erfolgt durch niedergelassene Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten oder praktische Ärzte), die diese Untersuchung extrabudgetär abrechnen können. Die GU dient laut Vorgabe des Gesetzgebers insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus. Sie beinhaltet eine Anamneseerhebung, eine ausführliche körperliche Untersuchung, eine Blutentnahme

mit Bestimmung von Gesamtcholesterin und Glukose sowie einen Urinstreifentest auf Eiweiß, Glukose, Leukozyten, Erythrozyten und Nitrit. Häufig werden ergänzend dazu von den Ärzten noch weitere Laborparameter abgefragt, wie z.B. der Kreatinin-Wert oder der HDL-LDL-Quotient [56]. Der Richtlinie folgend sollen Patienten abschließend über das Ergebnis der Gesundheitsuntersuchung informiert und Konsequenzen besprochen werden, die auch im Kontext von Übergewicht und Adipositas von Bedeutung sind. Zudem sollen notwendige Veränderungen hinsichtlich der weiteren Lebensgestaltung und gesundheitsschädigender Verhaltensweisen mit dem Patienten erörtert werden. Der organisatorische Ablauf des Gesundheits-Check-Up wird von Hausärzten unterschiedlich geregelt, meist sind zwei Praxisbesuche notwendig. In vielen Hausarztpraxen findet das abschließende Beratungsgespräch im Anschluss an die körperliche Untersuchung und der bereits vorausgegangenen Blutentnahme statt. In anderen Fällen werden die Patienten nochmals in die Praxis einbestellt.

Insgesamt ist die Akzeptanz der Gesundheitsuntersuchung in der deutschen Bevölkerung relativ hoch. Laut einer Erhebung der Universität Marburg haben 78,5% der Befragten schon einmal an einem Check-Up teilgenommen [57].

1.3.1. Die Gesundheitsuntersuchung und Lebensstilberatung

Studien zeigen, dass übergewichtige und adipöse Patienten in der Primärversorgung häufiger eine Lebensstilberatung bezüglich Ernährung und körperlicher Aktivität erhalten als Normalgewichtige [58, 59]. Einer nicht-repräsentativen Untersuchung von Döhring et al. zufolge ist die Ernährungsberatung sogar eine der häufigsten durchgeführten Präventionsmaßnahmen in Allgemeinpraxen in Deutschland [60]. In einer qualitativen Analyse der GU einer Arbeitsgruppe unseres Instituts lassen sich Anzeichen finden, dass die Mehrheit der Hausärzte in der Beratungssituation mit ihren Patienten das Übergewicht zwar diskutieren, bei der Ausgestaltung der Beratung jedoch unterschiedlich vorgehen [61]. In einigen Konsultationen liegt der Schwerpunkt auf den Laboruntersuchungen, in anderen stehen Aspekte der Beratung von Ernährung und der körperlichen Aktivität als Form der Behandlung im Vordergrund. Eine andere Untersuchung von Heintze et al. zeigt allerdings auch, dass einige Patienten trotz Behandlungsindikation nicht auf ihr Übergewicht und mögliche Folgeerkrankungen hingewiesen werden und das Übergewicht selbst von den behandelnden Hausärzten nicht als „Erkrankung per se“ eingeschätzt wird [62]. Auch eine Studie von Bardia et al. bestätigt, dass Übergewicht und Adipositas in der klinischen Praxis nicht ausreichend

dokumentiert sind: Von 2543 ambulant behandelten adipösen Patienten wurde lediglich bei 20% die Diagnose Übergewicht gestellt und dokumentiert und bei 23% ein Behandlungsplan entworfen [63].

1.4. Ärztliche Gesprächsführung

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist ein elementarer Bestandteil der Gesundheitsversorgung sowohl im niedergelassenen als auch im klinischen Bereich. Der ärztliche Kommunikationsstil hat wesentlichen Einfluss auf das Vertrauen des Patienten in die ärztliche Behandlung, seine Kooperationsbereitschaft und somit letztlich auch auf seinen Gesundheitszustand [64, 65]. Dabei gibt es keinen exemplarisch guten Kommunikationsstil, die Interaktion sollte vor allem authentisch sein und flexibel auf den jeweiligen Patienten und seine Gesundheitsbelange angepasst werden [66]. Die erste Beschreibung einer patientenzentrierten Medizin ist auf den ungarischen Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint zurückzuführen. Mittlerweile lassen sich zahlreiche unterschiedliche Modelle finden, die eine Verbesserung der Mitwirkung der Patienten an für sie gesundheitsrelevanten Entscheidungen bewirken sollen. Gemein ist diesen Konzepten, dass eine gute ärztliche Gesprächsführung durch einen Kommunikationsstil charakterisiert wird, der die Patientenselbstbestimmung unterstützt und fördert. Im Folgenden werden zwei Kommunikationsmodelle erläutert, die für die Analyse der ärztlichen Beratung mit Übergewichtigen von Bedeutung sind.

Partizipative Entscheidungsfindung

Die partizipative Entscheidungsfindung, deren Ursprünge in die 1990er Jahre zurückreichen, gilt als das am weitesten entwickelte Modell der Patientenmitbestimmung im medizinischen Alltag [67]. Ulrich Schwantes et al. beschreiben partizipative Entscheidungsfindung (im englischen Sprachgebrauch auch als shared-decision-making bezeichnet) als eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligt sind. Entscheidend sind dabei der Austausch von Informationen und die Gleichberechtigung der begründeten Meinungen und der jeweiligen Präferenzen [68]. Um eine mitverantwortliche Beteiligung in medizinischen Fragen zu gewährleisten, müssen dem Patienten entsprechende medizinisch-fachliche Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Das Konzept unterscheidet sich vom „Informed Consent“ (Patienteneinwilligung nach ausführlicher ärztlicher Aufklärung), bei dem der Arzt als Experte dem Patienten diagnostische und therapeutische medizinische Alternativen erörtert und der Patient auf Basis der ihm dargebotenen Therapieoptionen eine Entscheidung trifft.

Patientenzentriertheit

In dem 2006 erschienenen „National Healthcare Quality Report“ des nordamerikanischen Komitees für Qualität in der medizinischen Versorgung wird der Patientenzentriertheit eine besondere Bedeutung bei der ärztlichen Tätigkeit eingeräumt [69]. Den Empfehlungen zufolge ist ein patientenzentriertes Vorgehen in der ärztlichen Beratung durch partnerschaftliches Handeln zwischen praktizierenden Ärzten und ihren Patienten charakterisiert. Die weitere Behandlung soll auf Grundlage gemeinsamer Entscheidungen erfolgen, die den Bedürfnissen und Präferenzen der Patienten entsprechen. Mitgefühl, Empathie und das sensible Reagieren auf individuelle Wünsche und Wertevorstellungen der Patienten sind dabei von zentraler Bedeutung im Arzt-Patienten-Dialog. In zwei Übersichtsarbeiten erläutern Mead et al. verschiedene Methoden der Gesprächsanalyse zur Bestimmung der Patientenzentriertheit in medizinischen Konsultationen. So können nach Meinung der Autoren unter anderem allgemein offene Fragen des Arztes, Gesprächsanteile mit nicht medizinischem Charakter und empathische und affektive Aussagen als Merkmale patientenzentrierter Gesprächsführung angesehen werden [70, 71].

1.4.1. Gesprächsführung und Übergewichtigenbehandlung

Die Möglichkeit des nachhaltigen Therapieerfolgs zur Reduktion einer Adipositas bleibt problematisch, laut DAG gilt sie als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung. Daraus resultieren komplexe Anforderungen an die hausärztliche Beratung und Behandlung. Goldstein et al. zeigen in einer Übersichtsarbeit, dass eine erfolgreiche Intervention bei kardiovaskulären Risikopatienten abhängig ist von der Form der ärztlichen Beratung [72]. Die hausärztliche Lebensstilberatung und ihr Behandlungserfolg wurden anhand des Kommunikationsmodells der „5 A's“ (Assess, Advice, Agree, Assist und Arrange) untersucht. Die Grundlage dieser Beratungsstrategie ist die verstärkte Einbeziehung des Patienten in ärztliche Behandlungsabläufe [73]. In der Arbeit von Goldstein et al. lassen sich Hinweise finden, dass eine strukturierte und patientenorientierte Vorgehensweise das Ergebnis einer

Nikotin- und Alkoholentwöhnung verbessert und auch die Bereitschaft adipöser Patienten zur Gewichtsreduktion und zu einer Ernährungsumstellung erhöht.

In einer neuseeländischen Interventionsstudie zur Verbesserung der Lebensstilberatung wurden Hausärzte in einem kurzen Seminar in Kommunikationstechniken geschult mit dem Ziel, ihre Patienten zu vermehrter körperlicher Aktivität und Sport zu bewegen. Dabei wurde ein von William Miller entwickeltes patientenorientiertes Konzept zur Vermeidung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angewendet (Motivational Interviewing) [74]. Nach einem Jahr waren Patienten aus der Interventionsgruppe durchschnittlich etwa eine halbe Stunde pro Woche länger sportlich aktiv, als Patienten, die bei nichtgeschulten Ärzten in Behandlung waren [75].

Elemente einer patientenzentrierten hausärztlichen Beratung lassen sich auch in den Leitlinien der DAG und des US-Gesundheitsinstituts NIH zur Behandlung übergewichtiger Patienten wiederfinden. So ist die Wichtigkeit der ärztlichen Exploration der Motivation zur Gewichtsabnahme festgehalten. Der behandelnde Arzt soll die Einstellung und Bereitschaft zu einer Gewichtsreduktion des Patienten erfassen, um mit ihm einen gemeinsamen Behandlungsplan zu entwickeln und konkrete Behandlungsziele zu definieren. Zur Verbesserung des Behandlungserfolges sollten die Behandlungsziele realistisch formuliert und Nachsorgetermine vereinbart werden [76, 77].

Wesentlich bei der ärztlichen Beratung zu Lebensstilfragen scheint zudem die Konsultationslänge zu sein. In einer qualitativen Studie von Arborelius et al. konnten vier unterschiedliche Typen von ärztlichen Konsultationen identifiziert werden, die anschließend auf ihre Inhalte untersucht wurden. Die Autoren zeigen, dass in längeren Arzt-Patienten-Gesprächen Ernährung, sportliche Aktivität, sowie Alkohol- und Zigarettenkonsum häufiger thematisiert werden als in kürzeren Konsultationen [78]. Auch das subjektive Gesundheitsempfinden lässt sich durch ein patientenorientiertes Vorgehen in der Konsultation positiv beeinflussen. Die Arbeitsgruppe um Griffin et al. stellt in einem Review dar, dass eine ausführliche Risikoaufklärung und Beratung zu Lebensstilfragen sowie die Ansprache psychosozialer Probleme zu einer messbaren Verbesserung des von den Patienten empfundenen Gesundheitszustands führen [79].

1.4.2. Genderaspekte

Der Einfluss von Gender in der Medizin auf die Patientenversorgung ist zunehmend Gegenstand medizinischer Publikationen. Das vermehrte Interesse am

Forschungsgegenstand ist unter anderem auf eine steigende Anzahl von praktizierenden Ärztinnen zurückzuführen. In den USA ist der prozentuale Anteil weiblicher Mediziner zwischen 1963 und 2008 von 5,5% auf etwa 50% gestiegen [80]. Auch an den medizinischen Hochschulen in Deutschland immatrikulieren sich immer mehr weibliche Studenten und die Zahl der klinisch tätigen Ärztinnen steigt. Nach Angaben der Bundesärztekammer waren 2006 etwa 63% der Studienanfänger und 40% der Krankenhausärzte weiblich [81]. Die Charité Universitätsmedizin Berlin unterhält mit dem Institut für Geschlechterforschung in der Medizin zudem eine eigene wissenschaftliche Einrichtung zu medizinischen Genderfragen.

Genderaspekte prägen durchaus die Beziehung zwischen Arzt und Patient, wie aus Untersuchungen hervorgeht. Sie zeigen, dass weibliche Patientinnen häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen und sich ihre Konzepte von Krankheit und Gesundheit von denen der männlichen Patienten unterscheiden [82, 109]. Auf der anderen Seite haben weibliche Mediziner ein anderes therapeutisches Rollenverständnis als ihre männlichen Kollegen. Sie scheinen insbesondere einen höheren Anspruch an die Qualität der Kommunikation im Patientenkontakt zu haben und sind darüber hinaus zufriedener mit ihren eigenen kommunikativen Fähigkeiten als männliche Ärzte [83]. Zwei systematische Übersichtsarbeiten von Roter et al. zu Geschlechterunterschieden in der Arzt-Patienten-Kommunikation zeigen, dass sich Ärztinnen für ihre Besprechungen mit Patienten mehr Zeit nehmen als ihre männlichen Kollegen [84, 85]. Dies gilt im Besonderen für das Überbringen schlechter Nachrichten [86]. In der Arbeit von Roter et al. werden für die Hälfte der untersuchten Studien signifikant längere Gespräche für die weiblichen Studienärzte verzeichnet. Die durchschnittliche Gesprächsphase ist mit rund zwei Minuten im Schnitt um 10% länger als die der Ärzte. Eine Ausnahme bildet die Konsultationen männlicher Gynäkologen.

Zudem scheinen psychosoziale Aspekte der ärztlichen Beratung bei den Medizinerinnen ausgeprägter zu sein als bei ihren männlichen Kollegen. Roter et al. zeigen in ihrem Review, dass Ärztinnen häufiger über persönliche Wertvorstellungen, Emotionen und Gefühle sprechen als ihre männlichen Kollegen. Ferner werden konkrete oder allgemeine Stresssituationen ausführlicher thematisiert. Ähnliche Ergebnisse präsentierten Bertakis et al. Sie untersuchten die anamnestische Vorgehensweise von niedergelassenen Ärzten und kamen zu dem Ergebnis, dass weibliche Hausärzte signifikant häufiger über die familiäre und berufliche Situation, das

soziale Umfeld und die Interessen ihrer Patienten im Kontext von körperlichen Symptomen sprechen, soweit diese ursächlich für den Arztbesuch sind [87].

2. Fragestellung

Aus dem vorangegangenen Kapitel geht hervor, dass die hausärztliche Beratung von Übergewichtigen und Adipösen aus vielerlei Gründen als unterschiedlich effektiv eingestuft werden kann. Eine Untersuchung möglicher Muster der Lebensstilberatung in Arzt-Patienten-Gesprächen könnte Stärken und Schwächen der ärztlichen Beratung offenlegen, um Optimierungsmöglichkeiten für zukünftige Beratungsgespräche benennen zu können.

In dieser explorativen Arbeit werden die abschließenden Beratungsgespräche des Gesundheitschecks mit dem quantitativen Gesprächsanalyseverfahren RIAS beschrieben und ausgewertet. Der Hauptaspekt liegt dabei auf der Darstellung der inhaltlichen Schwerpunkte der Lebensstilberatung. Insbesondere die hausärztliche Ansprache von kardiovaskulären Risikofaktoren sowie die Beratung zu Ernährung, Bewegung und anderen Gesundheitsfragen stehen dabei im Vordergrund. Vor dem Hintergrund der Studienlage ist davon auszugehen, dass diese Inhalte häufig unzureichend kommuniziert werden. Zum Zweiten ist von Interesse, wie sich die Kommunikation in der Beratungssituation gestaltet und in welcher Art und Weise Ärzte das Thema Übergewicht im Kontext der Lebensstilberatung mit Patienten besprechen. Ein besonderer Untersuchungsgegenstand ist dabei die Form der ärztlichen Gesprächsführung. Es ist zu erwarten, dass es gendertypische Kommunikationsstile gibt, die mit dem gewählten Untersuchungsinstrument RIAS umfassend abgebildet werden können.

In dem Kontext der Lebensstilberatung sind für diese Arbeit folgende Fragestellungen von Interesse:

I. Formale Struktur der Beratungsgespräche

- Wie lassen sich die Gespräche hinsichtlich ihrer Länge und der Gesprächsanteile von Arzt und Patient beschreiben?
- Gibt es Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten in Hinblick auf Konsultationsdauer und verbale Dominanz?
- Welche soziodemografischen Merkmale der Patienten beeinflussen den formalen Ablauf der Gespräche?

II. Inhaltliche Struktur der Beratungsgespräche

- Welche Themen sprechen Hausärzte in den Gesprächen an?
- Wo liegen die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung?
- Lassen sich individuelle Schwerpunkte der Beratung bei den Hausärzten beschreiben?
- Haben soziodemografische Merkmale und der Gesundheitszustand von Patienten Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Abschlussgespräche?

III. Charakterisierung der ärztlichen Gesprächsführung

A. Patientenzentriertheit

- Lassen sich Aspekte der patientenorientierten Gesprächsführung in den Beratungsgesprächen finden?
- Inwieweit werden psychosoziale Themen angesprochen?
- Lassen sich unterschiedliche Kommunikationsstile bei den Ärzten finden?

B. Partizipative Entscheidungsfindung

- Inwiefern zeigen die Gespräche Merkmale der partizipativen Entscheidungsfindung?
- Werden von ärztlicher Seite Motivation der Patienten zur Gewichtsabnahme erfragt, Behandlungspläne gemeinsam ausgearbeitet und ein Nachsorgetermin vereinbart?

3. Material und Methoden

3.1. Studienhintergrund

Das übergeordnete Studienprojekt

Die Studie „Präventives Selbst“ ist ein interdisziplinäres Forschungsvorhaben, bei dem Arbeitsgruppen der Universität Hamburg (Wissenssoziologie), des Wissenschaftszentrums Berlin (Geschichte), der Humboldt Universität Berlin (Europäische Ethnologie) und der Charité Universitätsmedizin Berlin (Institut für Allgemeinmedizin) zu medizinischer Prävention im kardiovaskulären Kontext forschten. Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Teilprojekts „Medizinische Prävention in der Hausarztpraxis: Die Gesundheitsuntersuchung bei Übergewichtigen“, das vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin von Januar 2007 bis März 2010 durchgeführt wurde. Gegenstand dieses Teilprojekts war ein mehrdimensionaler Ansatz zur Erfassung der kardiovaskulären Beratung von übergewichtigen und adipösen Patienten in Hausarztpraxen des Berliner Raums im Rahmen der präventiven Gesundheitsuntersuchung.

Ablauf der Studie und Rekrutierung der Studienteilnehmer

Zur Teilnahme an der Studie wurden 80 Hausarztpraxen aus der Liste der Lehrärzte des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin angeschrieben. Aufgrund geringer Teilnahmebereitschaft von Seiten der Lehrärzte wurden durch das Online-Verzeichnis der KV Berlin weitere 120 Hausärzte zur Teilnahme aufgefordert. Alle angesprochenen Ärzte verfügten über eine abgeschlossene Facharztausbildung als Allgemeinmediziner und praktizierten in einer Allgemeinarztpraxis in Berlin oder Brandenburg. Zwölf Hausärzte erklärten sich zur Teilnahme an der Studie bereit. Durch persönlichen und telefonischen Kontakt wurden die Ärzte über den Projektablauf informiert und vor Ort in den Praxen eingewiesen. Alle übergewichtigen Patienten sollten sukzessive von den Ärzten zu ihrer Teilnahmebereitschaft gefragt werden, in den Praxen lag entsprechendes Infomaterial über Inhalt und Ablauf der Studie bereit. Nach Erhalt der Einverständniserklärungen der Studienärzte und der teilnehmenden Patienten wurden beide Gruppen gebeten, das im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung realisierte Beratungsgespräch anonymisiert

aufzuzeichnen. Der praktische Ablauf und die gesetzgeberischen Vorgaben der GU sind im Kapitel 1.3. der Einleitung beschrieben.

Einschlusskriterien der Studienpatienten waren ein BMI von größer 25 kg/m², eine Teilnahme am Check-Up-35 im zweiten und dritten Quartal 2007 und die grundsätzliche Teilnahmefähigkeit an der Studie (ausreichende deutsche Sprachkenntnisse). Ausschlusskriterien stellten eine kognitive Behinderung, eine schwere Krebserkrankung, eine Depression und andere psychische Erkrankungen dar.

Die Vertraulichkeit der ärztlichen Konsultation und die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen wurden realisiert.

3.2. Messinstrument: Roter Interaction Analysis System (RIAS)

Analyseverfahren

Das von Debra Roter entwickelte Verfahren zur Analyse von Gesprächen, RIAS (Roter Interaction Analysis System), basiert auf den Arbeiten von Robert Bales. Ursprünglich fand Bales' Modell zur Beschreibung von Kommunikationsmustern seine Anwendung bei der Analyse von Kleingruppengesprächen [88]. Roter adaptierte diese Methode für den medizinischen Bereich und entwickelte ein speziell auf die Arzt-Patienten-Gesprächssituation zugeschnittenes quantitatives Kodierverfahren, das eine Beschreibung der Interaktion zwischen den Kommunikationspartnern erlaubt [89]. Das Kodierverfahren wurde dabei der dyadischen Gesprächssituation in medizinischen Konsultationen angepasst. Der Arzt-Patienten-Dialog wird dabei in Kategorien unterteilt, die für beide Sprecher anwendbar sind. Diese Kategorien reflektieren sowohl den Inhalt als auch den Kontext des Gesprächs. Da die Klassifizierung der Äußerungen direkt von Video- oder Tonbandaufnahmen erfolgt, ist eine Bewertung der Intonation der Äußerungen möglich. Sie liefern zusätzliche Informationen über den emotionalen Hintergrund der kommunizierten Äußerungen.

Anwendbarkeit

Die Anwendung des Analyseverfahrens hat sich weltweit in über 250 Studien als praktikabel und funktional erwiesen. In den letzten Jahren wurden mit Hilfe von RIAS verschiedene Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich untersucht. Die Publikationen umfassen zahlreiche Fachrichtungen der Humanmedizin, wobei das Verfahren flexibel an Fragestellung und

Studiendesign angepasst werden kann. Insbesondere die Praktikabilität und Erlernbarkeit des Verfahrens ist bedeutsam, da andere Analyseverfahren (Gesprächsanalyse, Diskursanalyse) durch Nicht-Linguisten schwer realisierbar sind und eine wesentlich längere Einarbeitungsphase erforderlich machen [89, 90]. Ein Überblick über die aktuelle Literatur ist auf der entsprechenden Internetpräsenz der Autorin zu finden [91].

3.2.1. Grundregeln

Die verbale Äußerung

Der Interaktionsprozess im medizinischen Dialog wird in sogenannte Äußerungen („utterances“) unterteilt, mit denen die kleinste kommunikative Einheit beschrieben wird. Die Einheit kann in ihrer Länge variieren, von einem einzigen Wort bis zu einem langen Satz. Ein Satz wird als Einheit betrachtet, wenn er einen einzigen Gedanken ausdrückt oder sich auf einen Gegenstand von Interesse bezieht. Wenn ein Gedanke oder ein Satz durch eine Pause von länger als einer Sekunde unterbrochen wird, wird jedes Segment als separate Äußerung kodiert. Der Inhalt des ersten Segments bestimmt die Zuordnung in die entsprechende Kategorie, das zweite Segment wird dann der gleichen Kategorie zugeordnet. Bei fehlendem Inhalt des ersten oder beider Segmente werden die Äußerungen jeweils als Übergangswort gewertet [89].

Vergabe von Kodes

Laut RIAS-Manual werden Äußerungen gemäß ihres funktionalen, inhaltlichen und affektiv-emotionalen Charakters in Kategorien eingeteilt, die bis auf wenige Ausnahmen sowohl für den Arzt als auch für den Patienten anwendbar sind. Die Zuordnung der verbalen Äußerung in die entsprechende Kategorie erfolgt exklusiv, d.h. eine Äußerung wird genau einer Kategorie zugeordnet. Die Aussagen lassen sich in affektive (RIAS: „socioemotional“) und aufgabenorientierte (RIAS: „task-focussed“) Äußerungen gliedern. Um eine Äußerung adäquat zu kodieren, ist unter Beachtung der Kodierregeln und der Definitionen der Kategorien die interpretative Komponente entscheidend. Betonung und Tonfall des Sprechers müssen bei der Kategorisierung einer verbalen Äußerung berücksichtigt werden [89]. Dabei erfolgt der Kodierungsprozess häufig durch wiederholtes Abspielen der Tonbandaufnahme.

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer inhaltlichen und emotionalen Gesprächsäußerung wird die Aussage als emotional-affektiv kodiert. In der Originalschrift von Robert Bales

wird dieses Vorgehen wie folgt begründet: Explizite Inhalte von Äußerungen werden eher einer affekt-neutralen Kategorie zugeordnet, während die menschliche Intuition eher den implizierten emotionalen Anteil wahrnimmt. Eine emotionale Interaktion zwischen Arzt und Patient ist recht unwahrscheinlich, daher sollte in Zweifelsfällen der Intuition gefolgt und die Äußerung entsprechend ihrem emotionalen Charakter kodiert werden [88]. Desweiteren ist die Interpretation einer Aussage durch den Gesprächspartner zu berücksichtigen, die durch sein Antwortverhalten deutlich wird. So können die gleichen Statements im Einzelfall unterschiedlich kodiert werden.

Zusammenfassend gelten die folgenden Grundsätze bei nicht eindeutig zuzuordnenden Äußerungen:

- Stimmlage und Betonung des Sprechers bzw. des Gesprochenen werden beim Kodieren berücksichtigt
- Das Antwortverhalten des Gesprächspartners ist beim Kodieren ebenfalls zu berücksichtigen
- In Zweifelsfällen ist die Zuordnung in eine „affektive“ Kategorie der „aufgabenorientierten“ Kategorie vorzuziehen
- Die Kodierung erfolgt gemäß Kontext

3.2.2. Kodierungsregeln

Die Zuordnung der verbalen Äußerungen in Kodierkategorien erfolgt nach den genannten Regeln und gilt mit wenigen Ausnahmen sowohl für den Arzt als auch den Patienten. Im Folgenden werden lediglich die von Debra Roter für die Gesprächsanalyse entwickelten Kodices vorgestellt, die Relevanz für die vorliegende Untersuchung hatten.

3.2.2.1. Semantische Merkmale

Fragen

Grundsätzlich lässt sich zwischen offenen und geschlossenen Fragen unterscheiden. Offene Fragen sind weniger spezifisch und lassen dem Gesprächspartner Raum für eigene Erläuterungen, ausführliche Erklärungen und weiterführende Informationen. Sie beginnen oft mit „was, warum, wie etc.“ und lassen alle möglichen Antworten zu. Geschlossene Fragen stellen eine Form der Fragestellung dar, die meist nur eine kurze Antwort im Sinne eines Ja oder Nein zulässt oder als Suggestivfrage formuliert ist. Auch

Fragen, die ursprünglich als offen gestellt, vom Gegenüber jedoch anders interpretiert werden und von ihm dementsprechend nur kurz beantwortet werden, kodiert man als geschlossene Frage

Übermitteln von Informationen

Hier subsumieren sich Aussagen, die in neutraler Art und Weise getätigt werden. Sie erklären Sachverhalte und übermitteln relevante Informationen. Diese Aussagen haben somit einen rein informativen Charakter.

Empfehlungen

Aussagen dieser Kategorie werden ausschließlich für Ärzte kodiert. Empfehlungen können zum einen verbal explizit formuliert sein und somit konkrete Handlungsanweisungen darstellen. Zum anderen beinhaltet diese Kodierung auch implizierte Äußerungen, die das Verhalten des Patienten lenken und/oder verändern wollen.

3.2.2.2. Inhaltliche Merkmale

Thema und Inhalt der drei genannten Kodierungstypen (Fragen, Informationen und Empfehlungen) werden ebenfalls erfasst. Das Analysesystem RIAS unterscheidet zwischen Aussagen mit medizinisch/therapeutischen Inhalt, Aussagen, die den Lebensstil der Patienten betreffen und zuletzt Äußerungen mit psychosozialen Gehalt.

Medizinisch/therapeutisch

Aussagen und Fragen zu Krankengeschichte, Testergebnissen, körperlichem Befinden, Symptomen, Diagnosen, Prognosen, Allergien, Medikamentenregimes, Therapieplänen

Lebensstil

Aussagen und Fragen zu Lebensgewohnheiten wie Schlafen, Rauchen, Alkohol, Sport, Diät, Familien- und Wohnsituation, Beruf.

Psychosozial

Aussagen und Fragen, welche im Bezug zu Stress, Gefühlen, Emotionen, moralischen Wertvorstellungen und persönlichen Überzeugungen stehen, d.h. im größeren Kontext von psychosozialen Sorgen und Problemen. Sie sind weniger unmittelbar, intim oder

intensiv als Äußerungen der affektiven Kategorien. Die affektiven Kategorien werden im folgenden Kapitel weiter ausgeführt.

3.2.2.3. Affektive Kodierkategorien

Dem RIAS-Manual folgend haben Aussagen dieser Kategorie einen überwiegend affektiven Charakter und werden dadurch unabhängig von affekt-neutralen Inhalten kodiert. Im Manual wird auch von „sozio-emotionaler Unterhaltung“ gesprochen. Im Folgenden werden anhand von Beispielen aus der Studie einzelne für diese Studie relevante affektive RIAS-Kodierungen vorgestellt.

RIAS: Persönliche und soziale Konversation

Nicht-medizinische Gesprächsanteile wie Wetter, Sport, Alltägliches, Begrüßung und Verabschiedung

„Hallo, schön, dass Sie kommen konnten.“ (aus Gespräch 7-4912WF5)

„Die Adresse mit den Preisvergleichen werd` ich mir gleich mal notieren.“ (aus Gespräch 9-4309DH8)

RIAS: Lachen

Lachen, Freude, Humor und Witze, die im Gespräch gemacht werden

RIAS: Partner

Statements, die eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient etablieren bezüglich Unterstützung, Hilfe, Entscheidungsfindung und Therapieplan

„Es ist letztendlich Ihre Entscheidung.“ (aus Gespräch 1-4201RE6)

„Sollen wir so erstmal verbleiben?“ (aus Gespräch 7-4912WF5)

RIAS: Intim/Selbstoffenbarung

Aussagen zu persönlichen Erfahrung des Arztes, die für den Patienten medizinisch oder emotional relevant sind (Arztkategorie)

„Denn ich hab` das auch durchgemacht.“ (aus Gespräch 1-6406FA5)

RIAS: direktes Lob

Kompliment an seinen Gesprächspartner und Ausdruck der Anerkennung

„Also Sie haben das wirklich gut gemacht, wunderbar!“ (aus Gespräch 7-3901RN5)

„Dass Sie sich Mühe geben, das sieht man an den Werten, ja?“ (aus Gespräch 1-3306KG4) “

RIAS: Empathie und Einfühlungsvermögen

Zeigen von Verständnis und Paraphrasieren der emotionalen Verfassung des Gesprächspartners

„Sie stehen ja permanent unter Stress.“ (aus Gespräch 6-6002BE6)

„Ja, Sorgen machen Sie sich, klar, wenn Sie an Ihre Gesundheit denken.“ (aus Gespräch 9-4309DH8)

RIAS: Legitimierung

Interpretation, Paraphrasieren und Benennung von Gedanken, Sorgen und Verhaltensweisen und die Signalisierung, dass diese normal und verständlich sind

„Das ist ein schwieriges Unterfangen, das ist klar.“ (aus Gespräch 1-3607EL4)

„Das kennen wir ja alle...“ (aus Gespräch 9-5104FD6)

RIAS: Beruhigung/Optimismus

Ausdruck der Beschwichtigung und Beruhigung

„...brauchen Sie keine Angst haben.“ (aus Gespräch 4-9134VS7)

RIAS: Sorge/Beunruhigung:

Ausdruck von Besorgnis allgemeiner Art und über den gegenwärtigen Gesundheitszustand

„Was mir ein bisschen Sorgen macht, ist der zweite Wert, der ist mit 100 natürlich zu hoch.“ (aus Gespräch 9-5402SR10)

„Leider haben wie bei den Laborergebnissen `ne ganze Menge feststellen müssen.“ (aus Gespräch 6-6002BE6)

RIAS: Übereinstimmung/Verstehen

Ausdruck der Übereinstimmung und des Verstehens von Gesprächsinhalten im Sinne von „ja, ich habe verstanden.“

RIAS: Back –Channel

Ausdruck aufmerksamen Zuhörens, indirekte Aufforderung zum Weitersprechen des

Gegenübers durch ein „hmm“, „ok“ oder auch ein „ja“, die den Gesprächspartner in seinem Redefluss unterstützt

RIAS: Frage nach Beruhigung

Patientenersuchen nach Beruhigung und Beschwichtigung zu allgemeinen und gesundheitsrelevanten Themen

3.3. Modifizierung der originären RIAS-Kategorien

Die modifizierten Kategorien basieren auf dem RIAS und wurden der Gesprächssituation der GU-Beratung mit Übergewichtigen angepasst. Die Möglichkeit der Adaptation des Verfahrens an spezifische Fragestellungen wird von Debra Roter im RIAS-Manual angeregt und in zahlreichen internationalen Publikationen praktiziert [91].

3.3.1. Erfassung der GU-Inhalte

Nach den internationalen Leitlinien zur Behandlung adipöser Patienten bilden die allgemeine Risikoeinordnung, die Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität wesentliche therapeutische Optionen in der Behandlung von Übergewichtigen (siehe 1.1.1.). Da innerhalb der Gesundheitsuntersuchung die ärztliche Aufklärung der Patienten über ihr individuelles kardiovaskuläres Risiko bedeutsam ist, sind demzufolge Beratungsinhalte über Bewegung, Ernährung und Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von besonderer Relevanz. Diese Aspekte werden in drei gesonderten Hauptkategorien differenzierter dargestellt. Beispiele aus den Beratungen sind im Ergebnisteil Kapitel 4.3. aufgeführt. Zudem sind Anteile der hausärztlichen Beratung separat zusammengefasst, die für die allgemeine präventive Beratung bedeutsam sind, wie beispielsweise die Impfberatung oder Themen der Krebsvorsorge. Diese Gesprächsinhalte sind entsprechend in einer vierten Hauptkategorie „Sonstige“ subsumiert.

Hauptkategorie Risiko

Diese Kategorie beinhaltet Äußerungen, die im Zusammenhang mit Ergebnissen von Laboruntersuchungen und anamnestisch relevanten kardiovaskulären Risikofaktoren gemacht wurden.

Als kardiovaskuläre Risikoparameter gelten:

Übergewicht des Patienten, kardiovaskuläre Vorerkrankungen, eine positive Familienanamnese, Hypertonie, Hypercholesterinämie und Dyslipidämie, Glucosämie, Nikotin- und Alkoholkonsum.

Hauptkategorie Ernährung

Diese Kategorie subsumiert Aussagen, die die Ernährungsgewohnheiten des Patienten betreffen, also die Menge der Nahrung, zu welcher Tageszeit sie eingenommen wird und Äußerungen zu der Art der Nahrungsmittel und ihrer Zusammensetzung (beispielsweise fett- oder zuckerlastig). Auch Gesprächsinhalte, die Nahrungsaufnahme mit Bezug zum sozialen Kontext (besondere Anlässe, Familientreffen, Essverhalten des Partners) aufgreifen, werden in dieser Kategorie zusammengefasst.

Hauptkategorie Bewegung

Alle verbalen Aussagen, die die Art der körperlichen Aktivität (Spaziergehen, Fahrradfahren, Laufen, Walken etc.), ihrer Dauer und Häufigkeit bzw. Regelmäßigkeit betreffen, sind dem Themenbereich Bewegung zugeordnet.

Hauptkategorie Sonstige

Diese Kategorie fasst Gesprächsinhalte zusammen, die sowohl im Zusammenhang mit dem Allgemeinzustand des Patienten fallen, als auch Bezug zu Vorerkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen bzw. medizinischer Weiterbehandlung haben, die nicht im kardiovaskulären Kontext stehen (z.B. Krebsvorsorge, gynäkologische Untersuchungen, Impfungen).

3.3.2. Ergänzende Checklisten

Um die Beratung von Übergewichtigen in der Hausarztpraxis global erfassen zu können, wurden zusätzlich sogenannte Checklisten verwendet, die eine Einschätzung weiterer Gesprächsmerkmale erlaubt. Die Bewertungen beziehen sich auf die Erstellung des kardiovaskulären Risikoprofils des Patienten, die Ausarbeitung der Motivation des Patienten zur Gewichtsreduktion, auf die Ausarbeitung verbindlicher Therapieziele und die Vereinbarung über einen Nachsorgetermin. Sie werden im direkten Anschluss an die Kodierung des Gesprächs notiert und mit derjenigen Ziffer kodiert, dessen Aussage zutrifft.

Befundbesprechung

Die Besprechung der Befunde (Laborparameter und körperliche Untersuchung) erfolgt:

- 1 = nicht
- 2 = mit Nennung einzelner Risikofaktoren ohne Hinweis auf Folgeerkrankungen
- 3 = mit einer Zusammenfassung der Risikofaktoren und Hinweis auf mögliche Folgeerkrankungen
- 4 = mit Erstellung eines individuellen Risikoprofils anhand einer Risikotabelle

Motivationsergründung

Inwiefern gibt der Arzt dem Patient die Möglichkeit, seine eigenes Interesse und seine Bereitschaft für eine Gewichtsreduktion zu schildern?

- 1 = Der Patient wird nicht nach seiner eigenen Motivation zur Gewichtsabnahme gefragt
- 2 = Der Arzt befragt den Patienten nach seiner Motivation zur Gewichtsreduktion
- 3 = Die Initiative geht vom Patienten aus

Vereinbarung von Therapiezielen

Inwiefern werden Behandlungsziele zur Gewichtsreduktion entwickelt?

- 1 = Ein Therapieziel wird nicht thematisiert
- 2 = Ein allgemeines Behandlungsziel wird vom Arzt thematisiert
- 3 = Ein konkretes Behandlungsziel wird vom Arzt thematisiert
- 4 = Es kommt zu einer gemeinsamen Entwicklung eines allgemein gehaltenen Therapieziels
- 5 = Es kommt zu einer gemeinsamen Entwicklung eines konkreten Therapieziels

Ein konkretes Therapieziel meint im Gegensatz zum allgemeinen Therapieziel die genaue Angabe der anzustrebenden Gewichtsreduktion über einen definierten Zeitraum, über den die Abnahme erfolgen sollte.

Überprüfung des Therapieerfolgs

Wird ein Nachsorgetermin vereinbart, der die Evaluation des Behandlungsplans ermöglicht?

- 1 = Es wird kein Nachsorgetermin vereinbart
- 2 = Es wird ein turnusgemäßer Termin im Rahmen der nächsten GU vereinbart
- 3 = Es wird ein Nachsorgetermin vereinbart, der vor der nächsten GU stattfinden soll

3.3.3. Erfassung der ärztlichen Gesprächsführung

Es erwies sich im Zuge der Untersuchung als praktikabel und dienlich, eine Zusammenfassung der originären RIAS-Kodierungen vorzunehmen. Diese Vorgehensweise orientierte sich an einer Originalarbeit von Paasche-Orlow und Roter [92]. Dadurch ließ sich eine Beschreibung des ärztlichen Kommunikationsstils in der Beratungssituation mit Übergewichtigen vornehmen. Es wurde differenziert zwischen:

- Aussagen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis bestärken
- Aussagen, die partnerschaftliches Handeln zwischen Arzt und Patient beschreiben
- Aussagen, die die verbale Aufmerksamkeit des Sprechers verdeutlichen
- Aussagen, die eine emotionale Besorgnis des Sprechers widerspiegeln

Verhältnisaufbau

Äußerungen dieser Kategorie tragen zu einer angenehmen Gesprächsatmosphäre bei und schaffen ein vertrauensvolles und von Respekt geprägtes Verhältnis zwischen beiden Aktanten. Es subsumieren sich die folgenden RIAS-Kodes: „Persönliche Bemerkungen/Soziale Konversation“, „Lachen/Freude“, „Lob/Zustimmung“, „Empathie/Einfühlungsvermögen“, „Verständnis/Legitimierung“, „Selbstoffenbarung“, „Beruhigung/Optimismus“.

Partnerschaftliches Handeln

Kodiert werden Äußerungen, die die direkte Allianz oder Verbundenheit (RIAS: „Partner“) zwischen Arzt und Patient explizit ausdrücken, aber auch Fragen, die zur Rückversicherung des Gegenübers über unmittelbar davor Gesagtes dienen, im Sinne von „Haben Sie verstanden“ (RIAS: „Verständnis“). Desweiteren gehören zu dieser Kategorie die Frage nach der Meinung und Einstellung des Patienten zur Ätiologie, Diagnose und persönlichen Vorlieben in Bezug auf Therapie und Behandlungspläne (RIAS: „Frage nach Meinung“). Das Ersuchen nach Beruhigung kann als Appell des Patienten an den Arzt verstanden werden, ihn emotional zu unterstützen (RIAS: „Frage nach Beruhigung“).

Verbale Aufmerksamkeit

Verbale Aufmerksamkeit drückt Zugewandtheit zu dem jeweiligen Gesprächspartner

und Interesse an dem soeben Gesagten aus. Kodiert werden sogenannte Back-channel Äußerungen, die als aufmerksames Zuhören gedeutet werden und den Gesprächspartner zum Weitererzählen ermutigen sollen (RIAS: „BC“, z.B. „hmmm“). Zudem werden Paraphrasen im Sinne von „Verstehe ich Sie richtig?“ (RIAS: „Check“) und Zeichen von Verstehen und Übereinstimmung, „ja, ich verstehe“, unter verbaler Aufmerksamkeit kodiert (RIAS: „Überein“).

Zeigen von Emotionen:

In dieser Kategorie subsumieren sich Äußerungen, die ein ausgeprägtes affektives Element haben und Sorge und Beunruhigung ausdrücken (RIAS: „Sorge/Beunruhigung“). Diese Kategorie zeigt, wie gefühlsbetont sich die Beratungsgespräche gestalten und verdeutlicht deren emotionale Dimension.

3.4. Vorgehensweise und statistische Auswertung

Die Vergabe der Codes anhand der Audioaufzeichnungen der Beratungsgespräche wurde abweichend vom üblichen RIAS-Verfahren auch durch das parallele Mitlesen der Transkriptionen bewerkstelligt. Mit Hilfe des Programms für qualitative Datenanalyse der FU-Berlin, AtlasTi, konnte das Kodierungsverfahren transparent und nachvollziehbar gemacht werden. Das gewählte Vorgehen nahm zwar entsprechend mehr Zeit in Anspruch als im Roter-Manual vorgesehen (etwa die sechsfache Gesprächslänge), wurde aber aufgrund der beschriebenen Vorteile bevorzugt. Die Konsultationen wurden durch zwei geschulte Rater kodiert und die Interkoder-Reliabilität anhand von 14% (n=7) der Gespräche überprüft, wobei die Korrelation nach Pearson zufriedenstellende Werte ergab ($r=0,85$ bis $0,95$).

Im zweiten Schritt erfolgte die quantitative Analyse des generierten Datensatzes mit der Software SPSS, Version 15. Die Maße Mittelwert, Median und Standardabweichung wurden mittels deskriptiver Datenanalyse untersucht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede Häufigkeiten von Kodierungen sowie andere arzt- und patientenseitige Einflussfaktoren wurden als unabhängige Stichproben mit einfaktorierter Varianzanalyse (ANOVA) auf statistische Signifikanz überprüft. Dabei wurde die Anzahl der kodierten Äußerungen auf die Gesprächsminute umgerechnet, um einer statistischen Verzerrung der Stichprobe durch die unterschiedliche Gesprächslänge entgegenzuwirken und so die Vergleichbarkeit der Daten unter den Ärzten zu gewährleisten.

Mehrstufige Variablen wurden mit Fisher LSD als Post-Hoc-Test untersucht. Eine schrittweise Regressionsanalyse für signifikante Differenzen wurde für die Analyse der Inhalte der GU-Beratung und der ärztlichen Gesprächsführung angewendet. Statistische Unterschiede wurden bei einem Niveau von $p < 0,05$ als signifikant eingestuft.

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobe

Studienärzte

An der Studie beteiligten sich insgesamt zwölf Ärzte, die in Hausarztpraxen in Berlin oder Brandenburg tätig waren. Die acht Ärztinnen und vier Ärzte waren zwischen 4 und 24 Jahren hausärztlich tätig. Alle Mediziner wiesen eine abgeschlossene Facharztausbildung aus, elf praktizierten als Fachärzte für Allgemeinmedizin und eine Ärztin befand sich als Pädiaterin in der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Sieben der Studienärzte praktizierten im Westteil Berlins, drei im Ostteil und zwei im Landkreis Oberhavel nord-östlich von Berlin. Eine Lehrarztstätigkeit an der Charité-Universitätsmedizin Berlin übten sieben der zwölf Ärzte aus. Das Durchschnittsalter betrug 50 Jahre.

Studienpatienten

Von den 50 Patienten, deren Arztgespräche für die Auswertung verwendet wurden, waren 31 weiblichen und 19 männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 59 Jahre, der jüngste Patient war 35 Jahre, der älteste 75 Jahre alt. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten kam aus der Mittelschicht, während 36,4% zur Ober- und 9,1% zur Unterschicht gehörten (nach Winkler [93]). Die Betreuungszeit der Patienten durch ihren Hausarzt lag zwischen null und 20 Jahren. Durchschnittlich wurden die Patienten seit sechseinhalb Jahren von ihren Ärzten behandelt, ca. ein Drittel von ihnen befand sich bereits zehn oder mehr Jahre in hausärztlicher Betreuung bei dem jeweiligen Arzt. Der Mittelwert des Body-Maß-Index (BMI) der Patienten betrug 32 kg/m² mit einer Spannweite von 25,2 kg/m² bis 39,7 kg/m², 16 der Studienpatienten hatten einen BMI, der kleiner war als der von der Deutschen Adipositas Gesellschaft als behandlungsbedürftig eingestuft 30kg/m², 34 der Patienten lagen darüber. Ein oder mehrere vorbestehende kardiovaskuläre Risiken wiesen 64% der Patienten auf (Hypertonie, Diabetes mellitus, arterielle Verschlusskrankheit, Koronare Herzkrankheit und Hyperlipidämie). Das Risikoprofil der teilnehmenden Patienten war homogen auf die Ärzte verteilt. Weiterhin zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, Betreuungszeit und Schichtzugehörigkeit) zwischen den zwölf Hausarztpraxen.

Beratungsgespräche

Von den zwölf teilnehmenden Hausärzten wurden im zweiten und dritten Quartal 2007 insgesamt 67 Beratungsgespräche mit übergewichtigen oder adipösen Patienten auf Tonträger aufgezeichnet. Von allen zwölf Fachärzten wurden Gespräche in die Stichprobe aufgenommen, zudem sämtliche Gespräche der männlichen Hausärzte aufgrund der Unterrepräsentation innerhalb des Samples. Von einer Ärztin standen deutlich mehr Gespräche zur Verfügung (n=23) als von den anderen Medizinerinnen, sodass durch Zufallsauswahl acht Gespräche ausgeschlossen wurden.

Weitere Ausschlusskriterien waren unvollständige Audioaufnahmen (n=2) und verspätet von den Ärzten eintreffende Tonaufnahmen, die für diese Analyse nicht mehr berücksichtigt werden konnten (n=6). Bei einem Gespräch lag der BMI des Patienten nicht vor. Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien kamen insgesamt 50 Konsultationen für eine Auswertung in Frage.

Zusammensetzung Gesprächskorpus

Der Anteil an den von weiblichen Hausärzten geführten Konsultationen umfasste 35 Gespräche, davon 23 mit Patientinnen und zwölf mit Patienten (siehe Tabelle 1). Von männlichen Ärzten lagen insgesamt 15 Gespräche vor, die mit acht weiblichen und sieben männlichen Patienten geführt wurden. Eine Ärztin führte insgesamt 15 der Arzt-Patienten-Gespräche, von drei der Hausärztinnen wurde nach Zufallsauswahl nur ein Beratungsgespräch in den Korpus mit aufgenommen. Bei den Ärzten wurden von einem Mediziner acht Gespräche aufgezeichnet, von zwei weiteren Ärzten lagen jeweils zwei GU-Gespräche zur Auswertung vor.

Tabelle 1: Übersicht Gesprächskorpus

Geschlecht des Arztes			Geschlecht des Patienten		Gesamt
			Weiblich	Männlich	
weiblich	Arztcode	1	9	6	15
		2	4	3	7
		3	2	1	3
		4	0	1	1
		5	2	1	3
		6	1	0	1
		7	4	0	4
		8	1	0	1
	Gesamt		23	12	35
männlich	Arztcode	9	1	1	2
		10	3	0	3
		11	0	2	2
		12	4	4	8
	Gesamt		8	7	15

4.2. Deskriptive Gesprächsanalyse

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den formalen Ablauf der GU-Beratungsgespräche, von besonderer Bedeutung waren dabei die Gesprächslänge, die Verteilung der Gesprächsanteile und die Sprecherdominanz.

4.2.1. Gesprächsdauer

Tabelle 2 verdeutlicht, dass die Länge der Beratungsgespräche innerhalb des Ärztekollektivs signifikant zwischen 1:45 und 32:54 Minuten variierte. Durchschnittlich dauerten die Gespräche 8:27 Minuten, der Median lag bei 05:49 Minuten.

Tabelle 2: Übersicht Gesprächsdauer (alle Angaben in Minuten)

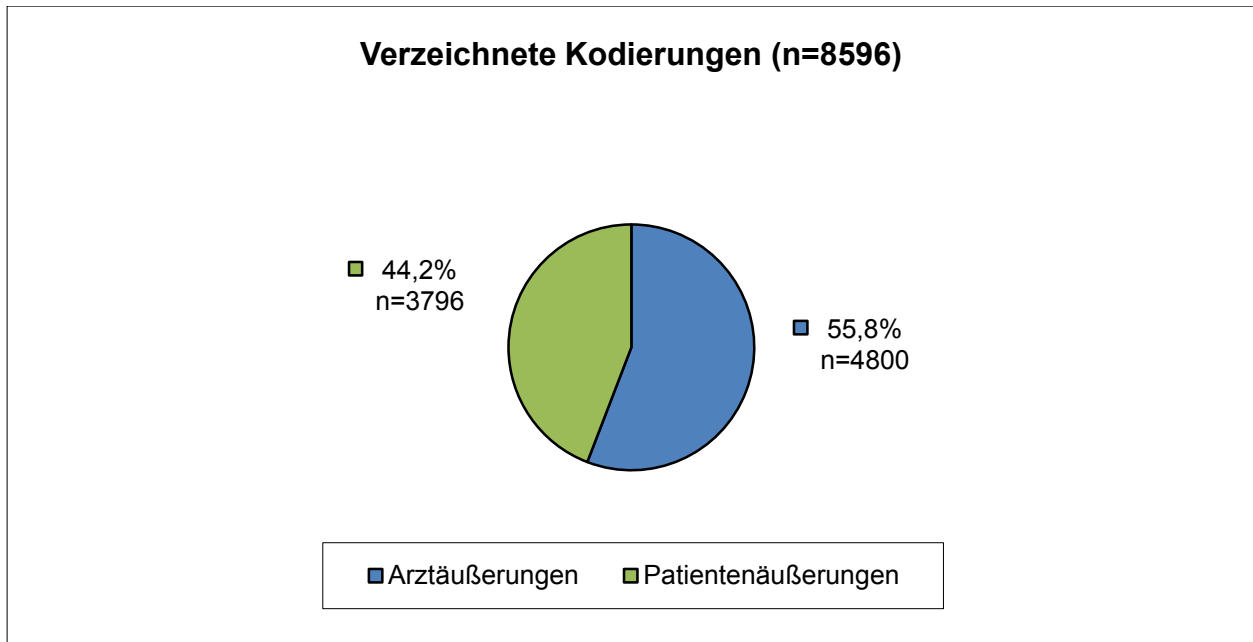
			Mittelwert (SD)	p-Wert	Min	Max
Gesprächsdurchschnitt			08:27 (6:30)			
Patientenvariablen	Geschlecht	Weiblich	10:02 (7:22)	0.01		
		Männlich	05:53 (3:40)			
	BMI	<30 kg/m ²	05:03 (2:13)	0.027		
		≥30 kg/m ²	10:03 (7:13)			
Arztvariablen	Arztkode			<0.001		
	Geschlecht	Weiblich	10:05 (6:56)	0.005	03:00	32:54
		Männlich	04:39 (2:59)		01:45	11:45

Arzt- und patientenseitige Einflussfaktoren

Die von den Studienärztinnen geführten Beratungen dauerten im Mittel 10:05 Minuten (siehe Tabelle 2). Das längste Gespräch wurde über etwa 33 Minuten, das kürzeste über drei Minuten geführt. Die durchschnittliche Gesprächsphase der männlichen Ärzte war mit 4:39 Minuten kürzer als die der Kolleginnen. Das längste Gespräch nahm 11:45 Minuten in Anspruch, während die kürzeste Konsultation 1:45 Minuten betrug. Die Dauer der Beratungsgespräche von weiblichen und männlichen Hausärzten unterschied sich signifikant ($p=0,005$). Zudem führten die Studienärztinnen und -ärzte längere Gespräche mit Patienten, die einen BMI ≥ 30 kg/m² aufwiesen, als mit Patienten mit einem BMI < 30 kg/m² ($p=0,027$). Die Konsultationen mit weiblichen Patienten dauerten durchschnittlich 10:02 Minuten, während die Beratung männlicher Patienten im Mittel 5:53 Minuten betrug ($p=0,01$).

4.2.2. Sprecheranteile

Die Gesamtanzahl aller kodierten Arzt- und Patientenäußerungen ist in Grafik 1 dargestellt. Von Patienten und Ärzten wurden in den 50 Konsultationen 8596 Aussagen in Kategorien erfasst. Mit 4800 Aussagen (55,8%) überwog der Sprechanteil der Mediziner; entsprechend hatten Patienten einen verbalen Gesprächsanteil von 44,2% in den Beratungsgesprächen.



Grafik 1: Verteilung der Sprechanteile

Genderunterschiede

Anschließend wurden die Unterschiede zwischen Beratungen von männlichen und weiblichen Ärzten herausgearbeitet. Wie beschrieben, wurde bei Vergleichen zwischen Ärztinnen und Ärzten die Anzahl der Äußerungen auf die Gesprächsminute umgerechnet (siehe 3.4.). Tabelle 3 zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu ihren Patienten gleichermaßen höhere Gesprächsanteile in der Beratungssituation aufwiesen. Im Verhältnis zu den jeweiligen Patientenäußerungen wurden von Ärzten durchschnittlich mehr Aussagen kodiert als von Ärztinnen (62,68% bzw. 56,36%). Damit war der Anteil an kodierten Patientenaussagen in Gesprächen mit Ärztinnen höher als in Gesprächen mit Ärzten ($p < 0,05$).

Tabelle 3: Sprecherdominanz

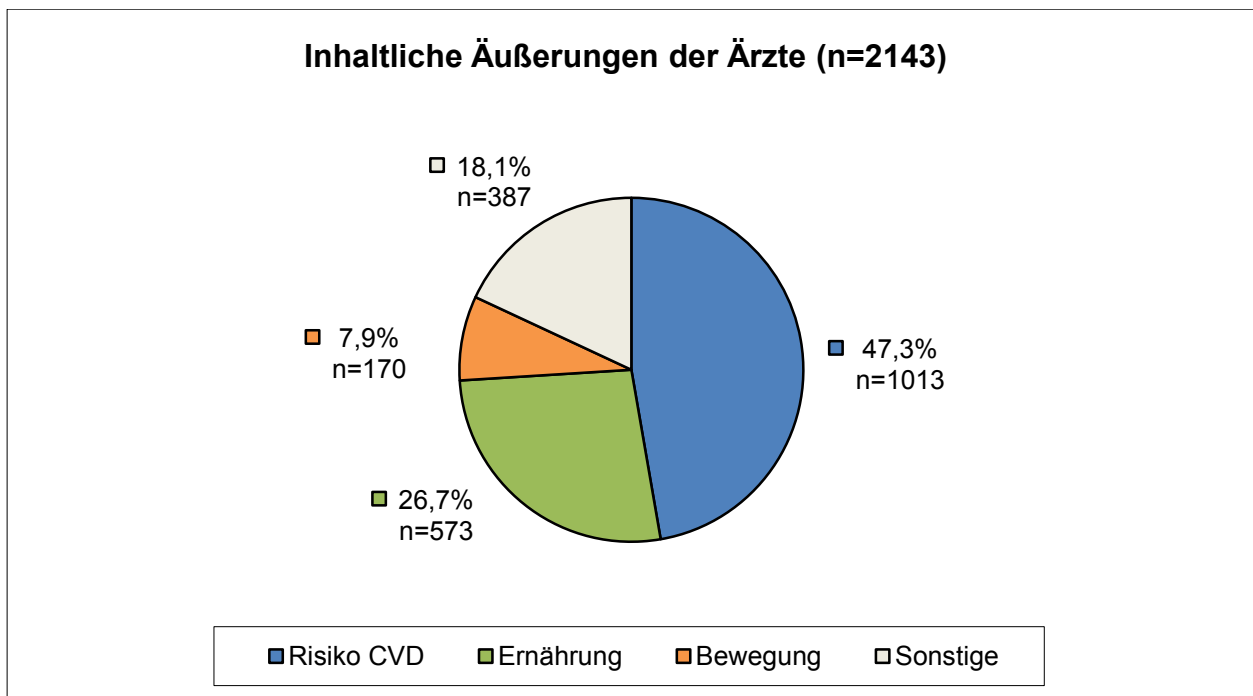
Geschlecht des Arztes		Mittelwert (SD)	Gesprächsanteil in %
Gesamt	Arztäußerungen	11,89 (2,59)	55,80
	Patientenäußerungen	08,57 (3,37)	44,20
Weiblich	Arztäußerungen	11,88 (2,52)	56,36
	Patientenäußerungen	09,20 (2,63)	43,64
Männlich	Arztäußerungen	11,91 (2,83)	62,68
	Patientenäußerungen	07,09 (4,42)	37,32

4.3. Inhalte der Beratungsgespräche

Zu Beginn der Untersuchung wurden vier große Themenbereiche postuliert, die einen Schwerpunkt in der hausärztlichen Beratung mit übergewichtigen und adipösen Patienten einnehmen (siehe auch 3.3.3.): Die allgemeine Besprechung von kardiovaskulären Risikofaktoren, die Lebensstilberatung zu Ernährung und Bewegung und weitere medizinische Themen, die in der Kategorie „Sonstige“ zusammenzufassen waren.

4.3.1. Ärzte: Risiko-, Ernährungs- und Bewegungskommunikation

Grafik 2 zeigt die inhaltlichen Schwerpunkte, die sich aus der Analyse der Check-Up-Beratungsgespräche ableiten ließen. Mit Hilfe der Kodierungen konnten zusätzlich spezifische Kommunikationsmuster beschrieben werden, die in den Tabellen 4 bis 6 dargestellt sind.



Grafik 2: Relative und absolute Häufigkeit der Themenschwerpunkte

Besprechung kardiovaskulärer Risikofaktoren

Aus Grafik 2 geht hervor, dass insgesamt etwa die Hälfte der Gesprächsinhalte aller Ärzte der Kategorie der Risikokommunikation (47,3%) zuzuordnen war. Im Mittel trafen die Ärzte in den untersuchten Gesprächen 20,26 Aussagen zu diesem Thema. Tabelle 4 zeigt die Häufigkeiten der RIAS-Kodierungen im Themenbereich Risiko.

Tabelle 4: Kommunikationsmuster Kardiovaskuläre Risikofaktoren

RIAS-Kode	Mean (SD)	Min	Max	Summe
Fragen	3,44 (5,65)	0	29	172
Geben Info	12,82 (7,40)	3	35	641
Empfehlungen	4 (6,15)	0	31	200
Gesamt	20,26 (14,77)	6	86	1013

Demnach wurden pro Gespräch im Mittel 3,44 anamnestische Fragen zu kardiovaskulärer Vorbelastung, medikamentöser Behandlung und Erkundigung nach Nikotin- und Alkoholkonsum gestellt.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 6: „Wie viel wiegen Sie denn jetzt?“

Arzt 9: „Und in Ihrer Familie, Blutsverwandte, ist da Bluthochdruck, Zucker, Schlaganfall?“

Arzt 7: „Und abends nehmen Sie ja noch die ganzen anderen Medikamente. Nämlich die zwei Blutdrucktabletten, `ne?“

Ärztliche Informationen standen meist im Zusammenhang mit der Anamneseerhebung, der Befundmitteilung der zuvor untersuchten Laborwerte und den Ergebnissen aus der körperlichen Untersuchung. Medizinische Erklärungen zu pathologischen Laborparametern mit Hinweis auf mögliche Folgeerkrankungen waren ebenfalls Teil der ärztlich-therapeutischen Risikobewertung.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 15: „Das Gesamtcholesterin mit 243 ist leicht erhöht. Das gute Cholesterin, das HDL ist im Normbereich. Und das LDL- Cholesterin, also das schlechte Cholesterin, ist mit 155 für Sie ein bisschen zu hoch.“

Arzt 15: „Also generell unter 135/85, der Puls ja schwankend, so aber um meist unter 80.“

Arzt 1: „Und das Erste was bei Ihnen ist, Sie werden Diabetiker, also zuckerkrank. Wenn das so weiter geht, wird die Zuckerkrankheit fortschreiten.“

Arzt 2: „Und in ihrem Fall kommt zusätzlich noch diese Fettstoffwechselstörung. Das kommt dann zu Ablagerungen von Fett in den Gefäßen, zu Verkalkungen.“

Die ärztlichen Ratschläge und Empfehlungen nahmen überwiegend Bezug auf medizinische und therapeutische Konsequenzen, die sich aus der vorangegangenen Blutuntersuchung und der körperlichen Untersuchung ergaben:

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 1: „Also 'ne Gewichtsabnahme wäre schön, dann geht der Blutdruck auch ein bisschen runter.“

Arzt 19: „Ich denke, man sollte das [LDL] doch senken, medikamentös. Das wäre praktisch ein Statin, das wäre abends eine halbe Tablette, die Sie nehmen sollten.“

Ernährungsberatung

Rund ein Viertel der Aussagen der Studienärzte bezog sich auf den Themenkomplex Ernährung (26,7%; siehe Grafik 2). Durchschnittlich wurden in dieser Kategorie 11,46 ärztliche Aussagen für alle 50 GU-Gespräche verzeichnet. Tabelle 5 zeigt die entsprechenden RIAS-Kodierungen in Hinblick auf Ernährungsfragen.

Tabelle 5: Kommunikationsmuster Ernährung

RIAS-Kode	Mean (SD)	Min	Max	Summe
Fragen	2,32 (2,90)	0	10	116
Geben Info	4,28 (5,44)	0	22	214
Empfehlungen	4,86 (7,12)	0	33	243
Gesamt	11,46 (11,31)	0	38	573

Die Analyse der ärztlichen Fragen zeigte, dass meist nach allgemeinen und speziellen Essgewohnheiten der Patienten gefragt wurde. Insbesondere war die Häufigkeit, Menge und Art der Nahrungsmittel bedeutsam. Durchschnittlich wurden von den Allgemeinmediziner*innen 2,3 Fragen pro Gespräch zu Ernährungsthemen gestellt.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 2: „Essen Sie Obst und Gemüse? Essen Sie viel Brot? Essen Sie eher Vollkornprodukte, eher helle Sachen?“

Arzt 11: „Wie viel Öl kommt da ran an den Salat?“

Die Studienärzte vermittelten darüber hinaus relevante Informationen im Allgemeinen zur Ernährung und klärten über die Eigenschaften von bestimmten Nahrungsmitteln auf.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 2: „Wenn man Eiweiß isst, das hat nicht so eine hohe Energiedichte, da braucht der Körper einfach mehr Energie, muss er aufwenden, um da überhaupt etwas zu gewinnen, das ist sicherlich ganz günstig.“

Arzt 1: „Irgendwie müssen sie [Diätsachen] ja zuckrig gemacht werden. Und der Fruchtzucker, der macht nur langsam ein Anstieg von Zucker, aber er macht ihn auch. Und er schüttet dann genauso Insulin aus, was wieder Hunger macht.“

Weiterer Bestandteil der GU-Gespräche war eine spezifische diätische Beratung seitens der Hausärzte. Im Mittel sprachen sie 4,86 Empfehlungen aus. Dies stellt den höchsten Wert des RIAS-Kodes „Empfehlung“ innerhalb der vier Themenbereiche dar.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 1: „Also Gemüse dürfen Sie eigentlich unbegrenzt essen...ob Bohnen, ob Auberginen.“

Arzt 2: „Zwei Eier in der Woche sind ausreichend.“

Arzt 7: „Hm. Wann essen Sie denn Mittag?“

P: „Na, zwischen halb eins und zwei. Das kommt `drauf an.“ A: „Das ist relativ spät, ja?“

Bewegungsberatung

Die Studienärzte thematisierten in den analysierten Gesprächen weniger häufig die Bewegungsaktivität ihrer Patienten. Die Diskussion um das Thema Bewegung machte nur 7,9% aller inhaltlichen Aussagen der Ärzte aus und bildete somit den kleinsten Teil aller kontextbezogenen Kodierungen (siehe Grafik 2). Tabelle 6 zeigt die Kommunikationsmuster im Bereich Bewegung.

Tabelle 6: Kommunikationsmuster Bewegung

RIAS-Kode	Mean (SD)	Min	Max	Summe
Fragen	1,00 (5,65)	0	6	50
Geben Info	1,08 (1,97)	0	11	54
Empfehlungen	1,32 (2,65)	0	12	66
Gesamt	3,40 (5,25)	0	26	170

Fragen zur körperlichen Bewegung hatten meist Bezug zu Form und Häufigkeit der Bewegungsaktivität und wurden in den Gesprächen im Vergleich zu den anderen Themen selten kodiert. Pro Konsultation wurde im Mittel eine Frage gestellt. Fragen mit psychosozialen Gehalt, die also z.B. nach einer Ursache für den Bewegungsmangel des Patienten suchten, wurden insgesamt viermal kodiert.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 8: „Wie isses denn mit Bewegung?“

Arzt 9: „Wie ist es mit Fahrradfahren, ginge Fahrradfahren?“

Arzt 1: „Aber Sie hatten in der Jugend beim Sport nie irgendwelche Probleme?“

Aussagen mit informativem Charakter bezogen sich überwiegend auf Sportangebote oder Bewegungsinitiativen und enthielten allgemeine Hinweise zur Bedeutung von sportlicher Betätigung und körperlicher Aktivität. Sie wurden im Mittel 1,08 mal pro Gespräch registriert.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 4: „Die [Bewegungsgruppen] machen so Kraftsport, Ausdauersport, Schwimmen...alles Mögliche.“

Arzt 2: „Also, einfach von der Gewichtsabnahme jetzt abgesehen, auch zur Blutdruckregulierung ist es günstig, sich also dreimal in der Woche 'ne halbe Stunde richtig auszuworken.“

Konkrete Ratschläge zu möglichen körperlichen Betätigungen und Sportprogrammen in Verbindung mit dem Versuch, ihre Patienten zu mehr Bewegung zu motivieren, kommunizierten die Hausärzte durchschnittlich 1,32 mal.

Beispiele aus den GU-Beratungen:

Arzt 2: „Wichtig ist, dass Sie überhaupt sich bewegen und es wäre gut, wenn sie es zweimal in der Woche mit einer gewissen Regelmäßigkeit machen würden.“

Arzt 15: „Viel Bewegung ist generell günstig, machen!“

Arzt 2: „Sie können bezirksnah in jedem Bezirk bei den Sportvereinen anrufen.“

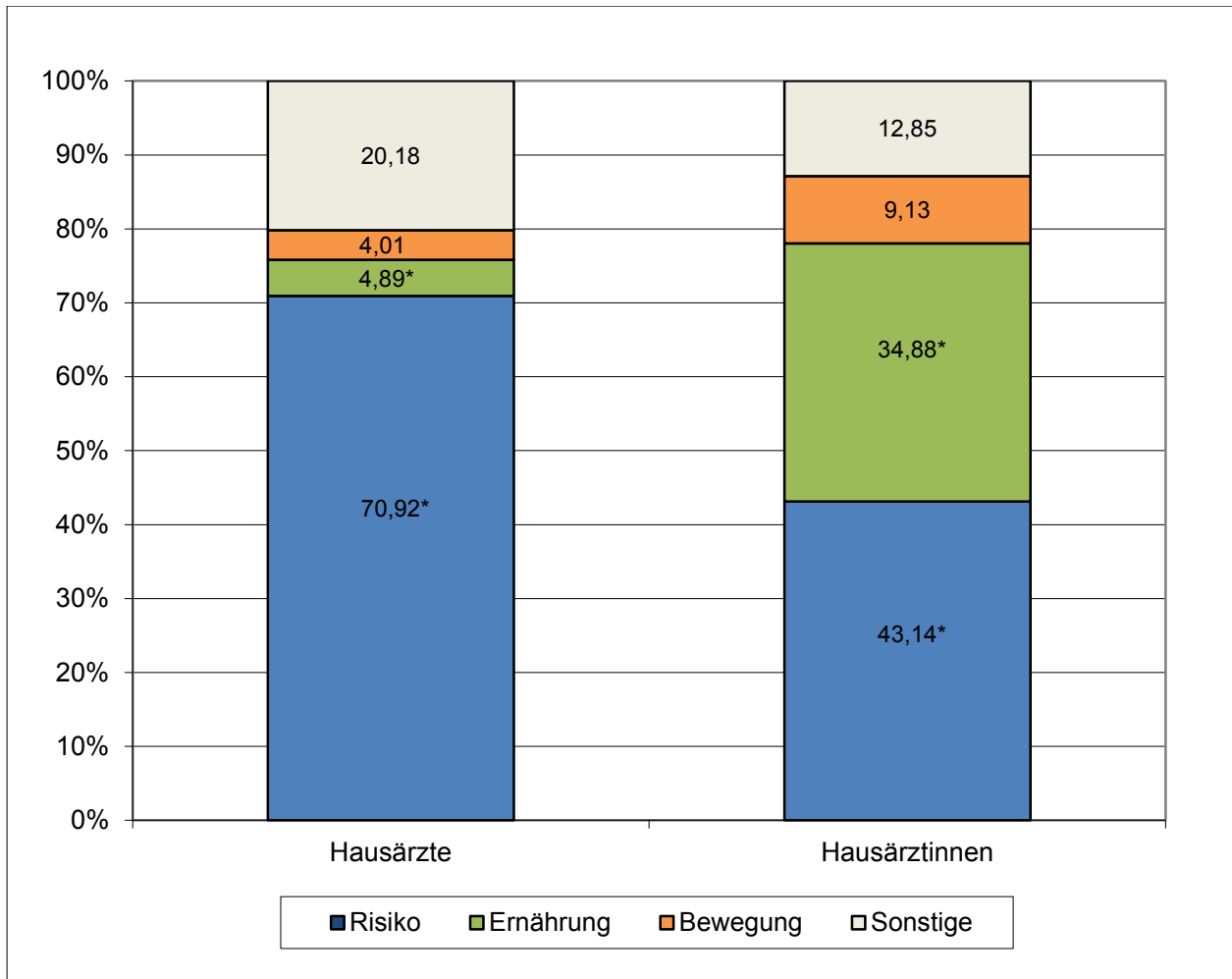
Sonstige Beratungsinhalte

Die Kategorie Sonstige bildete das drittgrößte Segment aller von den Ärzten diskutierten Inhalten (18,1%; siehe Grafik 2). Thematisch gestaltete sich diese Kategorie aus Aussagen, die sich auf weitere Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen beziehen (Krebsvorsorge, urologische und gynäkologische

Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen), die nicht primär dem Kontext der kardiovaskulären Prävention zuzuordnen waren. Die Besprechung von Laborparametern wie Schilddrüsen- und Nierenwerte wurde in dieser Kategorie zusammengefasst. Im Kontext dieser Arbeit wurden die beschriebenen Inhalte nicht weiter differenziert.

4.3.1.1. Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten

Die Gesprächsinhalte wurden von den gesprächsführenden Hausärztinnen anders gewichtet als von Hausärzten, wie aus Grafik 3 hervorgeht. Bei vergleichbarem Gesundheitszustand ihrer Patienten wurde deutlich, dass die Ansprache allgemeiner Risiken sowohl bei Ärztinnen und als auch bei Ärzten im Vordergrund der Abschlussgespräche stand, wobei entsprechende Inhalte von männlichen Kollegen häufiger thematisiert wurden ($p < 0,01$). Zugleich zeigte sich, dass Ernährungsaspekte von den Medizinerinnen signifikant häufiger in die Beratung eingebracht wurden, während beide Arztgruppen die körperliche Aktivität ihrer Patienten gleichermaßen selten ansprachen. Allerdings war der Anteil dieses Themenfeldes an den von Ärztinnen geführten Beratungen mit 9,13% mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu Ärzten (4,01%).



Grafik 3: Geschlechterunterschiede bei inhaltlichen Schwerpunkten; * $p < 0,01$
 Prozente berechnet auf Basis der Anzahl der Äußerungen pro Gesprächsminute.

4.3.1.2. Patientenseitige Einflussfaktoren auf Beratungsinhalte

Es wurde untersucht, inwiefern ein Einfluss soziodemographischer Merkmale und der Gesundheitszustand der Patienten auf Gesprächsinhalte vorlagen. Die Analyse bezog das Geschlecht, den BMI, das Alter, den sozialen Status und eine Vorbelastung durch kardiovaskuläre Erkrankungen als unabhängige Variable mit ein. Aus ihr ging hervor, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Beratungsgespräche im Bereich der Aufklärung über kardiovaskuläre Risiken und der Diskussion um Bewegung und Ernährung in dieser kleinen Stichprobe keine signifikanten Zusammenhänge zu den untersuchten Merkmalen aufwies (siehe Tabelle 7).

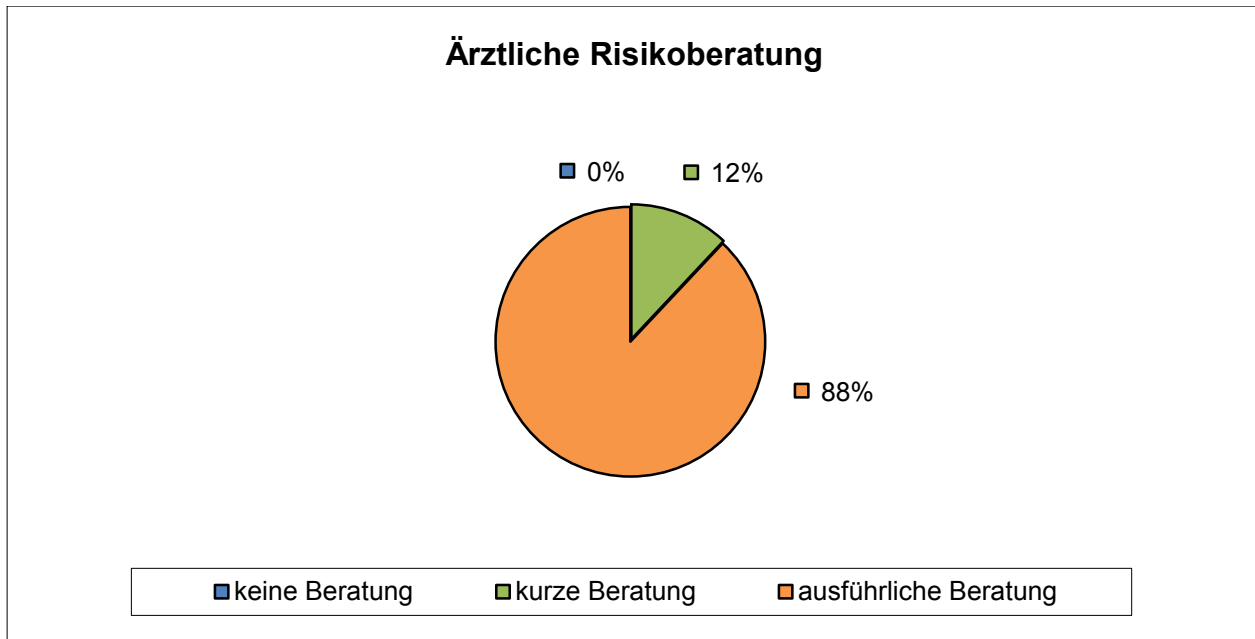
Tabelle 7: Zusammenhang von Beratungsinhalten und Patientenmerkmalen

		Risiko	Ernährung	Bewegung	Sonstige
		p-Wert	p-Wert	p-Wert	p-Wert
Patientenmerkmale	BMI	0,56	0,98	0,50	0,99
	Geschlecht	0,18	0,83	0,33	0,13
	Alter	0,32	0,94	0,55	0,89
	Kardiovaskuläre Vorerkrankung	0,48	0,24	0,83	0,13
	Sozialer Status	0,28	0,44	0,18	0,89

4.4. Umfang der ärztlichen Lebensstilberatung

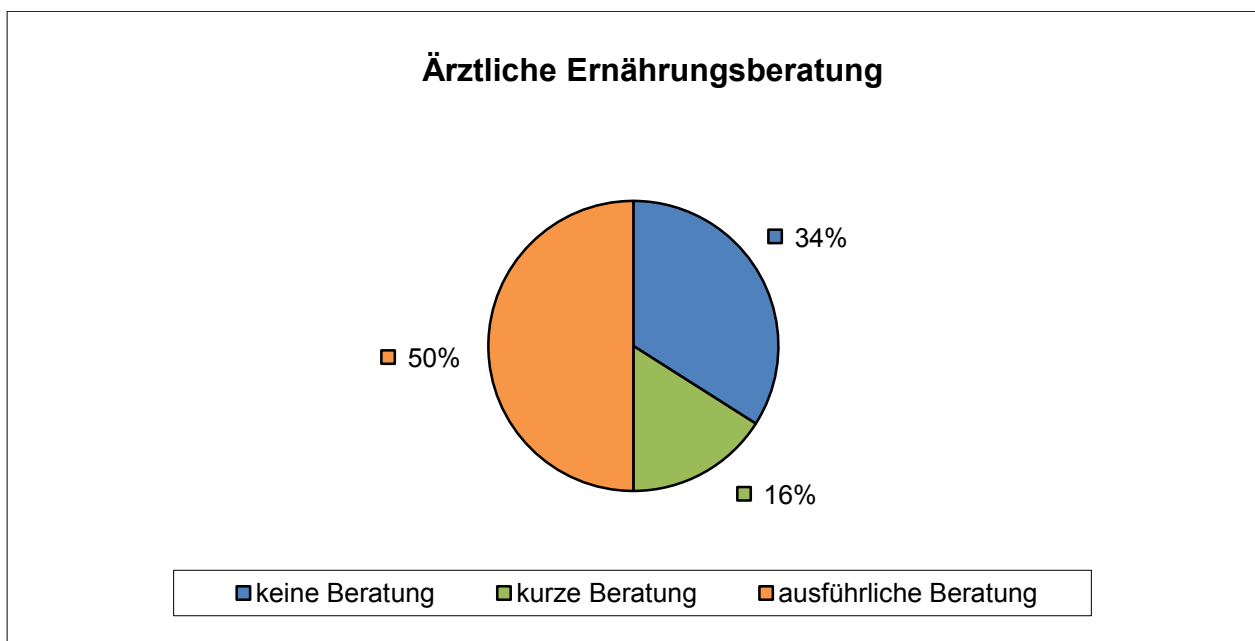
Die Grafiken 4 bis 6 zeigen, wie viele Patienten beim Gesundheits-Check-Up von ihren Ärzten bezüglich ihrer Risikofaktoren und Aspekten der Lebensführung (Ernährung und Bewegung) beraten wurden und in welchem Ausmaß dies geschah. Die Einteilung erfolgte gemäß der Anzahl der inhaltlich zugeordneten RIAS-Kodierungen in keine oder kurze Beratung (null oder eine RIAS-Kodierung), in eine mäßig ausgeprägte Beratung (zwei bis neun RIAS-Kodierungen) und eine ausführliche Beratung (mehr als zehn RIAS-Kodierungen).

Demzufolge erhielten alle 50 teilnehmenden Patienten eine Risikoberatung durch ihre Hausärzte. In 12% der Fälle wurde das kardiovaskuläre Risiko von den Ärzten angesprochen und mit bis zu neun Äußerungen kurz thematisiert. Die restlichen Patienten wurden ausführlich über ihr Risiko aufgeklärt, wobei das Maximum bei 86 erfassten Kodierungen lag.



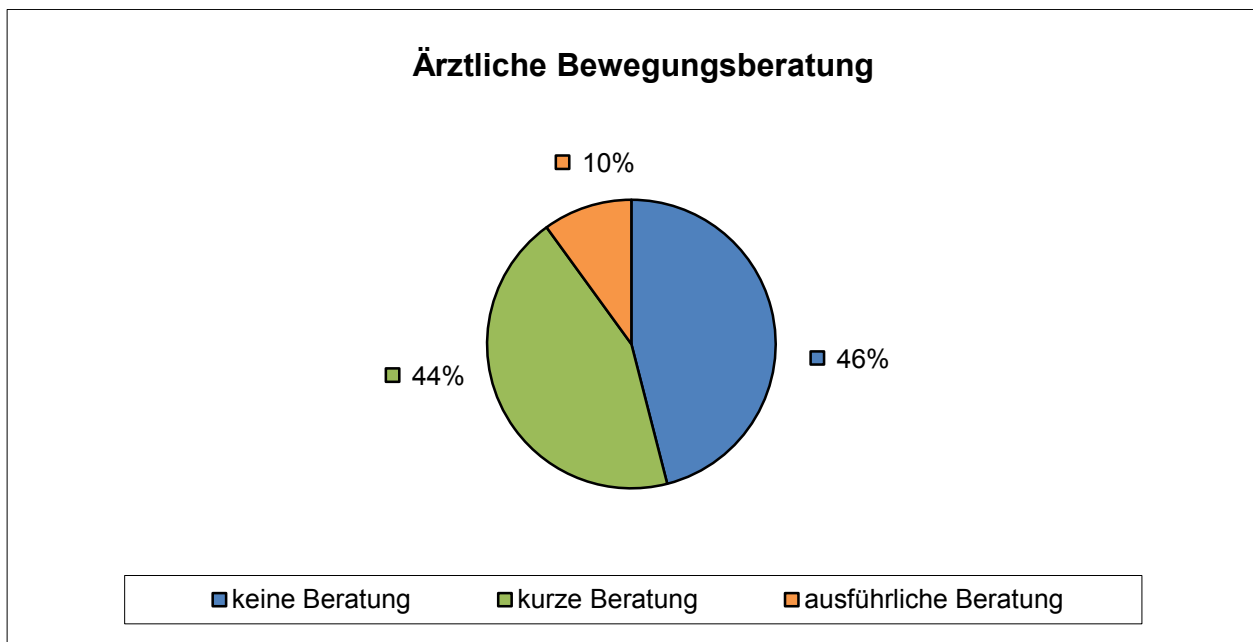
Grafik 4: Umfang der Risikoberatung

Ein anderes Bild zeigt sich bei der Ernährungsberatung: 34% der Patienten erhielten keine oder eine kurze Beratung bezüglich einer diätischen Umstellung. Mit der Hälfte der Patienten sprachen die Hausärzte ausführlich über Ernährungsaspekte (siehe Grafik 5).



Grafik 5: Umfang der Ernährungsberatung

Bewegungsfragen wurden in der Gesundheitsuntersuchung von Seiten der Ärzte wenig thematisiert. 46% der Patienten erhielten keine Beratung bezüglich einer Steigerung ihrer körperlichen Aktivität. In 44% der GU-Gespräche wurde das Thema lediglich kurz erörtert, während in 10% der Fälle die Patienten ausführlich beraten wurden (siehe Grafik 6).



Grafik 6: Umfang der Bewegungsberatung

4.5. Auswertung der Checklisten

Im Zuge der Auswertung zeigte sich, dass 82% (n=41) der Studienärzte die Patienten über vorhandene kardiovaskuläre Risiken aufklärten und mögliche gesundheitliche Konsequenzen ansprachen, eine Risikotabelle kam dabei in keinem der Gespräche zum Einsatz. 16% (n=8) der Ärzte erwähnten die Risikofaktoren gegenüber ihren Patienten, meist anhand der Ergebnisse aus der Laboruntersuchung, ohne sie auf mögliche Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen hinzuweisen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Checkliste Befundbesprechung

	n	%
Es erfolgt keine Besprechung der Befunde	0	0,0
Besprechung erfolgt mit Nennung einzelner Risikofaktoren ohne Hinweis auf Folgeerkrankungen	9	18,0
Besprechung erfolgt mit einer Zusammenfassung der Risikofaktoren und Hinweis auf mögliche Folgeerkrankungen	41	82,0
Befundbesprechung erfolgt mit Erstellung eines individuellen Risikoprofils anhand einer Risikotabelle	0	0,0

Aus Tabelle 9 geht hervor, dass die Ärzte in 50% der Beratungen nach der persönlichen Motivation der Patienten zu einer Gewichtsabnahme fragten. Häufig sprachen die Patienten dieses Thema aber auch von sich aus an (36%; n=18). In 14% (n=7) der GU-Gespräche wurde die Einstellung des Patienten zu einer Gewichtsreduktion nicht von den Studienärzten erfragt.

Tabelle 9: Checkliste Motivationsergründung

	n	%
Der Patient wird nicht nach seiner eigenen Motivation gefragt	7	14,0
Der Arzt befragt den Patienten nach seiner Motivation	25	50,0
Die Initiative geht vom Patienten aus	18	36,0

In 38% (n=19) der GU-Gespräche wurden keine Behandlungspläne thematisiert, wie Tabelle 10 zeigt. Dies schließt nicht aus, dass das Übergewicht kein Gesprächsbestandteil war, es wurde jedoch darüber hinaus keine Therapieentscheidung festgehalten. In 26% der Konsultationen (n=13) wurden Optionen und Ziele für eine Gewichtsreduktion vom Arzt dargestellt und eher allgemein gehalten. Zu einer konkreten Ausarbeitung von Therapiezielen, die gemeinsam mit dem Patienten entwickelt wurde, kam es lediglich in 6% der GU-Gespräche (n=3). Unter einer konkreten Formulierung von Behandlungszielen wurden Zielvereinbarungen verstanden, die eine explizit genannte Gewichtsreduktion in Kilogramm über einen bestimmten Zeitraum beinhalteten.

Tabelle 10: Checkliste Vereinbarung von Therapieziele

	n	%
Ein Therapieziel wird nicht thematisiert	19	38,0
Ein allgemeines Behandlungsziel wird vom Arzt thematisiert	13	26,0
Ein konkretes Behandlungsziel wird vom Arzt thematisiert	5	10,0
Es kommt zu einer gemeinsamen Entwicklung eines allgemein gehaltenen Behandlungsziels	10	20,0
Es kommt zu einer gemeinsamen Entwicklung eines konkreten Behandlungsziels	3	6,0

Tabelle 11 verdeutlicht, inwieweit Ärzte mit Patienten einen Termin zur Nachsorge in der Praxis vereinbaren. In zwei Drittel der Beratungen wurde ein solcher Termin nicht vereinbart. 14% (n=7) der Ärzte verwiesen auf den zweijährigen Turnus der Gesundheitsuntersuchung. In 20% der Konsultationen (n=10) legten die Ärzte den Patienten nahe, sich bei Ihnen zeitnah wiedervorzustellen und nicht den nächsten regulären Termin im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung abzuwarten.

Tabelle 11: Checkliste Überprüfung des Therapieerfolgs

	n	%
Es wird kein Nachsorgetermin vereinbart	33	66,0
Es wird ein turnusgemäßer Termin im Rahmen der nächsten GU vereinbart	7	14,0
Es wird ein zeitnaher Termin zur Nachsorge vereinbart	10	20,0

4.6. Ärztliche Gesprächsführung

4.6.1. Genderdifferenzierte Kommunikationsstile

Mit den modifizierten RIAS-Affektkategorien ließen sich Merkmale der ärztlichen Gesprächsführung registrieren. Sie umfassen den Verhältnisaufbau, partnerschaftliches Verhalten, die verbale Aufmerksamkeit und das Äußern von Sorge und Beunruhigung. Diese werden hinsichtlich ihrer Relevanz in den analysierten Beratungsgesprächen dargestellt. Tabelle 12 zeigt die registrierten Kodierungen der vier affektiven

Überkategorien. Die dargestellten Mittelwerte basieren auf der Berechnung der Äußerungen pro Gesprächsminute.

Tabelle 12: Übersicht Genderspezifische Gesprächsführung

RIAS-Kategorie	Weibliche Ärzte	Männliche Ärzte	p-Wert
Verhältnisaufbau	1,24 (0,72)	1,54 (1,23)	0,277
Partnerschaftliches Handeln	0,87 (0,68)	0,61 (0,57)	0,191
Verbale Aufmerksamkeit	3,25 (1,84)	2,15 (1,40)	0,044
Zeigen von Emotionen	0,16 (0,22)	0,03 (0,07)	0,032

Werte stellen Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) dar.

Verhältnisaufbau

Wie aus Tabelle 12 hervorgeht, ergaben sich zwischen Ärztinnen und Ärzten keine Unterschiede in der Überkategorie Verhältnisaufbau. Die Mittelwerte der RIAS-Kodes für Lachen, Lob, Verständnis, Empathie, Verständnis und Beruhigung zeigten keine signifikanten Differenzen. Für Ärzte wurden allerdings signifikant mehr Äußerungen für die Subkategorie „Persönliche Bemerkungen/Soziale Konversation“ registriert (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Verhältnisaufbau“

RIAS-Kategorie	Arztgeschlecht	MW (SD)	p-Wert
Persönlich/Soziale Konversation	Weiblich	0,14	0,027
	Männlich	0,31	
Selbstoffenbarung	Weiblich	0,10	0,120
	Männlich	0,01	
Lachen	Weiblich	0,25	0,249
	Männlich	0,34	
Lob	Weiblich	0,28	0,727
	Männlich	0,25	
Empathie	Weiblich	0,18	0,493
	Männlich	0,15	
Verständnis	Weiblich	0,12	0,584
	Männlich	0,10	
Beruhigung/Optimismus	Weiblich	0,29	0,975
	Männlich	0,29	

Partnerschaftliches Handeln

Wie aus Tabelle 12 hervorgeht, zeigten Ärztinnen und Ärzte ein vergleichbar ausgeprägtes partnerschaftliches Verhaltensmuster in den Gesprächen, auch die Mittelwerte der Subkodierungen unterschieden sich nicht signifikant (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Partnerschaftliches Handeln“

RIAS-Kategorie	Arztgeschlecht	MW (SD)	p-Wert
Partner	Weiblich	0,11 (0,16)	0,820
	Männlich	0,13 (0,34)	
Frage nach Meinung	Weiblich	0,12 (0,12)	0,180
	Männlich	0,18 (0,22)	
Frage nach Verstehen	Weiblich	0,63 (0,64)	0,071
	Männlich	0,30 (0,45)	
Frage Beruhigung (Patient)	Weiblich	0,02 (0,07)	0,127
	Männlich	0,07 (0,17)	

Verbale Aufmerksamkeit

Es ließen sich Unterschiede in der Häufigkeit der kodierten Aussagen zur verbalen Aufmerksamkeit verzeichnen. Ärztinnen erleichterten und unterstützten den Redefluss der Patienten häufiger als ihre männlichen Kollegen (siehe Tabellen 12 und 15).

Tabelle 15: Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Verbale Aufmerksamkeit“

RIAS-Kategorie	Arztgeschlecht	MW (SD)	p-Wert
Überein	Weiblich	1,87 (1,05)	0,048
	Männlich	1,24 (1,24)	
Check	Weiblich	0,37 (0,32)	0,175
	Männlich	0,53 (0,52)	
Back-Channel	Weiblich	1,03 (1,33)	0,077
	Männlich	0,37 (0,70)	

Sorge und Beunruhigung

Zeichen von Beunruhigung und Sorge (Rias-Code: „Zeigen von Emotionen“), z.B. über Laborbefunde und den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Patienten wurden zwar gleichermaßen selten, für Ärztinnen allerdings häufiger registriert als von Ärzten ($p < 0,05$; siehe Tabelle 12).

4.6.2. Patientenseitige Einflussfaktoren auf die Gesprächsführung

Die schrittweise Regressionsanalyse von patientenseitigen Einflussfaktoren ergab, dass in Gesprächen mit Patienten, die einen BMI von über 30 kg/m^2 hatten, die Studienärzte signifikant häufiger Zeichen verbaler Aufmerksamkeit zeigten, als bei Patienten mit BMI unter 30 kg/m^2 . Die verbale Aufmerksamkeit war auch bei Konsultationen mit Patienten unter 50 Jahren erhöht ($p < 0,05$). Andere Charakteristika wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht und der Gesundheitszustand der Patienten (kardiovaskuläre Risikofaktoren) hatten keinen Einfluss auf die Gesprächsführung der Ärzte.

5. Diskussion

Überblick

Das Analyseverfahren RIAS (Roter Interaction Analysis System) hat sich in vielen Studien als hilfreiches Instrument zur vergleichenden Beschreibung von ärztlichen Gesprächssituationen erwiesen [91]. In der vorliegenden Arbeit wurde dieses etablierte Analyseverfahren erstmals auf Arzt-Patienten-Gespräche im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung angewendet. Dabei konnten die inhaltlichen Schwerpunkte der präventiven Beratungsgespräche herausgearbeitet werden. Zudem wurden die Gesprächslänge, die Sprecherdominanz und affektive Gesprächsanteile erfasst. Weiterhin ermöglichte das Verfahren die Beschreibung von Merkmalen patientenorientierter Gesprächsführung und des ärztlichen Kommunikationsstils in Konsultationen mit übergewichtigen und adipösen Patienten.

5.1. Inhalte der GU

Risiko

Die Analyse der GU-Gesprächsinhalte zeigte, dass übergewichtige oder adipöse Patienten von Hausärzten über gesundheitsrelevante Risikofaktoren beraten wurden. Den Richtlinien der GU folgend, nahmen die Studienärzte in jedem der 50 analysierten Beratungsgespräche Einordnungen zu bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren vor. Dabei thematisierten die Ärzte medizinische Vorbefunde zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und stellten sie in den Kontext der Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchung (Laborbefunde und körperlicher Status). Im Anschluss wurde häufig auf mögliche Folgeerkrankungen hingewiesen. Die Kommunikation bezüglich kardiovaskulärer Risiken bildete damit den thematischen Schwerpunkt der GU-Beratungsgespräche.

Bei vergleichbarem Gesundheitszustand war die Ansprache einzelner kardiovaskulärer Risikofaktoren durch die Hausärzte unterschiedlich ($p < 0,05$). Dabei war die Höhe der Gesprächsanteile zu Risikofaktoren nicht assoziiert mit der steigenden Anzahl an bekannten kardiovaskulären Vorerkrankungen der Patienten. Das Ausmaß des Übergewichts und das Vorliegen einer Hypertonie, eines Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen zeigten sich unabhängig von der Häufigkeit der Risikokommunikation. Diese Ergebnisse zeigen sich konträr zu Studien aus den USA

und Litauen, die einen größeren Beratungsumfang bei kardiovaskulär vorbelasteten und stark übergewichtigen Patienten beschreiben [58, 59]. Es scheint, dass die Ärzte der vorliegenden Untersuchung bei der Ausgestaltung der GU-Gespräche einem Muster folgen und dabei den individuellen Gesundheitszustand ihrer Patienten auf sehr unterschiedliche Weise einbeziehen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei der Beratung zu Lebensstilfragen, die im folgenden Abschnitt erläutert wird.

Ernährung

Während die Darstellung individueller Gesundheitsrisiken der Patienten von vielen Studienärzten zumeist ausführlich erfolgte, war im Verhältnis dazu die Diskussion um Lebensstilfragen in den GU-Gesprächen weniger ausgeprägt. 27% der registrierten ärztlichen Aussagen bezog sich dabei auf Ernährungsfragen und 8% auf die Bewegungsaktivität der Patienten. Dabei wurde der RIAS-Kode „Empfehlung“ am häufigsten in Verbindung mit Gesprächsinhalten zu Ernährung vergeben. Ärztliche Vorschläge für sinnvolle Nahrungsmittel und Strategien zur Gewichtsreduktion waren hier bedeutsam. Da nur die Hälfte der übergewichtigen Patienten eine ausführliche Ernährungsberatung erhielt (definiert als >10 RIAS-Kodierungen zu Ernährung), lässt darauf schließen, dass sich einige wenige Ärzte in diesem Themenfeld besonders engagierten und entsprechend viele Aussagen dazu tätigten. Die Unterschiede zwischen den Ärzten waren signifikant. Mit 34% der Patienten wurde hingegen nicht oder wenig über Ernährungsaspekte gesprochen (<10 RIAS-Kodierungen), obwohl bei einigen übergewichtigen Patienten mit einem BMI von >25kg/m² und bekannten Nebenerkrankungen (Hypertonie bzw. Hyperlipidämie) laut DAG-Richtlinien eine ausführliche Beratung sinnvoll gewesen wäre.

Bewegung

Bei der Ansprache der körperlichen Aktivität beschränkten sich die Ärzte in den GU-Beratungen meist auf eine kurze Nachfrage zur Häufigkeit und Art der körperlichen Bewegung. In 46% der Gespräche kam das Thema nicht oder kaum zur Sprache (Keine oder eine RIAS-Kodierung). In lediglich 10% der Check-Up-Beratungen sprachen die Hausärzte ausführlich über Bewegung und Sport, klärten über die gesundheitlichen Vorteile einer erhöhten Bewegungsaktivität auf und versuchten ihre Patienten zu mehr Sport zu motivieren. Überraschend war, dass die bei der GU festgestellten Gesundheitsrisiken (Übergewicht, erhöhte Laborwerte mit Krankheitswert und

kardiovaskuläre Erkrankungen) keinen Zusammenhang mit der Ansprache über Verhaltensänderungen hinsichtlich Ernährung und Bewegung aufwiesen.

Die unterschiedliche hausärztliche Umsetzung der Beratung zu Ernährungs- und insbesondere zu Bewegungsaspekten im Rahmen der GU zeigt sich auch in internationalen Publikationen. Die Arbeitsgruppe um Eaton beispielsweise untersuchte die Häufigkeit der Ernährungsberatung von 138 Hausärzten im US-Bundesstaat Ohio. Die Studie zeigt, dass mit nur 33% der übergewichtigen Patienten über Ernährungsfragen gesprochen wurde [96]. Auch einer anderen US-amerikanischen Publikation zufolge werden Übergewichtige von Primärversorgern gleichermaßen selten über gesundheitsfördernde Lebensstiländerungen aufgeklärt. Die Umfrage von Huang et al. unter 201 übergewichtigen Patienten ergab, dass lediglich 17% der Befragten zu einer Ernährungsumstellung aufgefordert werden und über Diätpläne gesprochen wird [97]. Zudem werden nur 5% der Übergewichtigen von ihrem Arzt zur ihrer individuellen körperlichen Aktivität befragt. Erwartungsgemäß werden dabei die Verbindung von Ernährungsumstellung und vermehrter physikalischer Aktivität noch seltener von Hausärzten angesprochen. Bemerkenswert ist der Kontrast zu bestehenden Empfehlungen, in denen Bewegung neben der Ernährung als wesentlicher Bestandteil der Betreuung adipöser Menschen beschrieben wird [19, 98].

Für das häufige Ausbleiben der Lebensstilberatung trotz vorhandener Richtlinien können verschiedene Erklärungen angeführt werden. Zum einen ist beschrieben, dass Ärzte negative Reaktionen vermuten, wenn sie Patienten über medizinische Konsequenzen des Übergewichts informieren [49, 99]. In der Folge bleiben Hinweise auf Verhaltensänderungen möglicherweise aus. Weiterhin ist beschrieben, dass Hausärzte ihrer Übergewichtsberatung langfristig wenig Erfolg einräumen. So gelten nach einer Erhebung von Hebl et al. Übergewichtige im Vergleich zu anderen chronisch erkrankten Patienten als weniger therapietreu [100] und Behandlungsversuche werden von Hausärzten häufig als frustriert erlebt [43, 49].

Es verwundert demnach nicht, dass in französischen und britischen Umfragen etwa 75% der Ärzte angeben, bei der Betreuung übergewichtiger Patienten gering motiviert zu sein [43, 101]. Die Autoren dieser Studien konnten zudem feststellen, dass Ärzte oftmals fehlende finanzielle Anreize bei gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung als Grund für eine kurz gehaltene Lebensstilberatung anführen. Für deutsche Allgemeinmediziner

liegen diesbezüglich keine vergleichbaren Untersuchungen vor, doch diese Argumentation könnte auch für deutsche Verhältnisse zutreffen. So ist nach einer Studie des Niederländischen Instituts für Gesundheitsfragen (NIVEL) zufolge die quantitative Arbeitsbelastung der Hausärzte in Deutschland besonders ausgeprägt [102]. Im Zusammenhang mit der Abschaffung der Ziffer 10 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs EBM, der die Grundlage der finanziellen Abrechnung niedergelassener Ärzte bildete, könnten zeitintensive Lebensstilberatungen mit Übergewichtigen in hausärztlichen Praxen aus finanzieller Sicht nicht attraktiv sein. Durch die Ziffer 10 konnten Hausärzte bis zum Jahr 2004 längere Konsultationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen.

Es ist weiterhin zu diskutieren, inwiefern die GU als Instrument für präventive Lebensstilberatung geeignet ist. Aus einer Umfrage unter brandenburgischen Hausärzten geht hervor, dass die überwiegende Mehrheit den Nutzen der GU hinsichtlich einer individuellen Risikoberatung einerseits zwar als hoch einschätzt. Andererseits wurde zugleich deutlich, dass mehr als die Hälfte der befragten Ärzte die Gesundheitsuntersuchung für weniger geeignet halten, eine tatsächliche Änderungsbereitschaft von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen zu induzieren [56].

Ein weiterer Grund für die zurückhaltende Ausübung der Lebensstilberatung scheint in der medizinischen Fort- und Weiterbildung zu liegen: So klagen Ärzte über eine unzureichende fachliche Ausbildung im Adipositas-Management und scheinen sich insgesamt mit der adäquaten Beratung ihrer übergewichtigen Patienten überfordert zu fühlen [49, 50]. Studien zeigen einschränkend, dass langfristige Behandlungserfolge ausbleiben können, selbst wenn Ärzte durch entsprechende Lehrgänge fortgebildet werden. Die Arbeitsgruppe um Moore beispielsweise qualifizierte niedergelassene Ärzte in England in einem mehrstündigen Kurs im Übergewichtmanagement [103]. Anschließend wurde das Gewicht der eingeschlossenen Patienten nach jeweils drei, zwölf und 18 Monaten evaluiert, wobei es langfristig zu keiner signifikanten Reduzierung des BMI bei der Interventionsgruppe kam.

Ergänzend zu eigenen Beratungsangeboten könnten Hausärzte mit speziellen Anbietern von Ernährungs- und Bewegungsprogrammen kooperieren (Reha-Einrichtungen, Ernährungswissenschaftler, Diätassistenten) und somit eine wichtige koordinative Funktion bei der Adipositas-Therapie einnehmen. Ein multidisziplinärer Ansatz von mehreren qualifizierten Therapeuten wird von vielen Autoren als wichtiger

Faktor bei der erfolgreichen Betreuung Adipöser gesehen und auch von Hausärzten als Betreuungsoption begriffen [104, 105]. In einer britischen Studie zeigten sich erstmals langfristig erfolgreiche Ansätze bei der Umsetzung eines Modells für ein effizienteres Adipositas-Management in der Primärversorgung. 65 Hausärzte und geschulte Arzthelferinnen („practice nurses“) betreuten übergewichtige und adipöse Patienten über zwei Jahre gemeinschaftlich unter der beratenden Aufsicht einer klinischen Expertengruppe. Bei den Teilnehmern des Programms schien sich die initiale Gewichtsreduktion über einen längeren Zeitraum zu stabilisieren [106].

Genderdifferenzen

Bei vergleichbarem Gesundheitszustand der Patienten thematisierten männliche Mediziner in den analysierten Beratungsgesprächen häufiger allgemeine Risiken als ihre weiblichen Kollegen (siehe 4.3.). Die Einschätzung kardiovaskulärer Risiken erfolgte erwartungsgemäß durch biomedizinische Befunde (Laborwerte, körperliche Befunde). Gesprächsanalytische Studien legen nahe, dass Ärzte eher im medizinisch-therapeutischen Kontext argumentieren als im psychosozialen [84, 118]. So scheint es naheliegend, dass die Besprechung von Risiken dem sachorientierten Gesprächsverhalten der Ärzte entspricht und dementsprechend ausführlich erfolgt.

Aus der vorliegenden Untersuchung ging ergänzend hervor, dass Hausärztinnen der Lebensstilberatung einen größeren Stellenwert in den GU-Beratungen einräumten als ihre männlichen Kollegen. Sowohl die Ansprache von Ernährungs- als auch von Bewegungsthemen fand häufiger statt, wenn das Abschlussgespräch durch eine Ärztin erfolgte. Bei der Ernährungsberatung waren diese Unterschiede signifikant.

Die Ansprache von Lebensstilaspekten erfordert eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Gesundheit. In der Gesprächssituation sollen Patienten auf gesundheitsschädigende und komplexe Verhaltensweisen aufmerksam gemacht werden, um anschließend mögliche Behandlungsansätze gemeinsam auszuarbeiten und in den Alltag zu integrieren. Diese als holistisch verstandene Perspektive wurde in den untersuchten Gesprächen häufiger von Ärztinnen verfolgt und ist auch in anderen Studien beschrieben [107]. Zu diskutieren ist, in wieweit eine ergebnisoffenere und eine auf individuelle Patientenbedürfnisse eingehende Beratungsform eher dem Gesprächsverhalten von Ärztinnen entspricht. Zumindest zeigen Metaanalysen, dass Ärztinnen sich mehr Gesprächszeit nehmen und Patienten stärker in psychosozialen Belangen unterstützen [84, 85]. Beschrieben ist, dass sie einen patientenorientierteren

Kommunikationsstil als ihre männlichen Kollegen wählen (siehe 5.4.). Zum anderen scheinen Ärztinnen eine höhere Überzeugung in die eigenen kommunikativen Fähigkeiten zu haben [83]. Es ist naheliegend, dass diese Punkte die Ansprache von Aspekten der gesunden Lebensführung erleichtern können. Aus europäischen und nordamerikanischen Studien geht weiterhin hervor, dass sich Ärztinnen auch insgesamt häufiger in präventiven Untersuchungen engagieren als ihre männlichen Kollegen [105, 108, 109].

5.2. Einordnung der ergänzenden Checklisten

Den Checklisten folgend führte die große Mehrheit der Studienärzte in ihren Praxen eine Risikoberatung gemäß den Vorgaben der Gesundheitsuntersuchung durch (siehe 5.1.). Übergewicht oder Adipositas wurde in nahezu allen Gesprächen angesprochen, wobei 82% (n=41) der Patienten ausführlich hinsichtlich ihres individuellen Risikoprofils beraten wurden. In diesem Kontext sprachen die Studienärzte mögliche gesundheitliche Folgen des Übergewichts an. Insofern wurden die Richtlinien der GU befolgt und umgesetzt. Interessanterweise wurde in keinem der analysierten Gespräche eine strukturierte Risikoeinschätzung anhand von Risikoscores vorgenommen (z.B. ARRIBA-Herz-Konzept, PROCAM). Dabei können solche Beratungsinstrumente eine Motivationshilfe zu Lebensstilveränderungen darstellen. Aus einer explorativen Befragung von Herrmann et al. ging hervor, dass 577 hausärztlich betreute Studienpatienten durch Anwendung entsprechender Beratungsinstrumente verstärkt geneigt waren, Änderungen des Lebensstils vorzunehmen [110].

Für eine Veränderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen ist die ärztliche Exploration der individuellen Änderungsbereitschaft des Patienten sinnvoll. Nach dem transtheoretischen Modell stärkt dieses Vorgehen eine langfristige Lebensstiländerung von Risikopatienten [111]. Auf dieser Grundlage können Arzt und Patient gemeinsam eine Ausarbeitung von Behandlungsplänen vornehmen, deren Umsetzung dann begleitet wird [72, 73, 75]. Daher überrascht, dass in den analysierten GU-Beratungen 14 % der Patienten nicht zu ihrer Motivation zur Gewichtsabnahme befragt wurden. Allerdings brachten 18 Patienten ihre Motivation in den Gesprächen mit ihren Ärzten selbst zur Sprache und signalisierten ein Interesse an einer Lebensstiländerung. Die Initiative der Patienten deutet darauf hin, dass es ihnen wichtig zu sein scheint, von Hausärzten verschiedene Optionen zur Gewichtsreduktion zu erhalten. Studien

verdeutlichen, dass die Motivation zur Gewichtsabnahme von den Ärzten häufig unterschätzt wird [47]. Die positiven Einstellungen von Patienten zur Verhaltensänderungen sollten, auch im Kontext der vorliegenden Ergebnisse, von den Hausärzten verstärkt aufgegriffen und für die weiterführende Lebensstilberatung genutzt werden.

In diesem Kontext beschreiben Anderson et al., dass die Beratung vor allem patientenbezogen zu gestalten ist. In einer Übersichtsarbeit konnte die Arbeitsgruppe zeigen, dass individuelle verhaltenstherapeutische Ansätze eng mit dem „Erfolg“ einer Beratung korrelieren. Wichtig ist nach Meinung der Autoren eine realistische und konkrete Zielsetzung in Bezug auf die Gewichtsabnahme, da zu hohe Erwartungen zu frustrierenden, weil nicht einzulösenden Reduktionsversuchen führen können [112]. Ergänzend zeigen die analysierten Gespräche, dass konkrete Zielsetzungen häufig ausbleiben und lediglich in 25 % der GU-Beratungen eine beiderseitig getragene Übereinkunft zum weiteren Vorgehen erzielt wurde. In diesen Fällen konnten Behandlungsziele für eine Gewichtsreduktion gemeinsam ausgearbeitet werden. Allerdings blieb in 38% (n=19) der GU-Beratungen eine Vereinbarung über das weitere Vorgehen bezüglich des Übergewichts aus, und die Patienten wurden ohne Zielsetzung aus dem Abschlussgespräch entlassen.

Weiterhin zeigte die RIAS-Analyse, dass die Verständigung über einen Nachsorgetermin in 66% (n=33) der Gespräche nicht stattfand (siehe 4.6.). Zu berücksichtigen ist, dass für manche Hausärzte das strukturgebende Format der GU maßgeblich sein könnte, welches nach zwei Jahren eine erneute Untersuchung vorsieht. Dennoch kam es nur in 14% (n=7) der GU-Beratungen zu einer längerfristigen Terminvereinbarung. In diesem Kontext zeigten Donner-Banzhoff et al., dass Patienten, die an der Check-Up-Untersuchung teilnehmen, ohnehin regelmäßig ihren behandelnden Hausarzt aufsuchen [125]. Dennoch überrascht, dass Hausärzte die Möglichkeit der kontinuierlichen Betreuung nicht nutzen, da aus Studien hervorgeht, dass eine gesündere Lebensführung und die Gewichtsabnahme durch regelmäßige Nachkontrollen der Hausärzte in den ersten sechs Monaten nach Intervention begünstigt werden [113, 114]. Pudel et al. empfehlen beispielsweise ein zweiwöchiges Intervall zur Überprüfung der verabredeten Therapieziele [115].

5.3. Aspekte des ärztlichen Kommunikationsstils

Gesprächslänge

Die hier analysierten Arzt-Patienten-Gespräche zeigten eine hohe Variabilität in der Länge der jeweiligen Beratungen. Das kürzeste Gespräch betrug 1:45 Minuten, während der längste Arztkontakt über 32:54 Minuten andauerte. Die durchschnittliche Länge der Beratungsgespräche lag bei 08:27 Minuten und war somit vergleichbar mit Ergebnissen, die eine europäische Arbeitsgruppe unter Leitung des niederländischen Instituts für Gesundheitsforschung (NIVEL) 2002/03 publizierte [77]. Die sogenannte EUROCOMM-Studie untersuchte die Konsultationsdauer von Ärzten, die in der Primärversorgung tätig waren und verdeutlichte, dass in Deutschland im Vergleich zu den Niederlanden, Belgien, Großbritannien und der Schweiz kürzere Arzt-Patientengespräche geführt werden. Diese Patientenkontakte werden nach einer Befragung des NIVEL unter 7000 europäischen Ärzten überwiegend auf die relativ hohe Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinärzte zurückgeführt, die im Vergleich mit ihren ausländischen Kollegen mehr Patienten pro Sprechstunde betreuen [102]. Zugleich zeichneten sich individuelle Unterschiede innerhalb der Hausarztpraxen ab. So verwundert es nicht, dass die Gesprächsphasen auch in der vorliegenden Arbeit signifikant von Arzt zu Arzt variierten.

Die Vermutung, dass die Dauer der zurückliegenden ärztlichen Betreuung die Gesprächslänge beeinflusst, konnte nicht bestätigt werden. Auch wiesen Alter, Geschlecht und kardiovaskuläre Vorerkrankungen der Patienten keine Zusammenhänge mit der Gesprächslänge auf. Allerdings erhielten adipöse Patienten ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) eine signifikant längere GU-Beratung als übergewichtige Patienten ($\text{BMI} \leq 30 \text{ kg/m}^2$). Dabei zeigten sich keine inhaltlichen Unterschiede in den analysierten Beratungsgesprächen zwischen übergewichtigen und adipösen Patienten (siehe 5.2.). Zu vermuten ist, dass ein ausgeprägtes Übergewicht von den Hausärzten verstärkt als subjektives Gesundheitsproblem wahrgenommen wurde und sie sich dementsprechend mehr Zeit für die Gesundheitsberatung nahmen. Es scheint, dass die medizinische Behandlung des Übergewichts nicht zwangsläufig in den Vordergrund der ärztlichen Beratung gestellt wurde, sondern psychosoziale Aspekte ausschlaggebend für die Länge der Gespräche waren. Die Ergebnisse der Studie von Deveugele et al. bestärken diese Vermutung. Die Arbeitsgruppe, die das Gesprächsverhalten von europäischen

Hausärzten untersuchte, fand heraus, dass Patienten mit psychosozialen Anliegen in der Regel längere Gespräche mit ihren behandelnden Ärzten führten als eine Vergleichsgruppe mit ausschließlich somatischen Symptomen [116].

Sprecherdominanz

Erwartungsgemäß legten in den analysierten GU-Gesprächen die Hausärzte die Gesprächsstruktur fest. Damit einhergehend war der prozentuale Gesprächsanteil aller Ärztinnen und Ärzte höher als der der Patienten. Dies sollte nicht überraschen, da im Gegensatz zu einem symptombezogenen Arztbesuch mit Patientenschilderung aktueller Beschwerden die GU-Beratung durch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses eine formale Struktur zugewiesen bekommt. Die Richtlinien sehen vor, dass die Ärzte „den Versicherten über Ergebnisse der durchgeführten GU und [...] vorhandene gesundheitliche Risiken informieren“. Weiterhin soll auf „gesundheitsschädigende Verhaltensweisen“ aufmerksam gemacht und Handlungsalternativen besprochen werden. Die Beratungsgespräche weisen somit eher den Charakter einer „institutionalisierten Kommunikation“ auf, wie sie die Sprachwissenschaftlerin Jennifer Hartog anhand der humangenetischen Sprechstunde beschreibt [117]. Die Autorin erläutert, dass in einem solchen Informationsgespräch aus linguistischer Perspektive die aktivere Rolle dem sogenannten „Experten“ (Arzt) zugeschrieben wird und der „Nicht-Experte“ (Patient) eher zurückhaltender agiert.

Ärztliche Gesprächsführung

Genderdifferenzen

In medizinsoziologischen Schriften werden Ärztinnen meist stärkere kommunikative Kompetenzen attestiert als Ärzten. Der geschlechterspezifische Patientenumgang wurde in vielen Studien mit verschiedenen Analyseverfahren objektiviert. Maßgebend war dabei die Arbeitsgruppe um Debra Roter und Judith Hall, die als erste Merkmale einer genderdifferenzierten Medizin quantitativ mit dem beschriebenen Gesprächsanalyseverfahren RIAS untersuchte.

In zwei Übersichtsarbeiten, die Ergebnisse von 55 Einzelstudien zusammenfassen, zeigen die Autorinnen, dass sich Ärztinnen im Patientenumgang häufiger um ein freundliches Umfeld und ein zugewandtes Verhältnis im Patientenkontakt bemühen als ihre männlichen Kollegen [84, 118]. So sprechen sie z.B. über alltägliche Dinge („small

talk“) und zeigen vermehrt Verständnis und Empathie. Die Arbeitsgruppe folgert, dass Ärztinnen eine möglichst gleichberechtigte Interaktion mit Patienten beiderlei Geschlechts anstreben, während Ärzte im Patientenkontakt eher einer hierarchischen Gesprächsstruktur folgen. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Roter und Hall zeigten die Ärzte dieser Studie teilweise ein davon abweichendes Gesprächsverhalten. So engagierten sich sowohl Ärzte als auch Ärztinnen in partnerschaftlichem Handeln. Beide Gruppen versuchten gleichermaßen ihre Patienten in das Gespräch einzubinden, indem sie sie nach ihrer persönlichen Meinung baten und sich vergewisserten, dass die besprochenen Gesprächsinhalte auch verstanden wurden. Die männlichen Ärzte engagierten sich dabei sogar signifikant häufiger in sozialer Konversation und äußerten mehr persönliche Bemerkungen als ihre weiblichen Kollegen ($p < 0,05$). Empathische Äußerungen und das Bekunden von Verständnis für die Patientenbelange wurden von beiden Arztgeschlechtern gleichermaßen selten gezeigt (siehe 4.4.1.).

Andere Ergebnisse der vorliegenden Gesprächsanalyse scheinen die von Roter und Hall festgestellten genderspezifischen Unterschiede zu bestärken: Die Analyse der Gesprächsdauer zeigte, dass sich Ärztinnen in der Sprechstunde insgesamt mehr Zeit nehmen für ihre Patienten als Ärzte. Sie führten mit durchschnittlich 10:05 Minuten signifikant längere GU-Beratungen als ihre männlichen Kollegen (Mittelwert: 04:39 Minuten). Dabei stimmten diese Ergebnisse mit anderen Publikationen überein, in denen für Ärztinnen im Gegensatz zu Ärzten überwiegend längere Patientengespräche verzeichnet wurden [82, 83, 84, 118]. Ärztinnen gaben in der vorliegenden Untersuchung auch mehr private und intime Informationen über sich selbst preis (siehe 4.4.1.), was prinzipiell als Merkmal einer gleichberechtigten Interaktion gewertet werden kann [77]. Aus der RIAS-Analyse ging weiterhin hervor, dass Ärztinnen aktiv zuhören und sich im Gespräch vermehrt zurücknehmen, um ihren Patienten Gelegenheit zur Schilderung von eigenen Anliegen und Bedürfnissen zu geben. So kommunizierten sie signifikant häufiger Äußerungen, die als Zeichen der verbalen Aufmerksamkeit gewertet werden konnten als ihre männlichen Kollegen. Damit lässt sich auch die überproportional große Patientenbeteiligung am Gespräch mit Ärztinnen erklären: So brachten männliche und weibliche Patienten mehr medizinische und psychosoziale Informationen in die Beratungen gegenüber Ärztinnen im Vergleich zu gesprächsführenden Ärzten ein (siehe 4.2.2.). Roter und Hall benennen in ihrer

Übersichtsarbeit ebenfalls, dass Patienten allgemein höhere Sprechanteile aufweisen, wenn sie in Praxen von Ärztinnen betreut werden [84].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der in der Literatur beschriebene Kommunikationsstil weiblicher Ärzte mit einer patientenorientierten Behandlungsweise (z.B. längerer Arzt-Patient-Kontakt, hohe Patientenbeteiligung, viele psychosoziale Gesprächsanteile) zu großen Teilen auch in dieser Arbeit abbildet. Inwiefern Patienten tatsächlich von einer Beratung bei Ärztinnen bezüglich einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands profitieren, wird von den medizinischen Kommunikationsforschern kontrovers diskutiert. In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang nicht untersucht. Unstrittig scheint zunächst, dass ein patientenzentriertes Arztgespräch in der Regel von den Patienten gewünscht wird [119, 120]. Zudem hat eine gleichberechtigte Interaktion von Arzt und Patient positiven Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und die Einhaltung gemeinschaftlich gesetzter Therapieziele (Adhärenz) ist größer [66].

Für die Übergewichtigenberatung sind diese Ergebnisse von Relevanz. Eine Studie von Pollak et al. zeigt, dass ärztliche Ratschläge zu Verhaltensänderungen von Patienten eher angenommen und umgesetzt werden, wenn in der Beratung patientenzentrierte Gesprächstechniken verwendet werden [121]. Für die Untersuchung wurden hausärztliche Patientengespräche direkt beobachtet und anschließend das Gesprächsverhalten der Ärzte beurteilt. Nach Meinung der Autoren kann ein von Empathie und Gemeinschaftlichkeit geprägter Umgang die Bereitschaft zu einer gesünderen Lebensführung (Ernährungsumstellung, Bewegungsaktivität) stärken.

Roter und Hall sehen ferner einen gesundheitsrelevanten Vorteil für Patienten bei der Behandlung durch weibliche Ärzte. Die Autoren sind der Meinung, dass durch eine größere Patientenbeteiligung in Arztgesprächen die Diagnosefindung erleichtert wird und unnötige Zusatzuntersuchungen vermieden werden [84]. Klöckner und Schmid ziehen die Schlussfolgerung, dass der verstärkte Informationsaustausch zwischen Patienten und ihren Ärztinnen die Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen vereinfachen kann und damit die Therapietreue zunimmt [66].

5.4. Methodenkritik

Bezüglich des genutzten Analyseinstruments ist zu berücksichtigen, dass die von Roter vorgegebene Exklusivität bei der Zuordnung einzelner Aussagen zu den Kodierungen nicht immer eindeutig war, da sich erwartungsgemäß einzelne Aussagen thematisch überschneiden. Zudem waren inhaltliche und emotionale Kategorien nicht immer scharf abgrenzbar. Wie von Roter empfohlen, wurde in Zweifelsfällen zugunsten einer affektiven/emotionalen Kodierung entschieden (siehe 3.2.1.2). Eine weitere Limitation des Analyseverfahrens ergibt sich trotz der explizit formulierten Kodierungsvorgaben des RIAS-Handbuchs aus der subjektiven Einschätzung des Kodierenden im Ratingprozess. Die unabhängige Beurteilung von 10% der Gespräche durch einen zweiten Kodierenden führte zu einer zufriedenstellenden Übereinstimmung der kodierten Gesprächseinheiten ($r=0,85$), die auch in vergleichbaren RIAS-Studien erzielt wurde.

Einschränkend ist anzuführen, dass die Stichprobe mit insgesamt 50 auf Tonträger aufgezeichneten Beratungsgesprächen keine umfassend-repräsentative Beschreibung präventiver Beratungsgespräche im Kontext der GU ermöglicht. Der Gesprächskorpus war durch die geringe Teilnahmebereitschaft von Patienten und Ärzten begrenzt. Zu vermuten ist, dass teilnehmende Hausärzte, die Gespräche zu Verfügung stellten, besonders motiviert und engagiert im Patientenumgang waren. Weiterhin ist zu bedenken, dass durch die einmalige Aufzeichnung innerhalb des Behandlungsprozesses die Gesundheitsuntersuchung nicht ausschöpfend beschrieben werden konnte. Es ließ sich nicht ausschließen, dass inhaltliche Themen zwischen Arzt und Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung besprochen wurden. Allerdings besteht der Vorteil der direkten Gesprächsaufzeichnung in der unmittelbaren Bestandsaufnahme einer realen Beratungssituation. Postkonsultatorische Befragungen zeigen in der Tat, dass Patienten und Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich diskutierter Gesprächsthemen kommen [122]. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Stichprobe durch die weiblichen Studienärzten verzerrt sein kann. Um diesem Genderbias entgegenzuwirken, wurden zunächst alle teilnahmebereiten männlichen Ärzte in den Korpus aufgenommen. Zum anderen wurden registrierte RIAS-Kodierungen auf die Gesprächsminute umgerechnet, so dass lange Gespräche der Ärztinnen weniger gewichtet wurden. Insgesamt bildeten die zwölf Hausärzte eine breite

und heterogene Gruppe ab in Bezug auf Alter, Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen.

5.5. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Analyse der GU-Beratungsgespräche zeigt, dass die Gesundheitsuntersuchung von vielen Hausärzten aufgegriffen wird, um kardiovaskuläre Risiken ihrer Patienten eingehend besprechen zu können. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die GU als Beratungsinstrument zu vorhandenen Gesundheitsrisiken von Nutzen sein kann. Gleichzeitig geht aus der Untersuchung hervor, dass in vielen Gesprächen die medizinisch notwendige Lebensstilberatung durch die Studienärzte nicht umfassend weitergeführt wird. Im Einklang mit internationalen Studien ließ sich anhand der vorliegenden Ergebnisse feststellen, dass dabei auch Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion und Genderfragen die Gestaltung der Beratung beeinflussen [73, 75, 79, 84-87]. So schien es den an dieser Untersuchung teilnehmenden Hausärztinnen leichter zu fallen, mit Patienten komplexe Ernährungs- und Bewegungsfragen zu besprechen, wenn auch nach wie vor in einem zu geringem Umfang.

Wünschenswert wären diesbezüglich, insbesondere durch die Zunahme des Frauenanteils im Arztberuf (vergleiche 1.4.2.), weiterführende Prospektivstudien, die den Zusammenhang von Gender und seinen typischen Kommunikationsmustern mit konkreten, für die Übergewichtigenbehandlung relevanten Outcomes (langfristige Lebensstilumstellung, Stabilisierung der Gewichtsreduktion über fünf bis zehn Jahre) aufzeigen.

Um den Effekt patientenorientierter Gesprächsmuster in Studien objektiv bewerten zu können, wäre zudem eine einheitliche Verwendung des vielschichtigen Konstrukts der „Patientenzentriertheit“ sinnvoll. Zurzeit werden in der Literatur je nach Arbeitsgruppe unterschiedliche Merkmale zur Beschreibung herangezogen, die die Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse erschweren. Qualitative Analyseansätze (z.B. standardisierte Interviews mit Ärzten und Patienten) bei der Begriffsfindung könnten an dieser Stelle hilfreich sein.

In Bezug auf die unterschiedlichen gendertypischen Kommunikationsstile ist davon auszugehen, dass sie sich durch die Eingliederung der ärztlichen Gesprächsführung in die Curricula der medizinischen Hochschulen zukünftig eher angleichen werden.

Insgesamt ist dadurch mit einer Verbesserung des ärztlichen Kommunikationsverhaltens zu rechnen, die der ärztlichen Beratung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zugutekommen kann. Erste zeitnahe Verbesserungsansätze der Gesundheitsberatung könnten sich durch Kommunikationsschulungen der bereits praktizierenden Hausärzte ergeben. Untersuchungen zeigen, dass durch mehrstündige Trainingsprogramme zur ärztlichen Gesprächsführung die teilnehmenden Ärzte im Patientenumgang ein patientenzentrierteres Vorgehen wählen und psychoemotionale Belange häufiger aufgreifen [126, 127].

Für die Übergewichtigenberatung sind dabei vor allem Beratungsstrategien von Bedeutung, die sich konkret mit lebensstilbezogener Verhaltensänderung befassen. Hier sind beispielhaft das 5A-Konzept und die „motivierende Gesprächsführung“ zu nennen. Diese Beratungsmodelle stellen das Patientenanliegen und seine Änderungsbereitschaft, gemeinsame Therapieentscheidungen und eine kontinuierliche Betreuung in den Vordergrund des ärztlichen Handelns [73, 74]. Durch das Erlernen solcher Kommunikationstechniken könnte die Beratungskompetenz der Hausärzte gestärkt werden, was für die präventive Beratung aus zweierlei Gründen von Bedeutung sein kann. Zum einen zeigen Studien, dass durch die Fokussierung auf den Patientenwillen und durch die gemeinsame Ausarbeitung vielschichtiger, in den Alltag des Patienten integrierbarer Behandlungsoptionen tatsächlich eine Gewichtsreduktion und -stabilisierung begünstigt werden kann [72, 75]. Zum anderen könnte sich der „Behandlungserfolg“ der Patienten positiv auf das Engagement der Hausärzte bei der Betreuung auswirken, denn bisher schätzen sie ihren therapeutischen Einfluss häufig gering ein und erleben ihn als ineffektiv [48, 49].

Einschränkend ist zu erwähnen, dass bei alleinigen hausärztlichen Interventionen häufig ein langfristiger Behandlungserfolg ausbleibt und nach Ende der Betreuung ein Rebound-Effekt eintritt, der zu erneuten Gewichtszunahmen führt. Wichtig ist somit auch die Gewährleistung einer kontinuierlichen Betreuung Übergewichtiger durch verschiedene Expertengruppen. Vorstellbar sind dabei vernetzte Konzepte der Gesundheitsanbieter, die Adipöse und Übergewichtige bei der Gewichtsreduktion gemeinsam über einen langen Zeitraum unterstützend begleiten. Ein multimodaler Ansatz wird in einigen europäischen Ländern bereits umgesetzt. So kooperieren in sechs Regionen Großbritanniens verschiedene Gesundheitsanbieter bei der Betreuung

übergewichtigen Patienten („Counterweight Project Team“) und zeigen erstmals längerfristige Erfolge (über zwei Jahre) hinsichtlich einer Gewichtsreduzierung [106]. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf kleinerer Ebene, z.B. durch Delegation an geschultes Fachpersonal in der eigenen Praxis (Diätassistenten, Bewegungstherapeuten), könnte ebenfalls eine sinnvolle Ergänzung zu der bestehenden hausärztlichen Versorgung Übergewichtiger darstellen. Diese Form der Kooperation wird von Patienten zudem als eine wichtige Alternative zur alleinigen hausärztlichen Beratung erachtet und könnte aus ihrer Sicht bei der Gewichtsabnahme helfen [124].

6. Zusammenfassung

Sowohl in Deutschland als auch in anderen westlichen Industrienationen ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Die WHO sprach zum Millenniumswechsel 2000 in diesem Zusammenhang von einer „globalen Epidemie“ [5]. Vor allem aufgrund der Assoziation mit teils schwerwiegenden Begleiterkrankungen (kardiovaskuläre, orthopädische, karzinogene, psychische) [21-28], aber auch durch die damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem, gewinnt die Aufklärung und Betreuung der betroffenen Patienten immer mehr an gesamtgesellschaftlicher Bedeutung [15]. Innerhalb der medizinischen Versorgungslandschaft in Deutschland sind Hausärzte wichtige Ansprechpartner für übergewichtige und adipöse Patienten und werden aufgrund der Begleiterkrankungen im Vergleich häufiger von Übergewichtigen als von Normalgewichtigen aufgesucht. Daraus leitet sich ein besonderer Stellenwert der Hausärzte bei der komplexen Betreuung betroffener Patienten ab (vergl. 1.2.1.). Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen initiierte Check-Up-35 bietet als Präventivuntersuchung den gesetzlichen Rahmen, übergewichtige bzw. adipöse Patienten hinsichtlich ihres Risikoprofils aufzuklären, ein Bewusstsein für gesundheitliche Einschränkungen zu induzieren und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken.

Ziel der vorliegenden Studie war es, thematische Inhalte und ärztliches Gesprächsverhalten des im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung stattfindenden Beratungsgesprächs zwischen Hausärzten und ihren übergewichtigen Patienten ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) zu untersuchen. Mithilfe des Kommunikationsanalyseverfahrens RIAS wurden in dieser Arbeit Tonbandaufnahmen von insgesamt 50 Beratungsgesprächen aus 12 allgemeinmedizinischen Hausarztpraxen in Berlin und Brandenburg untersucht und quantitativ ausgewertet. Die Modifizierung des Analyseverfahrens folgte dabei der Umsetzung internationaler Leitlinien zur Behandlung Übergewichtiger [15, 34, 35] und der Erfassung von Aspekten der ärztlichen Gesprächsführung, die in der präventiven Beratung von besonderem Interesse sind (Gesprächslänge, Patientenzentriertheit, partizipative Entscheidungsfindung).

Aus der Untersuchung ging hervor, dass die inhaltliche Gestaltung der Gesundheitsberatung innerhalb der Ärzteschaft signifikant variierte. Zunächst war festzustellen, dass die Eruierung und Benennung von kardiovaskulären

Gesundheitsrisiken in allen 50 GU-Gesprächen stattfand, wie es die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Check-Up vorsehen [12]. Die teilnehmenden Studienärzte versuchten meist anhand auffälliger Laborparameter und körperlicher Befunde (z.B. Bluthochdruck) die Patienten auf ihr gesundheitliches Risiko aufmerksam zu machen und benannten in 82% (n=41) der Gespräche mögliche Folgeerkrankungen. Nicht immer wurde jedoch im Anschluss die medizinisch notwendige Diskussion von Lebensstilfragen durch die Hausärzte geführt. Gemessen an der Gesamtheit der kommunizierten Inhalte sprachen sie weit weniger über Ernährungs- (26,7%) und Bewegungsthemen (7,9%) als über kardiovaskuläre Risikofaktoren (47,3%). Zudem wurden 34% (n=17) der Patienten ohne Ernährungs- und 46% (n=23) ohne Bewegungsberatung aus den Abschlussgesprächen selbst dann entlassen, wenn nach den Leitlinien eine Behandlungsindikation gegeben war. Dabei wurde kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Ansprache der drei Themenbereiche und dem Gesundheitszustand der Patienten (gemessen anhand kardiovaskulärer Risikofaktoren) festgestellt. Oftmals blieb auch die gemeinschaftliche Festlegung zwischen den Ärzten und Patienten bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens aus und Behandlungsziele wurden nicht vereinbart. Die in dieser Studie festgestellte unzureichende Beratung Adipöser ist auch in anderen Studien beschrieben worden [96, 97]. Dies lässt Optimierungsmöglichkeiten bei der Thematisierung von bestimmten Behandlungsoptionen bei Adipositas durch die primärversorgenden Ärzte erkennen. Ein erster Ansatz könnte sich aus einer Verbesserung des ärztlichen Gesprächsverhaltens ergeben, wie die Analyse der inhaltlichen Schwerpunkte und Merkmale der ärztlichen Gesprächsführung nahelegen. In den Beratungsgesprächen sprachen Ärztinnen mit ihren Patienten signifikant häufiger über Ernährung und Bewegung als ihre männlichen Kollegen. Eine Kausalität konnte mit dem Analyseverfahren RIAS nicht untersucht werden. Allerdings ließ sich anhand des Gesprächsverhaltens für die Ärztinnen nachweisen, dass sie ein patientenorientierteres Vorgehen verfolgten und damit möglicherweise die komplexe Ansprache von Verhaltensmustern in der Beratungssituation erleichterten. So dauerten die Gesprächsphasen der Ärztinnen im Mittel 5:26 Minuten länger als die der Ärzte. Zudem zeigte sich, dass Ärztinnen durch aktives Zuhören und verbale Aufmerksamkeit eine größere Patientenpartizipation ermöglichten. Ihre Patientinnen und Patienten beteiligten sich aktiver am Gespräch und brachten mehr Informationen in die Beratungssituation ein. Der besondere Stellenwert des Gesprächsverhaltens von Ärzten in präventiven

Beratungsgesprächen wurde auch in anderen Kommunikationsstudien belegt [73, 75, 78, 79]. Insgesamt ist davon auszugehen, dass eine individuelle und patientenzentrierte Gesprächsführung die vielschichtige Lebensstilberatung vereinfachen kann, um mögliche Verhaltensänderungen dauerhaft in den Alltag von Patienten zu integrieren.

7. Literaturverzeichnis

- 1 World Health Organisation. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Global Health Risks. Geneva: WHO, 2009.
- 2 World Health Organisation. WHO Global database on Body Mass Index. Geneva: WHO, 2010.
- 3 Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander HS, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-1360.
- 4 Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004;291:1238-1245.
- 5 Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:i-253.
- 6 Sassi F, Devaux M, Cecchini M, Rusticelli E. The obesity epidemic: Analysis of past and projected future trends in selected OECD countries. OECD health working papers no. 45.
- 7 WHO Regionalbüro für Europa. Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas. Kopenhagen, 2006.
- 8 Nationale Verzehrsstudie II. Max Rubner Institut Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel. (Accessed February 02, 2011 at http://www.was-ess-ich.de/uploads/media/NVS_II_Ergebnisbericht_Teil_1.pdf)
- 9 Hauner H, Bramlage P, Losch C, et al. Overweight, obesity and high waist circumference: regional differences in prevalence in primary medical care. Dtsch Arztebl Int 2008;105:827-833.
- 10 Mensink GB, Lampert T, Bergmann E. [Overweight and obesity in Germany 1984-2003]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2005;48:1348-1356.
- 11 Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. JAMA 2010;303:235-241.
- 12 Kurth BM, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007;50:736-743.
- 13 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.
- 14 Knoll KP, Hauner H. Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland - Eine aktuelle Krankheitskostenstudie. Adipositas 2008;4:204-210.

- 15 Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin, 2007. (Accessed February 04, 2011, at <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Adipositas-Leitlinie-2007.pdf>)
- 16 Gelber RP, Gaziano JM, Orav EJ, Manson JE, Buring JE, Kurth T. Measures of obesity and cardiovascular risk among men and women. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:605-615.
- 17 Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995;311:1401-1405.
- 18 Ravussin E, Bogardus C. Energy balance and weight regulation: genetics versus environment. *Br J Nutr* 2000;83 Suppl 1:S17-S20.
- 19 Wirth A. Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 3rd ed. Berlin Heidelberg: Springer, 2008.
- 20 Lob-Corzilius T. Übergewicht und Adipositas - eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit. *umwelt medizin gesellschaft* 2007;20(3):180-184.
- 21 Formiguera X, Canton A. Obesity. epidemiology and clinical aspects. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:1125-1146.
- 22 Malik S, Wong ND, Franklin SS, et al. Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 2004;110:1245-1250.
- 23 Okosun IS, Chandra KM, Choi S, Christman J, Dever GE, Prewitt TE. Hypertension and type 2 diabetes comorbidity in adults in the United States: risk of overall and regional adiposity. *Obes Res* 2001;9:1-9.
- 24 Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care* 1994;17:961-969.
- 25 Kannel WB, LeBauer EJ, Dawber TR, McNamara PM. Relation of body weight to development of coronary heart disease. The Framingham Study. *Circulation* 1967;35(4):734-744.
- 26 Dieterle C, Landgraf R. Comorbidities and complications of adipositis. *Internist* 2006;47:141-149.
- 27 Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, et al.. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2000;152:514-527.
- 28 Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220-229.

- 29 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.
- 30 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.
- 31 Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N Engl J Med* 1998;338:1-7.
- 32 Oreopoulos A, Padwal R, Kalantar-Zadeh K, Fonarow GC, Norris CM, McAlister FA. Body mass index and mortality in heart failure: a meta-analysis. *Am Heart J* 2008;156:13-22.
- 33 Dorner TE, Rieder A. Obesity paradox or reverse epidemiology: is high body weight a protective factor for various chronic conditions. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135:413-418.
- 34 Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. (Accessed January 02, 2011, at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11000/30365/30365.pdf>)
- 35 Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institute of Health, 2000. (Accessed January 02, 2011, at http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf)
- 36 Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD001871.
- 37 Heintze C (Hrsg.). *Adipositas und Public Health - Rahmenbedingungen interdisziplinäre Zugänge und Perspektiven auf erfolgreiche Präventionsstrategien*. Weinheim München: Juventa Verlag, 2010.
- 38 Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity. assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001;63:2185-2196.
- 39 Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity. a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 2006;56:666-672.
- 40 Barmer GEK Arztreport. Barmer GEK, 2010. (Accessed Februar 02, 2011, at http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/PDF_Arztreport.property=Data.pdf)
- 41 van Dijk L, Otters HB, Schuit AJ. Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey. *BMC Fam Pract* 2006;7:43.

- 42 Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsblatt 2005;12:1365-1373.
- 43 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.
- 44 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.
- 45 Jay M, Kalet A, Ark T, et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:106.
- 46 Warner CH, Warner CM, Morganstein J, Appenzeller GN, Rachal J, Grieger T. Military family physician attitudes toward treating obesity. *Mil Med* 2008;173:978-984.
- 47 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.
- 48 Leverage RR, Williams RL, Sussman A, Crabtree BF. Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study. *Am J Prev Med* 2007;32:334-339.
- 49 Thuan JF, Avignon A. Obesity management. attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes* 2005;29:1100-1106.
- 50 Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management. a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract* 2006;7:35.
- 51 Tham M, Young D. The role of the General Practitioner in weight management in primary care - a cross sectional study in General Practice. *BMC Fam Pract* 2008;9:66.
- 52 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.
- 53 Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholkar S. Weight management in general practice: what do patients want? *Med J Aust* 2006;185:73-75.
- 54 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.
- 55 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. ("Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien"). Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. (Accessed February 02, 2011, at http://www.g-ba.de/downloads/62-492-280/RL-Gesundheit_2008-06-19.pdf)

- 56 Regus S, Sonntag U, Bockelbrink A, Welke J, Braun V, Heintze C. Die Gesundheitsuntersuchung: Welchen Nutzen sehen Brandenburger Hausärzte? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*; doi:10.1016/j.zefq.2010.07.012.
- 57 Sönnichsen AC, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. *Z Allg Med* 2007;83:355-358.
- 58 Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaisvalavicius V, Miseviciene I. Advising overweight persons about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health* 2006;6:30.
- 59 Thande NK, Hurstak EE, Sciacca RE, Giardina EG. Management of obesity: a challenge for medical training and practice. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17:107-113.
- 60 Doering TJ, Vahlbruch A, Steuernagel B, Fischer GC. Prävention in der Hausarztpraxis. *Prävent Rehabil* 2002;14:28-41.
- 61 Heintze C, Metz U, Hahn D, et al. Counseling overweight in primary care: an analysis of patient-physician encounters. *Patient Educ Couns* 2010;80:71-75.
- 62 Heintze C, Metz U, Wiesner J, Hahn D, Schwantes U, Braun V. [Overweight patients in primary care: how family physicians utilize medical check-up examinations for risk counselling. Content analysis of check-up counselling talks between physicians and patients]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2009;103:439-444.
- 63 Bardia A, Holtan SG, Slezak JM, Thompson WG. Diagnosis of obesity by primary care physicians and impact on obesity management. *Mayo Clin Proc* 2007;82:927-932.
- 64 Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:25-38.
- 65 Fiscella K, Meldrum S, Franks P, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004;42:1049-1055.
- 66 Klöckner Cronauer C, Schmid Mast M. Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. *Rehabilitation* 2010;49:308,314.
- 67 Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 2005;8:34-42.
- 68 Scheibler F, Schwantes U, Kampmann M, Pfaff H. Shared decision-making. *GGW* 2005;1:23-31.
- 69 Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

- 70 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-1110.
- 71 Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48:51-61.
- 72 Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am J Prev Med* 2004;27:61-79.
- 73 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.
- 74 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- 75 Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:793.
- 76 Zaharias G, Piterman L, Liddell M. Doctors and patients: gender interaction in the consultation. *Acad Med* 2004;79:148-155.
- 77 Brink-Muinen A, Verhaak PF, Bensing JM, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003;20:478-485.
- 78 Arborelius E, Bremberg S. Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? *Patient Educ Couns* 1994;23:23-31.
- 79 Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:595-608.
- 80 U.S. Medical School Applicants and Students 1982-83 to 2010-2011. Association of American Medical Colleges. [Accessed March 13, 2011, at <https://www.aamc.org/download/153708/data/charts1982to2011.pdf>].
- 81 Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. *Dtsch Arztebl* 2008; 105(12): A-609 / B-539 / C-527.
- 82 Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns* 2009;76:356-360.
- 83 Hemmer-Schanze C, Fuessl HS. Self-evaluation of the practicing physician's communication ability. *MMW Fortschr Med* 2006;148:25-9, 31.
- 84 Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* 2004;25:497-519.
- 85 Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 1999;93:635-641.

- 86 Farber NJ, Urban SY, Collier VU, et al. The good news about giving bad news to patients. *J Gen Intern Med* 2002;17:914-922.
- 87 Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:539-545.
88. Bales R. *Interaction Process Analysis*. Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, 1950.
- 89 Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-251.
- 90 Sandvik M, Eide H, Lind M, Graugaard PK, Torper J, Finset A. Analyzing medical dialogues: strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Educ Couns* 2002;46:235-241.
- 91 <http://rias.org/>
- 92 Paasche-Orlow M, Roter D. The communication patterns of internal medicine and family practice physicians. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:485-493.
- 93 Winkler J. Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH, editors. *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. Vol. 1.(98) Berl: RKI-Schriften; 1998. p. 69-74.
- 94 Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003;139:907-915.
- 95 Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness. a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns* 2000;39:71-80.
- 96 Eaton CB, Goodwin MA, Stange KC. Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *Am J Prev Med* 2002;23:174-179.
- 97 Huang J, Yu H, Marin E, Brock S, Carden D, Davis T. Physicians' weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. *Acad Med* 2004;79:156-161.
98. Shaw K, Gennat H, Rourke PO, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4): CD003817.
- 99 Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11:1168-1177.
- 100 Hebl MR, Xu J. Weighing the care. physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1246-1252.
- 101 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.

- 102 Weber I. Hohe quantitative Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinärzte. Dtsch Ärztebl 1996;93:A-376–378.
- 103 Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. BMJ 2003;327:1085.
- 104 Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians. a survey of primary care practitioners. Prev Med 1995;24:546-552.
- 105 Boerma WG, Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. Med Care 2000;38:993-1002.
- 106 Ross HM, Laws R, Reckless J, Lean M. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. Br J Gen Pract 2008;58:548-554.
- 107 Reifferscheid G, Kunz, G. Unterschiedliches Rollenverhalten: Arztberuf und soziales Geschlecht. Dtsch Ärztebl 1999;96:A-2493-2498.
- 108 Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. Med Care 2005;43:486-492.
- 109 Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. Med Care 2001;39:1281-1292.
- 110 Hermann K, Szecsenyi J, Ludt S. Vergleichende Evaluation zweier Instrumente zur kardiovaskulären Risikoberatung in der Hausarztpraxis: CARRISMA und e-ARRIBA. Auswirkung auf Veränderungsmotivation & Partizipative Entscheidungsfindung. Allg Med 2008;84:207-213.
- 111 Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-395.
- 112 Anderson P. Reducing overweight and obesity. closing the gap between primary care and public health. Fam Pract 2008;25 Suppl 1:i10-i16.
- 113 Diaz RG, Esparza-Romero J, Moya-Camarena SY, Robles-Sardin AE, Valencia ME. Lifestyle intervention in primary care settings improves obesity parameters among Mexican youth. J Am Diet Assoc 2010;110:285-290.
- 114 Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, Jordan RC, McAdoo G, Nezu AM. Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. J Consult Clin Psychol 1988;56:529-534.
- 115 Pudal V. Psychologische Ansätze in der Adipositas therapie. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2001;4:954-959.
- 116 Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ 2002;325:472.

- 117 Hartog J. Das Genetische Beratungsgespräch. 1st ed. Tübingen: Narr, 1996.
- 118 Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002;288:756-764.
- 119 Robinson BE, Gjerdingen DK, Houge DR. Obesity: a move from traditional to more patient-oriented management. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:99-108.
- 120 Schmid MM, Hall JA, Roter DL. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Educ Couns* 2007;68:16-22.
- 121 Pollak KI, Ostbye T, Alexander SC, et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *J Fam Pract* 2007;56:1031-1036.
- 122 Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing weight with obese primary care patients: physician and patient perceptions. *J Gen Intern Med* 2008;23:581-587.
- 123 Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity* 2009;17:1710-1716.
- 124 Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract* 2001;50:513-518.
- 125 Donner-Banzhoff N, Sadowski E, Baum E. Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. *Z Allg Med* 1995;71:293-298.
- 126 Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993;8:318-324.
- 127 Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003267.

8. Abkürzungsverzeichnis

BMI	= Body Mass Index
BRD	= Bundesrepublik Deutschland
CVD	= Kardiovaskuläre Erkrankungen (engl.)
DAG	= Deutsche Adipositas Gesellschaft
EBM	= Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FU Berlin	= Freie Universität Berlin
GU	= Gesundheitsuntersuchung
HDL	= High Density Lipoprotein
KV	= Kassenärztliche Vereinigung
LDL	= Low Density Lipoprotein
NICE	= National Institute for Health and Clinical Excellence (Großbritannien)
NIH	= National Institutes of Health (USA)
OECD	= Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
RIAS	= Roter Interaction Analysis System
WHO	= Weltgesundheitsorganisation

9. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Nr.	Titel	Seite
1	Verteilung der Sprechanteile	35
2	Relative und absolute Häufigkeit der Themenschwerpunkte	36
3	Geschlechterunterschiede bei inhaltlichen Schwerpunkten	42
4	Umfang der Risikoberatung	44
5	Umfang der Ernährungsberatung	44
6	Umfang der Bewegungsberatung	45

Tabellen

Nr.	Titel	Seite
1	Übersicht Gesprächskorpus	33
2	Übersicht Gesprächsdauer	34
3	Sprecherdominanz	35
4	Kommunikationsmuster Kardiovaskuläre Risikofaktoren	37
5	Kommunikationsmuster Ernährung	38
6	Kommunikationsmuster Bewegung	39
7	Zusammenhang von Beratungsinhalten und Patientenmerkmalen	43
8	Checkliste Befundbesprechung	46
9	Checkliste Motivationsergründung	46
10	Checkliste Vereinbarung von Therapiezielen	47
11	Checkliste Überprüfung des Therapieerfolgs	47
12	Übersicht Genderspezifische Gesprächsführung	48
13	Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Verhältnisaufbau“	48
14	Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Partnerschaftliches Handeln“	49
15	Genderspezifische Gesprächsführung, Subkategorien „Verbale Aufmerksamkeit“	49

10. Lebenslauf

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

11. Publikationsliste

Sonntag U, Henkel J, Renneberg B, Bockelbrink A, Braun V, Heintze C. Counseling overweight patients: analysis of preventive encounters in primary care. *Int J Qual Health Care* 2010;22(6):486-492.

Heintze C, Sonntag U, Henkel J, Braun V. Unterschiede von Check-Up-Beratungsgesprächen zwischen Ärztinnen und Ärzten. 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in Dresden. Abstract in: *Z Allg Med* 2010; Sonderausgabe DEGAM:47.

Metz U, Henkel J, Heintze, C. Sprechen Hausärzte mit ihren übergewichtigen Patienten über Ernährung und Bewegung? Poster, 43. DEGAM-Kongress/8.DKVF, Heidelberg, 01.-03.10.2009.

12. Danksagung

Ich danke Frau Prof. Dr. med. Vittoria Braun für die freundliche Überlassung des Promotionsthemas und die gewährte Forschungsfreiheit bei dem Erstellen der Dissertationsschrift.

Mein herzlicher Dank geht an Herrn Dr. med. MPH Christoph Heintze, der diese Dissertation von den Anfängen bis zum Ende mit zahlreichen Ideen, stets konstruktiven Vorschlägen und nicht zuletzt viel persönlichem Engagement betreut hat. Dank gilt auch Fr. Dipl.-Psych. Ulrike Sonntag, die zum Fertigstellen dieser Arbeit durch viele Denkanstöße beigetragen hat.

Danken möchte ich natürlich den Patienten und Ärzten, die bei dieser Studie mitgewirkt haben.

Dank auch an die vielen Mitarbeiter und Kollegen des Instituts für Allgemeinmedizin, die das wissenschaftliche Arbeiten sehr erleichtert haben. Dank hier insbesondere an Anna Brinck, die mir bei den zahlreichen Stunden am Arbeitsplatz immer motivierend zur Seite stand.

Herzlich danken möchte ich Julian und meiner Tante Sabine für die Hilfe beim Korrekturlesen. Für die kompetente technische Unterstützung geht mein Dank an Giancarlo.

Meinem Bruder Max danke ich für die unzähligen Stunden beim passiven und aktiven Genießen des runden Leders.

Mein besonderer Dank gilt Laura, dem geduldigsten und liebevollsten Menschen in meinem Leben.

Gar nicht genug danken kann ich meiner Mutter und meinem Vater, die jeden meiner Schritte mit viel Liebe begleiten.

13. Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Jan David Henkel, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Lebensstilberatung von übergewichtigen und adipösen Patienten am Beispiel des Check-Up-35“ 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