

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

**DISSERTATION**

Betreuung übergewichtiger Patienten in der  
Hausarztpraxis

- Eine qualitative Analyse von Interviews mit Hausärzten aus Berlin und Brandenburg -

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna Gerda Sieglinde Lieselotte Brinck

aus Walsrode

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. U. Schwantes  
2. Prof. Dr. med. T. Lichte  
3. Prof. Dr. med. A. Bergmann

Datum der Promotion: 07.09.2012

## **Widmung**

Gewidmet meinen Großvätern Dr. med. Joachim Ludwig Heinrich Franz Brinck (08.07.1900 – 24.06.1944) und Dr. med. Werner Heinrich August Scholten (04.05.1920 - 28.09.1969). Joachim Brinck promovierte am 21. Juli 1927 an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg mit seiner Arbeit „Beiträge zur Paratyphusfrage mit besonderer Berücksichtigung des Kulturbildes der einzelnen Paratyphazeen - Typen“. Werner Scholten erlangte die Doktorwürde am 24. Februar 1949 an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilian-Universität München mit seiner Studie „Über den Wert des Koagulationsbandes nach Weltmann in der Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose“.

# Inhaltsverzeichnis<sup>1</sup>

Stichwort- und Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Die Rolle des Hausarztes .....	1
1.1.1 Berufsbild „Allgemeinmedizin“ und Aufgabendefinition .....	1
1.1.2 Die Patienten des Allgemeinmediziners.....	2
1.2 Übergewicht und Adipositas .....	5
1.2.1 Epidemiologie und Definition von Übergewicht .....	5
1.2.2 Ursachen und Folgen des Übergewichts .....	7
1.2.3 Übergewichts- und Adipositasbehandlung .....	9
1.3 Der Hausarzt und das Thema „Übergewicht“ .....	13
1.3.1 Die Vorteile des Hausarztes bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung.....	13
1.3.2 Die Bedeutung der hausärztlichen Prävention von Übergewicht .....	14
2 Fragestellungen.....	17
3 Material und Methoden.....	18
3.1 Studienhintergründe .....	18
3.1.1 Einordnung in ein übergeordnetes Forschungsprojekt.....	18
3.1.2 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns .....	19
3.2 Datenerhebung.....	20
3.2.1 Rekrutierung von Studienärzten.....	20
3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien für Studienärzte .....	21
3.2.3 Vorbereitung der Datenerhebung.....	21
3.2.4 Interviewleitfaden .....	22
3.2.5 Interviews.....	23
3.2.6 Postskripte .....	24
3.3 Datenauswertung .....	24
3.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	24

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird ausschließlich das männliche Geschlecht verwendet. Gemeint sind immer sowohl die männlichen, wie auch die weiblichen Vertreter jeglicher Personengruppen. Der Verzicht auf die weibliche Form soll lediglich einen angenehmen Lesefluss gewährleisten und überflüssige grammatikalische Verkomplizierungen vermeiden.

3.3.2	Vorbereitung der Auswertung .....	26
3.3.3	Auswertung der Interviews.....	27
4	Ergebnisse .....	28
4.1	Beschreibung der Stichprobe .....	28
4.1.1	Studienärzte.....	28
4.1.2	Interviews.....	29
4.2	Übergewichts- und Adipositasbetreuung durch Hausärzte.....	29
4.2.1	Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts durch Hausärzte .....	31
4.2.2	Behandlungsansätze von Hausärzten bei übergewichtigen Patienten.....	37
5	Diskussion.....	58
5.1	Diskussion der inhaltlichen Kategorien.....	58
5.1.1	Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts durch Hausärzte .....	58
5.1.2	Behandlungsansätze von Hausärzten bei übergewichtigen Patienten.....	63
5.2	Ausblick.....	82
5.3	Methodenkritik .....	84
6	Zusammenfassung.....	86
7	Literaturverzeichnis .....	89
8	Anhang.....	98

## Stichwort- und Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living
AMA	American Medical Association
Atlas.ti	Datenanalyseprogramm
BASEL-Programm	Behandlungsprogramm Adipositas mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Body Mass Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Checkup 35 / Gesundheitsuntersuchung	Gesetzlich Versicherte haben ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre ein Anrecht auf einen allgemeinen Gesundheits-Check. Dieser dient der Früherkennung von Krankheiten - insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes.
Cholesterin	Essenzieller Nahrungsbestandteil, zählt als fettähnliche Substanz zur Klasse der Sterine; zuerst in der Galle gefunden. Ein erhöhter Cholesterinspiegel im Blut gilt als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Arteriosklerose, da sich Cholesterin und seine Verbindungen in den Gefäßwänden ablagern und anschließend verkalken können.
Cm	Zentimeter
CRP	C-reaktives Protein (Entzündungsparameter)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DMP	Disease-Management-Programm
EMA	European Medicines Agency
Et al	Et alii (Latein): und andere
EUFIC	Europäische Informationszentrum für Lebensmittel
HDL	High density lipoprotein cholesterin
HIV	Humanes Immundefizienz Virus
ICD-10-Schlüssel	Die ICD-10 Diagnose Schlüssel sind international von der

	WHO genormte Klassifizierungen für diagnostizierte Krankheiten
Jo-Jo-Effekt	Unerwünschte, insbesondere schnelle Gewichtszunahme am Ende einer Reduktionsdiät. Bei wiederholten Diäten kann sich das Gewicht wie ein Jo-Jo auf und ab bewegen, wobei das neue Endgewicht oft höher ist als das Ausgangsgewicht
J1-Untersuchung	Gesundheitsvorsorge im Jugendalter (13. Lebensjahr)
kg/m <sup>2</sup>	Körpergröße in Metern zum Quadrat; SI-Einheit des BMIs
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
LDL	Low density lipoprotein cholesterin
LEARN-Program	Lifestyle, Exercise, Attitude, Relationships and Nutrition-Program
Lifestyle	Englisch für „Art und Weise der Lebensführung“
mmHg	Torr oder Millimeter-Quecksilbersäule ist eine nicht SI-konforme Einheit des Druckes. Ein Torr ist der statische Druck, der von einer Quecksilbersäule von 1 mm Höhe erzeugt wird.
MP3	Audiokompressionsverfahren MPEG-1 Layer 3
Nordic Walking	Ausdauersportart, bei der schnelles Gehen durch den Einsatz von zwei Stöcken im Rhythmus der Schritte unterstützt wird.
Optifast-Programm	Das Optifast-Programm ist ein einjähriges, medizinisch und psychologisch begleitetes Programm zur Gewichtsreduktion und zum dauerhaften Halten des Gewichts ohne Jo-Jo-Effekt. In der so genannten Fastenphase besteht die Nahrung aus einer Formula- Diät (Fertigprodukte).
Outcome	Bezeichnet im internationalen medizinischen Sprachgebrauch das komplexe Ergebnis, das durch eine präventive Maßnahme oder medizinische Therapie erzielt wird
PROCAM	Prospective Cardiovascular Münster Heart Study
PubMed	Public Medline/Publications Medical
Risiko	Als Risiko werden alle Äußerungen gewertet, die Faktoren

		beschreiben, die sich aus medizinischer Sicht gesehen negativ auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand auswirken können.
Tool		Bezogen auf moderne Technik „Werkzeug“
Transkriptionssoftware v 3.0.3.	f4	Das Programm unterstützt bei der Transkription, also dem eigenhändigen Abtippen von Gesprächssituationen aus Audio- oder Videoaufnahmen.
Triglyceride		Dreifache Ester des dreiwertigen Alkohols Glycerin mit drei Säuremolekülen und sollten ausschließlich als Triacylglycerine bezeichnet werden. Erhöhte Werte weisen auf eine Fettstoffwechselstörung (Hypertriglyzeridämie), Diabetes oder Übergewicht hin. Erhöhte Triglyzeridwerte stellen ein Risiko dar, da sie die Bildung von Thrombosen oder eine Arteriosklerose der Blutgefäße fördern können.
USA		United States of America
Weightwatchers		US-amerikanisches Unternehmen, das eine Methode zur Gewichtsreduktion vermarktet
WHO		World Health Organisation
z.B.		Zum Beispiel
ZI-ADT-Panel		Panel Studie im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Sie soll Erkenntnisse zur Entwicklung einer krankheitsorientierten Ressourcenallokation (Budgetvorgaben) für die Arztleistungen im ambulanten Gesundheitswesen erbringen.
ZI		Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Tabellen

Nr.	Titel	Seite
1	Die Häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern der Hausärzte in Deutschland	2 – 3
2	Folgen des Übergewichts	3 – 4
3	Einteilung des Gewichts nach Body Mass Index	6
4	Ätiologie der Adipositas	7
5	Einteilung der Prävention	15
6	Unterscheidung Qualitativer und Quantitativer Forschungsansätze	19
7	Beispiel einer Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	25 - 26
8	Verzeichnis der Studienärzte	28 - 29
9	Kategorienübersicht der Behandlungsnotwendigkeit und Betreuungsansätze des Übergewichts	30
10	Kategorienübersicht spezifischer Betreuungsansätze anderer Instanzen	55

### Grafiken

Nr.	Titel	Seite
1	Kategoriensystem: Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit	31
2	Kategoriensystem: Übergewichtigenbehandlung durch den Hausarzt	38
3	Kategoriensystem: Allgemeine Grundzüge der Beratung von Übergewichtigen	41

## 1 *Einleitung*

### 1.1 *Die Rolle des Hausarztes*

#### 1.1.1 *Berufsbild „Allgemeinmedizin“ und Aufgabendefinition*

Der Beruf des Hausarztes beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung. Dazu werden auch die Bereiche der Prävention und Rehabilitation gezählt. Es ist Aufgabe des Allgemeinarztes als erster ärztlicher Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen. In seiner Arbeitsweise hat der allgemeinmedizinisch tätige Arzt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte mit ein zu beziehen. Bei der Diagnosestellung ist von besonderer Bedeutung das Krankheitskonzept, das Umfeld sowie die Entwicklung des Patienten wahrzunehmen. Zu diesen Arbeitsgrundlagen, welche auf der Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin vom 21.9.2002 (DEGAM) beschlossen worden sind, zählt des Weiteren eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung, die auf eine kontinuierliche Versorgung zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang wird auch die Herangehensweise des „abwartenden Offenhaltens“ sowie der „Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe“ als Arbeitsgrundlage aufgeführt. Als Arbeitsziel definiert die DEGAM vor allem den Schutz der Patienten und der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- und Überversorgung im gesundheitspolitischen Bereich.<sup>1</sup>

Als Arbeitsaufträge für den Allgemeinmediziner werden formuliert:

- eine primärärztliche Filter- und Steuerfunktion
- die haus- und familienärztliche Funktion
- die Gesundheitsbildungsfunktion
- die Koordinations- und Integrationsfunktion hinsichtlich der Weiterverweisung an Spezialisten bzw. andere vom Patienten benötigte Institutionen. Dazu gehört auch die Aufgabe der Verwaltung sowie Dokumentation aller individuellen patientenspezifischen Parameter.<sup>1</sup>

## Einleitung

### 1.1.2 Die Patienten des Allgemeinmediziners

Um die tägliche Arbeit und deren Schwierigkeiten in einer Allgemeinarztpraxis nachvollziehen zu können, ist es sinnvoll sich die häufigsten dort gestellten Diagnosen anzusehen. So finden sich im ZI-ADT-Panel 2009 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland folgende am häufigsten in der Hausarztpraxis verwendeten ICD – 10 - Schlüsselnummern, und damit gestellten Diagnosen:<sup>2</sup>

<i>Diagnosen (Behandlungsanlass)</i>	<i>Rang</i>
Essentielle (primäre) Hypertonie	1
Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	2
Rückenschmerzen	3
Sonstige nichttoxische Struma	4
Chronische ischämische Herzkrankheit	5
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]	6
Varizen der unteren Extremitäten	7
Adipositas	8
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderen-orts nicht klassifiziert	9
Sonstige Krankheiten der Leber	10
Gastritis und Duodenitis	11
Spondylose	12
Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	13
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	14
Gastroösophageale Refluxkrankheit	15
Depressive Episode	16
Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	17
Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisatio-	18

## Einleitung

nen der oberen Atemwege	
Asthma bronchiale	19
Sonstige Bandscheibenschäden	20
Vasomotorische und allergische Rhinopathie	21
Akute Bronchitis	22
Somatoforme Störungen	23
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	24
Cholelithiasis	25
Osteoporose ohne pathologische Fraktur	26
Schlafstörungen	27
Allgemeine Untersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder Diagnose	28
Herzinsuffizienz	29
Sonstige kardiale Arrhythmien	30

Tabelle 1: Die häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern der Hausärzte in Deutschland<sup>2</sup>

Auffällig dabei ist, dass die dreizehn in folgender Tabelle unterstrichenen Pathologien in engem ätiologischen Zusammenhang mit der Adipositas stehen. Sieben hiervon sind unter den ersten zehn der am häufigsten gestellten Diagnosen zu finden.

<u>Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (z.B. Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2)</u>
<u>Dyslipoproteinämie (niedriges HDL-Cholesterin, Hypertriglyceridämie, vermehrte kleine dichte LDL-Partikel)</u>
<u>Hyperurikämie/Gicht</u>
Störungen der Hämostase (Steigerung der Gerinnung und Hemmung der Fibrinolyse)
Chronische Inflammation (z.B. erhöhtes CRP)

## Einleitung

<u>Arterielle Hypertonie, linksventrikuläre Hypertrophie</u>
<u>Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz)</u>
Karzinome (Frauen: z.B. Endometrium, Zervix, Ovarien, Mamma, Niere, Kolon; Männer: z.B. Prostata, Kolon, Gallenblase, Pankreas, Leber, Niere, Ösophagus)
Hormonelle Störungen (z.B. Hyperandrogenämie bei Frauen, Polycystisches Ovar-Syndrom, erniedrigte Testosteron-Spiegel bei Männern, Einschränkung der Fertilität)
Pulmonale Komplikationen (z.B. Dyspnoe, restriktive Ventilationsstörungen, Hypoventilations- und Schlafapnoe-Syndrom)
<u>Gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Cholecystolithiasis, akute und chronische Cholecystitis, Fettleber, nicht-alkoholische Fettleberhepatitis (NASH), Refluxkrankheit)</u>
<u>Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Coxarthrose, Gonarthrose, Wirbelsäulensyndrome)</u>
Erhöhtes Operations- und Narkoserisiko
Erhöhtes Komplikationsrisiko während der Schwangerschaft (z.B. Eklampsie, Gestationsdiabetes) und vor und nach der Entbindung (z.B. erhöhte Sektiorate, Nachblutungen)
Allgemeinbeschwerden (z.B. verstärktes Schwitzen, Gelenkbeschwerden, Belastungsdyspnoe)
Erhöhtes Unfallrisiko

Tabelle 2: Folgen des Übergewichts<sup>3</sup>

Die Diagnose „Adipositas“ findet sich zwar auf Rang acht der obigen Statistik und hat nur einen Anteil von 8,5 Prozent an allen Therapieanlässen. Seine Auswirkungen ziehen jedoch weit größere Kreise.

So spielt es eine zentrale Rolle im Rahmen des metabolischen Syndroms, nach korrekter Definition auch „Cluster kardiovaskulärer Risikofaktoren“ genannt. Bei Personen mit

metabolischem Syndrom erhöht sich die Rate kardiovaskulärer Ereignisse um das zwei bis dreifache.<sup>88</sup> Diese Folgen sind in obiger Rangliste auffällig oft vertreten.

Van Dijk et al stellen bei Übergewichtigen zudem eine höhere Konsultationsrate ihres Hausarztes fest als bei Normalgewichtigen. Daraus folgt, dass Allgemeinärzte eine bedeutende Rolle im Gewichtsmanagement und der Prävention von Folgen dieses Übergewichtes spielen.<sup>4</sup> Diesem schließen sich ebenfalls die Autoren der evidenzbasierten Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas an.<sup>3</sup> Eine detaillierte Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist angebracht, um Möglichkeiten und Grenzen in der hausärztlichen Betreuung aufzuzeigen.

## 1.2 *Übergewicht und Adipositas*

### 1.2.1 *Epidemiologie und Definition von Übergewicht*

Die WHO bezeichnete 1998 das Übergewicht als globale Epidemie.<sup>5</sup> Das Europäische Informationszentrum für Lebensmittel (EUFIC) nannte die Adipositas damals „Krankheit des Millenniums“.<sup>6</sup> Eine aktuellere Erhebung der Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborative Group zeigt, dass im Jahr 2008 einer von drei Erwachsenen weltweit übergewichtig ( $\text{BMI} > 25\text{kg/m}^2$ ) und einer aus neun Erwachsenen adipös ( $\text{BMI} > 30\text{kg/m}^2$ ) war.<sup>7</sup> Allerdings betonen mehrere Arbeiten, dass sich zum Beispiel mit höherem Lebensalter das Mortalitätsrisiko von übergewichtigen Personen abschwächt.<sup>8</sup> Außerdem hat sich die Wirkung der Adipositas auf die Mortalität in den letzten 30 Jahren vor allem in den Industrieländern verringert.<sup>7, 9</sup> Nichts desto trotz: betrachtet man neben den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Übergewichtsepidemie in der Bundesrepublik die daraus entstehenden Kosten von geschätzten 25 Milliarden Euro, welche ca. acht Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitssystems ausmachen, so wird klar, dass absoluter Handlungsbedarf besteht.<sup>10</sup> Dies ist auch deswegen von solcher Wichtigkeit, da sich das Gesundheitswesen und die Sozialversicherungen langfristig mit enormen monetären Belastungen konfrontiert sehen werden.<sup>11</sup> All dies bietet Anlass zur Etablierung diverser Programme zur frühen Gewichtsabnahme, um diesem ungünstigen Trend entgegenzuwirken. Die Förderung der Prävention in der Hausarztpraxis ist daher entscheidend.

Übergewicht ist definiert als eine das Normalmaß überschreitende Vermehrung des Körperfetts. Dabei wird als Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation der

## Einleitung

Körpermassenindex, auch Body Mass Index (BMI) genannt, genutzt. Dieser ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat ( $\text{kg/m}^2$ ). Übergewicht ist definiert als  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , Adipositas als  $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ .<sup>5</sup>

Kategorie	BMI	Risiko für Begleiterkrankungen des Übergewichts
Untergewicht	Kleiner 18,5	Niedrig
Normalgewicht	18,5 bis 24,9	Durchschnittlich
Übergewicht	Größer gleich 25,0	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präadipositas</li> <li>• Adipositas Grad I</li> <li>• Adipositas Grad II</li> <li>• Adipositas Grad III</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25,0 bis 29,9</li> <li>• 30,0 bis 34,9</li> <li>• 35,0 bis 39,9</li> <li>• Größer gleich 40</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gering erhöht</li> <li>• Erhöht</li> <li>• Hoch</li> <li>• Sehr hoch</li> </ul>

Tabelle 3: Einteilung des Gewichts nach Body Mass Index<sup>3</sup>

Aktuelle Studien betonen, dass durch Bestimmung dieses Wertes die Schädlichkeit eines bestimmten Gewichts nicht erfasst werden kann. So ergab die Durchsicht mehrerer Kohortenstudien durch Abel Romero-Corral et al, dass mittels BMI als übergewichtig definierte Patienten insgesamt eine bessere absolute Überlebensrate, sowie verminderte kardiovaskuläre Ereignisse aufweisen, als Normalgewichtige. Aufgrund weiterer Ergebnisse kommt diese Arbeit schließlich zu dem Schluss, dass bessere Methoden zur Darstellung übermäßigen Körperfetts etabliert werden müssen, um dessen Risiko darstellen zu können.<sup>12</sup> Insbesondere zur Erfassung des metabolischen und kardiovaskulären Gesundheitsrisikos ist daher laut Despres et al die Bestimmung des Fettverteilungsmusters von Bedeutung. Die viszerale Fettmasse korreliert besonders eng mit kardiovaskulären Risikofaktoren und Komplikationen.<sup>13</sup> Dies wird in der Arbeit von Abel Romero-Corral ebenfalls betont.<sup>12</sup> Ein einfaches Maß zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots ist die Messung des Taillenumfangs.<sup>14</sup> Bei einem Taillenumfang  $\geq 88 \text{ cm}$  bei Frauen bzw.  $\geq 102 \text{ cm}$  bei Männern liegt eine abdominale Adipositas vor.<sup>5, 15</sup> Bei Personen mit  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$  wird empfohlen stets den Taillenumfang zu messen, um das entsprechende Risiko besser beurteilen zu können.<sup>3</sup>

Allein an diesem letzten Punkt wird ersichtlich, wie vielschichtig die Definition von Über-

gewicht ist. Besonders neuere Studien werfen bezüglich der Definition des Übergewichts als Risikofaktor neue Aspekte auf und stellen alte Festlegungen in Frage.

### 1.2.2 Ursachen und Folgen des Übergewichts

An ätiologischen Klassifikationen des Übergewichts findet diejenige nach Bray häufig Gebrauch:<sup>10</sup>

Monogenetische Syndrome <ul style="list-style-type: none"><li>• Prader-Willi-Syndrom</li><li>• Bardet-Biedl-Syndrom</li><li>• Ahlström Syndrom</li><li>• Leptin-Rezeptor-Defekt</li><li>• Melanocortin-4-Rezeptor-Defekt</li></ul>
Polygenetische Syndrome
Neuroendokrine Adipositas <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypothyreose</li><li>• Morbus Cushing</li><li>• Hypothalamischer Symptomenkomplex</li><li>• Stein-Leventhal-Syndrom</li><li>• Wachstumshormonmangel</li><li>• Insulinom und Hyperinsulinämie</li></ul>
Iatrogene Adipositas <ul style="list-style-type: none"><li>• Pharmaka (manche Antidepressiva, Neuroleptika, Antidiabetika, Glucocorticoide, Betablocker)</li><li>• Hypothalamische Operationen</li></ul>
Ernährung <ul style="list-style-type: none"><li>• Überernährung</li><li>• Essstörungen (Binge-Eating-Disorder; Bulimie; Night-Eating-Disorder)</li></ul>
Inaktivität

Tabelle 4: Ätiologie der Adipositas (modifiziert nach Bray 1992)<sup>3, 10</sup>

---

Bei der Betrachtung dieser Tabelle wird deutlich, dass der Hausarzt bei Personen mit den angegebenen Störungen nicht nur als Betreuer der entsprechenden Erkrankungen selbst, sondern vielmehr auch als „Verhinderer“ einer Entwicklung bzw. einer weiteren Zunahme eines Übergewichts fungieren muss.

Es bleibt zu erwähnen, dass bei der Entstehung des Übergewichts genetische Befunde des einzelnen Individuums eine Rolle spielen. In dem Buch „Adipositas - Epidemiologie, Ätiologie, Folgeerkrankungen, Therapie“ trägt Alfred Wirth verschiedene Arbeiten zur Ätiologie der Adipositas zusammen. Diese kommen zu dem Schluss, dass die Adipositas eine polygenetische Erkrankung ist, bei der die Umwelt jedoch einen erheblichen Einfluss hat.<sup>10</sup> Die Darstellung der Komplexität des Übergewichts ist deswegen von Bedeutung, da die allgemeine Vorstellung von dessen Genese meist auf die ernährungsbedingte Adipositas abzielt oder/und darauf, dass sich zu wenig bewegt wird.<sup>16, 17</sup> Daraus folgt, dass die Lösung des Gewichtsproblems reine „Willenskraft“ der Übergewichtigen benötigt.<sup>17</sup> So einfach ist es nicht. Denn neben biologisch angelegten Mechanismen der Gewichtsstabilisierung und -zunahme, darunter das Ess- und Sättigungszentrum im Hypothalamus oder die durch die Körperfettmasse regulierte Ausschüttung des Hormons Leptin, verfügen Menschen über weitere Regulationssysteme.<sup>10, 16</sup> Diese sind darauf ausgerichtet das Körpergewicht über die Balance zwischen Kalorienaufnahme und Energieverbrauch zu stabilisieren. In der heutigen Gesellschaft spielen außerdem Veränderungen in der Nahrungsaufnahme, der Quantität und Qualität der Nahrung, sowie der eher „sitzende Lebensstil“ eine maßgebliche Rolle bei der Aufrechterhaltung des Phänomens Übergewicht. Unsere Gesellschaft speist demnach, gegenläufig zum in der Gesellschaft sinkenden körperlichen Energieverbrauch, zu viel, zu hastig, zu fett- und kohlehydratreich.<sup>16</sup> Untersuchungen zeigten, dass eine Korrelation zwischen Körpergewicht und der Relation von Kohlehydraten zu Fett in der Nahrung besteht: je höher der Quotient, desto niedriger der BMI.<sup>10</sup> Allerdings kann man nicht verallgemeinernd sagen, dass das Hauptproblem des Übergewichts ein ungünstiges Verhältnis von Kohlehydraten zu Fett ist, denn trotz rückläufigen Fettkonsums steigt die Übergewichtsprävalenz an. Die Initiierung des Übergewichts ist dementsprechend nicht allein durch eine Überernährung erklärbar. Vielmehr spielen ein niedriger Ruheenergieverbrauch, eine verminderte Thermogenese, eine reduzierte körperliche Aktivität, eine verminderte Fettoxidation, niedrige sympathische Aktivität, Vererbung sowie sozioökonomische Faktoren maßgebliche Rollen.<sup>10</sup> Bei der Entstehung von Übergewicht nicht zu

unterschätzen sind des Weiteren externe Einflüsse. Hierzu gehören Erziehungsregeln und –normen bei der Ernährung und Bewegung sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Es ist erwiesen, dass sozial Schwächere aus unterschiedlichen Gründen eher zu Übergewicht neigen, als Bessergestellte.<sup>16</sup> Loureiro und Nayga konnten nachweisen, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen von ihren Ärzten weniger Beratung bezüglich Gewichtsreduktion erhalten, sowie seltener versuchen ihr Gewicht zu reduzieren.<sup>18</sup>

Besteht ein Übergewicht erst, kann dies zu einem Teufelskreis führen, der nur schwer zu durchbrechen ist. Dafür ist zum einen der „Diätenwahn“, der in der Folge zu erhöhten Heißhungeranfällen führt, eine Erklärung. Vergessen werden dürfen auch psychosoziale sowie psychologische Hindergründe nicht, welche bei der Entwicklung sowie Aufrechterhaltung eines Übergewichts maßgeblich beteiligt sein können.<sup>16</sup>

Neben den erwähnten organischen Folgen des Übergewichts treten Einschränkungen durch psychosoziale Konsequenzen, zum Beispiel eine sich parallel entwickelnde oder bereits im Vorfeld bestehende Depression, auf. Dies kann zu einer zusätzlichen Isolation des Patienten führen. Auch die gesellschaftliche Überhöhung und Verklärung der Schlankheit, sowie Ansätze diskriminierendes Verhaltens gegenüber Übergewichtigen verringern das Selbstwertgefühl dieser Personen weiter.<sup>16, 19</sup> Vor Vorurteilen sind nach einer Studie von Teachman und Brownell selbst Mediziner mit Schwerpunkt der Übergewichts- und Adipositasbetreuung, nicht gefeit. In Evaluationen der Korpulenten hatten die Ärzte diese als schlecht und faul eingestuft.<sup>20</sup> Dementsprechend gaben übergewichtige Frauen in einer weiteren Untersuchung an, wegen der Scham über ihr Gewicht, Arztbesuche zu meiden.<sup>17</sup> Zwangsläufig führt all dies zu Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und einer verminderten Lebensqualität.

Diese Ausführungen lassen erkennen, welch hohen Anspruch die Betreuung eines Übergewichtigen an das Gesundheitswesen stellt.

### *1.2.3 Übergewichts- und Adipositasbehandlung*

Die Deutsche Adipositas Gesellschaft hat zum Thema Übergewicht eine Leitlinie erarbeitet. Vorgestellt wurde sie erstmals im April 2003. Im Jahr 2007 ist sie aktualisiert

worden. Herausgeber sind die Deutsche Adipositas-Gesellschaft, die Deutsche Diabetes-Gesellschaft sowie die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin.<sup>3</sup>

### **Zielgruppe**

Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger/adipöser Menschen sind laut erwähnter Leitlinie ein BMI  $\geq 30$  oder ein Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 und gleichzeitiges Vorliegen

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

Dies setzt eine eingehende Diagnostik voraus, die sich im Besonderen der Feststellung der grundlegenden Motivation des Patienten zu widmen hat, bevor überhaupt eine Therapie angegangen wird.

Bei der Behandlung selbst wird ein Basisprogramm empfohlen, welches die Komponenten Ernährung-, Bewegung-, und eine Verhaltenstherapie berücksichtigt. Dabei ist es wichtig in der kontinuierlichen Betreuung zwei Phasen, nämlich zunächst die der Reduktion und im Anschluss die der Unterstützung bei der Gewichtserhaltung und langfristigen Ernährungsumstellung zu gewährleisten.

### **Ernährungstherapie**

Die Ernährungstherapie beinhaltet unterschiedliche Stufen. Man kann auf jeder Stufe der Behandlung einsteigen. Wichtig ist die Einbettung der Therapie in das gesamte Umfeld, eine korrekte Abschätzung des Risikoprofils, sowie der Lebensumstände an sich.

Stufe 1: Alleinige Reduktion des Fettverzehr

Stufe 2: Mäßig energiereduzierte Mischkost

Stufe 3: Mahlzeitenersatz mit Formulaprodukten (z.B. Eiweißgetränke oder Riegel)

Stufe 4: Formuladiät

Auch werden kohlenhydratarme Ernährungsmöglichkeiten, sowie Kostformen mit niedrigem glykämischen Index für bestimmte Stationen der Gewichtsreduktion als hilfreich befunden. Von einseitigen Diäten (z.B. die Atkins-Diät), aber auch dem totalen Fasten wird wegen des hohen medizinischen Risikos und fehlendem Langzeiterfolg abgeraten.

### **Bewegungstherapie**

Wie bereits erwähnt, spielt für die Gewichtsabnahme und vor allen Dingen für die Gewichtserhaltung die körperliche Betätigung eine wichtigere Rolle als die Ernährung allein. Welchen Einfluss Häufigkeit, Dauer und Intensität der Belastung auf das Gewicht haben, ist nach Leitlinie nicht klar. Die Trainingsintensität sollte sich jedoch an einem Herz-Kreislauftraining orientieren. Dabei sollte ca. 75% der maximalen oder einer errechneten Herzfrequenz, in die auch die Ruheherzfrequenz mit eingeht, erreicht werden. Kontraindikationen gegen eine derartige körperliche Betätigung müssen vorher ausgeschlossen sein.

### **Medikamentöse Therapie**

Als Indikationsrichtlinien einer medikamentösen Therapie werden die der National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (1996) genannt:

- Patienten mit BMI  $\geq 30$ , die mit dem Basisprogramm keinen ausreichenden Erfolg hatten, d.h. keine Gewichtsabnahme  $>5\%$  innerhalb von drei bis sechs Monaten oder Wiedergewinnung des Gewichts in dieser Zeit
- Patienten mit BMI  $\geq 27$ , die zusätzlich gravierende Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten aufweisen und bei denen die Basistherapie nicht erfolgreich war
- Die medikamentöse Therapie sollte nur dann fortgesetzt werden, wenn innerhalb der ersten vier Wochen eine Gewichtsabnahme von wenigstens 2kg gelingt

An Antiadiposita werden die drei zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit zugelassenen Sibutramin, Orlistat und Rimonabant aufgeführt.

### **Chirurgische Maßnahmen**

Chirurgische Interventionen sind bei Adipositas Grad III (BMI  $\geq 40$ ) oder Adipositas Grad II (BMI  $\geq 35$ ) in Begleitung erheblicher Komorbiditäten (z.B. Diabetes mellitus Typ 2) angebracht. Vor Indikationsstellung sollte eine sechs- bis zwölfmonatige konservative Behandlung durchgeführt worden sein. Zweifellos sollte bei Patienten mit Verdacht auf

Depression, Psychose, Suchterkrankung oder Essstörung zunächst eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung vorgezogen werden. Chirurgische Eingriffe sollten in spezialisierten Einrichtungen vorgenommen werden.<sup>3</sup>

### **Psychologisch-motivationale Aspekte in der Therapie**

Alle bisherigen Behandlungsansätze befinden sich auf rein medizinisch-therapeutischer Ebene. Wie bereits eingangs betont, steht jedoch an erster Stelle der Therapie die Motivation des Patienten zu weitergehenden Schritten. Demnach hat bereits die Art und Weise der Gesprächsführung mit den Übergewichtigen einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Ergebnis der Gewichtsreduktion.<sup>17</sup>

Als ein nützliches Hilfsmittel bei der Beratung Übergewichtiger wird von einigen Autoren das „Motivational Interviewing“, welches auf Prochaska und DiClemente's „Stages of Change“ Model basiert, empfohlen.<sup>21</sup> Dabei gilt es Folgendes zu beachten: die Motivation zu einer Verhaltensänderung geht vom Patienten aus und sollte ihm nicht von außen, also z.B. vom Hausarzt selbst, auferlegt werden. Des Weiteren ist es die Aufgabe des Klienten und nicht des Beraters, seine Ambivalenz zu artikulieren und aufzulösen. Direkte Überzeugungsversuche durch den Arzt sind als Methode zur Auflösung dieser Ambivalenz nicht zugelassen. Insgesamt muss sich um einen ruhigen und „entlockenden“ Beratungsstil bemüht werden. Der Berater ist insofern „direktiv“, als dass er den Klienten aktiv darin unterstützt seine Ambivalenz zu erkunden und aufzulösen. Die Bereitschaft zur Veränderung wird dabei nicht als Persönlichkeitsmerkmal des Patienten, sondern als ein fluktuierendes Produkt der interpersonellen Interaktion gesehen. Zu allen Zeiten soll die therapeutische Beziehung dabei mehr einer Partnerschaft oder Begleitung als einem Experten-Rezipienten-Verhältnis gleichen.<sup>22</sup> Smith West et al weisen diesem Prinzip nach, Frauen mit Diabetes Typ II bei der Gewichtsreduktion zu unterstützen.<sup>23</sup> Schwarz et al wiederum können dieser Methode ein positives Outcome bei der Prävention des Übergewichts bei Kindern in Form positiver Veränderungen des Essverhaltens nachweisen.<sup>24</sup>

In besagter Adipositas Leitlinie wird der primäre Fokus auf eine Verhaltenstherapie gesetzt, welche eher dem Prinzip einer „Cognitive Behavioral Therapy“ entspricht. Diese ist mit den Grundprinzipien des „Stages of Change Model“ eng verwandt. Die Selbstbeobachtung des Ess-, Trink- und Bewegungsverhaltens, z.B. mit einem Ernährungstagebuch oder einem Bewegungsprotokoll, die Einübung eines flexibel kontrollierten Ess-

verhaltens, das Erlernen von Stimuluskontrolltechniken, um Essreize zu reduzieren, sowie der Einsatz von Verstärkungsmechanismen (z.B. Loben), um das neue Essverhalten zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden, wird hier empfohlen.<sup>3</sup> Vergessen werden darf dabei auf keinen Fall die soziale Unterstützung, die der Rückfallprophylaxe und dem Rückfallmanagement dient. Vergleichbare Ansätze finden sich im BASEL-Programm (Behandlungsprogramm Adipositas mit den Schwerpunkten Ernährungsverhalten und Lebensstiländerung), welches abgeleitet wurde vom amerikanischen LEARN-Programm (Lifestyle, Exercise, Attitude, Relationships and Nutrition-Programme).<sup>25</sup>

Dabei muss bedacht werden, dass eine Verhaltenstherapie selten ein eigenständiges, einzelnes Geschehen darstellt. Vielmehr bewegt sich der Patient vom Stadium des Desinteresses an einer Veränderung in das der Erwägung eines Wandels hin zu der Entscheidung für und endgültiger Durchführung der beschlossenen Veränderung. Rückfälle in verschiedene vorangehende Stadien können und dürfen dabei auftreten.<sup>26</sup>

### *1.3 Der Hausarzt und das Thema „Übergewicht“*

#### *1.3.1 Die Vorteile des Hausarztes bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung*

Dass diese Schritte für den Betreuer als auch den Patienten einen langwierigen Prozess mit vielen Höhen und Tiefen bedeuten, wird somit als unvermeidlicher Teil des therapeutischen Konzepts angesehen. Daraus geht hervor, wie wichtig eine ganzheitliche Herangehensweise an den Patienten ist. Neben den Kenntnissen der medizinischen Möglichkeiten bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung dürfte eine langfristig angelegte Arzt-Patienten-Beziehung nützlich sein. Dazu gehört, dass der Arzt den Patienten samt seinem Umfeld kennt. Es bedarf einer besonderen interpersonellen Basis, um im Laufe dieser Beziehung heikle Themen wie das Übergewicht bewältigen zu können. Der Begriff der Patientenzentriertheit erlangt dabei einen hervorgehobenen Stellenwert. Auf Seiten des Beratenden sollte ein Verständnis für sowie ein Interesse an präventionsmedizinischen Ansätzen gegeben sein. Ferner sollten Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit weiteren Instanzen vorhanden sein. Bei der Aufgabenbeschreibung des Faches Allgemeinmedizin wurde deutlich, dass die in diesem Bereich tätigen Mediziner dazu prädisponiert sind eine umfassende Übergewichts- und Adipositasbehandlung leisten zu können. Dass Ärzte schon durch eine einfache Bera-

---

tung Erfolge bei der Gewichtsabnahme ihrer adipösen Patienten erzielen können, ist erwiesen.<sup>27, 28</sup>

Die "American Medical Association" (AMA) empfiehlt daher Personen, die eine Gewichtsreduktion in Erwägung ziehen, zunächst einen Allgemeinmediziner zu konsultieren. Dadurch weisen sie diesem eine zentrale Rolle zu. Erst, wenn dieser mit seinen Ansätzen nicht weiter kommt, soll er an Fachärzte, welche Erfahrung in der Betreuung Übergewichtiger haben, oder an Diätspezialisten, Verhaltenstherapeuten, Psychologen oder Ergotherapeuten weiterverweisen.<sup>29</sup> Dies setzt allerdings ein funktionierendes Setting, in dem eine klare Aufgabenverteilung und Schwerpunktdefinition der einzelnen Gebiete bezüglich der Betreuung übergewichtiger Patienten bereits vorhanden und ausgereift ist, voraus. Für eine Schulung der einzelnen Gesundheitsbereiche in der nachhaltigen und ganzheitlichen Übergewichts- und Adipositasbetreuung muss außerdem gesorgt sein.<sup>30</sup>

### *1.3.2 Die Bedeutung der hausärztlichen Prävention von Übergewicht*

In der Übergewichts- und Adipositasbetreuung gilt es den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung sowie der Prävention ganz besonders zu betonen.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ stellt den jüngeren der beiden Begriffe dar. Er etablierte sich in Form der „Ottawa Charta“ nach der Konferenz der WHO im November 1986. Es geht hier um eine Präventionsstrategie bei der Menschen eine „Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten“<sup>31</sup> erfahren sollen, indem sich ihre Lebensbedingungen verbessern. Gesundheitsbezogene Interventionsmaßnahmen können, entweder am Individuum oder am sozialen Umfeld, sowie den gesellschaftlichen oder rechtlichen Rahmenbedingungen ansetzen.<sup>31</sup> Generelles Ziel ist die Herstellung einer höheren als der ursprünglich erwartbaren Gesundheitsqualität. Das Wirkprinzip der Gesundheitsförderung basiert auf der Stärkung und Förderung von Schutzfaktoren und Ressourcen, die als Voraussetzung für Verbesserung der Gesundheitsentwicklung identifiziert werden konnten.<sup>31</sup> Diese Schutzfaktoren lassen sich in Gruppen einteilen. Hurrelmann, Klotz und Haisch zählen hierzu Faktoren des Lebensstils, wie der Förderung von Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, sowie psychologische Faktoren wie eine erhöhte Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung und Schutzmotivierung auf. Das Hauptaugenmerk soll bei diesen Punkten nicht,

## Einleitung

wie bei der Prävention, auf die Vermeidung einer Krankheit, sondern auf die Gesundheit und das Wohlbefinden an sich gerichtet sein.<sup>31</sup> Die bisherigen Ausführungen zur Übergewichts- und Adipositas therapie zeigen, wie wichtig die Stärkung dieser Schutzmechanismen in diesem Zusammenhang ist.

Viel häufiger findet diese Betreuung Einbettung in das Themenfeld der Prävention. Im Sinne einer „generellen Vermeidung eines schlechteren Zustands umfasst diese alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern.“<sup>32</sup> Im Mittelpunkt steht also die Beeinflussung von Bedingungs- und Risikofaktoren. Der Prävention ist es dadurch möglich, nicht allein auf eine spezifische Krankheit, sondern auf Krankheitspektren zu wirken. Sie setzt dabei auf Breitenwirkung und Gemeindeorientierung und zielt aus Gründen der Effizienz nicht, wie zum Beispiel die Gesundheitsförderung oder die Kuration, auf einzelne Individuen.<sup>31</sup> Der Begriff „Prävention“ wird, wie in folgender Tabelle dargestellt, in eine Primär-, Sekundär-, sowie Tertiärprävention unterteilt:

	<b>Primärprävention</b>	<b>Sekundärprävention</b>	<b>Tertiärprävention</b>
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progression oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tabelle 5: Einteilung der Prävention<sup>31, 32</sup>

Verdeutlicht man sich diese Definitionen, wird klar, dass alle drei Formen der Prävention beim Gewichtsmanagement angesetzt werden. So kann im Sinne der Primärprävention eine bessere Ernährung oder ein verbessertes Gesundheitsverständnis der Bevölkerung durch Unterweisungen an Kindergärten, Schulen, Vereinen etc. gefördert werden. Bereits übergewichtige Kinder sollten durch ihre Pädiater erfasst und daraufhin das

Problem in Form einer Intervention in der Familie angegangen werden. Dies wäre ein Beispiel für die Sekundärprävention der Adipositas. Treten bereits Folgeschäden des Übergewichts auf, müssen entsprechende Experten dazu in die Lage sein, eine weitere Zunahme des Gewichts und damit auch dessen Folgen tertiärpräventiv zu verhindern.

Bisher finden sich in der Hausarztpraxis folgende Ansätze: Im Sinne der Primärprävention sind hier die Impfungen und der Checkup 35 zu nennen. Letzterer kann bei manchen Patienten, die bereits kardiovaskuläre Risiken aufweisen, auch der Sekundärprävention dienen. Zu dieser gehört auch die Krebsvorsorge.<sup>33</sup> Einen immer größeren Stellenwert werden in diesem Zusammenhang den Disease-Management-Programmen (DMP) zugesprochen. Für Hausärzte spielen dabei die DMPs für Koronare Herzkrankheit (Modul Chronische Herzinsuffizienz), Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen sowie das Asthma bronchiale eine Rolle.<sup>34</sup>

Mit den Folgen des Übergewichts, zum Beispiel der Hypertonie und/oder dem Diabetes mellitus, müssen sich die meisten Allgemeinmediziner täglich auseinandersetzen. Die weitgreifenden Probleme der entsprechenden Patienten werden gerade ihnen durch langjährige Betreuung offenbar. Dass sie dementsprechend einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Motivation der Patienten bezüglich der Gewichtsreduktion haben, bestätigte eine Studie des Albert Einstein College of Medicine unter Nichola J. Davis.<sup>27</sup> Auch die Arbeit von Louriero und Nayga kommt zu einem ähnlichen Schluss.<sup>18</sup>

### 2 Fragestellungen

Vor diesem theoretischen Hintergrund ist eine Exploration des Zustandes der Übergewichts- und Adipositasberatung durch Hausärzte in Deutschland von besonderem Interesse. Dadurch kann es ermöglicht werden, Schwierigkeiten der Mediziner mit diesem Thema zu erkennen und ihre Ansätze bei der Betreuung Übergewichtiger zu verstehen. Erst dann wird es möglich sein der Primärversorgung bei der Versorgung korpulenter Patienten zu helfen und Anreize zur Knüpfung effizienter Netzwerke verschiedener Professionen zu geben.

In dieser Arbeit werden dazu folgende Fragen im Mittelpunkt stehen:

1. Wo sehen Hausärzte eine Behandlungsnotwendigkeit für Übergewicht? Wo nicht?
  - 1.1. Nach welchen medizinischen Kriterien gehen Hausärzte bei der Festlegung einer Behandlungsnotwendigkeit vor?
  - 1.2. Welche Rolle spielen nicht medizinische Kriterien bei der Bestimmung der Therapiebedürftigkeit des Übergewichts?
2. Welche Behandlungsansätze spielen in der Hausarztpraxis eine Rolle? Welche nicht?
  - 2.1. In welcher Rolle sehen sich die Hausärzte bei der Betreuung Übergewichtiger?
  - 2.2. Welche Behandlungsstrategien wenden Hausärzte in ihrer Praxis bei ihren Patienten an?
    - 2.2.1. Welche Grundsätze verfolgen sie dabei in ihren Beratungsgesprächen?
    - 2.2.2. Welche konkreten therapeutischen Empfehlungen zur Reduktion des Übergewichts geben sie ihren Patienten?
  - 2.3. Wird die Betreuung der Übergewichtigen in ein langfristiges „Setting“ mit Einbindung weiterer Experten eingegliedert?

### 3 *Material und Methoden*

#### 3.1 *Studienhintergründe*

##### 3.1.1 *Einordnung in ein übergeordnetes Forschungsprojekt*

Unter dem Oberbegriff „Präventives Selbst“ fand ab Beginn des Jahres 2007, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), ein interdisziplinäres Forschungsunternehmen statt. Daran nahmen teil: Das Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt Universität Berlin, das Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, der Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt der Universität Hamburg und das Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Die Arbeitsgruppe der Charité widmete sich vor allem dem Thema: „Medizinische Prävention in der Hausarztpraxis: Die Gesundheitsuntersuchung bei Übergewichtigen“. Dabei sollte unter anderem der Einfluss der Arzt-Patienten-Interaktion auf Physiologie, Psychologie und den sozialen Kontext des Patienten erfasst und ein Beitrag zur Präventionsforschung mit Hausärzten geschaffen werden. Der Bereich „Prävention in der Hausarztpraxis“ wurde durch die Fokussierung auf das kardiovaskuläre Präventionsinstrument „Checkup 35“ analysiert. Die Wahl der Schwerpunkte „Übergewicht und Adipositas“ gewährleistete eine breit gefächerte Darstellung der Präventionsarbeit in der Hausarztpraxis. Diese beiden Gebiete wurden mittels verschiedener quantitativer, sowie qualitativer Teilprojekte erforscht. Die vorliegende Arbeit nimmt sich der Darstellung der Übergewichts- und Adipositasbetreuung durch Hausärzte an.

Alle Teilstudien sollten es am Ende ermöglichen, den Ist-Zustand aktueller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/Prävention in der Hausarztpraxis aufzuzeigen. Nebenbei sollten anhand der ersten Ergebnisse weiterführende Hypothesen und Fragen generiert bzw. ausgearbeitet werden. Dadurch, dass sich das Projekt den zwei unterschiedlichen „Protagonisten“ in der Praxis, nämlich auf der einen Seite den Patienten, auf der anderen den Ärzten und zusätzlich der Interaktion von beiden im Rahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs widmete, wurde es möglich, einen umfassenden Einblick in die Thematik zu erzielen. Die Laufzeit der Studie erstreckte sich über insgesamt drei Jahre, bis zum April 2010.

3.1.2 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns

Diese Doktorarbeit stellt eines der qualitativen Teilprojekte dar. Qualitative Forschung zielt auf die Beschreibung von Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen ab. Sie soll zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und „auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale“ aufmerksam machen.<sup>35</sup> Die Unterschiede zwischen qualitativer und quantitativer Forschung stellt folgende Tabelle dar:

Qualitative Forschung	Quantitative Forschung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• will soziale Sachverhalte <i>verstehen</i></li> <li>• rekonstruiert subjektive Deutungsmuster</li> <li>• hält das eigene Vorverständnis möglichst weit und lange zurück</li> <li>• versteht Deutungen und subjektive Sichtweisen</li> <li>• gestaltet sich nach dem Prinzip der größtmöglichen Offenheit</li> <li>• offene Fragen, die Antworten sind Texte</li> <li>• kleine Stichproben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Will soziale Sachverhalte <i>erklären</i></li> <li>• Gibt „objektive“ Definitionen vor</li> <li>• Testet vorab definierte Hypothesen (hypothesentestendes Verfahren)</li> <li>• Misst Häufigkeiten und Zusammenhänge</li> <li>• Gestaltet sich nach dem Prinzip der Standardisierung</li> <li>• Standardisierte, geschlossene Fragen, die Antworten bilden Datensätze</li> <li>• Geschlossene, große Stichproben</li> </ul>

Tabelle 6: Unterscheidung Qualitativer und Quantitativer Forschungsansätze<sup>90, 91</sup>

Dabei ist die vorliegende qualitative Arbeit eine Art „Momentaufnahme“ in Form einer Zustandsanalyse zum Zeitpunkt der Forschung. Sie stützt sich auf folgende Anmerkung von Uwe Flick: „Verschiedene Ausprägungen des Expertenwissens, das in einem Feld im Moment der Forschung existiert, werden in Interviews erhoben und miteinander verglichen. Auch wenn in die Interviews entsprechende Beispiele aus früheren Zeitpunkten einfließen, ist die Forschung nicht primär auf die Rekonstruktion eines Prozesses in retrospektiver Perspektive gerichtet. Vielmehr wird eine Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Forschung gegeben.“<sup>36</sup> Als Expertenwissen werden hier die Erkenntnisse der Hausärzte zu den in der Einleitung abgehandelten Themen gewertet.

Werden die Grundzüge des qualitativen Designs befolgt, liefern die so gewonnenen Ergebnisse ein sehr realitätsnahes Bild des gegenwärtigen Verständnisses der Hausärzte von Prävention und im Speziellen der Beratung von Übergewichtigen in der Hausarztpraxis. Für die Beantwortung der Fragestellungen ist ein qualitativer Ansatz als besonders vielversprechend anzusehen, um ein möglichst facettenreiches Bild zu erhalten. Außerdem bietet die Gesamtstudie die Chance der Zusammenfügung unterschiedlicher Ergebnisse qualitativer sowie quantitativer Forschung z.B. mittels Triangulation. Dies ermöglicht zusätzlich eine bessere Abbildung der Wirklichkeit.

### *3.2 Datenerhebung*

#### *3.2.1 Rekrutierung von Studienärzten*

Mit der Rekrutierung der Studienärzte wurde im Februar 2007 begonnen. Als „Ärztepool“ diente zunächst die „Ärzteliste zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin des Sommersemesters 2006“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité/Universitätsmedizin Berlin. Dabei handelt es sich um ein Verzeichnis von 78 Hausärzten aus ganz Berlin und Teilen Brandenburgs, welche als Lehrärzte der Allgemeinmedizin in ihren Praxen fungieren. Durch Telefonate, Verschicken von Informationsbroschüren und einem Informationsabend im März 2007 angesprochen, erklärten sich zunächst elf Ärzte zur Studienteilnahme bereit. Ergänzt wurde diese Zahl durch einen erneuten Rekrutierungsversuch ab Mai 2007. Hierbei wurde über die Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach Hausärzten gesucht, die in den bisher noch nicht oder weniger stark repräsentierten Bezirken tätig sein sollten. Nach Kontaktaufnahme und darauf folgender Vorstellung der Studie in den Praxen vor Ort, wurde denjenigen Ärzten, die ernsthaftes Interesse zeigten, zusätzliches Informationsmaterial übergeben. Auf diese Weise ließen sich weitere elf Hausärzte zur Teilnahme bewegen. Im Laufe der Datenerhebungen fielen zwei Ärzte auf eigenen Wunsch aus der Studie, sodass diese Promotion auf 20 Ärzte zur Auswahl für die Interviews zurückgreifen konnte. Unter der Prämisse zumindest 15 hiervon für die Gespräche zu gewinnen, wurden ab Mitte September 2007 die Studienärzte erneut an die mit Ihnen geplanten Gespräche erinnert.

### 3.2.2 *Ein- und Ausschlusskriterien für Studienärzte*

Einschlusskriterien für die Ärzte waren eine abgeschlossene Facharztausbildung sowie die Tätigkeit als niedergelassener Arzt in einer Allgemeinarztpraxis in Berlin oder Brandenburg. Außerdem musste sichergestellt sein, dass in ihrer Praxis der Checkup 35, insbesondere bei Patienten mit einem Body Mass Index größer als 25, regelmäßig durchgeführt wurde.

Ausschlusskriterien waren spezialisierte Formen einer allgemeinmedizinischen Praxis (z.B. HIV-Schwerpunktpraxis) und schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache auf Seiten des Hausarztes.

### 3.2.3 *Vorbereitung der Datenerhebung*

Zunächst fand eine literarische Exploration der inhaltlichen Eckpunkte „Prävention“, „Checkup-35“, „Adipositas“, „Hausarzt“ und „Qualitatives Forschen“ statt. Daraufhin wurden anhand passender Studien nach eingehender Pubmed - Recherche die grundsätzlichen Fragestellungen der Promotion entwickelt. Diese, sowie Einzelfragen, die sich aus den gelesenen Studien ergaben und die kontinuierliche Diskussion der Thematik mit wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin sowie anderen Experten führten schließlich zur Entstehung des Interviewleitfadens.

Interviews stellen ein klassisches Mittel zur Erfassung qualitativer Daten dar. Sie bieten laut Christel Hopf „...die Möglichkeit, Situationsdeutungen oder Handlungsmotive in offener Form zu erfragen, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen differenziert und offen zu erheben. Durch die Möglichkeit der diskursiven Verständigung über Interpretationen sind mit offenen und teilstandardisierten Interviews wichtige Chancen einer empirischen Umsetzung handlungstheoretischer Konzeptionen in Soziologie und Psychologie gegeben.“<sup>35</sup> Da auf dem Gebiet der Interviewführung keine Erfahrungswerte auf Seiten des Doktoranden bestanden, wurde von einem komplett offenen narrativen Interview Abstand genommen. Die Befragung stützt sich daher auf einen vorher ausgearbeiteten Interviewleitfaden und erfolgte in Form eines semistrukturierten Interviews.

### 3.2.4 Interviewleitfaden

Im hierzu entwickelten Leitfadeninterview finden sich folgende übergeordnete Punkte:

#### I. Checkup 35

- Was führen Sie in Ihrer Praxis alles im Rahmen des Checkup 35 durch?
- Welche Ansprüche stellen Sie persönlich an das Beratungsgespräch im Checkup 35?
- Wie läuft in Ihrer Praxis die Durchführung des Checkup 35 ab?
- Welchen Sinn sehen Sie als Hausarzt im Checkup 35?
  - Bei welchen Patientengruppen führen Sie den Checkup 35 konkret durch?
  - Welche Konsequenzen ergeben sich für Ihre Patienten aus der Durchführung des Checkup 35?
  - Wie bewerten Sie den Checkup 35?
- Welche Rolle spielt der Checkup 35 bei der Betreuung übergewichtiger Patienten in Ihrer Praxis?

#### II. Übergewicht/Adipositas

- Bei welchen Patienten sprechen Sie das Thema Übergewicht an?
- In welchen Situationen sprechen Sie das Thema Übergewicht an?
- Auf welche Weise sprechen Sie das Thema Übergewicht an?
- Wie schätzen Sie die Rolle der Übergewichtigen bei der Behandlung ihres Übergewichts ein?
- Wie gehen Sie persönlich bei der Betreuung Übergewichtiger vor?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihren Therapieversuchen gemacht?
- Welche Rolle wird Ihnen, Ihrer Meinung nach, bei der Betreuung Übergewichtiger von der Öffentlichkeit zugewiesen?
- Wo würden Sie persönlich Ihre Aufgabe als Hausarzt bei der Betreuung Übergewichtiger sehen?
- Welche Vorschläge haben Sie für die Betreuung übergewichtiger Patienten?

Um die Technik der Interviewführung einzuüben und sich über eventuelle Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des Interviews klar zu werden, wurde ein telefonisches Pilotinterview mit einem Hausarzt aus Ingolstadt/Bayern geführt. Mit Hilfe dieses Vorgesprächs sowie weiterführender Anregungen durch erfahrene Betreuer konnte die Vorgehensweise sowie der Leitfaden weiter verfeinert werden. Der für die Hausärzte entwickelte Kurzfragebogen diente dieser Promotion zur Erfassung demographischer Daten der befragten Ärzte.

### 3.2.5 Interviews

Bei der telefonischen Terminabsprache wurde den Hausärzten die Wahl des Gesprächsortes freigestellt. Es wird angenommen, dass ein Stattfinden der Gespräche in der Hausarztpraxis den Ärzten eher entgegenkommt, da sie sich so in gewohnter Umgebung zu den Themen äußern können. Dadurch wird eine größere Offenheit bei der Beantwortung der Fragen des Interviews erzielt. Beim Gesprächstermin selbst, versuchte der Interviewer immer die gleiche Sitzanordnung, nämlich dem Arzt an einem Tisch gegenüber sitzend, einzunehmen. Dadurch sollten miteinander vergleichbare Interviewsituationen geschaffen werden. Zu Beginn wurde auf letzte Fragen der Ärzte bezüglich des Ablaufs eingegangen, daraufhin um das Ausfüllen des Kurzfragebogens gebeten. Auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und die Nutzung von Einverständniserklärungen wurde gesondert eingegangen. Außerdem wurde erneut darum gebeten für einen möglichst ungestörten Rahmen während des Interviews zu sorgen. Nach einer kurzen Erklärung des MP-3 Aufnahmegerätes wurde dieses eingeschaltet und das Interview anhand des Leitfadens geführt. Dabei wurde versucht, sich nach einer Regieanweisung zur Interviewführung von Harry Hermanns zu richten, um Fehlerquellen zu vermeiden:

- Klarmachen des Rahmens des Interviews (Thematik/Durchführung)
- Schaffen eines angenehmen Gesprächsklimas
- Dem Gegenüber Raum schaffen „sich zu zeigen“
- Möglichkeit der Entfaltung des „Interviewdramas“ bieten
- Entdecken der Lebenswelt des Gesprächspartners und nicht theoretischer Begriffe<sup>35</sup>

### 3.2.6 *Postskripte*

Im Anschluss an jedes Interview erfolgte die Niederschrift eines „Postskripts“, welches Eindrücke, Auffälligkeiten und Befindlichkeiten des Interviewenden kurz vor, während und nach dem Interview enthielt. Zum Teil flossen diese am Ende in die Gesamtauswertung der Gespräche ein.

## 3.3 *Datenauswertung*

### 3.3.1 *Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring*

Um die Arbeit in der qualitativen Forschung stärker in der Wissenschaft etablieren zu können, wurden über die Jahre hinweg unterschiedliche Strategien entwickelt. So entstand z.B. zur Auswertung und „systematischen Bearbeitung von [protokolliertem] Kommunikationsmaterial“ unter anderem die „Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“. Mayring empfiehlt die Anwendung dieses Verfahrens „wenn man nur an der inhaltlichen Ebene des Materials interessiert ist und eine Komprimierung zu einem überschaubaren Kurztext benötigt.“<sup>35</sup> Dies trifft auf die vorliegende Arbeit zu. Der Vorzug der von Philipp Mayring in den siebziger Jahren konzipierten qualitativen Inhaltsanalyse stellt ein regelgeleitetes, nachvollziehbares Ablaufmodell dar, welches am Gegenstand angepasst werden kann und somit ein flexibles System bietet. Die Regelgeleitetheit des Ablaufmodells soll zur Transparenz des Verfahrens beitragen und es für andere nachvollziehbar machen.<sup>37</sup> Unterschieden werden können eine strukturierende, zusammenfassende und explizierende Inhaltsanalyse. Bei dieser Studie liegt hauptsächlich ein Interesse am Inhalt der Interviews vor. Daher empfiehlt sich die Vorgehensweise der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Mit dieser kann umfassendes Textmaterial durch Paraphrasieren, Zusammenfassen und Streichen sinnähnlicher Textabschnitte auf eine bestimmte Abstraktionsebene gebracht und schrittweise verallgemeinert werden, bis das Material eine überschaubare Größe erreicht hat. Der Text wird somit auf seine eigentliche Aussage reduziert. Wie im unten abgebildeten Ablaufplan ersichtlich, schließt sich eine Rücküberprüfung der gefundenen Kategorien am Text an. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Textaussagen weder überinterpretiert werden, noch wichtige Inhalte verloren gehen.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse stellt sich wie folgt dar:

- Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten
- Schritt 2: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstelle
- Schritt 3: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau
- Schritt 4: Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsloser Paraphrasen
- Schritt 5: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
- Schritt 6: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
- Schritt 7: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial<sup>37</sup>

Wie dies in der Praxis der Auswertung umgesetzt wurde, zeigt folgendes Beispiel:

Zeile	Originaltext	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
767	Arzt12:"Also, wenn jemand jetzt ne gestörte Glucosetoleranz hat, der wird ja auch gleich sehr viel besser, wenn er drei Kilo abnimmt!"	P., der gestörte Glucosetoleranz hat, wird besser, wenn er drei Kilo abnimmt.	Gewichtsreduktion verbessert Glucoseintoleranz	Behandlungsnotwendig: gestörte Glucosetoleranz
803	Arzt12: "Ich geh nach dem Body Mass Index! Und, wenn der über 35 ist, also dann ist das schon...schon schwerwiegend.	A. geht nach dem BMI. Wenn der BMI>35 ist, dann ist das schon schwerwiegend. Das	Besonders intensiv Betreuungsbefürftigt ist ein BMI>35	Behandlungsnotwendig, besonders:ÜG+BMI>35

## Material und Methoden

	Da muss man also auch sehr intensiv dem Patienten das klar machen!"	muss man dem P. intensiv klar machen.		
--	---	---------------------------------------	--	--

Tabelle 7: Beispiel einer Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (GesprächDS300012)

Um bei der Analyse auf die Interpretation des Inhalts in seinem Kontext zu achten, wird der Text am Anfang der Auswertung in seinem Kommunikationszusammenhang reflektiert. Am Ende dient diese Bearbeitungsform dazu, Kategorien zu entwickeln und stellt somit ein Instrument der induktiven Kategorienbildung dar. Es folgt daraufhin die endgültige Entwicklung und Überprüfung der Hypothesen.

### 3.3.2 Vorbereitung der Auswertung

#### **Transkription des Interviews**

Die Tonaufnahmen wurden zeitnah zum Aufnahmetermin mit Hilfe der Transkriptionssoftware f4 v 3.0.3. in schriftliche Form gebracht. Dabei wurde wörtlich mittels Schriftdeutsch mit Übernahme umgangssprachlicher Wendungen und Ergänzungen paraverbalen (z.B. Lachen oder Räuspern) und nichtverbaler Merkmale transkribiert. Folgende Hinweise Mayring's zur Interviewtranskription dienten als Orientierung:

- Die Transkription erfolgt vollständig und wörtlich (Unvollständigkeiten und Wiederholungen werden weggelassen)
- Im Vordergrund steht der Inhalt: „Äh“ und Ähnliches wird weggelassen, Dialektfärbungen eingedeutscht; echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben
- Bei Unklarheiten werden Punkte gemacht (.....), je nach Länge des Nichtverstandenen
- Bei Pausen und Stockungen etc. wird ein Gedankenstrich verwendet ( - ), bei längeren Pausen mehrere Gedankenstriche. Falls Grund der Pause ersichtlich ist, ist dieser in diesen in Klammern anzugeben
- Auffälligkeiten, wie Lachen, Räuspern etc. werden in Klammern angegeben

- Alle anderen nonverbalen Merkmale, welche zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, werden in Klammern angegeben (z.B. zustimmendes „Mhm“)<sup>37</sup>

### 3.3.3 Auswertung der Interviews

Die Grundauswertung wurde, wie erwähnt, nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Dabei werden die zu den Forschungsfragen als Antworten passenden Textpassagen pro Gespräch in eine Excel Tabelle eingetragen und analysiert. Memos zum Reduktionsvorgang wurden ebenfalls in solchen Tabellen festgehalten. Die am Ende feststehenden Codes wurden zur besseren Darstellung in das Datenanalyseprogramm Atlas.ti (Version 5.0), einer an der Technischen Universität Berlin entwickelten und häufig genutzten Software zur qualitativen Analyse von Text-, Grafik-, Audio und Videodaten ([www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)) übertragen. Dies diente des Weiteren der Erleichterung der späteren Aufstellung von Codebäumen. Dabei wurden nur die Textstellen betrachtet, die sich mit dem Thema Übergewicht beschäftigten. Zur Bearbeitung der daraufhin festgelegten Hauptfragen der Dissertation wurde ein induktives Verfahren gewählt, d.h. die Herausarbeitung der Kategorien erfolgte aus dem bestehenden Textmaterial heraus. Mayring betont die Beachtung der Gütekriterien Objektivität und Validität und hebt in besonderem Maße die Interkoderreliabilität, das Maß der Übereinstimmung der Auswerter, hervor.<sup>37</sup> Dazu wurde ein Gespräch von einem weiteren Mitarbeiter kodiert und die entstehenden Ergebnisse miteinander diskutiert. Es ergab sich ein Übereinstimmungsgrad der Kodierung von 80%. Die sich daraus neu ergebenden Aspekte zur Beantwortung der Fragestellungen wurden im gesamten Textmaterial auf diesen Sachverhalt hin neu übertragen und die Kodierungen gegebenenfalls verändert. Am Ende der Auswertung stand die Zuordnung der gefundenen Kategorien zu den parallel zur Bearbeitung weiter entwickelten Forschungsfragen in Form von Kategorienbäumen. Ganz im Sinne der von der qualitativen Forschung verlangten Unvoreingenommenheit gegenüber dem Forschungsfeld kam es vor, dass erst hier endgültige Richtungen der Fragen festgelegt wurden. Während des gesamten Prozesses bestand durchgehend ein enger Austausch über das Material und die Ergebnisse mit zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern, sowie den anderen Doktoranden des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité/Universitätsmedizin Berlin.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Beschreibung der Stichprobe

#### 4.1.1 Studienärzte

Zur Teilnahme an den Interviews erklärten sich zunächst 17 Hausärzte bereit. Aus organisatorischen Gründen mussten jedoch zwei Ärzte die Interviews absagen. Daher ergab sich am Ende eine Stichprobe von insgesamt 15 Studienärzten, neun Frauen und sechs Männern. 14 der Teilnehmer hatten bereits an anderen Teilen der Gesamtstudie teilgenommen. Ein Arzt wurde allein für dieses Interview rekrutiert. Dieser, sowie acht weitere, sind Lehrärzte am Institut für Allgemeinmedizin der Charité. Über die Arztlisten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurden die restlichen sechs Interviewpartner ausgehoben. Drei Mediziner arbeiten gemeinsam in einer Praxis. Hiervon ist einer neben seiner Tätigkeit als Hausarzt Facharzt für Pädiatrie.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Bezirke, Gemeinden und Landkreise der rekrutierten Praxen, sowie deren Zusatzbezeichnungen.

Kennnummer des Arztes	Bezirk/Gemeinde/Landkreis	Zusatzbezeichnungen
1	Steglitz	Naturheilverfahren, Kraniotherapie, Neuraltherapie
2	Zehlendorf	Psychotherapie
3	Neukölln	Suchtmedizinische / psychosomatische Grundversorgung
4	Reinickendorf	Chirurgie, Sportmedizin
5	Tegel	Naturheilverfahren
6	Schönwalde / Havelland	Sportmedizin
7	Steglitz	Ernährungs-. Rettungs- und Sportmedizin
9a	Schwante / Oberhavel	
9b	Schwante / Oberhavel	Facharzt Pädiatrie
9c	Schwante / Oberhavel	Psychotherapie, Geriatrie
12	Schöneberg	Naturheilverfahren

## Ergebnisse

14	Pankow	Sportmedizin
15	Prenzlauer Berg	
16	Wedding	
19	Charlottenburg	Chirotherapie, Suchtmedizin, Akupunktur

Tabelle 8: Verzeichnis der Studienärzte

Hier zeigt sich, dass sich eine repräsentative Verteilung der Ärzte für Berlin und das Brandenburg der unmittelbaren Umgebung ergeben hat.

### 4.1.2 Interviews

Es entstanden insgesamt 15 Gespräche mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. 54 Minuten. Dabei hatte das kürzeste Interview eine Länge von 37 Minuten, das längste eine von 1 Stunde und 21 Minuten. 14 Gespräche wurden durch den Doktoranden, eines von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin geführt. Drei Gespräche fanden am Institut für Allgemeinmedizin statt, für 12 Interviews begab sich der Promovend in die Praxen.

Insgesamt sieben Interviews wurden durch Telefonanrufe, Sprechstundenhilfen oder weitere Kollegen unterbrochen. Zweimal konnten Unterhaltungen erst nach Behebung technischer Ausfälle der Aufnahmegерäte weitergeführt werden. Bei der Transkription dieser Gespräche wurden jedoch meist keine relevanten negativen Auswirkungen auf den Gesprächsfluss festgestellt. In einem Fall konnten allerdings auf Grund des Zeitmangels die Abschlussfragen des Interviewleitfadens nicht mehr gestellt werden.

### 4.2 Übergewichts- und Adipositasbetreuung durch Hausärzte

In der folgenden Darstellung der Kategorien werden repräsentative und inhaltlich relevante Zitate aus den Interviews abgebildet. Diese sind durch Kursivschrift und Anführungsstriche gekennzeichnet. Zur besseren Verständlichkeit wurden diese bei der Übertragung in diese Arbeit von Paraphrasen, Füllwörtern und weiteren unnötigen nonverbalen Äußerungen befreit.

Neben der vormalig qualitativen Beschreibung der Ergebnisse wird bei relevanten Ergebnissen auch ein quantitativer Eindruck der Daten vermittelt. Zur besseren Orientie-

## Ergebnisse

rung wurde bei komplizierten Code-Konzepten eine Tabelle oder Grafik mit Auflistung übergeordneter Punkte dem jeweiligen Kapitel vorangestellt. Geleitet durch die grundsätzlichen Forschungsfragen entstehen bei der Kodierung der Gespräche zwei Kategorienschwerpunkte. Dem übergeordneten Thema „Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts“ lassen sich dabei 103 Codebegriffe zuordnen, dem Themenkomplex „Behandlungsansätze bei Übergewicht“ dagegen insgesamt 502.

Bei der Sortierung entstand dabei eine thematische Gliederung, die sich in folgender Tabelle zeigt.

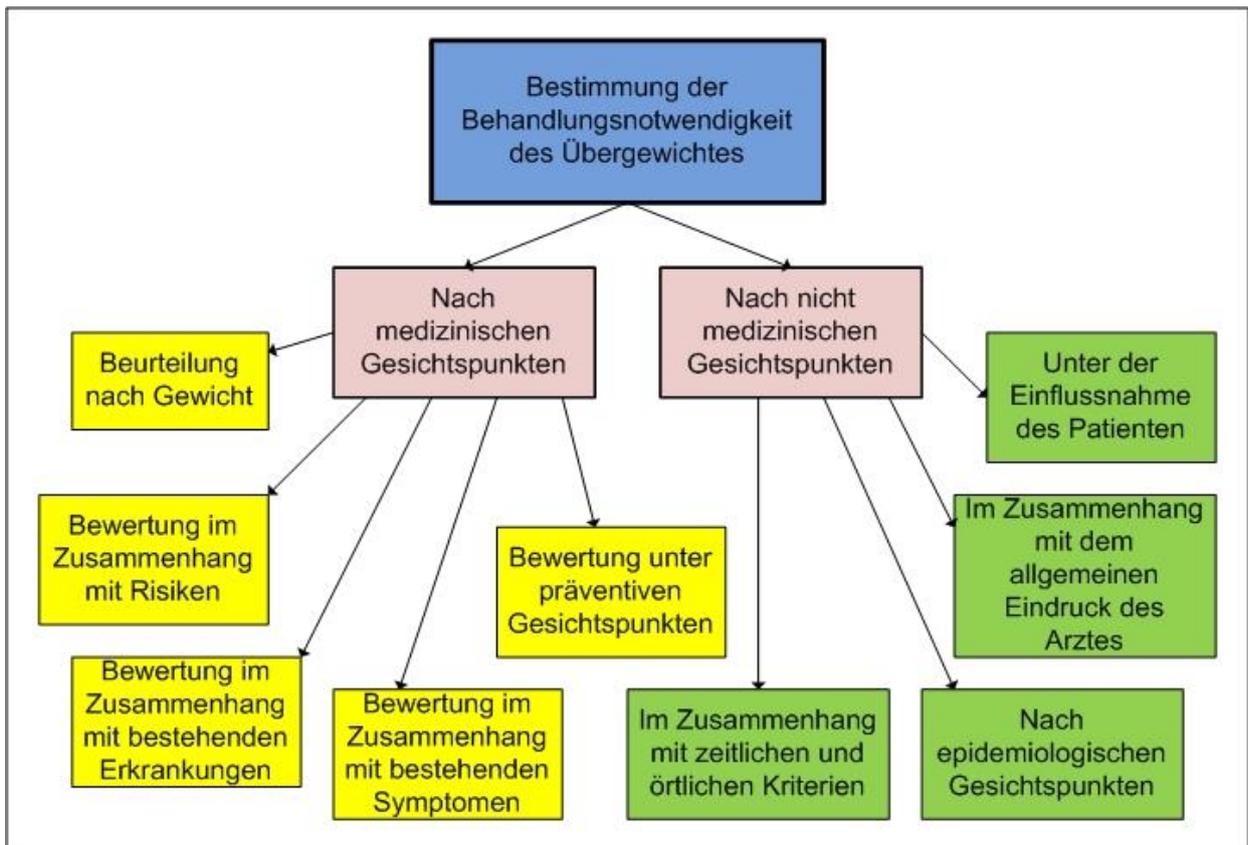
<b>Übergeordnetes Thema</b>	<b>Oberbegriff</b>
Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit von Übergewichtigen	nach medizinischen Gesichtspunkten
	nach nicht medizinischen Gesichtspunkten
Betreuungsansätze des Übergewichts	durch den Hausarzt selbst
	nicht durch den Hausarzt selbst

Tabelle 9: Kategorienübersicht der Behandlungsnotwendigkeit und Betreuungsansätze des Übergewichts

4.2.1 Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts durch Hausärzte

Die zwei Hauptkategorien, die sich zur Frage „Wo sehen Hausärzte eine Behandlungsnotwendigkeit für Übergewicht?“ ermitteln ließen, waren die Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts auf Grund medizinischer und die auf Grund nicht medizinischer Stigmata der Patienten.

Folgende Grafik stellt die hierzu gefundenen Zusammenhänge im Überblick dar.



Grafik 1: Kategoriensystem: Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts

**Behandlungsnotwendigkeit auf Grund medizinischer Parameter**

Dieser Punkt, der in der Menge der Codes deutlich hervorsticht (94 Codes medizinische Gründe im Verhältnis zu 20 Codes nicht medizinische Gründe), lässt sich wiederum einteilen in die Festlegung einer Behandlungsnotwendigkeit auf Grund einer Beurteilung allein des Gewichtes, im Zusammenhang mit Risiken oder mit bestehenden Erkrankungen oder bestehenden Symptomen und einer Bewertung der Behandlungsnotwendigkeit nach rein präventiven Gesichtspunkten.

---

### Beurteilung nach Gewicht

Einen zentralen Stellenwert nimmt die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit anhand der Bewertung des Body Mass Index ein.

Gefragt nach den Gruppen in welche die Ärzte ihre übergewichtigen Patienten einteilen, gibt ein Großteil der Interviewten eine dementsprechende Einteilung an. „Harte Maßnahmen“ (Gespräch DS30004; Z.953 – 957) müsste man bei einem BMI über 40 oder BMI über 35 anwenden, wobei ein Übergewicht ab BMI über 30 generell behandelt wird.

*Arzt19: „Wenn der [BMI] über 30 ist, fang ich es garantiert an! Dann sag ich schon: „Da muss mal was passieren!““ (Gespräch DS300019; Z. 270)*

Bei einem Arzt finden vor allem gesunde Übergewichtige mit einem BMI ab 30 aus Gründen der Sekundärprävention Beachtung, mit einem BMI unter 30 jedoch nicht. Überhaupt erachtet dieser Mediziner die Therapie von Patienten mit niedrigerem BMI für weniger sinnvoll. Ein anderer meint, ein besonderes Augenmerk sollte älteren Erwachsenen mit einem BMI>30 gelten. Weitere Abstufungen der Behandlungsnotwendigkeit nach BMI lassen sich finden. Bei einem BMI zwischen 25 und 30 werden in manchen Gesprächen weitere Unterteilungen der Behandlungsnotwendigkeit eines Übergewichts gemacht. So kann in diesem Bereich entweder je nach Fettverteilung, zwischen 20 und 50 Jahren je nach Alter oder nach Optik eine Behandlung eingeleitet werden.

*Arzt3: „...diese Grauzone würd ich mal sehr grob fassen zwischen BMI 25 bis BMI 30, ja? Also das ist vielleicht so die Zone, wo ich`s gerne nach Augen – sehr so nach Augenmaß mache.“ (Gespräch DS30003; Z.187 – 191)*

Jedoch empfindet ein Hausarzt das Übergewicht dieser Größenordnung bei älteren Übergewichtigen als nicht behandlungsnotwendig. Es kommt auch vor, dass Hausärzte ihre Bewertung nicht vom BMI abhängig machen. Bei Kindern kann die Bewertung nach BMI und Alter vorgenommen werden. Der Parameter „Kilogramm“ als Behandlungskriterium spielt hingegen eine untergeordnete Rolle. Höchstens bei Patienten ohne weitere Risikofaktoren findet es als Maßeinheit Verwendung.

*Arzt15: „Behandlungsbedürftig! Mit dem BMI arbeite ich immer nicht so richtig! Also, ich denke so ab 10 Kilo oberhalb des Normalgewichts!“ (Gespräch DS300015; Z. 622)*

Ein Gesprächspartner mit zusätzlichem Facharzt für Pädiatrie erwähnt außerdem die Wichtigkeit der Perzentilen für die Beurteilung des Gewichts bei Kindern.

Auch die rein subjektive Bewertung des Gewichts spielt eine Rolle. So wird zunächst von einigen Hausärzten theoretisch jedes Übergewicht einer Beratung oder zumindest kurzen Ansprache des Problems für wert befunden, wobei sie dies auf genaueres Nachfragen hin meist weiter spezifizieren. Des Weiteren fällt bei der Kategorisierung des zu behandelnden Übergewichts die Verwendung rein umschreibender Adjektive auf. So machen Interviewpartner die Durchführung und Aufrechterhaltung einer Therapie unter anderem vom „gefährlichen Ausmaß“ des Übergewichts (Gespräch DS300016; Z. 652) oder von einem Übergewicht im „gesundheitlich bedenklichen Bereich“ (Gespräch DS30009a; Z.1015) abhängig. Andererseits wird auch ein „weniger massives Übergewicht ohne (gesundheitliche) Probleme“ (Gespräch DS300016; Z. 728-732) oder ein „mittelgradiges Übergewicht“ (Gespräch DS30009a; Z. 723) für nicht betreuungsbedürftig empfunden. Viele Hausärzte verbalisieren in den Interviews, ihre Übergewichtigen nach eigenem optischem Bemessen unter anderem bei einem deutlichen, unglaublichen oder zu großem Gewicht, wenn es „für alle sichtbar“ (Gespräch DS30003; Z. 191) ist, wie auch willkürlich in Abhängigkeit von der Statur des Patienten oder nach rein ästhetischem Gesichtspunkten als therapiebedürftig zu werten.

*Arzt3: „Von daher – ich objektiviere es nicht regelmäßig, sondern mach es ein bisschen mehr nach Optik und die, die mir übergewichtig scheinen, die sprech ich an.“ (Gespräch DS30003; Z. 175)*

### Bewertung im Zusammenhang mit Risiken

Der Großteil der Befragten beginnt mit einer Behandlung ihrer Patienten im Falle begleitender Risikofaktoren, wobei vorrangig den kardiovaskulären Auslösern Aufmerksamkeit geschenkt wird. Einige setzen dabei das Vorhandensein eines deutlichen kardiovaskulären Risikoprofils voraus. Anderen genügt allein ein zusätzlicher Risikofaktor.

*Arzt19: „Habe ich dagegen denjenigen vor mir, der übergewichtig ist, der´n hohen Blutdruck hat, der knackend hohe Fettwerte hat und so weiter, der noch raucht und so weiter...dann würd ich ihm eben sagen: „So geht´s nicht! Da muss jetzt wirklich was passieren!““ (Gespräch DS300019; Z. 31)*

Für diesen Gesprächspartner ist interessanterweise gleichzeitig ein Übergewicht ohne zusätzliche Risikofaktoren nicht behandlungsnotwendig. Kommt es zu einer Spezifizierung der kardiovaskulären Risiken, so werden das zusätzliche Rauchen, der Stress, sowie das viszerale Fett bei Männern als behandlungsbedürftig gewertet. Tritt ein weiblicher Fettverteilungstyp auf, ist keine Behandlung vorgesehen.

## Ergebnisse

---

*Arzt14: „Also, wenn das jetzt eher so der- der weibliche Fettverteilungstyp ist, denk ich, hat das ja nicht solche Auswirkungen in der Regel, wie wenn das jetzt so der - der typische "Bierbäuchler" ist...“ (Gespräch DS300014, Z. 431)*

Als weitere Risiken, die eine Behandlung des übergewichtigen Patienten nach sich ziehen, werden genetische, wie eine familiäre Vorbelastung, sowie das Auftreten pathologischer Laborwerte genannt. Findet hierzu eine genauere Beschreibung statt, stehen die zusätzliche Veränderung verschiedener Fettwerte, sowie ein erhöhter Blutzuckerspiegel im Vordergrund.

*Arzt12: "Ich sprech das meistens jetzt gekoppelt mit Laborbefunden an." (Gespräch DS300012, Z. 551)*

### Einordnung des Übergewichts im Zusammenhang mit bestehenden Erkrankungen

Für therapiebedürftig halten Hausärzte das Übergewicht im Übrigen, wenn es im Zusammenhang mit weiteren Erkrankungen auftritt oder als eigenständige Erkrankung zu werten wäre. Allgemein werden dazu das chronisches Übergewicht und ein Mehrgewicht mit zusätzlich auftretenden Sekundärkrankheiten aufgeführt.

*Arzt5: „Ich spreche erstmal das Übergewicht an bei Patienten, die Sekundärerkrankungen auf Grund des Übergewichts haben.“ (Gespräch DS30005, Z. 208)*

Das Übergewicht ist besonders behandlungsnotwendig, wenn Patienten unter Herz-Kreislauferkrankungen, wie z.B. der Herzinsuffizienz leiden. Dabei spielt der Zusatzfaktor „Hypertonus“ eine herausragende Rolle bei der Bestimmung einer Therapiebedürftigkeit.

*Arzt14: „Also, wenn jetzt jemand zum Beispiel einen Hochdruck hat, dann betone ich das schon noch mal deutlicher, wie wichtig es ist, Gewicht zu reduzieren!“ (GesprächDS30014; Z. 371)*

Nicht zu vernachlässigen ist das Übergewicht im Rahmen des metabolischen Syndroms, welche die Interviewpartner als Anlass für eine Beratung sehen. Bezüglich der eigenständigen, begleitenden Stoffwechselkrankheiten wird vorrangig bei solchen des diabetischen Formenkreises wie unter anderem der gestörten Glucosetoleranz, des nicht insulinpflichtigen Diabetes und des Diabetes Typ-II eine Therapiebedürftigkeit gesehen. Aber auch eine zusätzliche Fettstoffwechselstörung, Gicht und Unterfunktion der Schilddrüse als Betreuungsauslöser werden in diesem Zusammenhang genannt.

---

*Arzt9a: „...die meisten Leute, die ich natürlich auf ihr Gewicht anspreche oder mit denen ich über das Gewicht rede und so weiter, das sind natürlich die Typ-II-Diabetiker!“ (Gespräch DS30009a; Z. 1047)*

Außerdem werden unter diesem Aspekt Erkrankungen, wie die Arthrose, Lebererkrankungen und Depressionen erwähnt. Interessant ist auch der Ansatz, Übergewicht als Sucht zu definieren. In einem Gespräch werden die psychologischen Ursachen eines Übergewichts als eher behandlungsnotwendig angesehen, als das Gewicht an sich. Gesunde korpulente Patienten werden hingegen von einem Arzt für nicht behandlungsnotwendig gehalten.

### Einordnung des Übergewichts im Zusammenhang mit bestehenden Symptomen

Hier lassen sich allgemeine Aussagen, wie das Übergewicht im Zusammenhang mit weiteren Beschwerden oder Schmerzen als Beratungsvoraussetzung festmachen. Einer Therapie bedarf es bei einem Arzt auch als Symptom der Menopause. Vor allen Dingen tritt die Wichtigkeit zusätzlicher orthopädischer Symptome der Patienten in den Vordergrund. Unter den Gelenkbeschwerden im Allgemeinen werden vor allem füllige Patienten mit Kniegelenkbeschwerden und Rückenschmerzen genannt. Auch Hüftgelenkbeschwerden und Fußschmerzen spielen eine Rolle.

*Arzt1: „Oder orthopädischen Problemen! Und dann sagen die: "Ja! Der Orthopäde hat mir auch schon gesagt: für meine Knie muss ich abnehmen!"“ (Gespräch DS30001; Z. 969)*

### Einordnung des Übergewichts unter präventiven Gesichtspunkten

Das bisher Aufgeführte bewertet das Übergewicht im Kontext zum Ist-Zustand des Patienten. Einige Gespräche wiederum begründen das Handeln der Ärzte in der Prävention und dabei vorrangig der Sekundärprävention. So beantworten die Hausärzte die Frage nach dem Fundament ihrer Übergewichts- und Adipositasbetreuung nicht selten mit der Verpflichtung zur Präventionsarbeit.

*P: „Wo würden Sie denn persönlich Ihre Aufgabe als Hausarzt bei der Betreuung Übergewichtiger im Speziellen sehen?“*

*Arzt2: „Reduktion des Gewichtes, um chronische Krankheiten zu verhindern!“ (Gespräch DS30002; Z. 566-568)*

Ein Anlass für das ärztliche Einschreiten bei Übergewichtigen ist in einer Unterredung die notwendige Aufrechterhaltung eines bezahlbaren Gesundheitssystems. Auch der Schutz des Patienten vor einer Lebensverkürzung und schlechten Lebensqualität wird

---

aufgeführt. Äußerst wichtig erscheint den Medizinerinnen die Gewichtsabnahme zu sein, um hierdurch andere Risiken, allen voran den Hypertonus, zu dezimieren und als Folge eine Medikamentenreduktion für die Patienten zu erreichen.

*Arzt4: „Wenn die dann sagen: „Ach, jetzt muss ich hier mein Leben lang Tabletten nehmen?“ Dann sag ich immer: „Nein! Das muss gar nicht sein! Die Erfahrung zeigt, wenn man Gewicht abnimmt und Ausdauersport betreibt, kann man unter Umständen auf Medikamente wieder verzichten...““ (Gespräch DS30004; Z. 1129)*

In diesem Sinne finden sich Ausführungen zur Notwendigkeit der Gewichtsreduktion, um kardiovaskuläre Erkrankungen, wie den Hypertonus, oder einen Diabetes und orthopädische Schäden abzuwenden. Weitere Symptome, die es zu verhindern gilt, sind Luftnot, Schnarchen und die erektile Dysfunktion.

### **Behandlungsnotwendigkeit auf Grund nicht medizinischer Parameter**

Die bereits erwähnten 23 Codes, welche Gründe aus dem nicht medizinischen Bereich für eine Betreuung des Übergewichtes aufzeigen, lassen sich in folgende vier Gruppen einteilen: die Behandlungsnotwendigkeit begründet durch epidemiologische Gesichtspunkte, durch den subjektiven Eindruck des Arztes und durch die Einflussnahme des Patienten selbst.

#### Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit nach epidemiologischen Aspekten

Einige Gesprächspartner erachten an dieser Stelle ein Übergewicht bei alten Patienten für nicht behandlungsnotwendig, schon gar nicht, wenn diese sonst „fit“ sind. Dagegen sollten junge Übergewichtige automatisch einer Behandlung unterzogen werden.

*Arzt19: „Man hat dann eben auch die 65jährigen oder auch die 72jährigen vor sich sitzen. Und da bin ich da nicht so - streng, dass ich jetzt sage: „Hier! Sie müssen nun aber dringend und sofort 10Kilo runter!“ und so weiter. Nein.“ (Gespräch DS300019; Z. 27)*

#### Behandlungsnotwendigkeit in Abhängigkeit vom Eindruck des Arztes

Des Weiteren spielt der Eindruck, den der Arzt von seinem Patienten hat, eine nicht zu vernachlässigende Rolle. So wird das Übergewicht als Ausdruck der negativen Lebensumstände oder auch als ein Zeichen mangelnder Bewegung des Patienten therapiert. Fehlt dem Übergewichtigen, nach Meinung seines Hausarztes, ein Bewusstsein für sein Übergewicht, ist dieses nicht einer Behandlung bedürftig.

---

*P: „OK. Ab wann ist für Sie als Hausarzt denn das Übergewicht überhaupt behandlungsbedürftig?“*

*Arzt9a: „Es kommt auf die Gesamtkonstellation an!“ (Gespräch DS30009a; Z. 725 – 727)*

### Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit unter Einflussnahme des Patienten

Den Wünschen ihrer Patienten nach einer Gewichtsreduktion gerecht zu werden ist vielen Ärzten ein Anliegen. Zu diesem Zweck versuchen sie das Festlegen einer Therapie-notwendigkeit vom Bedarf, Willen und Leidensdruck des Patienten abhängig zu machen. Demnach ist ein Übergewicht reduktionswürdig, wenn der Patient zu verstehen gibt, er fühle sich nicht wohl, z.B. aus ästhetischen Gründen. Dementsprechend ist einem Arzt die Erkennung der psychischen Beeinträchtigung des Übergewichtigen durch sein Gewicht wichtig.

*Arzt19: „Also es kommt drauf an, was die Leute selbst auch wollen und was sie selber sagen! Es gibt Leute, die kämpfen seit Jahren mit ihrem Gewicht, die wollen eben gerne eigentlich auch abnehmen und die werden dann in der Richtung natürlich auch unterstützt und beraten!“ (GesprächDS300019; Z. 27)*

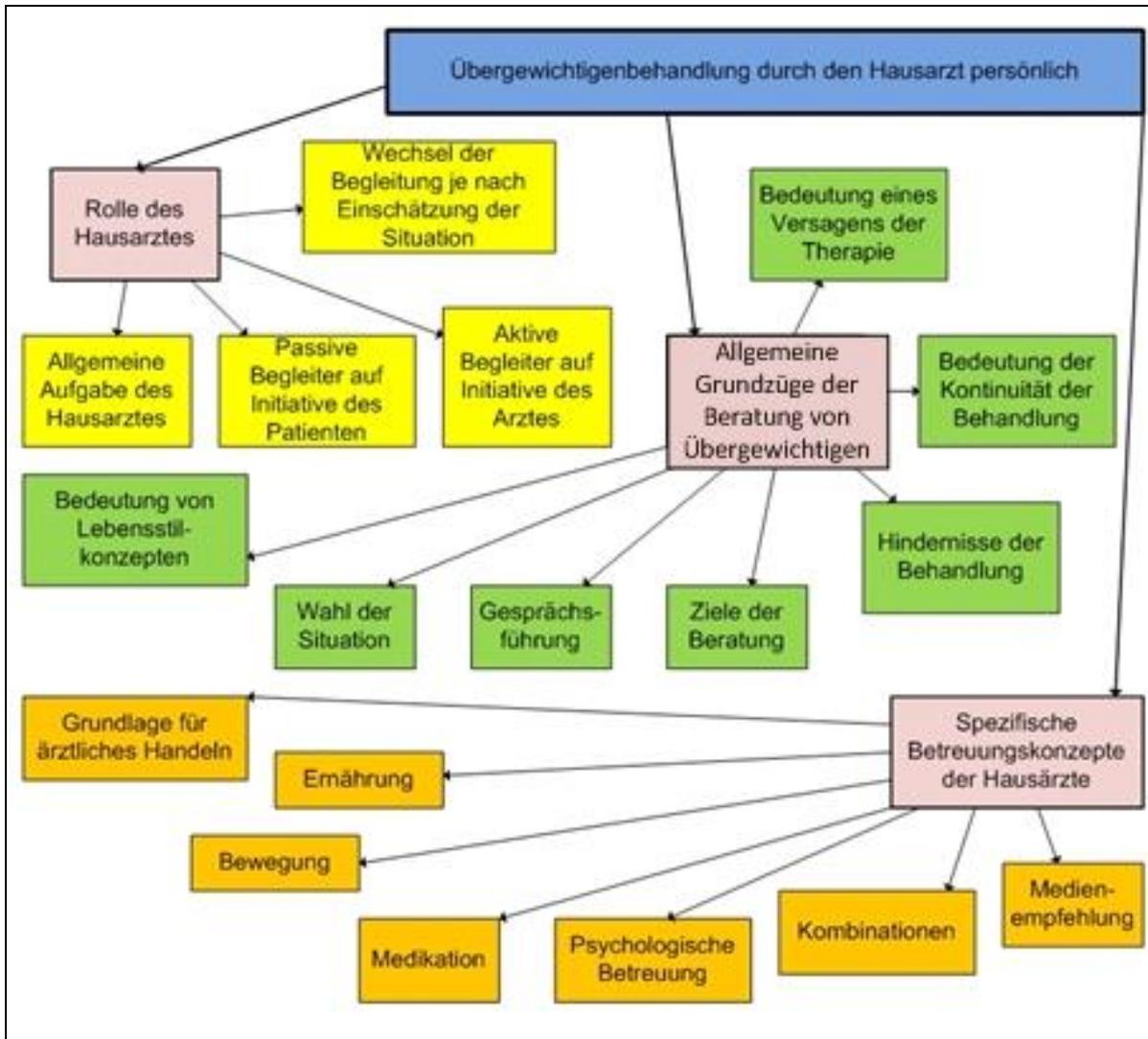
Demgegenüber wurden als nicht behandlungsnotwendig gewertet, wenn ein unbekannter Patient das Übergewicht nicht anspricht, dem Patienten der Wille zur Reduktion fehlt oder er sich wohl fühlt.

#### *4.2.2 Behandlungsansätze von Hausärzten bei übergewichtigen Patienten*

Die breit gefächerten Ansichten der Hausärzte bezüglich der Festlegung einer Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichtes setzen sich in deren Beschreibung ihrer Behandlungsansätze bei Übergewichtigen fort. Grundsätzlich wird hier eine Einteilung der hierzu passenden Codes in solche bezüglich der Behandlungen durch den Allgemeinmediziner selbst und solche, welche auf sein Anraten hin von anderen Berufsgruppen übernommen werden können bzw. sollen, vorgenommen.

## Die Übergewichts- und Adipositasbehandlung durch den Hausarzt persönlich

Folgende Grafik stellt die hierzu gefundenen Oberbegriffe des Kategoriensystems dar.



Grafik 2: Übergewichtigenbehandlung durch den Hausarzt persönlich

### Rolle des Hausarztes

#### *Allgemeine Aufgaben des Hausarztes*

Um einzelne Betreuungskonzepte der Hausärzte nachvollziehen zu können, ist die Beschreibung ihres Rollenverständnisses hilfreich.

Im Interview bezeichnet sich ein Hausarzt diesbezüglich als generelles „Auffangbecken“ für alle Patienten. Für alle medizinischen Bereiche seiner Klienten fühlt er sich zuständig. Er überträgt dies auf das Themengebiet Übergewicht/Adipositas. Dasselbe bringen

weitere Gesprächspartner an, wenn sie ihre grundsätzliche Aufgabe als Hausarzt in der allgemeinen Gesundheits- oder der allgemeinen Sorge um den Patienten sehen.

Die herausragende Rolle des Allgemeinmediziners in Abgrenzung zu anderen Fachärzten bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung betont ein weiterer Kollege. Gleichwohl distanzieren sich zwei Ärzte teilweise oder komplett von der Aufgabe, die Gewichtsreduktion ihrer Patienten übernehmen zu müssen.

*Arzt19: "...so wie der ärztliche Bereich bisher definiert ist, gehört es [die Übergewichts- und Adipositasbetreuung] eigentlich gar nicht so unbedingt da rein." (Gespräch DS300019; Z. 450)*

### *Passive Begleiter auf Initiative des Patienten*

*Arzt1: "Heute kann ich sagen: "Es ist seine Erkrankung, es ist sein Gewicht, es ist sein Cholesterin und es gibt Möglichkeiten das also zu behandeln! ... oder ... nach irgendwelchen Richtlinien zu leben! Aber, wenn sie's nicht wollen, dann ist es halt nicht so!" (Gespräch DS30001; Z. 759)*

Gemäß diesem Zitat ist der Patient selbst für seine Gewichtsabnahme verantwortlich. Der Hausarzt begibt sich dementsprechend in eine passive Rolle. Wie sich herausstellt wird diese Haltung am ehesten von den interviewten Medizern eingenommen. So sehen sie sich unter anderem als „väterlichen Arzt“ (Gespräch DS300012; Z. 623 – 627). Sie verstehen darunter einen Mediziner, welcher Übergewichtigen sein Wissen zur Verfügung stellt, auf Missstände in deren Leben hinweist, ihnen Empfehlungen gibt und verschiedene Möglichkeiten der Gewichtsreduktion aufzeigen kann. Ihre Therapieoptionen präsentieren sie als konkrete Angebote an den Übergewichtigen. Diese zu befolgen liegt jedoch allein in der Eigeninitiative und Aktivität des Patienten selbst.

### *Aktive Begleiter auf Initiative des Arztes*

In einer aktiven Rolle sehen sich hingegen die Mediziner weniger. Ein Arzt beschreibt seine Aufgabe in einer aktiven Patientenführung zu sehen. Fünf Ärzte sprechen sich gegen eine rein aktiv paternalistische Haltung gegenüber dem Patienten aus.

*Arzt4: "Also... mit der Tür ins Haus fallen, zu sagen: "Sie haben aber ganz schönes Übergewicht! Wollen wir da nicht mal was machen?" Das ist ja so die paternalistische Art, das mach ich natürlich nicht!" (Gespräch DS30004; Z. 1181)*

Andere verstehen sich höchstens als Vorbild ihrer Patienten oder mahnen bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung ein engagiertes, aktives Verhalten des Arztes

an. Zugleich wird in folgendem Gespräch betont, wie wichtig es für den Hausarzt sei, die Betreuung der eigenen Übergewichtigen nicht aus der Hand zu geben.

*Arzt16: „Denn ... ich muss es schaffen, dass sie... weiter zu mir kommen! Also, nicht als...Geldbringer sondern wenn ich sie nicht mehr unter Kontrolle habe, hab ich nichts gewonnen! ... Ich muss also... eine Situation schaffen, die es den Patienten ermöglicht auch trotz Nichterreichen von gesteckten Zielen weiter zu mir zu kommen!“ (Gespräch DS300016; Z. 1068)*

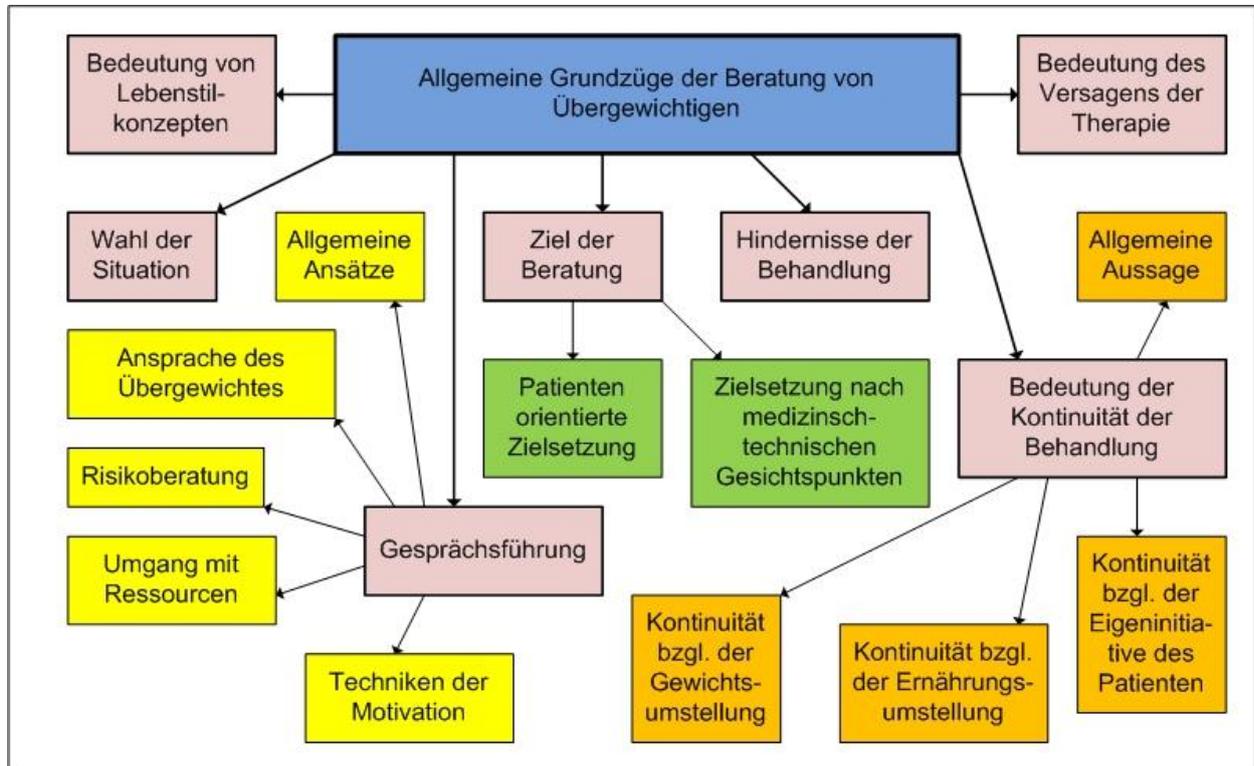
### *Wechsel der Begleitung je nach Einschätzung der Situation des Patienten*

Das letzte Zitat lässt bereits heraushören, dass das Anpassen der Hausarztrolle an Wünsche und Vorstellungen eines Patienten für viele Ärzte Thema ist. Insgesamt wird von zehn Medizinerinnen der Vorsatz geäußert, eine individuelle, situationsgerechte Patientenbetreuung bieten zu wollen. Dazu erachtet über die Hälfte der Gesprächspartner eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Übergewichtigen als notwendig. Ein Arzt versucht nach Möglichkeit mit dem Patienten gemeinsam Ziele bei der Gewichtsreduktion festzulegen. Andere halten es für wichtig, den Übergewichtigen ernst zu nehmen oder ihm die Entscheidung zur Beratung frei zu stellen.

*Arzt9b: „Ich will dem ja im Grunde genommen irgendwie helfen oder hören, wo ist sein Problem und wo kann der noch etwas anderes machen!“ (Gespräch DS30009b; Z. 763)*

Allgemeine Grundzüge der Beratung von Übergewichtigen

Da sich dieses Kapitel durch besonders viele Unterkategorien auszeichnet, wird hier zur besseren Darstellung folgende Grafik vorangestellt.



Grafik 3: Allgemeine Grundzüge der Beratung von Übergewichtigen

Aus dem oben dargestellten unterschiedlichen Rollenverständnis heraus erklären sich die abweichenden Angaben, welche Hausärzte zu den Grundzügen ihrer Beratung bei übergewichtigen Patienten machen.

*Bedeutung von Lebensstilkonzepten*

Eine generelle Steigerung der Lebensqualität benennen fünf Hausärzte als Ziel ihrer Tätigkeit. In der Beratung von Übergewichtigen spielt vor allen Dingen vor dem Hintergrund der kardiovaskulären Sekundärprävention die Vermittlung gewisser Lebensstilkonzepte eine Rolle. Patienten mit kardiovaskulären Risiken können zu diesem Zweck z.B. nach Richtlinien leben. In einem Gespräch wird die Leistung des Allgemeinmediziners darin gesehen, die Patienten auf den richtigen Weg zu bringen. Lebensstilkonzepte, die sich mit der Problematik des Gewichts allein befassen, werden auch angebracht. So will ein Arzt erreichen, dass bereits früh Gewicht gehalten wird, um vor Übergewicht im Alter zu schützen.

Ein Hausarzt möchte zwar keine Lebenspläne vorgeben. Für ihn war eine Beratung aber erst dann erfolgreich, wenn der angestrebte, gesündere Lebensstil für den Patienten selbstverständlich wird. Ferner wird in Gesprächen dazu ermahnt bei der Übergewichts- und Adipositasberatung eine beim Patienten bereits vorhandene Lebensqualität zu erhalten.

*Arzt19: „Es gibt sehr viele übergewichtige Patienten, die in meinen Augen sehr gesund sind, sehr vital, sehr frohe Menschen sind. Ja! Und ich denke nicht, dass man denen dann unbedingt irgendwelche Dinge aufpfropfen muss oder von ihnen verlangen muss, die vielleicht ihrer Lebensqualität dann eher schaden... als nutzen.“ (Gespräch DS300019; Z. 27)*

### *Wahl der Situation*

Für einen Erfolg der Vermittlung dieser Grundsätze scheint die Wahl der Situation zur Besprechung des Problems ausschlaggebend zu sein.

Einige Ärzte handhaben die Ansprache des Themas spontan. Sie sprechen das Gewicht der Patienten an, wenn es sich anbietet oder wenn das Übergewicht ihnen auffällt, jedoch auch, sollte der Patient selbst ein solches Gespräch beginnen.

*P: „OK. Und in welchen Situationen sprechen Sie das Übergewicht Ihrer Patienten an?“  
Arzt9a: „Ich sage jetzt mal: Wenn´s sich ergibt!“ (Gespräch DS30009a; Z. 865 – 867)*

Allerdings wird von einem Großteil der Ärzte der Checkup 35 als Möglichkeit genutzt eine Übergewichtsberatung, meist bei Risikopatienten, in unterschiedlicher Intensität zu führen. So wird diese Untersuchung als Einstieg in die Betreuung oder zur Führung eines individuellen Beratungsgesprächs mit Ernährungs- oder Bewegungsberatung genutzt. Ein Arzt verwendet die Gesundheitsuntersuchung des Weiteren zur Motivation noch gesunder Patienten mit Risikofaktoren.

*Arzt9c: „Sozusagen ein Mensch, der hat ein etwas zu großes Gewicht, ...wie kommst Du mit dem jetzt irgendwie daran und dann sag ich: "Hören Sie mal, Sie sollen mal so'n Gesundheitscheck auch machen!" (Gespräch DS30009c; Z. 599)*

Gleichwohl ist es einem Hausarzt wichtig zu betonen, dass dieses präventive Instrument keine Therapie des Übergewichts sein kann.

Ein Hausarzt hingegen wendet den Checkup 35 explizit nicht als Beratungsinstanz für Übergewichtige an. Er nutzt, wie weitere Kollegen, normale Konsultationen für die Thematisierung des Gewichtes. Dagegen untersagen sich andere die Ansprache dieser

---

Problematik beim Erstkontakt oder im Erstgespräch mit dem Patienten. Nicht allein um hier Abhilfe zu schaffen, bieten manche Ärzte den Übergewichtigen separate Termine für eine Beratung an.

*Arzt5: "Wissen Sie, wenn Sie sich diesen heutigen Praxistag jetzt angucken und wir hier 60 Patienten am Nachmittag durchgeschleust haben, werde ich nicht in der Lage sein, ein Beratungsgespräch über Adipositas zu führen. Aber dafür kann ich ja Termine machen. Da mach ich das auch mal." (Gespräch DS30005; Z. 373)*

Ein Arzt mit zusätzlichem Facharzt für Pädiatrie thematisiert das Übergewicht bei Kindern in der J1-Untersuchung. Des Weiteren hängen Hausärzte die Besprechung des Übergewichts ihrer Patienten gerne an diagnostizierten Begleiterscheinungen des Übergewichtes auf. Dazu gehören Befunde wie Rücken- und Knieprobleme, Laborbefunde oder die Ergebnisse aus dem Checkup 35.

*Arzt12: "Also häufig gibt es ja dann also auch Knieprobleme oder es gibt Rückenprobleme. Eigentlich vermittelt durch die Beschwerdesymptomatik, die durch das Übergewicht entsteht!" (Gespräch DS300012; Z. 461)*

Auch akute Probleme des Patienten, wie eine Magen-Darm-Erkrankung, nutzt ein Hausarzt für eine Art Ernährungssensibilisierung, indem er an den Kranken Diätzettel verteilt.

### *Gesprächsführung*

Grundsätzlich wird die Gesprächsführung bei der Übergewichts- und Adipositasberatung von den Medizinerinnen unterschiedlich angegangen. In Bezugnahme auf das bereits Beschriebene wird die Wichtigkeit der individuellen Anpassung des Gesprächs an die Patienten betont. Für einen Arzt steht die psychotherapeutische Gesprächsführung im Vordergrund.

Dabei herrschen in den Gesprächen verschiedene Ansichten über die zu handhabende Vorgehensweise. Die Notwendigkeit eines Gesprächs mit dem Patienten wird besonders hervorgehoben, wenn Übergewichtige besonders auffallen. Eine intensivere Beratung wird zum Beispiel bei Leuten mit einem Body Mass Index über 35 oder bei solchen mit Komorbiditäten angestrebt.

*Arzt12: "...über 35 ist, also dann ist das schon doch schon schwerwiegend. Da muss man also auch sehr intensiv dem Patienten das klar machen!" (Gespräch DS300012; Z. 803)*

Geht es dem einen Hausarzt eher um die Ermahnung seiner Patienten, möchte ein anderer diese disziplinierende Form der Beratung meiden. Desgleichen wird in weiteren Interviews angegeben, auf Verbote bei der Gewichtsreduktionstherapie, Verurteilungen der Patienten für ihr Übergewicht und eine Stigmatisierung der Probleme des Patienten zu verzichten.

*Arzt 9b: "... also, ich möchte ja auch nicht mein Gegenüber in so´ne Ecke treiben, wo er irgendwie nicht raus kann und wo er dann so als dicker Mensch da steht!" (Gespräch DS30009b; Z. 763)*

Um die Interaktion zwischen Arzt und Patient positiv zu gestalten, sei es hilfreich, so ein Mediziner, eventuell auftretende Unstimmigkeiten zwischen beiden Seiten postwendend offen zu legen. Diese partnerschaftliche Beziehung zwischen Allgemeinmediziner und Patient soll dabei helfen den Ist-Zustand, die Ziele und die Motivation des Patienten bezüglich der Gewichtsreduktion festzustellen.

*Arzt7a: "Also, wenn ich mit dem Patienten zusammen raus finde, wo sein Ziel ist!" (Gespräch DS30007a; Z. 246)*

Um die Basis einer solchen Beziehung zu schaffen, spielt die Art der primären Ansprache des Übergewichtes eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Hierzu zeigen sich von Gespräch zu Gespräch recht unterschiedliche Ansichten. Rein formell gesehen ist die Besprechung des Übergewichts für einen Arzt immer Pflicht. Andere Allgemeinmediziner hingegen verfolgen keine systematische Ansprache bzw. eine Ansprache des Gewichts allein.

Ein weiteres Mal wird hier die Individualität, diesmal bei der Ansprache des Übergewichts, wichtig. Dabei präferieren die meisten Hausärzte das direkte, jedoch gleichzeitig vorsichtige Einbringen der Thematik Gewicht in das Gespräch.

*Arzt15: "Und ich versuche es natürlich soweit schonend zu machen, dass der Patient nicht vor Entsetzen umfällt! Das muss man eben immer ein bisschen Fingerspitzengefühl individuell machen!" (Gespräch DS300015; Z. 762)*

Drei Ärzte erachten diese Zurückhaltung insbesondere bei Frauen für wichtig. Trotz aller Direktivität soll dabei jedoch kein konfrontatives Beratungsgespräch entstehen. Eine für den Patienten unvorbereitete oder erzwungene Thematisierung gilt es zu vermeiden. Daher kündigt ein Hausarzt das Gespräch vorher an und bespricht nur mit länger bekannten Patienten deren Gewichtsproblem.

## Ergebnisse

---

Arzt12: „Es sei denn ich kenn den Patienten länger! Dann sprech ich ihn auch an! Ja? Nicht? Dann sag ich auch: "Das Thema, das wir beim nächsten Mal aufnehmen sollten, wäre doch: Wie können Sie Ihr Gewicht... verringern?" (Gespräch DS300012; Z. 575-583)

In den Beratungen selbst verfolgen Allgemeinmediziner zunächst eine Aufklärung über den Risikofaktor Übergewicht. So erklären sie die Auswirkungen, welche das Übergewicht mit zusätzlichen Erkrankungen, wie zum Beispiel kardiovaskulären, haben kann. Vereinzelt erstellen sie dazu eine Risikofaktorenschätzung oder speziell den PROCAM-Risiko Score (Prospective Cardiovascular Münster Heart Study).<sup>89</sup> Im Übrigen werden die Folgen für die Stoffwechsellistung, die Schädigung der Wirbelsäule und die Zusammenhänge zwischen Blutdruck und Übergewicht aufgezählt.

Als Plattform für die spezifische, kardiovaskuläre Risikoberatung dient häufig der Checkup 35.

Arzt12: „Und das möchte ich ganz gerne vermitteln! ... Also, ich möchte gerne ihnen schon vermitteln, welche Gefahren drohen! Nicht nur vom Bewegungsapparat eben, sondern auch von der Zuckerkrankheit. Vor allem, wenn man eben noch ne familiäre Belastung hat!“ (Gespräch DS300012; Z. 955)

Um dem Übergewichtigen das Ausmaß seines Gewichtes zu verdeutlichen, werden vereinzelt BMI-Drehscheiben oder Tabellen verwendet. Jedoch versuchen die Hausärzte nicht ihren Patienten ohne Ansehen der Person ein präventives Schema aufzudrängen. Vielmehr setzt über die Hälfte der interviewten Ärzte, wie bereits mehrfach angedeutet, auf eine individuelle Beurteilung der Übergewichtigen z.B. in Form einer Ressourcenidentifikation. Hierzu dient drei Allgemeinmedizinerinnen zunächst die Erforschung der Ursachen für das Übergewicht. Einen noch höheren Stellenwert hat in sieben Gesprächen die Erfassung der eigentlichen Bedürfnisse des Patienten.

Arzt19: „Weil irgendwo steht ja da ein ganzer Mensch dahinter und es gibt immer auch einen Grund, warum ein Mensch ein solches Gewicht auf die Waage bringt. Das heißt, es macht, glaube ich, wenig Sinn über das Gewicht zu reden, wenn eigentlich ganz andere Dinge im Hintergrund stehen, die diese ganze Situation aufrecht erhalten.“ (Gespräch DS300019; Z. 318)

Bezüglich des Übergewichts wird in diesem Kontext unter anderem versucht, eventuelle Stressfaktoren des Übergewichtigen zu evaluieren. Ein Mediziner bemüht sich dazu beispielsweise herauszufinden, wann und warum gegessen wird.

Im Endeffekt wünschen sich zwei Ärzte, die Therapie an die Situation des Übergewichtigen anpassen zu können, bzw. sehen in ihr einen Kompromiss zwischen Arzt und Patient.

*Arzt6: „Und wenn Sie ne dicke 80jährige haben, warum sollen Sie da noch irgendwelche Gesundheitsmaßnahmen machen? Ja? Also, da sag ich: "Essen Sie weiter!" Ja? Wenn die Gelenke mitmachen und sie - ne? Die hier die Kaffeekränzchen schmeißen, die anderen, die 60jährigen, durch die Gegend schieben, weil die nicht mehr können auf ihren Gelenken, na, dann...Warum soll ich da ... sagen: "...Passen Sie auf Ihren Blutdruck auf und gucken Sie auf Ihren Zucker!" ? Das ist Schwachsinn! Ne! Mach ich nicht, also..." (Gespräch DS30006; Z. 470-481)*

Worauf in einigen Gesprächen besonders geachtet wird, ist dem Patienten seine Eigenverantwortung bei der Gewichtsabnahme zu vergegenwärtigen. Vor allen Dingen die Mediziner, welche sich in einer eher passiven Haltung bei der Übergewichts- und Adipositasbehandlung sehen, thematisieren dies immer wieder. Insgesamt sechs der Befragten sehen es als dringend erforderlich an, dem Patienten seine aktive Rolle bei der Reduktion des Gewichtes aufzuzeigen.

*Arzt9c: "Also, wahrscheinlich und aus meiner Sicht vorrangig die Konsequenz, dass Patienten freundlich darauf aufmerksam gemacht werden, dass ihr Interesse an ihrer eigenen Gesundheit etwas ganz Wichtiges ist und, dass sie daraus dann eben eigene Handlungen ableiten müssen!" (Gespräch DS30009c; Z. 279)*

Deswegen werden in zwei Interviews Patienten wahlweise dazu aufgefordert, etwas für sich selbst zu tun oder auf sich zu achten. Für einen Hausarzt ist es daher auch wichtig, die Ressource Eigenmotivation zu stärken. Dass die Motivation ihrer Patienten zur Teilnahme an der Gewichtsreduktion der unabdingbare Schlüssel zu deren erfolgreicher Beratung ist, wird von sechs Allgemeinmedizinern offen vertreten.

*Arzt9b: „Motivieren, motivieren, motivieren!“ (Gespräch DS30009b; Z. 831)*

Im Mittelpunkt steht dabei für drei Ärzte bei ihrem Patienten die Motivation zur Veränderung. Um diese bei ihrer übergewichtigen Klientel überhaupt zu erreichen, wenden die Mediziner unterschiedliche Techniken an. So bezeichnen sie die Ansprache des Übergewichts als Mittel zur Erzeugung von Konsequenzen oder zumindest als Denkanstoß. Ein Arzt bringt regelmäßiges Feedback an, um den Antrieb der Patienten auf Dauer zu erhalten. Ebenso wird die bereits beschriebene Risikoberatung hinsichtlich des Übergewichts explizit zum Ansporn der Patienten genutzt. Dementsprechend wird zum Beispiel erklärt, dass die Gewichtsreduktion, eine Verminderung der Sekundärererscheinungen nach sich zieht. Um bei Patienten einen Antrieb zur Bewegung zu erreichen, wen-

den Ärzte unterschiedliche Methoden an. Einer stellt ein verbessertes Wohlbefinden durch den Gewichtsverlust in Aussicht. Ein anderer bemüht sich die Lust auf Sport zu fördern. Erreicht wird dies nach Ansicht eines Hausarztes durch vorangehende medikamentöse Gewichtsreduktion. Die Verabreichung von Medikamenten hat bei einem weiteren Arzt den Zweck, besonders dicken Patienten einen raschen Anfangserfolg zu ermöglichen. Dies soll als Anreiz zu weiteren eigenständigen Schritten dienen. Interessant ist auch die Erkenntnis zweier Ärzte, gewisse Patienten durch die Teilnahme an einer Herzsportgruppe zur körperlichen Betätigung zu motivieren bzw. durch den Sport selbst einen Beweggrund zur Gewichtsreduktion bei den Übergewichtigen zu erreichen.

*Arzt7a: „Weil ich eben nicht nur denke, dass man wirklich das (den Sport) braucht, um Gewicht abzunehmen, sondern einfach ich das für´n ganz hohen Motivationsfaktor halte, wenn dann jemand schon nach der dritten Umdrehung keucht oder... nicht mehr beweglich ist! Dass- dass das die Eigenmotivation wirklich killert und das merkt der nicht, wenn er sich nicht bewegt!“ (Gespräch DS30007a; Z. 728-732)*

Bei Hypertonikern, sowie Diabetikern, wird von Hausärzten oft die Aussicht auf eine Tablettenreduktion oder gar einen kompletten Tablettenverzicht als Impuls zum Gewichtsverlust genutzt. Im Prozess der Reduktion selbst wird von einem Arzt die Darstellung der auftretenden Body Mass Index-Änderung mittels einer Drehscheibe als Feedback-Instrument verwendet. Andere Ärzte warnen die Übergewichtigen zusätzlich davor, sich täglich zu wiegen oder wenn, dann höchstens einmal in der Woche. Dies soll die Fixierung der Dicken auf das Gewicht reduzieren.

*Arzt9c: „Also ich sag den Patienten also ganz konkret: "Also, wenn Sie Gewicht abnehmen wollen, merken Sie sich als erstes: Klettern Sie nicht jeden Tag auf die Waage!““ (Gespräch DS30009c; Z. 783)*

### *Ziele der Beratung*

Dennoch ist die Zielsetzung der Übergewichts- und Adipositasbetreuung für den Verlauf der Beratung wichtig. Im medizinisch-operationalen Bereich steht hier meist die reine Gewichtsabnahme im Vordergrund. Vielen Ärzten genügt dabei bereits ein geringer Gewichtsverlust. Manche betonen ihren Patienten gegenüber auch, dass jedes Kilo Gewichtsreduktion zählt.

*Arzt6: “"Erfolg" heißt für mich Gewichtsreduktion und wenn´s nur´n paar Kilo sind!“ (Gespräch DS30006; Z. 742)*

Dabei wird auch in diesem Kontext die Individualität der Übergewichtigen betont. So ist es bei einigen Patienten schon gut, wenn sie ihr Gewicht halten und nicht weiter zunehmen. Vermieden werden muss hingegen eine radikale, schnelle Gewichtsreduktion. Ziel ist demnach das dauerhafte Halten des erreichten Gewichts. Weitere verbalisierte medizinische Zielsetzungen der Gewichtsabnahme sind die Vermeidung von Sekundärschäden durch das Übergewicht bzw. die Schadenminimierung an sich, das Erlangen eines gesundheitlich unbedenklichen Bereichs, eine Umstellung der Stoffwechsellage des Übergewichtigen, sowie die Verbesserung von Laborwerten.

*Arzt15: "Und ein Erfolg wäre, wenn der Zucker vielleicht wieder in den Normalbereich geht oder wenn der Blutdruck vielleicht ein bisschen sinkt oder wenn die Fette vielleicht wieder in den Normalbereich zurückgehen!" (Gespräch DS300015; Z. 522)*

Auch die bereits angesprochene Tablettenreduktion wird als Ziel genannt. Der patientenorientierten Zielsetzung wird, wie erwähnt, eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Primär muss in der Übergewichts- und Adipositasberatung ein Vertrauen zwischen Arzt und Patient hergestellt werden. Abträglich sei es nicht, so ein Arzt, dem Patienten zunächst sein Übergewicht zu bestätigen. Dies ist notwendig, da Hausärzte ihre Patienten mit ihren Beratungen sicher erreichen wollen. Ermöglicht wird dies zum Beispiel dadurch, dass ein gemeinsam erarbeitetes Konzept im Alltag der Patienten umsetzbar ist oder zumindest die Schwelle zur Veränderung herabgesetzt wird. Wichtig ist Ärzten bei ihren Gesprächspartnern ein Problembewusstsein für deren Übergewicht zu schaffen oder bei diesen ein generelles Interesse für die eigene Gesundheit zu wecken.

*Arzt12: „Das heißt, ich möchte einfach darauf hinweisen, dass man auch jetzt mit 25, wenn man sehr übergewichtig ist, nicht darüber hinwegsehen sollte! Sondern, dass man dann sich vorstellen sollte: "Mensch! Ja, der Körper, der nimmt Schaden!"“ (Gespräch DS300012; Z. 951-955)*

Im Umgang mit dem Patienten ist es daher wichtig, das Selbstbewusstsein zu stärken und dem Übergewichtigen kein schlechtes Gewissen, auch nicht bei einem Versagen der Therapie, zu machen. Der Patient soll, so ein Mediziner, Spaß an sich und seinem Körper erlangen.

### *Hindernisse der Beratung*

Die Schwierigkeit, das Ziel Gewichtsreduktion zu erreichen, wird von allen Ärzten thematisiert. Teilweise planen sie daher Rückschläge von vorne herein ein oder akzeptieren die Abwehr gegenüber einer Therapie durch den Patienten. Als Ursache für das

häufige Versagen der Übergewichts- und Adipositas therapie wird eine Vielfalt an Gründen aufgeführt. Ein Übergewicht zu therapieren hängt nach Meinung zweier Ärzte auch nicht unwesentlich von ihren zeitlichen Kapazitäten, sowie dem zu behandelnden Gewicht ab. Kritisch wird angemerkt, dass die meisten Therapieangebote in diesem Bereich kostenpflichtig sind. Als zusätzliches Hindernis wird die fehlende Selbstaufmerksamkeit bzw. das mangelnde Gesundheitsbewusstsein der Patienten aufgeführt. Eine weitere Erklärung für das negative Outcome in der Übergewichts- und Adipositasberatung ist, dass die Gewichtsreduktion von der Eigeninitiative der Patienten abhängig ist.

*Arzt16: „Und da es [die Gewichtsreduktion] ja rein auf der Eigeninitiative- also der Erfolg jedenfalls- nur auf der Eigeninitiative ist, das ist natürlich bei weitem nicht so erfolgreich, wie alles andere, was ich machen kann!“ (Gespräch DS300016; Z. 1028)*

Hiermit steht die Ansicht, gesündere Übergewichtige seien schwerer zu therapieren, als kranke, da diesen die Motivation und dem Arzt der Ansatzpunkt fehle, im direkten Zusammenhang. Allerdings geben Hausärzte auch an bei komorbiden Patienten mit allen Sekundärerkrankungen oder bei Unmotivierten oder nicht Motivierbaren die Gewichtsreduktion gar nicht mehr anzustreben. Wenig zielorientiert erscheint Hausärzten der Versuch einer Gewichtsreduktion ohne Ursachenanalyse oder die Bewegungsmotivation bei Patienten mit orthopädischen Problemen. Besonders bemängelt wurde durch einen Arzt, nicht die Möglichkeit zu haben motivierte Hochrisikopatienten ohne stattgehabtes kardiovaskuläres Ereignis in eine Rehabilitation schicken zu können.

*Arzt7a: „Aber, eben: Was mache ich denn mit diesem Hochrisikopatienten, der wirklich jetzt innerhalb des halben Jahres was tun will, aber noch kein (kardiovaskuläres) Ereignis hatte? Den kann ich nicht (durch eine Rehabilitationsmaßnahme) unterstützen, was finanziell gesehen natürlich total idiotisch ist!“ (Gespräch DS30007a; Z. 760-764)*

### *Bedeutung von Kontinuität der Behandlung*

Um die Erfolgsrate der Therapie dennoch zu erhöhen, betonen viele Ärzte die Wichtigkeit der Kontinuität der Behandlung der Übergewichtigen. Ein Mediziner versucht die Hoffnung generell nicht aufzugeben. Vier Ärzte sehen ihre Aufgabe in einer Begleitung der Übergewichtigen bei der Gewichtsreduktion.

*Arzt9a: „...und dann so´n Stück Begleitung anbieten! ... Sonst verpufft das ja ganz schnell wieder! Dass man also in irgendeiner Form da sagt: "Und dann sehen wir uns in vier Wochen wieder oder in zwei Monaten oder in drei Monaten!" ... Und dann kontrollieren wir dieses und jenes wieder! Das ist ganz wichtig!“ (Gespräch DS30009a; Z. 199 – 211)*

---

Folgetermine werden dabei z.B. in Folge des Checkup 35 oder im Rahmen des Hausarztprogramms angeboten. Einem Arzt scheint dies insbesondere bei übergewichtigen Patienten mit zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren wichtig zu sein. Die Beständigkeit der Beratung bezüglich des Gewichtes erfolgt jedoch auch durch spontane Wiedereinbestellung. Zum Teil geschieht dies erst, wenn der Patient diese Form der Kontrolle wünscht. Zur Überprüfung des Wohlbefindens des Übergewichtigen wird von einem Mediziner einzig der Checkup 35 genutzt. Um bei der Zielkontrolle weiter zu helfen, kann der Patient bei einem weiteren Arzt wöchentlich auf die Waage steigen. Gegen letzteres bzw. gegen eine kontinuierliche, engmaschige Betreuung durch den Hausarzt an sich, spricht sich ein Gesprächspartner hingegen aus.

*Arzt15: „Also, ich selbst schaffe es eigentlich nicht hier also kontinuierlich so Gewichtsabnahmen zu betreuen! Das geht nicht!“ (Gespräch DS300015; Z. 894 – 906)*

Es kommt vor, dass nicht allein das Gewicht, sondern auch die Ernährungsumstellung an sich, zum Beispiel anhand der Bestimmung des Cholesterins und der Triglyceride betrieben wird.

Langfristig kann die kontinuierliche Behandlung des Übergewichts auf Dauer nur Aufgabe des Patienten allein sein. Dazu muss ihm, nach Meinung manchen Hausarztes, nahe gebracht werden, dass für ihn eine kontinuierliche, kleinschrittige Gewichtsabnahme im Vordergrund zu stehen hat. Dies bedeutet somit eine schrittweise Lebensumstellung und lebenslange Therapie für den Patienten.

*Arzt6: „Also, wenn Sie in einem Jahr zwei bis drei Kilo abnehmen und die Halten, ist es besser, als wenn Sie auf einmal sieben Kilo abnehmen und zehn wieder drauf haben! Ne? Also, wirklich vorsichtig und wir haben Zeit! Sie haben´s ja nicht von heute auf morgen angefuttert! Det hat ja auch Jahre jebraucht! ... Also geht´s auch Jahre- braucht´s auch wieder Jahre, um runter zu gehen!“ (Gespräch DS30006; Z. 558 – 566)*

### *Bedeutung eines Versagens der Therapie*

Sollten trotz alledem aus der Beratung keine ersichtlichen Konsequenzen durch den Übergewichtigen gezogen werden, ermahnen drei Ärzte dazu, zumindest die Therapie der anderen kardiovaskulären Risikofaktoren beziehungsweise bestehender Sekundärschäden des Übergewichts fortzuführen.

*Arzt5: „Also auch frustrane Versuche der Gewichtsreduktion versuchen wir dann zumindest so abzufangen, dass man zumindest die anderen Risikofaktoren dann unten hält,*

---

*wenn er's schon nicht schafft, sein Übergewicht zu behandeln.“ (Gespräch DS30005; Z. 377)*

### Spezifische Betreuungskonzepte der Hausärzte

Beschäftigten sich die bisherigen Ausführungen mit den Rahmenbedingungen der Übergewichts- und Adipositasberatung, beschreiben Hausärzte, direkt nach ihrem generellen Konzept befragt, zunächst konkrete Empfehlungen, die sie den Patienten geben.

#### *Grundlagen für ärztliches Handeln*

Vorangestellt wird von zwei Ärzten, dass im Allgemeinen je nach Schweregrad des Übergewichts und nach Möglichkeit mehrgleisig betreut wird.

*Arzt5: „Übergewichtstherapie steht ja auf mehreren Säulen.“ (Gespräch DS30005; Z.313)*

Dabei ist es im Vorfeld wichtig, das theoretische Hintergrundwissen der befragten Ärzte bei diesem Tun zu erfassen. Gruppieren man die dazu erstellten Kategorien, so lassen sich krankheitsorientierte, sowie gesundheitsorientierte Grundlagen für das ärztliche Handeln festhalten. Auffällig unter den krankheitsorientierten theoretischen Richtlinien ist die starke Ausrichtung der Mediziner nach der Diabetes-Betreuung. So spielt bei der Therapie von Übergewichtigen für einen Hausarzt sein Wissen aus einem Diabetes-Qualitätszirkel eine große Rolle. Ein anderer behandelt Übergewichtige mit Diabetes allein nach dem entsprechenden Disease-Management-Programm (DMP). Auch die Behandlung im Rahmen der Richtlinien zur Therapie des metabolischen Syndroms wird erwähnt.

*Arzt4: „Und... im Rahmen diese ganzen Qualitätszirkelarbeit, haben die auch über Bewegungssportarten und so weiter uns informiert...“ (Gespräch DS30004; Z. 893)*

Als Basis der Betreuung gesunder Übergewichtiger nennen Hausärzte Einflüsse aus der Ernährungs- und Bewegungstherapie, sowie aus gelernter Gesprächsführung. Manche lassen aber auch Empfehlungen aus dem Anti-Aging-Bereich oder einer Naturheilkundefortbildung zum Thema „Heilfasten“ einfließen. Einzige angewandte Leitlinie zur Übergewichts- und Adipositasbehandlung ist eine von einem Arzt zur Therapie übergewichtiger Kinder verwendete Leitlinie aus der Pädiatrie. In Folge der bereits beschriebenen Einstufung des Übergewichts als Sucht, bezeichnet ein Mediziner die psy-

---

chologische Betreuung von Süchtigen als eine Basis der Übergewichts- und Adipositasstherapie.

*Arzt3: „...das was ich unter Gesprächsführung, unter Ernährungs- und unter Bewegungstherapie gelernt habe..., das wende ich an!“ (Gespräch DS30003; Z. 287)*

### Ernährung

Insgesamt 12 Ärzte gaben an, Patienten Empfehlungen zum Ernährungsverhalten zu geben.

*Arzt15: „Da würd ich ... also ne kürzere Diätberatung schon machen! ... Also alles Mögliche erzählen zur Ernährung: Wie kann man abnehmen? Was gibt es für- für verschiedene Möglichkeiten? Wo können Sie sich hinwenden?“ (Gespräch DS300015; Z. 646)*

Hierzu gehört für manche eine vorangehende Ernährungsanamnese mit Aufstellung einer Energiebilanz. Auch die Aufforderung der Patienten zur Führung von Ernährungsprotokollen unterschiedlicher Dauer wird genannt. Insgesamt erhalten Übergewichtige mit kardiovaskulären Risikofaktoren oder viszeralem Fett allein, eher eine diesbezügliche Beratung als andere. Allerdings geben zwei Ärzte zu teilweise aus Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen keine wirkliche Ernährungsberatung machen zu können. Ein Arzt meint außerdem, die Patienten müssten sich mit Hilfe von Literatur selbst über Ernährung informieren. Ein Kollege geht noch weiter, wenn er ein gewisses Wissen zur gesunden Ernährung bei der Bevölkerung voraussetzt und daher von einer Ernährungsberatung absieht. Zwei weitere bedienen sich bezüglich dieser Thematik hauptsächlich der Hilfe der professionellen Ernährungsberatung.

Die meisten der Ärzte beschreiben im Gesprächsverlauf eine detaillierte Form der „Ernährungsberatung“. Sie empfehlen ihren Übergewichtigen genaue Ernährungspläne, oder eine Mischkost, mediterrane Kost sowie Heilfasten. Auch eine Reduktion der Nahrungsmenge, z.B. in Form einer Reduktionsdiät, wird angemahnt. Dabei stehe die Qualität vor der Quantität der Nahrung. Allerdings distanzieren sich drei Gesprächspartner vehement von dem Konzept einer Diät mit oder ohne Kalorienzählen.

*Arzt1: „...das ist zum Beispiel auch so´ne Aufgabe, wo ich sage: die Diät muss raus aus´m Kopf! Denn ... in jeder Frauenzeitschrift steht ne Diät drin und es gibt hunderttausend Diäten und keine wirkt, weil sie kann nicht wirken, weil Diät heißt ja: "Ich mache das ne Weile... und dann mach ich alles wieder so wie vorher!" Und damit ist es vorprogrammiert, dass das nicht hilft!“ (Gespräch DS30001; Z. 605)*

Neben diesen recht konventionellen Empfehlungen fanden sich jedoch auch individuell gefärbte Therapieansätze. So hält ein Arzt es für sinnvoll, seinen Patienten Ersatzhandlungen für das Essen anzubieten. Wohingegen mit der Empfehlung weiter zu essen wie bisher, ein weiterer vorgibt, bessere Erfolge zu erzielen.

*Arzt16: „...wenn man ihnen sagt: "Na ja! Da können Sie eigentlich mit dem Essen... fast so weitermachen! Gucken Sie doch mal, wo Sie landen!" Also ich sehe, dass das besser funktioniert! Jedenfalls hier bei mir!“ (Gespräch DS300016; Z. 924)*

Für einen anderen Hausarzt ist jedoch das primäre Ziel durch diese Ernährungsaufklärung ihren Patienten zunächst das Essen bewusst zu machen. Besonders betont wird in einem Gespräch der Wunsch bei Risikopatienten eine Ernährungsumstellung zu erreichen.

### *Bewegung*

Verglichen mit den Ausführungen des obigen Punktes, findet das Thema „Bewegung“ deutlich weniger Beachtung. So lassen sich dem Punkt „Ernährung“ 62 Aussagen zuordnen, der „Bewegung“ insgesamt 37. In einem Gespräch wird überhaupt nicht auf das Thema Bewegung eingegangen. Dieses Ungleichgewicht ist beachtlich. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass zwei Gesprächspartner meinten, in ihrer Praxis die Bewegung eher als das Essen anzusprechen. Im Mittelpunkt steht bei den meisten eine allgemein gehaltene Bewegungsberatung. Hierzu kann eine Bewegungsanamnese oder Evaluation individuellen Bewegungsmangels gehören. Wichtig erscheint einem Großteil der Mediziner dabei die Motivation zu mehr Sport im Allgemeinen, zum Beispiel durch die Empfehlung von 20 Minuten Bewegung am Tag. Vor allem die Wichtigkeit der körperlichen Betätigung im Alltag wird betont.

*Arzt5: „...aber gerade so diese Aktivität -und sei es Alltagssport- reicht doch völlig aus: Seine 10000 Schritte zu laufen, die Treppe zu nehmen und nicht den Fahrstuhl, das Auto weiter weg zu parken.“ (Gespräch DS30005; Z. 393)*

Dabei gilt es dem Übergewichtigen verschiedene Bewegungsmöglichkeiten und -reserven aufzuzeigen. Ein Arzt gibt seinen Patienten den Rat darauf zu achten eine passende Aktivität für sich zu finden. Erwähnt wird auch der Ausdauersport, vor allen Dingen bei Patienten mit Bluthochdruck. Diese Hinweise haben je nach Arzt zum Ziel, dem Patienten ein Verständnis für seine Bewegungsmöglichkeiten oder ihm Spaß an der körperlichen Betätigung zu vermitteln.

---

Arzt9c: „...versuchen Sie da etwas zu machen, was Ihnen auch Spaß macht und das vielleicht einfach mehr Bewegung beinhaltet oder so etwas.“ (Gespräch DS30009c; Z. 791)

### *Medikation*

Wenige Ärzte bringen Medikamente in die Betreuung ihrer Übergewichtigen ein. Einer hebt hervor, er verwende diese Möglichkeit der Therapie bewusst nicht, da sich nach deren Absetzen die Situation verschlimmere. Die gängigsten Begründungen für eine medikamentöse Behandlung sind deren Nutzen zur kurzfristigen Unterstützung der Gewichtsreduktion zu Beginn oder als Ausweichmöglichkeit nach Versagen konservativer Maßnahmen.

Arzt15: „...man dann doch auch ´n Medikament für zwei-drei Monate einsetzen kann, weil so- so ganz furchtbar dicke Leute damit erstmal so ´n Anfangserfolg haben und einfach so- so ´n bisschen in die Gänge gebracht werden können!“ (Gespräch DS300015; Z. 1150)

Zum Einsatz kommen dabei hauptsächlich Appetitzügler, wie das im Oktober 2008 auf Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vom Markt genommene Acomplia/Rimanoband oder Lipasehemmer wie Orlistat/Xenical.

### *Psychologische Betreuung*

Im Kontrast dazu steht die Einbringung psychologischer Betreuungsformen in manche Therapie. So ist es einem Interviewten ein Anliegen, sich im Verlauf der Arzt-Patienten-Beziehung an die psychischen Schwierigkeiten seiner Übergewichtigen anzunähern. Ein anderer versucht dies durch Aufforderung an den Patienten ein Wochentagebuch zu führen, welches mit dem Arzt besprochen werden soll. Auch das Angebot einer psychosomatischen Betreuung bei seelisch beeinträchtigten Übergewichtigen wird in einem Gespräch erwähnt.

Arzt12: „Einfach, weil sie ein so genanntes Frustessen haben, ja? Wo man dann also auch jetzt psychosomatisch orientiert doch sprechen sollte.“ (Gespräch DS300012; Z. 863)

### *Medienempfehlung*

Neben der aktiven Beratung wird an die Patienten auch verschiedenes Informationsmaterial verteilt oder Literaturempfehlungen gegeben. Ärzte nutzen hier Broschüren von Pharmafirmen oder der Ärztekammer, die sich mit den Themen Sport und Ernährung befassen.

## Ergebnisse

*Arzt9b: „Und also, fast immer kriegen die irgend ne nette kleine Broschüre mit! Ich hab mir da von so ´ner Pharmafirma mehrere Broschüren besorgt und da kriegen die ne Broschüre mit über´s Cholesterin! Da steht dann ganz genau drin: Wieso? Warum? Vernünftig erklärt und ohne, dass sie da ... für´s Medikament werben, sondern die sagen erstmal all die ganzen anderen Sachen: Sport und Abnehmen und so weiter!“ (Gespräch DS30009b; Z. 537)*

### Die Übergewichts- und Adipositasbehandlung durch andere Instanzen

Eine knappe Darstellung der Themenschwerpunkte auswärtiger Betreuungsinstanzen ermöglicht folgende Tabelle.

Oberbegriffe	Unterbegriffe
<u>Spezifische Betreuungskonzepte durch andere</u>	Allgemeine Aussagen
	Mit Behandlungsschwerpunkt auf Diabetes
	Mit Behandlungsschwerpunkt auf Gewicht
	Mit Behandlungsschwerpunkt auf Ernährung
	Mit Behandlungsschwerpunkt auf Bewegung
	Mit Behandlungsschwerpunkt auf psychologischer Betreuung

Tabelle 10: Kategorienübersicht spezifischer Betreuungsansätze anderer Instanzen

Nur wenige Hausärzte erwähnen eine Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen. Einer gibt an, weitere Beratungsstellen, außer Stoffwechselambulanzen, zu meiden.

*Arzt5: „...das Problem der anderen Experten is halt, dass es häufig selbsternannte Experten sind, die irgendwelche Mittelchen verkaufen, ne? Und da halt sehr große finanzielle Interessen dahinter stehen. Also mir fällt kein wirklicher Experte ein, wo ich jetzt hinschicken würde, außer irgendwelche Stoffwechselambulanzen.“ (Gespräch DS30005; Z. 397)*

## Ergebnisse

Der soeben zitierte Allgemeinmediziner erwähnt bereits die Bedeutung, welche die Grundsätze der Diabetesbehandlung in der Übergewichts- und Adipositasbetreuung der Hausärzte hat. Ärzte verweisen ihre Patienten an Institutionen, wie an einen Diabetologen oder Diabetesqualitätszirkel weiter. Besonders in einem Gespräch werden die vielfältigen Möglichkeiten der Weiterbetreuung wie Ernährungsberater und Sporttherapeuten, die solch ein Zirkel bietet, als positiv bewertet.

*Arzt4: „...und da gehen also die Patienten aus den Praxen zum zentralen Schulungsort (gemeint: der Diabetes-Qualitätszirkel) hin, wo eben Schulungskräfte, also Diabetesfachberaterinnen, Ernährungsberaterinnen und so weiter die Schulungen gruppenmäßig durchführen.“ (Gespräch DS30004; Z. 873)*

Eine alleinige Fokussierung auf die Problematik „Gewicht“ bei der Auswahl weiterer beratender Stellen findet auch statt. Die Empfehlungen an die Patienten reichen von privaten Abnehmgruppen, über die Vermittlung übergewichtiger Jugendlicher an Adipositasprechstunden bis zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Hier sollen neue Verhaltensweisen gelernt werden. Außerdem werden das Programm „Optifast“ und die „Weight Watchers“ erwähnt. Letztere werden von drei Ärzten als für ihre Patienten besonders sinnige Partner in der Gewichtsreduktion hervorgehoben, wohingegen ein weiterer Arzt nicht dieser Meinung ist.

*Arzt9a: „Weight Watchers empfehle ich oft...“ (Gespräch DS30009a; Z. 783)*

Jedoch wird ebenso an andere externe Ernährungsberatungen überwiesen. Teils besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der jeweiligen Praxis und den Beratungsstellen. Unterschieden wird hier zwischen der Möglichkeit der kostenpflichtigen und kassenunterstützten Beratung. Ein Arzt schickt seine Übergewichtigen in die Rehabilitation, um dort neue Essverhalten zu lernen. Zahlungswillige Patienten verweisen zwei Mediziner an Kollegen mit der Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ weiter. In einer Praxis bieten die Sprechstundenhilfen selbst Ernährungskurse an, in denen sie mit Fettpunktekonten arbeiten.

*Arzt19: „...in der Praxis Kurse, die wir anbieten. Die können die Leute auch besuchen. Das macht dann die Frau..., die... bildet so Kleingruppen. ... vier bis sechs Leute über acht Wochen. Und da findet dann schon eben ne richtige ... Aufklärung eigentlich statt, dass die Leute sich mal bewusst machen, was sie essen.“ (Gespräch DS300019; Z. 358)*

Die hierunter fallenden Codes sind vielfältig, entstammen allerdings zum Großteil dem Gespräch mit einem Arzt. Dieser arbeitet jedoch außerdem mit kostenpflichtigen Sport-

## Ergebnisse

---

therapeuten und den Gewichtsreduktionsgruppen sowie Bewegungstherapeuten eines Sportgesundheitsparks zusammen.

Andere verweisen an die Bewegungskurse der Kassen, bieten den Patienten Nordic Walking mit praxisinterner Physiotherapeutin an oder schicken ihre Patienten zum Zwecke der Bewegung in die Rehabilitation.

*Arzt5: „Wir haben bei uns ne Physiotherapeutin, die durchaus mit den Leuten mit Stöckern da in den Wald geht und Nordic Walking macht...“ (Gespräch DS30005; Z.313)*

Zwei Ärzte verweisen schwierige Patienten oder solche mit einem von ihnen diagnostizierten „psychogenen“ Übergewicht an eine Psychotherapie weiter.

*Arzt5: „So wie alle meines Erachtens psychogenen Übergewichte. Wo letztendlich ne Konfliktbewältigung über die Nahrungsaufnahme oder über das Gewicht stattfindet, werden wir über Ernährungsumstellung und Sport letztendlich auch nicht hinkriegen. Da muss ne Psychotherapie ran.“ (Gespräch DS30005: Z. 349)*

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der inhaltlichen Kategorien

#### 5.1.1 Bestimmung der Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts durch Hausärzte

Möchte man den Umgang der Ärzte mit dem Gewicht ihrer Klienten verstehen, so ist es notwendig das Grundverständnis dieser Gruppe bezüglich Übergewicht zu erfassen. Dies ermöglicht es erst Beweggründe für und die Art und Weise des Umgangs besser nach zu vollziehen und sie dann zu werten. Zunächst werden jene Merkmale von Patienten diskutiert, welche Hausärzte nach eigenen Angaben zur Behandlung von Übergewicht veranlasst. Anschließend werden die Einstellungen der befragten Ärzte im Umgang mit übergewichtigen Patienten dargestellt. Bei der Gliederung der Kategorien, also Codes, zeigt sich, dass sowohl medizinische als auch nicht medizinische Faktoren die Behandlungsnotwendigkeit Übergewichtiger beeinflussen.

„Jedes Übergewicht“ wird von den Ärzten zunächst für therapiebedürftig gehalten. Dabei werden im Laufe des Gespräches aber Einschränkungen bis hin zum Therapieverzicht beschrieben. Letzten Endes überschreiten die Codes für medizinische Auslöser einer Behandlung die nicht-medizinischen bei weitem. Dies ist nicht verwunderlich, angesichts der Tatsache, dass es ein Arzt als seine Aufgabe erachtet, Symptome seiner Patienten zu erfassen, deren Folgen auszumachen und Vorschläge für die Behandlung zu liefern. Vor allem vor dem Hintergrund der wahrgenommenen Unsicherheit mit dem Thema Übergewicht, zieht man sich auf scheinbar sicheres Terrain zurück: Wahrnehmung und Beurteilung von Befunden und gemessenen Daten.

#### **Behandlungsnotwendigkeit auf Grund medizinischer Parameter**

Den befragten Hausärzten ist insbesondere der Body Mass Index bezüglich der weitergehenden Betreuung des übergewichtigen Patienten wichtig. Eine Übereinstimmung der Grenzwerte dieses Erfassungsinstrumentes findet sich kaum. Jedoch fällt zunächst eine Kumulation der genannten Zahlen um den BMI 30 auf. Des Weiteren wird die Therapiebedürftigkeit nicht am Body Mass Index allein, sondern auch an individuellen kardiovaskulären Risikofaktoren bemessen. Übergewichtige ohne Begleiterkrankungen werden hingegen von einigen befragten Ärzten als nicht behandlungsbedürftig beschrieben. Dies deutet auf eine enge Verknüpfung der Übergewichts- und Adipositas therapie mit der Behandlung sowie Prävention kardiovaskulärer Erkrankun-

gen im Alltag des Allgemeinmediziners hin. Dass die Durchführung einer Präventionsmaßnahme von den Interviewten oft als Auslöser einer Übergewichtigen- und Adipositasbetreuung genutzt wird, mag theoretisch ihren enormen Stellenwert in der Arbeit der Hausärzte verdeutlichen.

Dabei werden vor allen Dingen folgende Aspekte verknüpft:

- 1) Die Gewichtsreduktion, um orthopädische Probleme zu verhindern bzw. zu mindern
- 2) Die Gewichtsreduktion, um dem Patienten Medikamente einzusparen

Und mit Punkt 1 und 2 in direktem oder indirektem Zusammenhang stehend:

- 3) Die Gewichtsreduktion, um vor einer verminderten Lebensqualität bzw. einer Lebensverkürzung durch Übergewicht zu bewahren.

Dass bei der Festlegung der Behandlungsnotwendigkeit eines Übergewichts der Body Mass Index eine solch zentrale Rolle spielt ist gängig. In einem Großteil der Fachliteratur geschieht die Einteilung des Gewichts anhand des BMI. Auch die Angabe von BMI-Zahlen um die 30 und höher als Grenze einer notwendigen Therapie ist typisch. Viele Studien verdeutlichen, dass Ärzte insbesondere Übergewichtige in höheren BMI Gruppen therapieren, wenn es kaum mehr übersehbar ist<sup>38</sup> oder zumindest über BMI 30 beziehungsweise eher um BMI 35 liegt.<sup>27, 39</sup> Allerdings handelt es sich bei diesen Untersuchungen zum Großteil um Querschnittstudien, welche das Vorgehen und die Einstellungen von Hausärzten quantitativ erfassen. Verknüpfend kann dennoch festgehalten werden, dass sich die Einschlusskriterien der befragten Mediziner für eine Übergewichts- und Adipositastherapie mit denen von Ärzten aus anderen Studien decken. Die Bedeutung des Body Mass Index als maßgebliche Bewertungsgrundlage der medizinischen Betreuungsnotwendigkeit von Übergewicht wird aktuell allerdings kontrovers diskutiert. Romero-Corral et al wurden mit ihrer Kritik an der Aussagefähigkeit des BMI im Zusammenhang mit der Gesamtmortalität und kardiovaskulären Mortalität bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt.<sup>12</sup> Es finden sich des Weiteren Studien, welche den BMI mit verschiedenen anderen anthropomorphen Maßeinheiten bei der Gewichtsbeurteilung vergleichen und dies in unterschiedlichen klinischen Zusammenhängen. So schreibt F. Hadaegh der Messung des Taillen/Körpergrößen-Quotienten gegenüber dem BMI eine bessere Vorhersagekraft bei der Entstehung eines Diabetes mellitus Typ

---

2, zumindest bei iranischen Männern, zu.<sup>40</sup> Dass der Taillen/Hüft – Quotient im Gegensatz zum BMI eine höhere Prädiktion zur Entstehung eines Myokardinfarktes machen lässt wird von Yusuf und Kollegen beschrieben.<sup>41</sup> Solche Differenzierungen werden von den befragten Hausärzten nicht angesprochen. Es scheint, dass zur Einschätzung einer Behandlungsbedürftigkeit hauptsächlich der BMI und unterbewusst auch das Aussehen des Patienten als wichtig angesehen werden. Und wie Paul Sebo et al trotz allem feststellen konnten, ist die Wahl des BMI als Maßeinheit nicht grundsätzlich falsch.<sup>42</sup>

Diese Ausführungen zeigen die Vielschichtigkeit und Verwirrung auf, die auf dem Gebiet der korrekten Definition von Übergewicht herrscht. Daher ist nicht verwunderlich, wenn sich in den Interviews dieser Arbeit bei der Festlegung der Therapiebedürftigkeit desselben unterschiedliche Einschlusskriterien ergeben. Dennoch fehlt eine subtilere medizinische Einteilung der Übergewichtigen bei den Allgemeinmedizinerinnen nicht vollends. Der Miteinbezug des viszeralen Fetts in die Entscheidungsfindung bezüglich einer Therapieeinleitung zum Beispiel, wurde in weiteren Studien untersucht. In einer Arbeit von Bray et al konnte diesem gegenüber dem BMI kein Vorteil bezüglich der Vorhersage der Entwicklung eines Diabetes attestiert werden.<sup>43</sup> Neben seiner Korrelnanz zum Diabetes mellitus Typ 2, stellt das viszerale Fett auch einen kardiovaskulären Risikofaktor dar. Dementsprechend wird durch die Festlegung einer Behandlungsnotwendigkeit auf Grund dieses Parameters wieder deutlich, welche Bedeutung zusätzlichen kardiovaskulären Risiken bei dieser Fragestellung zugeschrieben wird. Simkin-Silverman et al kommen zu einem ähnlichen Schluss.<sup>44</sup>

Doch scheint das nicht in allen Ländern die Regel, wie eine Querschnitt Studie aus den USA von Randall S. Stafford et al aus dem Jahre 2000 zeigt. Sie befanden die Versorgung von Übergewichtigen - selbst mit schweren Komorbiditäten - als mehr als unzureichend. Demnach würden hier zusätzliche Krankheiten des Übergewichtigen keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Eingreifens der Primärversorgung nach sich ziehen.<sup>45</sup> Diesem widersprechen die Ergebnisse der vorliegenden Interviews.

Dass die hier befragten Ärzte angeben, kardiovaskuläre Komorbiditäten bei Übergewichtigen führten in Ihrer Praxis eher zu einem Therapieangebot, erklärt sich durch das Patientenkontext selbst. Wie aus der Auflistung der häufigsten Diagnosen einer Hausarztpraxis (siehe Einleitung S. 2 - 3) ersichtlich wird, weist ein Großteil der Patienten Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder zumindest deren Risikofaktoren auf. Dies zieht vor

---

allem bei älteren Patienten die regelmäßige Betreuung durch den Hausarzt nach sich. Bei diesen kommen an chronischen Erkrankungen nicht selten Stoffwechselstörungen, wie der Diabetes mellitus Typ 2, hinzu. Vor allem bei Letzterem,<sup>85</sup> jedoch auch bei der Hypertonie<sup>46</sup>, der koronaren Herzkrankheit<sup>47</sup> sowie zur Senkung des Cholesterinspiegels<sup>48</sup> steht in den Therapieleitlinien die Gewichtsreduktion an vorderer Stelle. So wird der Hausarzt keine aktiv bewusste Einteilung seiner Patienten in Übergewichtige mit oder ohne zusätzliche kardiovaskuläre Komorbiditäten vornehmen. Er wird versuchen bei den derart gefährdeten Personen verstärkt auf deren Gewicht und dessen mögliche Reduktion Einfluss zu nehmen. Im Vordergrund steht somit die Begleiterkrankung und nicht das zu Grunde liegende Gewicht der Patienten. Übergewichts- und Adipositasbehandlung ist daher in der Hausarztpraxis vormalig die aktive Praktizierung sekundärer Präventionsarbeit.

Bei der Auflistung der Ergebnisse konnte dementsprechend festgestellt werden, dass Hausärzte die Frage nach dem Fundament der Gewichtsreduktion nicht selten mit dem präventiven Behandlungsgrund für Übergewicht beantworten. So wird deutlich, dass die Mediziner das Übergewicht allein nicht als ihr Problem betrachten. Vielmehr sind es dessen Folgen, welche sie mildern oder verhindern wollen. Dabei ist es interessant zu sehen, wie selbstverständlich die eigentliche Problematik, nämlich das Übergewicht, übergangen werden kann. Hierauf deutet auch hin, dass bei den aufgeführten Gründen für ein präventives Handeln vor allen Dingen solche aus dem Bereich der Sekundärprävention genannt werden. Die Konzentration auf das Verhindern kardiovaskulärer, sowie orthopädischer Folgeerscheinungen erklärt sich unter anderem aus dem medizinischen Alltag und der zu einzelnen Erkrankungen vorgegebenen Therapiegrundregeln. Die orthopädischen Folgen finden deswegen eine solche Betonung, da die Behandlung der chronischen Schmerzpatienten im orthopädischen Bereich recht frustrierend sein kann und auch hier zum Beispiel in Leitlinien der Endoprothetik zunächst eine Gewichtsreduktion vor der Überlegung z.B. ein künstliches Kniegelenk einzusetzen steht.<sup>50</sup> Das ebenfalls erwähnte Ziel der Medikamentenreduktion als mögliche Folge der Gewichtsabnahme ist ein vorgegebener Teil der Behandlung des Bluthochdrucks.<sup>51</sup> Personen mit Vor- und Frühformen des Diabetes sollen nach Möglichkeit zunächst diätetisch geführt werden.<sup>51</sup> Gleiches gilt auch für die Behandlung der Hyperlipoproteinämie.<sup>51</sup>

---

Das Übergewicht zu reduzieren, um vor einer verminderten Lebensqualität oder Lebensverkürzung zu schützen, rückt dagegen den übergewichtigen Menschen in den Mittelpunkt. Die Hausärzte gehen in diesem Punkt nicht mehr allein auf medizinische Gegebenheiten ein. Es wird ein ganzheitlicher, patientenzentrierter Ansatz eingebracht, welcher Grundstein der Philosophie des hausärztlich tätigen Mediziners ist. Außerdem dient diese Feststellung nicht nur als Anreiz zur Sekundär-, sondern auch zur Primärprävention des Übergewichts in der Praxis.

### **Behandlungsnotwendigkeit auf Grund nicht medizinischer Parameter**

Codes psychosozialer Parameter für eine Behandlung finden sich in deutlich geringerer Anzahl als die somatischer, befundorientierter Parameter. Die somatischen Auslöser für eine Therapie folgen den Regeln des in der medizinischen Ausbildung rezipierten Wissens aus Lehrbüchern oder Lehrveranstaltungen. Viel aufschlussreicher bezüglich der Grundhaltung der Allgemeinmediziner sind daher nicht die befundorientierten sondern befindensorientierten Parameter. Insgesamt findet auf dieser Bewertungsebene eher die subjektive Auseinandersetzung der Hausärzte mit der Problematik statt. Eine Grobgliederung findet sich in Form einer Bewertung des Übergewichts auf Grund des ärztlichen Gesamteindrucks, sowie unter Einflussnahme des Patienten. Bei genauerem Hinsehen erkennt man, dass sich diese Punkte beeinflussen und häufig nicht sauber zu trennen sind. Hausärzte machen demnach eine Therapie abhängig von der Gesamtkonstellation des Patienten. Grund für einen Therapieverzicht kann z.B. sein, dass dem Patienten sein Übergewicht gar nicht bewusst ist. Gleiches gilt für den Fall, wenn der Patient sich nach eigenen Angaben wohl fühlt, das Problem gar nicht anspricht oder explizit sagt, er wolle sein Gewicht nicht reduzieren. Des Weiteren sehen einige Gesprächspartner zum Beispiel von einer Therapie bei übergewichtigen Senioren ab.

Viele Hausärzte stellen bei der Entscheidungsfindung die Wünsche ihrer Übergewichtigen in den Mittelpunkt. Diese Tendenz einer ganzheitlichen Grundhaltung deutet sich in dieser Arbeit auch an anderen Stellen an. Beweggründe des Übergewichtigen, seine Persönlichkeit und sein Umfeld zu kennen, um über eine Weiterbetreuung zu entscheiden, sind nicht nur vor Beginn einer motivierenden Gesprächsführung für den Hausarzt von Bedeutung. Sich in sein Gegenüber einzufinden setzt Empathie voraus. Kathryn I. Pollak konnte in einer Studie zeigen, dass eben diese Auseinandersetzung des Arztes mit seinem Patienten bei Frauen eine erfolgreiche Übergewichts- und

---

Adipositas therapie erst ermöglicht.<sup>52</sup> Dabei unter anderem auch den Willen des Patienten zur Behandlung seines Problems zu erfassen, wird von Anderson et al als immens wichtig eingeschätzt.<sup>17</sup>

Pila Jallinoja weist zudem nach, dass Ärzten klar zu sein scheint, wie zentral die Rolle des Patienten vor allem bei einer effektiven Behandlung sogenannter "lifestyle"-Erkrankungen ist.<sup>53</sup> Dies spiegelt sich in den Interviews wider. In diesen Zusammenhang gehört auch die Haltung der Mediziner, z.B. auf das „Nichtansprechen des Gewichtes durch den Patienten“ ebenfalls mit Schweigen zu reagieren. Zum einen mag dies aus Peinlichkeit oder Angst davor, Gefühle zu verletzen oder Gründen einer grundsätzlichen Überforderung mit der Thematik geschehen.<sup>54, 55</sup> Es deutet aber auch an, dass Hausärzte die Aufgabe der Gewichtsreduktion in der Eigenverantwortung des Patienten belassen wollen. Weitere Arbeiten untermauern diese Annahme.<sup>56, 57</sup>

### *5.1.2 Behandlungsansätze von Hausärzten bei übergewichtigen Patienten*

Durch Erfassen der Auslöser einer hausärztlichen Betreuung übergewichtiger Patienten werden somit nicht nur die Ausgangspunkte des späteren therapeutischen Vorgehens, sondern auch das Selbstverständnis der Ärzte dargestellt.

#### **Rolle des Hausarztes**

Die bisherigen Ergebnisse werden durch die Aussagen der Ärzte, befragt nach ihrem Rollenverständnis, bestätigt und weiter konkretisiert. Dies ist wichtig, da man dadurch die später realisierten Behandlungsansätze erst nachvollziehen kann. Laut eigener Aussagen sehen sich demnach Hausärzte, ausgehend von einer ihnen selbst wahrgenommenen allgemeinen Gesundheitssorge um ihre Patienten, bei der Übergewichts- und Adipositasbetreuung als einen passiven Begleiter. Die Initiative muss der Patient ergreifen. Ein Großteil möchte sich dabei an den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten, im Sinne einer Patientenzentrierung, orientieren. Dabei möchten die Hausärzte den Übergewichtigen ein vornehmlich präventives Lebensstilkonzept vermitteln. Eine paternalistische Haltung gegenüber ihren Klienten gilt es für sie in der Regel zu vermeiden.

Dass sich die Mediziner aus der aktiven Rolle herausnehmen und die Verantwortung bei der Gewichtsreduktion an die Patienten zurückgeben möchten, wurde bereits dar-

---

gestellt. Zuvor zitierte Studien, welche dies ebenfalls erfassen konnten, wurden hauptsächlich unter der Regie Jane Ogdens geführt. So bestätigt sie, dass Ärzte eher eine durch den Patienten geführte Übergewichtsbehandlung wünschen.<sup>56</sup> Dies hatte sie in Zusammenarbeit mit Laura Epstein bereits im Vorfeld mit Hilfe qualitativer Interviews herausgefunden.<sup>57</sup>

In einer weiteren Erhebung mittels Fragebögen unter Hausärzten und der Allgemeinbevölkerung, stellte Ogden fest, dass die Mediziner den Bereich Übergewicht in der Regel nicht als einen medizinisch zu therapierenden ansehen.<sup>58</sup> Dies wird in den Interviews von einigen Gesprächspartnern ebenso gesehen. Dabei handelt es sich nicht um eine negative, unprofessionelle Umgangsweise des Hausarztes mit seinen Patienten. Es wird dargestellt, dass Allgemeinärzte als Auslöser für das Übergewicht nicht vorrangig medizinische, sondern patientenassoziierte Ursachen, wie zu wenig Bewegung und unausgewogene Ernährung, annehmen.<sup>56</sup> Daher ist nicht verwunderlich, wenn sie die Problemlösung auch durch den Patienten selbst erwarten. Das Bemühen um die Vermittlung einer präventiven Grundhaltung zur Gesundheit unterstützt diese These. Damit bringen sich die Hausärzte, teilweise nur wenn vom Patienten erwünscht, in die Rolle eines Beraters, welcher den Übergewichtigen die nötigen Fertigkeiten zur Verbesserung ihrer Lebensqualität an die Hand gibt. In der Folge soll dies dem Patienten ein aktives Handeln ermöglichen. Patientenzentriertes Denken dient dabei der Unterstützung des Prozesses. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Arbeiten.<sup>53, 59</sup> Bestätigt die Arbeit von Jane Ogden wie wichtig Hausärzten die Ausrichtung auf die Bedürfnisse des Patienten ist, so stellt diese auch dar, dass Übergewichtige ihrerseits dies oft gar nicht so dringlich wünschen. Man darf sich also fragen, ob die in dieser Untersuchung wiederholt durchscheinenden Bemühungen der Ärzte um eine Ganzheitlichkeit das Problem der Fokussierung des Patienten auf das Übergewicht vernebelt. Dabei bleibt jedoch letzten Endes offen, was das eigentliche Grundproblem des Patienten ist.

### **Strategien der Hausärzte bei der Übergewichts- und Adipositasbehandlung in der Praxis**

#### Grundsätze der Beratungsgespräche

Durch die Wahl des Beratungsgesprächs im Rahmen des Checkup 35 als Anknüpfungspunkt des Interviews, erhielt die Gesprächsführung zwischen Arzt und Patient als

---

Thematik eine besondere Bedeutung. Dieser Schwerpunkt zieht sich im Gesprächsfaden bis in den Themenbereich „Übergewicht“ hinein.

### *Die Wahl der Situation*

Wann das Gewicht eines Patienten anzusprechen ist, scheint für viele Hausärzte eine essentielle, oft nicht einfach zu beantwortende Frage zu sein. Sehr geeigneter Konsultationsanlass, um eine Ansprache ins Auge zu fassen, erscheint vielen der Checkup 35. Als Gesprächseinstieg werden dazu gerne Begleiterscheinungen und/oder Laborwerte ihres Gegenübers gewählt. Tabu ist hingegen die Ansprache des Patienten auf sein Gewicht beim Erstkontakt. Generell setzt sich auch hier das Bemühen der Hausärzte um ein individuelles Anpassen an die Wünsche des Übergewichtigen durch.

Die zentrale Rolle des Checkup 35 erklärt sich aus den bereits diskutierten Behandlungsauslösern des Übergewichts. Hier hatten die kardiovaskulären Begleiterscheinungen eine enorme Rolle gespielt. Da der Checkup 35 der Prävention dieser Erkrankungen dienen soll, bietet er eine optimale Plattform zur Diskussion des Gewichts. Den Ärzten in ihrer patientenzentrierten Sichtweise entgegenkommen mag auch die Tatsache, dass nicht wenige Klienten mit dem primären Wunsch nach dieser Untersuchung zu ihnen kommen. Natürlich kommt es vor, dass der Mediziner selbst seinem Gesprächspartner diese Konsultation empfiehlt. In beiden Fällen geht es im Arzt-Patienten-Gespräch dann jedoch von vorne herein um die Themen „Kardiovaskuläre Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und Prävention“. Die Thematisierung seines Übergewichtes kommt für den Patienten daher nicht überraschend. Die Hürde der Ansprache für seinen Hausarzt ist entsprechend niedrig. Dass das Setting der Beratungsgespräche es Hausärzten ermöglicht einen Einblick in die Sicht des Patienten bezüglich seines Gewichts zu erlangen, konnte durch eine institutsinterne Arbeit von Heintze et al nachgewiesen werden. Hierin wird empfohlen, dieses Instrument als Möglichkeit der präventiven Intervention nicht zu vernachlässigen.<sup>60</sup> Derzeit scheint jedoch insgesamt laut Sonntag et al der Checkup zur Lifestyle-Beratung nur sehr wenig genutzt zu werden.<sup>61</sup> An der Durchführung des Checkup 35 kann man des Weiteren erklären, weshalb es für die Ärzte selbstverständlich erscheint, Begleiterscheinungen oder Laborwerte als Einstiegshilfe zur Gewichtsaufklärung zu nutzen. Der Aufbau der Untersuchung sieht zunächst die Erfassung der Laborwerte, der Vorerkrankungen und des körperlichen Allgemeinzustandes vor. Am Ende erfolgt das Beratungsgespräch mit Aufarbeitung der

---

Untersuchungsergebnisse. Selbstverständlich muss diese Beratung mit der Darstellung der Laborwerte und gefundenen Begleiterscheinungen eröffnet werden, damit sich in der Folge ein Gespräch mit Empfehlungen zu weiteren Präventionsmöglichkeiten entwickeln kann. Dabei spielt der primäre Informationswunsch der Patienten zu ihrem Gesundheitszustand eine zentralere Rolle, als Hausärzte meist annehmen.<sup>59</sup>

Laborwerte haben in der Interaktion zwischen Hausärzten und Patienten offensichtlich einen besonderen Stellenwert. Da vor allem bei den chronisch Kranken eine regelmäßige Überprüfung dieser Werte vorgenommen wird, assoziieren Patienten und auch die Ärzte mit deren Besprechung eine grundlegende Information über den Gesundheitszustand. Der Wunsch sich Blut abnehmen zu lassen um fest zu stellen „ob alles in Ordnung“ ist, begegnet einem im medizinischen Alltag regelmäßig auch bei Gesunden. Daher gehört zu einem Arzt-Patienten-Gespräch eine gemeinsame Auswertung dieser Parameter, die vom Mediziner wiederum als Aufhänger für Weiteres, wie z.B. die Besprechung des Übergewichts, gewählt werden können. Dazu bieten sich im Besonderen die „Fettwerte“, das Cholesterin und die Triglyceride, an. Dass die Übermittlung von Laborwerten als indirekte Strategie zur Ansprache des Übergewichts dient konnte auch durch eine qualitative Studie von Heintze et al gezeigt werden.<sup>62</sup>

Dass Hausärzte sich und dem Patienten entsprechende „Sicherheitsnetze“ bei der Ansprache des Gewichts ausspannen, um vor eventueller Ablehnung, Überforderung und Verletzungen beider Seiten zu bewahren, zeigt, welch schwieriges Thema das Übergewicht auch für Ärzte ist. Nichts desto trotz geben einige Ärzte an, im Gespräch „alles“, auch schwierige Inhalte, offen dem Klienten gegenüber verbalisieren zu können. Im Rückschluss mag dann die besprochene Vorsichtigkeit bei der Thematisierung allein dem Schutz des Übergewichtigen selbst dienen. Dass daher die Unterredung über das Gewicht im Erstkontakt nicht erwünscht ist, erklärt sich von selbst. Wünscht der Patient diese Konfrontation, geht der Mediziner jedoch darauf ein. Hieran erkennt man die Anpassung an die Erwartungen des Patienten, welche Ärzte an den Tag legen.

Immer wieder scheint Folgendes durch: Ärzte geben sich in ihrer Arbeit eigene theoretische Handlungsgrundsätze vor. Begegnet ihnen der Patient jedoch auf anderer Ebene, passen sie sich häufig dessen Vorgaben an. Mit diesem Verständnis von Patientenzentriertheit verbinden die Mediziner wohl ein positives Outcome ihres Tuns. Dass diese Annahmen der Realität entsprechen, konnte eine weiteres Mal von Heintze et al gezeigt

---

werden. Er stellt fest, dass insbesondere die Erfassung der Vorbehalte der Patienten bezüglich einer Therapie die Intervention im Verlauf verbessern kann.<sup>63</sup>

### *Grundlagen der Gesprächsführung*

Bei der Gesprächsführung selbst bemühen sich die Hausärzte um eine partnerschaftliche Grundhaltung. Von jeglicher Form der Disziplinierung der zu Behandelnden wird Abstand genommen. Generell korreliert dabei die Intensität der Unterredung direkt mit dem Ausmaß des Gewichts und der Komorbiditäten des Gegenübers. Das Ausmaß des Gewichts beeinflusst, wie eine Studie von Nichola J. Davis zeigt, das Maß der Intervention.<sup>27</sup> Dass bereits bestehende Folgeerkrankungen oder Krankheiten, welche die Morbidität des Übergewichtigen weiter erhöhen, zu einem verstärkten Eingreifen des Arztes führen, ist nachvollziehbar. So bestätigen diese Feststellungen nicht nur, dass erst eine ausgeprägte Adipositas, wie sich in vorangehenden Ausführungen zum BMI darstellen ließ, ein Reagieren des Arztes hervorruft. Sie machen auch klar, dass im hausärztlichen Bereich, der kassenärztlich geprägt ist und vorrangig Sekundärprävention finanziert, diese weitaus konsequenter betrieben wird, als die Primärprävention. Zu diesem Schluss kam schon im Jahr 2006 ein Bericht der Bertelsmannstiftung.<sup>64</sup>

Die partnerschaftliche Form der Auseinandersetzung wird unter ähnlichen Kontexten aufgeführt, wie im Vorfeld das Anbringen von Ganzheitlichkeit oder Patientenzentriertheit. Dahinter steht der Wunsch gemeinsam, wenn nicht einen handfesten Therapieplan, dann zumindest einen Lösungsplan zu entwerfen. Dies geschieht auf gleicher Augenhöhe leichter, als bei oppositionellem Verhalten. In anderen Studien wurde diese Kommunikationsform in Form des „shared-decision-making“ von untersuchten Hausärzten unter anderem zur Verbesserung des therapeutischen Outcomes genutzt.<sup>65</sup>

Gegen ein konfrontatives Verhalten sprechen sich die Ärzte des Weiteren bei der ersten Thematisierung des Gewichts bei ihren Patienten aus. Vor allem Frauen gegenüber wird ein vorsichtiges Vorgehen vorgezogen. Die meisten sehen zumindest die einmalige Ansprache eines Übergewichts bei ihren Kranken durchaus als ihre Pflicht an. Meist gelingt es trotzdem nicht, dies systematisch umzusetzen. Am einfachsten und häufigsten meistern sie dies bei länger bekannten Patienten. Dabei achten sie an diesem Punkt der Konsultation ebenso auf ein individuelles Eingehen auf ihr Gegenüber, wie es ihnen sonst beim therapeutischen Vorgehen bei Übergewicht wichtig scheint. Auch

---

Gibbs et al sowie Walker et al konnten beide in getrennten Studien nachweisen, dass Ärzte die Thematisierung eines Übergewichts als ihre Aufgabe erachten.<sup>66, 67</sup> Dies ist jedoch nicht gleich zu setzen mit einem Verpflichtungsgefühl diesbezüglich Maßnahmen zur Reduktion einzuleiten.<sup>66</sup> Bei Walker schieben Mediziner diese Verantwortung der Familie und Gesellschaft zu.<sup>67</sup> Auch Ogden konnte zeigen, dass Ärzte die Gewichtsbetreuung nicht als medizinische, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erachten.<sup>58</sup>

Alles in allem mutet das Vorgehen der Ärzte dieser Studie bei der Thematisierung des Gewichts als inkonsequent und medizinisch wenig professionell an. Denn zusammengefasst kann man sagen, Hausärzte muten sich zwar zu, einen Risikofaktor anzusprechen und auf dessen Gefahren hinzuweisen, weichen der Weiterführung einer Therapie jedoch eher aus. So mag eine Art „Konsultation ohne Ziel“ entstehen, wo es beiden Seiten, Arzt sowie Patienten, genügt das Thema „Übergewicht“ untereinander in verbalem Austausch als vorhandenes Risiko erfasst zu haben. Weitere Schritte werden oft nicht unternommen, da sie zu Unsicherheit und Unbehagen führen. Beim Adipösen auf Grund der eventuellen Konfrontation mit weiter reichenden Problemen, als des Übergewichts allein. Der Arzt auf der anderen Seite mag sich dabei mit der Aufgabe der Übergewichts- und Adipositasbetreuung an sich überfordert fühlen. Diesen Aspekt bringen auch die Arbeiten von Jian Huang<sup>68</sup> und Kushner<sup>55</sup> zum Vorschein.

Dies führt zum einen zu der Erkenntnis, dass eine einheitlich geregelte, allgemein durchgeführte Übergewichts- und Adipositasbetreuung zu fehlen scheint. Es mag auch die ausbleibende Systematik in der Ansprache erklären, welche jedoch ebenso fehlen wird, wenn die Hausärzte die Thematisierung vom Individuell des Gegenübers abhängig machen wollen. Passt man sein Vorgehen ständig an die jeweilige Situation an, entsteht kaum eine Form von Systematik oder Kontinuität.

Dass die Auseinandersetzung eines Arztes mit dem Gewicht seines Patienten für das Arzt-Patienten-Verhältnis nach Meinung der Mediziner sehr belastend und schwierig sein kann, wird in der Arbeit von Epstein et al erläutert.<sup>57</sup> Die Sorge davor erklärt nicht nur das generelle Meiden des Themas „Gewicht“, sondern auch die vorsichtige, nicht konfrontative Ansprache. Es zeigt sich, dass Ärzte automatisch mit der Ansprache des Gewichtes etwas Unangenehmes für ihre Klienten verbinden, einen versteckten Vorwurf darin sehen. Dadurch bewerten sie selbst das Übergewicht als eher negatives Stigma.

---

Dass Mediziner vor Vorurteilen gegenüber beleibten Personen nicht gefeit sind, wurde mehrfach nachgewiesen.<sup>20, 69</sup> Daher herrscht zwangsläufig eine Verunsicherung der Mediziner gegenüber dem Patienten. Sie selbst fühlen sich peinlich berührt. Das Thema wird gemieden. Hat man die Einstellung des Patienten selbst zu seinem Gewicht nach längerer Bekanntschaft erfasst, fällt es, wie die Interviewten ausführen, leichter, sich zu einem Gespräch hierüber zu entscheiden. Der Mediziner kann die Folgen seiner Ansprache besser abschätzen und sich unschwer seinem Gegenüber individuell anpassen. Dass sich dieses Kennenlernen der Patienten positiv auf die Gewichtsreduktion auswirkt, davon ist Rick Kausman überzeugt. Laut ihm wird es erst dadurch möglich, diejenigen Einflussfaktoren zu ergründen, welche das Verhältnis der Patienten zu ihrem Körper und Gewicht beeinflussen. Außerdem gewinnt man Erkenntnisse darüber, weshalb sich das Gewicht dieser Person so viel höher als sein Idealgewicht eingependelt hat.<sup>21</sup> So hat diese verzögerte, vorsichtige Ansprache letztendlich durchaus einen therapeutischen Wert.

Inhaltlich finden sich im Gespräch zwischen Arzt und Patient folgende Schwerpunkte: Aufklärung, Ressourcenidentifikation sowie Motivation des Patienten. Die Aufklärung beschäftigt sich vor allen Dingen mit der kardiovaskulären Risikoberatung und der Bedeutung eines Übergewichts in diesem Zusammenhang. Dazu werden verschiedene Techniken aus der Prävention verwendet, u.a. der PROCAM-Risiko-Score und die Risikofaktorensumme.<sup>89</sup> Unter dem Begriff „Ressourcenidentifikation“ werden in dieser Auswertung die Ursachenforschung für das Übergewicht, die Erfassung der Bedürfnisse des Patienten, die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit sowie Eigenmotivation des Patienten verstanden. Absoluter Schwerpunkt, sowie in fast allen Gesprächen vertreten, war das Anbringen verschiedener Techniken zur Motivation der Übergewichtigen zur Reduktion. Auch die Festlegung der Motivation als wichtige Beihilfe zum Erfolg der Übergewichts- und Adipositasberatung wird hierbei aufgeführt.

In Form der durchgeführten kardiovaskulären Prävention bei der Aufklärung der Patienten über ihr Übergewicht, wird das Gewicht von den Hausärzten als Teil einer Gruppe von Erkrankungen und Krankheitsauslösern aufgeführt. Es stellt kein eigenständiges Problem dar. Ein Auftreten des Diabetes, der Arteriosklerose, der koronaren Herzkrankheit und in der Folge eines Herzinfarktes gilt es zu vermeiden. Ob die detaillierte Beschäftigung mit diesen Problemen unter anderem auch an den bei diesen Erkan-

---

kungen ausgereiften Behandlungsleitlinien liegt, was eine Besprechung mit dem Patienten erleichtert, muss angedacht werden.

Hausärzte scheinen davon aus zu gehen, dass Patienten ähnliche Interessen an der Prävention haben, wie sie selbst. Dabei nutzen sie die Darstellung des Übergewichts als Risikofaktor vor allen Dingen als Mittel zur Motivation. Winslow et al bestätigen diesbezüglich, dass edukative Methoden der Motivation, laut Aussagen der Interviewpartner bereits in Form z.B. des visuellen PROCAM-Scores<sup>89</sup> eingesetzt, Patienten bereits zu einer Änderung ihrer Ernährungsgewohnheiten bringen können.<sup>70</sup> Allerdings kommen Riddel et al bei der Erfassung der Kenntnisse von Laien über die schädlichen Auswirkungen ihres Gewichts auf ihre Gesundheit zu dem Schluss, dass diese das damit verbundene Risiko für chronische Erkrankungen sehr wohl kennen. Was zu fehlen scheint ist das Bewusstsein der Personen darüber, überhaupt übergewichtig zu sein, sowie das Wissen über die Vorteile bereits geringer Gewichtsreduktion.<sup>71</sup> Vor diesem Hintergrund sollte, statt der alleinigen Risikoaufklärung, sich auf das individuelle Gewicht des Patienten und dessen Konsequenzen und Bedeutung einer minimalen Reduktion fokussiert werden, um dem Übergewichtigen sein persönliches Gefahrenpotential klar werden zu lassen. Dies in Ansätzen dazustellen, kann durch die erwähnte zu Hilfenahme des PROCAM-Scores gelingen.<sup>89</sup>

Die Konzentration auf die patientenorientierte Erfassung des Gewichts und die enge Zusammenarbeit mit dem Patienten ist den meisten Interviewten bewusst und wichtig. Diese Form der Herangehensweise ist wiederum nur in einem langfristig angelegten Setting möglich, welches ein vertrautes Verhältnis zwischen Arzt und Patient nach sich zieht. Gerade in der Hausarztpraxis ist es zu schaffen, diese Form der Ressourcenidentifikation zu erreichen, welche den Befragten so bedeutsam erscheint. Dass dieser enge soziale Kontakt mit dem Patienten sich positiv auf die Behandlung des Übergewichts auswirkt, wurde bereits mit Hilfe Rick Kausmans Studie begründet.<sup>21</sup>

In diesem Zusammenhang erscheint der hohe Aufwand bemerkenswert zu sein, welchen die Mediziner bei der Behebung des Übergewichts, gemessen an ihrer Einordnung desselben als einfachen Risikofaktor und weniger als zu therapierende Krankheit, bereit sind auf sich zu nehmen. Es bleibt fraglich, ob dieser Ansatz im Alltag der Allgemeinarztpraxis umsetzbar ist. Scheitern mag es z.B. auf Grund der geringen bzw. explizit nicht extra vorhandenen Vergütung eines ausführlichen Arzt-Patienten-Gesprächs,

---

wie es zur Feststellung der Ursachen des Übergewichts sowie der Bedürfnisse des Patienten und Fortführung der Therapie, durch die Krankenkassen notwendig wäre.<sup>72</sup>

Aus dem vorherrschenden Selbstverständnis der passiven Begleitung durch den Arzt bei der Behandlung eines mehrgewichtigen Patienten erklärt sich deren Bestreben bei ihren Patienten Eigenverantwortlichkeit und Eigenmotivation bezüglich der Gewichtsreduktion zu mobilisieren.

Vor allem der Aspekt der „Motivation“ in der Gesprächsführung nimmt einen zentralen Stellenwert ein. Dass hierbei das Modell des Motivational Interviewing vielversprechend bei der Behandlung Übergewichtiger sowie der Prävention der Übergewichtsentwicklung ist, konnten einige Studien nachweisen.<sup>24, 52</sup> Auch ein Teil der in dieser Studie Interviewten haben erkannt, dass der Therapieerfolg davon abhängig ist, ob der Patient motiviert werden kann. Das ärztliche Vorgehen muss dabei weniger als wissenschaftlich fundiert, sondern eher als auf allgemeinmedizinischer Empirie basierend gesehen werden. Auch wenn die in der Arbeit von Lazic et al angebrachte Annahme, dass eine Ansprache des Patienten und Ausführungen bezüglich Gewichtsreduktion allein bereits motivierend auf Patienten wirken, hier Anwendung findet.<sup>73</sup> Aussagen, wie die Auslösung einer Verhaltensänderung bezüglich des Gewichtsverhaltens durch eine vorangehende medikamentöse Gewichtsreduktion, die Motivation zur Gewichtsreduktion durch Teilnahme des Patienten am Sport oder durch in Aussichtstellung einer Reduzierung der einzunehmenden Tabletten, spiegeln eher persönliche Techniken einzelner Ärzte wieder. Sie scheinen hiermit positive Erfahrungen gemacht zu haben. Somit wird besonders deutlich, dass grundsätzlich kein einheitliches Vorgehen der Mediziner gefunden werden kann und in keinem Gespräch sich auf eine bekannte Motivationstechnik, wie die des Motivational Interviewings<sup>22</sup> oder Stages of Change Models<sup>26</sup> zum Beispiel, berufen wird. Dies mag an einer mangelnden Kenntnis der Hausärzte über diese Techniken liegen. Eventuell wird aber auch angenommen, dass man zur Motivation keine vorgegebene Vorgehensweise benötigt.

Im Gegensatz dazu entdeckten van Dillen et al, dass in Beratungsgesprächen bezüglich des Übergewichts neben einem motivierenden, vor allem auch ein konfrontativer Kommunikationsstil genutzt wurde.<sup>74</sup> Diesen lehnen, wie bereits gezeigt werden konnte, die Interviewpartner der Studie eher ab. Eine Erklärung dieser Abweichung mag sein, dass sich die Ärzte im Interview weich darstellen möchten. Die Konfrontation eines Patienten

mit seinem Gewicht wird als wenig patientenorientiert wahrgenommen. Es versetzt den Übergewichtigen automatisch in eine unterlegene, um eine Erklärung seines Lasters bemühte Lage. Der Mediziner positioniert sich dabei wiederum in jener autoritären Rolle, welche ihm in der Geschichte des Arzt-Patienten-Kontaktes lange Zeit zugewiesen war. Da die moderne Medizin jedoch, vor allem im ambulanten Bereich, eher in den Dienstleistungssektor abdriftet, wird der Patient, auch auf Grund seiner zunehmenden Vorinformiertheit, immer mehr als zu umwerbender Kunde gesehen. Man begegnet sich auf Augenhöhe. Eine Fokussierung auf die motivierende Arbeit im Zusammenhang mit der Übergewichts- und Adipositas therapie in der Praxis ist daher nachvollziehbar.

Des Weiteren ist es erneut das Rollenverständnis eines unterstützenden Begleiters auf Wunsch des Patienten bei der Übergewichts- und Adipositasberatung, welches von einer konfrontativen Vorgehensweise abkommen lässt. Ist ein Patient primär motiviert, so wird er weitere Schritte zur Gewichts senkung selbst einleiten. Dem Arzt wird somit ein Großteil der Verantwortung und damit Arbeit abgenommen.

Der Versuch patientenorientiert zu arbeiten, mag die Fülle der angebrachten verschiedenen Motivationstechniken, welche die Ärzte beschreiben, begründen. Denn eine individuell an den jeweiligen Übergewichtigen angepasste Vorgehensweise erfordert folgerichtig unterschiedliche Ansätze bei der Anregung zur Gewichtsreduzierung. Dieses Vorgehen allein führt im Rückschluss selbst zu einer Motivation sowie Animation der Betroffenen.<sup>75</sup>

### *Grundsätzliche Ziele der Beratung*

Nach der Zielsetzung ihrer Übergewichts- und Adipositas therapie befragt, sieht der Großteil der Interviewten die Gewichtsreduktion an sich als das primär zu Erreichende an. Manchen genügt es jedoch bereits, wenn ihre Intervention zumindest zu einer Stagnation der Zunahme führt. Etwas weitreichender scheint dabei der Wunsch zu sein, durch die Gewichtsreduktion eine nachhaltige Prävention zu erreichen und den Patienten vor Spätschäden zu bewahren. Das Gegenüber soll im Grunde genommen präventiv gestärkt werden. All dies ist zumeist unter der Orientierung an den Wünschen, Vorlieben und Möglichkeiten des Patienten zu erreichen. Also wird auch hier die Wichtigkeit einer individuellen Betreuung betont.

---

Die Gewichtsreduktion als primäres Ziel ihrer Bemühungen anzubringen, versteht sich aus Sicht der Ärzte, sowie der Patienten und dem Wesen des Übergewichts als selbstverständlich. Interessant ist, dass manche Mediziner im Laufe ihrer praktischen Tätigkeit sowie mit wachsender Erfahrung in der Übergewichts- und Adipositasbetreuung von diesem Ziel Abstand genommen zu haben scheinen. Um daher sich, sowie die Patienten vor Enttäuschungen zu bewahren und dadurch deren Motivation länger aufrecht zu erhalten, werden die Erwartungen von vorne herein heruntergeschraubt. Generell verlieren stark Übergewichtige zu Beginn einer Gewichtsreduktion relativ schnell viel an Körpermasse. Aber das Ziel dauerhafter „Gewichtsabnahme“ wird nur unter Anstrengung durch Änderung von Gewohnheiten erreicht. Anstrengend ist es auch, dieses zu halten, noch kraftraubender es weiter zu reduzieren. Belohnung für das erreichte Ziel, der „Rückfall“ in die alten Gewohnheiten, der daraus resultierende viel zitierte Jo-Jo-Effekt – viele Patienten haben auf diese Art schon mehrere Abnehmversuche hinter sich. Milton Erickson berichtet deswegen in einer seiner Lehrgeschichten über die paradoxe Intervention bei einer Patientin, der er erlaubt, erst dann wieder abnehmen zu dürfen, wenn sie zuvor beträchtliche Kilos zugenommen hatte. Abnehmen wurde nach der körperlichen und psychischen Anstrengung des Zunehmenmüssens zur Belohnung. Der Patientin fiel es daraufhin leicht das reduzierte Gewicht zu halten. Dies ist somit ein Beispiel der erfolgreich verlaufenen motivationalen Intervention anhand einer korrekt festgelegten, jedoch recht ungewöhnlichen Zielsetzung.<sup>76</sup>

Dass der Prävention als Ziel der Therapie ein besonderer Schwerpunkt zugeschrieben wird, wurde bereits deutlich an der Rolle, in welcher sich die Ärzte gerne bei der Betreuung ihrer Übergewichtigen sehen sowie bei der Beschreibung und Diskussion der Inhalte der Arzt-Patienten-Gespräche an sich. Dass bei der Formulierung der Ziele einer Betreuung erneut die Idee der Prävention angebracht wird, verdeutlicht ein weiteres Mal den gedanklichen Stellenwert, welche sie im allgemeinmedizinischen Umgang mit dem Übergewicht hat. Mehr und mehr kristallisiert sich die Bewahrung der Übergewichtigen vor Spätschäden als eigentlicher zentraler roter Faden der Übergewichts- und Adipositasbehandlung heraus. Auch vertreten die Studienärzte die Annahme, dass, wie Sarah Hardcastle et al ebenfalls nachweisen konnte, eine patientenorientierte Behandlung als Ziel der Gesprächsführung sehr förderlich ist, um Verhaltensänderungen zu erreichen.<sup>77</sup> Dieser Schwerpunkt schwingt zwar oft in Äußerungen der befragten Medi-

---

ziner mit, wird jedoch etwas oberflächlich ausgeführt und nur selten an Beispielen konkretisiert.

Insgesamt mag dieses Konzept an der fehlenden Organisation und dem mangelnden Wissen über hilfreiche Techniken krankem. Abschließend muss jedoch gesagt werden, dass bei Ärzten, welche wahrlich an der Gewichtsreduktion und einem gesunden Lebensstil ihrer Patienten interessiert sind, auch ohne das entsprechende „Know-how“ ein am Übergewichtigen orientiertes Behandlungskonzept entstehen kann. Voraussetzung ist vor allem die Eigenmotivation des zu therapierenden Gegenübers. Durch diese gegenseitige Abhängigkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung und die unterschiedlichen Stadien, welche diese während einer Gewichtsreduktion durchleben mag, kann ein Ablauf, ähnlich des Stages of Change Models, entstehen. Mit zunehmender Erfahrung mag ein Mediziner dabei intuitiv zu einer Kommunikationsform ähnlich der des Motivational Interviewing finden.

### Konkrete Therapieempfehlungen der Hausärzte

Bezüglich konkreter therapeutischer Handlungsprämissen kann grundsätzlich festgestellt werden, dass je nach „Gesundheitsgrad“ des Patienten unterschiedlich vorgegangen wird. Bei der Behandlung von übergewichtigen Patienten mit zusätzlichen Erkrankungen, welche im Zusammenhang mit Übergewicht stehen, wie z.B. Diabetes, nutzen Mediziner Diabetikerprogramme, oder ähnliche Angebote für andere Leiden, zur Mitbehandlung. Sind die Patienten jedoch gesund, findet der Versuch einer individuellen Ernährungs- und Bewegungsberatung mit vereinzelt psychologischer Intervention durch den Hausarzt statt. Es kommt jedoch auch vor, dass Programme für andere Erkrankungen generell für die Behandlung Übergewichtiger, ob gesund oder krank, genutzt werden. Diese Ausführungen belegen erneut, dass Ärzte im Umgang mit anderen Grunderkrankungen eher geübt sind, als allein mit einem problematischen Gewicht. Hinsichtlich der individuellen Beratung fällt des Weiteren auf, dass sich die meisten Interviewpartner mit diesem Thema überfordert zu fühlen scheinen. Dies findet seinen Ausdruck zum einen in der direkten Verbalisierung der persönlichen Schwierigkeiten in diesem Bereich aber auch in der Art, wie sie ihr Vorgehen beschreiben. Deutlich sicherer wirken sie hingegen bei der Anwendung von Therapiemöglichkeiten für Diabetiker mit Übergewicht.

---

### *Ernährungsberatung*

Für zehn Gesprächspartner steht eindeutig die Gewichtsreduktion mittels Verbesserung der Ernährungssituation der Patienten im Mittelpunkt. Die meisten Mediziner erachten dabei eine Ansprache der Ernährung besonders im Zusammenhang mit zusätzlichen kardiovaskulären Erkrankungen für wichtig. Gegen die Empfehlung von Diäten sprechen sie sich hingegen aus. Am ehesten geht es ihnen dabei darum den Patienten ihre Essensgewohnheiten und eine gesunde Ernährung bewusst zu machen. Dass eine Ernährungsberatung zur Behandlung eines Übergewichts dazugehören muss liegt in der Natur der Sache. In gelesenen Leitlinien und Empfehlungen zur Übergewichts- und Adipositasbetreuung wird hierauf in unterschiedlicher Ausführlichkeit Bezug genommen.<sup>3, 16, 17, 29</sup>

Demnach ist es nicht überraschend, dass in allen Gesprächen auf die ein oder andere Form einer Ernährungsumstellung eingegangen wird. In diesem Zusammenhang konnten auch Logue et al nach Durchsicht von 276 Patientenakten in Hausarztpraxen feststellen, dass bei Übergewichtigen eher eine Ernährungsberatung stattfand, als bei Normalgewichtigen.<sup>78</sup> Ein durchgehendes Prinzip ist in den Interviews der vorliegenden Studie jedoch nicht erkennbar. Die Anweisungen an den Patienten werden meist eher oberflächlich dargestellt.

Zieht man die Betonung der Wichtigkeit der ernährungsspezifischen Beratung bei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren hinzu, mag sich die erwähnte Unprofessionalität der einfachen Ernährungsberatung des Weiteren darin erklären, dass sich Hausärzte in der Behandlung kardiovaskulärer, sowie stoffwechselkranker Patienten durch ihre tägliche Arbeit viel professioneller verhalten können. Ernährungsberatung ist ihnen theoretisch sehr wohl ein Begriff. Allerdings scheinen sie ihr Wissen dazu aus Leitlinien, Schulungen oder Artikeln bezüglich der Behandlung des Hypertonus oder des Diabetes zu schöpfen. Von diesen Thematiken losgelöst scheinen sie sich in der einfachen Ernährungsberatung nicht sicher zu fühlen. Den Bezug zu gängigen Krankheiten herzustellen, ist daher jeglicher Beratung zunächst vorgeschaltet.

Dass zwei Ärzte angeben Ernährungsberatung in den Unterweisungen ihrer Patienten eher zu vernachlässigen, ist bemerkenswert. Vor allem ein Mediziner setzt bei Überge-

wichtigen ein Vorwissen über eine gesunde Ernährung voraus und fokussiert seine Beratung auf die Bewegungs- sowie generelle Lifestyleberatung.

Eine Erklärung für die Distanzierung von der Aufgabe der Ernährungsberatung mag zum einen in einer Fehleinschätzung der Patienten und deren Wissen zu finden sein. Jedoch kann auch das bereits vielfach beschriebene Streben des Arztes nach einer passiv begleitenden Haltung bei der Übergewichts- und Adipositasberatung als Hintergrund dieses Vorgehens verstanden werden. Der Wunsch mehrerer Gesprächspartner den Übergewichtigen ihre Ernährung allgemein wieder bewusst zu machen rührt ebenfalls daher. Gelingt es demnach den Ärzten bei ihren Patienten ein neues Bewusstsein bezüglich ihrer Nahrungsaufnahme zu schaffen, werden diese in der Folge dazu befähigt, weitere Schritte zur Verbesserung selbst in die Hand nehmen. Dadurch nimmt sich am Ende der Hausarzt aus der Verantwortung, dem Patienten wird seine Eigenständigkeit zurückgegeben.

### *Bewegung*

Insgesamt wird das Thema „Bewegung“ im Vergleich zur Ernährung eher vernachlässigt. Ein Arzt lässt das Thema Bewegung als Therapieoption in seinen Aufzählungen gänzlich außen vor. Auf der anderen Seite konzentrierten sich zwei Mediziner wiederum verstärkt auf die Bewegungsberatung ihrer Patienten. Dabei handelt sich um die gleichen Gesprächspartner, welche auf ein Eingehen auf die Ernährung in ihrer Übergewichts- und Adipositasberatung verzichteten. Im Mittelpunkt steht bei den meisten eine eher allgemein gehaltene Bewegungsempfehlung. Auffallend ist der Wunsch der Mediziner den Übergewichtigen primär eine vermehrte körperliche Betätigung im Alltag zu vermitteln. So spielt auch hier die patientenorientierte Zielsetzung eine zentrale Rolle. Die Bezugnahme auf Begleiterkrankungen, hauptsächlich des kardiovaskulären Formenkreises, fehlt auch bei der Empfehlung gewisser Sportarten nicht. Dass Übergewicht nicht zwangsläufig zu einer Zunahme von Bewegungsempfehlungen an den Patienten führt konnte bereits die Studie von Logue et al nachweisen. Sie deutet zumindest an, dass bei der Betreuung Mehrgewichtiger ebenso oft eine verstärkte körperliche Betätigung empfohlen wurde, wie beim Umgang mit nicht übergewichtigen Personen.<sup>78</sup>

Leider kommt es bei der Ergebnisbeschreibung nicht zu einer genauen Umschreibung der Normalgewichtigen Patienten durch die Ärzte. Ansonsten könnte man mittels der

Arbeit von Logue eventuell nachweisen, dass die befragten Hausärzte unserer Studie die Empfehlung von Sport und Bewegung vom zusätzlichen Vorhandensein kardiovaskulärer Erkrankungen abhängig machen.<sup>78</sup> Dies würde zu der Annahme führen, dass Patienten eher eine Sportberatung erhalten, wenn sie an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung leiden, oder zumindest einen der hierzu führenden Risikofaktoren, wozu ein Übergewicht zählen kann, aufweisen. Übergewicht wird also auch bei der Bewegungsberatung als Baustein der zu therapierenden Erkrankung gesehen. Trotzdem ist die alleinige Ansprache der Thematik „Bewegung“ im Hausarzt-Patientengespräch bereits begrüßenswert. Denn, wie Lewis B. et al aufzeigen können, erhöht diese Unterredung wohl nachweislich zwar nicht die Menge an sportlichen Betätigungen, jedoch zumindest deren durchschnittliche Dauer.<sup>79</sup>

An dieser Stelle sollte zusammenfassend dargestellt werden, dass elf der 15 Gesprächspartner bei der Beschreibung ihrer Übergewichts- und Adipositastherapie ein Grundkonzept umsetzen, welches viele Studien und Leitlinien bei dieser Form der Therapie empfehlen. Gemeint ist hiermit die Therapie-Trilogie aus Ernährungs- und Bewegungsberatung sowie Verhaltenstherapie, zusammengenommen häufig auch als „Lifestyle“-Modifikation bezeichnet.<sup>80, 81</sup> Starke Unterschiede finden sich natürlich in der Konsequenz der Durchführung, sowie der Fundiertheit der Inhalte. So wird man zwar die vorgestellten Ansätze der Ärzte durchgehend weniger als therapeutisch ausgereifte Vorgehensweisen bezeichnen können. Sie beziehen sich auch selten direkt auf wissenschaftlich vorgegebene Praktiken. Dennoch kann man festhalten, dass einem Großteil bewusst ist, welche Tools für eine erfolgreiche Übergewichts- und Adipositasbehandlung notwendig sind. Als deutlich mangelhaft zu bewerten ist allerdings ein Arzt, welcher außer einer Ernährungsberatung den Mehrgewichtigen keine Hilfen anzubieten scheint.

### *Medikation*

Deutlich geringeren Stellenwert hat die medikamentöse Therapie. Allein zwei Ärzte scheinen sie aktiv an zu wenden. Einer davon, sowie ein dritter geben an, allein bei Versagen einer konservativen Therapie, diese Behandlungsoption in Erwägung zu ziehen.

---

Dass Mediziner sich so selten einer medikamentösen Gewichtsreduktion bedienen, scheint zunächst überraschend zu sein. Eine Erklärung mag sich in der Tatsache finden, dass es gerade um medikamentöse Therapien des Übergewichts heftige Diskussionen gibt.<sup>17</sup> In den neunziger Jahren hatte der negative Dialog, vor allem bezüglich der in das zentrale Nervensystem eingreifenden Medikamente, zwar etwas abgenommen. Ein generelles Misstrauen ist jedoch geblieben. Dass jedoch ein kritischer Ansatz im Umgang mit diesen Medikamenten angebracht ist, bestätigt eine Arbeit von Christensen et al.<sup>82</sup> Rimanobant wurde von einem der interviewten Ärzte verordnet, nachdem von der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA) bereits empfohlen worden war, die Zulassung dieses Medikaments ruhen zu lassen.<sup>83</sup> Dies kann Zeugnis der mangelnden Auseinandersetzung dieses Arztes mit dieser Thematik sein. Ein Großteil der wenigen Allgemeinärzte, welche bei der Therapie des Übergewichts doch Medikamente einsetzen, nimmt die Verordnung jedoch nach Leitlinienvorgabe vor. Dies weist auf eine reflektierte Anwendung der Mittel hin. Zumindest fand sich kein Mediziner, welcher, wie in einer Arbeit von Epstein et al nachgewiesen, Medikamente zur Gewichtsreduktion auf Wunsch der Patienten austeilte.<sup>57</sup>

### *Psychologische Betreuung*

Auffallend ist, dass dieser Punkt der Betreuung Übergewichtiger bei den meisten Ärzten keine wirkliche Rolle spielt, zumindest nicht in der direkten Patientenbetreuung durch den Hausarzt selbst. Auch sind die Aussagen hierzu entweder sehr speziell oder es wird z.B. eine psychologische Annäherung an Probleme des Patienten nur bei falsch gesteuertem Essen vorgenommen. Insgesamt machen nur zwei Ärzte die Angabe, direkt psychologische Therapieformen in die Behandlung Übergewichtiger mit einfließen zu lassen. Interessanterweise haben gerade diese Mediziner keine Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die beiden Ärzte mit dieser zusätzlichen Ausbildung sowie ein Großteil ihrer Kollegen bringen den Punkt der psychologischen Betreuung indirekt mittels der bereits diskutierten motivationalen verbalen Intervention ein. So sind sie sich keiner expliziten Psychotherapie bewusst.

Auch erscheint es nicht verwunderlich, wenn Mediziner ohne Fortbildung nicht angeben eine Psychotherapie durchzuführen. Diese werden, wie noch dargestellt wird, ihre Klienten bei Notwendigkeit einer solchen Behandlung an Experten weiter verweisen.

### *Medienempfehlung*

Ein Drittel der Ärzte nutzen Medien zur Unterstützung der Übergewichtsreduktion in der allgemeinmedizinischen Praxis. Hauptsächlich handelt es sich dabei entweder um Broschüren der Ärztekammer oder einzelner Pharmafirmen, sowie um Buchtipps.

Auffällig ist, dass jeder dieser fünf Mediziner auch das erwähnte Trilogie-Konzept in der Übergewichtigen Betreuung in Ansätzen berücksichtigt und damit generell engagierter und versierter zu sein scheint. Das hierzu vermehrt benötigte Engagement zieht demnach auch den Wunsch nach einer umfassenderen Aufklärung der Patienten über das Problem Übergewicht nach sich. Auch wird hier ein Gedankengang umgesetzt, welcher in der täglichen Praxis häufig bei der Aufstellung einer solchen Therapie vergessen zu werden scheint: der Patient muss die erhaltenen Empfehlungen in seinem Alltag umsetzen können. Dies wird ihm häufig allein schon dadurch verwehrt, indem ihm die Kenntnisse über unterstützende Instanzen nicht weitergegeben werden. Teilt aber der Hausarzt Broschüren der Ärztekammer mit der Auflistung von Sportvereinen in der Umgebung des Patienten aus, zeigt dies, dass diesem eben jene Problematik wohl bewusst ist. Literatur zu nutzen, um den Übergewichtigen die Möglichkeit zu geben, eigene Ideen zur individuellen Umsetzung der Ernährungsumstellung im Alltag zu entwickeln, propagieren auch Winslow E. et al.<sup>70</sup> In diesem Zusammenhang wird häufig das Grundproblem der Nachhaltigkeit in der Übergewichts- und Adipositasberatung sowie Präventionsarbeit aufgegriffen. Inwiefern das Thema „Kontinuität der Betreuung“ generell von den Hausärzten gehandhabt wird, soll in einem folgenden Unterkapitel diskutiert werden.

In den Interviews wird unter anderem erwähnt, dass Literaturempfehlungen teilweise der reinen Zeitersparnis dienen. Dahinter verbirgt sich nicht selten die Erkenntnis, dass die gesamte Problematik des Übergewichts nicht eine allgemeinmedizinische, sondern vielmehr eine gesamtgesellschaftliche ist, welche der Hausarzt in seiner Praxis allein nicht lösen kann. Die Medienempfehlung ersetzt so eine aufwendige Beratung des Patienten und ermöglicht dem Mediziner trotzdem gleichzeitig seine Aufklärungspflicht zu erfüllen. Was der Patient aus den so gewonnenen Informationen umsetzt, bleibt ihm

---

überlassen. Der Mediziner schafft es so dem Patienten die Verantwortung für eine Änderung zurückzugeben.

### **Kontinuität und interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Übergewichts- und Adipositasbehandlung**

Dass es in der Übergewichts- und Adipositasbetreuung mit einer einzelnen Beratung nicht getan ist, scheint allgemein klar. Für einen dauerhaften Erfolg der Gewichtsnormalisierung ausschlaggebend ist die Kontinuität der Behandlung.<sup>70, 75</sup> In vier Interviews sehen sich daher die Ärzte auch explizit als Begleiter ihrer Übergewichtigen.

Eine Form der Beständigkeit der Therapie wird durch ein wiederholtes Ansprechen der Problematik bzw. durch die immer wiederkehrende Übergewichts- und Adipositasberatung erreicht. Zur Erfolgsüberprüfung der Bemühungen wird unter anderem vor allem bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko der Checkup 35 genutzt. Außerdem findet in manchen Praxen eine regelmäßige Überprüfung des Gewichts durch Wiegen statt. Ein Arzt lehnt dies hingegen grundsätzlich ab. Die Bestimmung des Cholesterins und der Triglyceride kann zur Überprüfung der Ernährungsumstellung stattfinden. Betont wird jedoch durch die Hausärzte, dass der Mehrgewichtige selbst eine lebenslange, kontinuierliche Eigendisziplin und Lebensumstellung an den Tag legen muss, um ein langfristiges Gelingen zu ermöglichen. Dass gerade im primärärztlichen Bereich ein regelmäßiger Patientenkontakt zur Aufrechterhaltung erreichter Reduktionen führt, konnten Svetky et al nachweisen. Ihre Studie zeigt, dass Patienten, welche zur Wahrung ihres reduzierten Gewichts keinerlei weitere Anweisungen von außen erhalten, 30 Monate nach Gewichtsverlust mehr zugenommen haben als Personen mit einer persönlichen Unterweisung einmal im Monat.<sup>84</sup> Dies soll dem Patienten zwar nicht die Eigenverantwortung absprechen. Es zeigt sich jedoch, dass eine Unterweisung durch den Hausarzt sehr wohl von Belang ist und positive Konsequenzen nach sich zieht.

Bei den Strategien, die zur Aufrechterhaltung einer kontinuierlichen Betreuung angewendet werden, fällt ein weiteres Mal die Streubreite sowie geringe Übereinstimmung der Methoden unter den einzelnen Ärzten auf. Die Entwicklung eines einheitlichen Konzeptes mag angebracht sein, um eine erfolgreichere Langzeitbetreuung zu ermöglichen. Einzig der Checkup 35 wird bei mehreren erwähnt und scheint somit in der Hausarzt-

---

praxis einen Zweck zu erfüllen, zu dem er primär nicht gedacht war. Interessant ist auch, dass es den Interviewpartnern abermals wichtig ist, klar zu stellen, dass die Hauptarbeit der Gewichtserhaltung beim Patienten zu liegen hat. Dies ist grundsätzlich korrekt. Doch bedarf es einer regelmäßigen wertschätzenden Begleitung durch den Arzt, wenn die Behandlung erfolgreich sein soll. Trotzdem offenbart sich in dieser Aussage das Dilemma der Ärzte, dass sie in ihren übergewichtigen Patienten nicht nur die Lösung des Problems „Gewicht“, sondern gleichzeitig auch ein starkes potentiell Hindernis einer erfolgreichen Therapie sehen.<sup>53</sup> Dieses Vorurteil mag die positive Erwartungshaltung gegenüber einer langfristigen erfolgreichen Gewichtsreduktion und somit auch den tatsächlichen Erfolg der Therapie zusätzlich schmälern.

Eine optimistische Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten wäre von Nöten, um Vorbehalte auf beiden Seiten abzubauen, individuelle gemeinsame Strategien zu entwickeln und somit eine Kontinuität in der Therapie des Mehrgewichts zu erlangen.

Von Vorteil kann dabei auch die Zusammenarbeit mit weiteren Experten sein. Die Notwendigkeit der Kommunikation mit Anderen, wenn der Hausarzt nicht weiter kommt, wird, wie bereits geschildert, auch in Handlungsvorschlägen, wie der von Lyznicki et al empfohlen.<sup>29</sup> Nach Aussagen der Ärzte in den Interviews findet diese Kommunikation am häufigsten mit Bereichen der Diabetikerberatung statt. Aber auch externe, sowie interne durch Sprechstundenhilfen angebotene, kostenlose, sowie –pflichtige Ernährungsberatungen werden den Patienten nahegelegt. Seltener kommt es zu einer Zusammenarbeit mit Sportstudios oder dem Einbringen einer konsiliarischen Psychotherapie in die Behandlung. Eine Überweisung an den Chirurgen zur bariatrischen Chirurgie gibt keiner der Hausärzte als Therapieoption an.

Dass hier die Empfehlung von Diabetikerprogrammen an erster Stelle steht, erklärt sich zum einen dadurch, dass ein Großteil der Übergewichtigen Diabetiker sind und daher ohnehin eingehender interdisziplinärer Betreuung bedürfen. Außerdem sind dies meist Programme, mit welchen eine langjährige Erfahrung in der wissenschaftlich fundierten Lifestyleberatung besteht und mit denen der Hausarzt vertraut ist. Zudem vermischen sich, wie auch die Leitlinienzusammenstellung der „Deutschen Diabetes Gesellschaft“ zeigt, die Empfehlungen zur Übergewichts- und Adipositas therapie mit denen des Managements des Diabetes in medizinischen Fachliteratur häufig.<sup>85</sup>

---

Dass die Möglichkeit der bariatrischen Eingriffe von keinem Arzt angesprochen wird liegt eventuell an der Sensibilität dieses Themas. Es mag jedoch auch am fehlenden Patientenkontext oder der mangelnden Erfahrung der Mediziner liegen. Festzuhalten gilt jedoch, dass diese Form der Therapie fester Bestandteil der Adipositas-Leitlinie ist und in Studien als bei der therapierefraktären Adipositas als Erfolg versprechend propagiert wird.<sup>3, 93</sup>

Die Spannweite der sonstigen Angebote, welche die Interviewpartner nannten, verdeutlicht die Masse der Anbieter und Möglichkeiten von gewichtsreduzierenden Maßnahmen auf dem Markt. Dies schafft nicht nur unter den Patienten, sondern auch unter Ärzten Verunsicherungen und in der Folge nicht fundierter Empfehlungen weiterer externer Therapieoptionen. Auch zeigt sich eine mediale Beeinflussung der Mediziner in der Wahl ihrer Empfehlungen. Hier bleibt fraglich, inwiefern sie diese bezüglich ihrer Sinnhaftigkeit geprüft haben mögen. Zum Teil lässt gerade die Sorge um die Unprofessionalität der anderen Instanzen vor einer Kooperation zurückschrecken, wie ein Arzt festhält. Prinzipiell erklärt diese Angst, weshalb andere Einrichtungen zwar konsultiert oder Patienten an sie überwiesen werden, in der Folge jedoch zumeist keine direkte interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfindet. Weitere Gründe hierfür sind in der generellen Überlastung im Praxisalltag, in der Unsicherheit der Ärzte mit diesem Thema und in der teilweise fehlenden Konfliktbereitschaft der Ärzteschaft im Allgemeinen zu sehen. Dass die Tradition der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation erst im Kommen ist und welche Hemmschwellen hierbei nach wie vor bestehen, bestätigt die Studie von Xyrichis et al. Sie propagiert, wie notwendig es ist, die Strategie der gegenseitigen Konsultation, der engen Zusammenarbeit und Kollaboration, vor allem bei der steigenden Komplexität der Diagnosen, der Diagnostik und der Therapien im medizinischen Bereich, zu forcieren und gegebene Hindernisse aus dem Weg zu räumen.<sup>86</sup> Hierdurch kann außerdem das Outcome für Patienten wie Mediziner verbessert werden.<sup>87</sup>

### 5.2 *Ausblick*

Es zeigt sich, dass die Meinungen bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit unter den Interviewpartnern sehr vielfältig sind. Die Hausärzte sehen sich bezüglich der Therapie des Übergewichts als Einzelkämpfer. Zu klären bleibt, woher diese Wahrneh-

---

mung kommt. Welche interdisziplinären Netze hat eine solche Arztpraxis? Ist es möglich die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und anderen Fachbereichen zu verbessern? Ist es sinnvoll mit der Unterstützung von Krankenkassen durch Integration verschiedener Expertengruppen (Diätassistenten, Fitnessstudios, Schulen...) vernetzende Programme zu realisieren, um die ambulante Betreuung der Übergewichtigen zu verbessern? Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass die Möglichkeiten der hausärztliche Beratung weiter entwickelt werden müssen.

Wie beschrieben formulierte ein Großteil der interviewten Hausärzte das Thema motivationale Gesprächsführung sehr allgemein und laienhaft. Die Erfassung des tatsächlichen Kompetenzstandes der Ärzte ist anzustreben, um die Entwicklung einer fundierten Aus- und Weiterbildung in motivationsfördernden Beratungsformen für Hausärzte zu ermöglichen. Gerade wenn es um die Primär- und Sekundärprävention, die Motivation zur Lebensumstellung und die Steigerung der Compliance chronisch Kranker jeglicher Art geht, ist dies von großer Wichtigkeit.

Die Hausärzte selbst schaffen die von ihnen propagierte Individualisierung ihrer Übergewichtigen Patienten nicht vollends. Wiederholt geben sie selbst an, die Übergewichts- und Adipositasberatung an Themen wie den Diabetes, die Hypertonie oder die pathologisch veränderten Blutwerte ihrer Patienten zu knüpfen. Ob dies generell bedeutet, dass sie es eher schaffen Übergewichtige erst nach Kategorisierung als Zuckerkranken oder Herzinsuffizienten zu behandeln, ist wichtig zu erforschen. Denn es stellt sich die Frage, ob übergewichtige Patienten ohne klinisch relevante andere Erkrankungen deshalb nicht als beratungswürdig erachtet werden, weil sie nicht in ein Raster fallen, welches aktive Intervention des Arztes, zum Beispiel in Form der Verordnung eines Medikamentes, verlangt. Ob zum Beispiel das Verordnen eines Medikamentes allein, unabhängig von dessen Ergebnis, den Übergewichtigen und den Arzt schneller zufrieden stellt als die passive Unterstützung und verbale Motivation des Patienten und deswegen am Ende lieber wider besseren Wissens praktiziert wird, könnten weitere Studien erfassen. Welche Hilfestellungen die Allgemeinmediziner benötigen, um auch Übergewichtige ohne Sekundärerkrankungen in eine beratende Unterstützung miteinzubeziehen, könnte sich durch weitere Befragungen ebenfalls herausfinden lassen.

### 5.3 Methodenkritik

Die Wahl der Stichprobe hat Einflüsse auf das Outcome der Studie gehabt. So ist ein leichter Überhang an befragten Ärztinnen zu konstatieren. Allerdings werden keine Unterschiede in der Einschätzung des Betreuungsmanagements gegenüber den befragten Ärzten festgestellt. Kritisch ist der hohe Anteil an Lehrärzten zu werten, da diese möglicherweise gegenüber Studien aufgeschlossener sind und sich dadurch vom Durchschnitt der Allgemeinmediziner unterscheiden. Dass es keine pekuniären Anreize für die Mitarbeit gegeben hat unterstützt diese Annahme. Zu berücksichtigen ist ferner, dass drei der Befragten aus einer Praxisgemeinschaft kamen. Auffällig war, dass beide Ärztinnen der Gemeinschaftspraxis ihren Patienten das Buch „Schlank im Schlaf“ empfahlen. Allerdings wurde dieses auch von einer weiteren Ärztin erwähnt, welche nachweislich keinen Kontakt zu den anderen Teilnehmerinnen hatte. Daher ist hier eine gegenseitige Beeinflussung zwar möglich, jedoch nicht zwingend anzunehmen. Nicht ganz auszuschließen ist, dass sich die Kollegen der Praxisgemeinschaft miteinander über die Studie im Allgemeinen unterhalten haben werden. Dies mag zu einer gegenseitigen Beeinflussung geführt haben.

Durch die Tonbandaufnahme beeinflusste Antworten der Ärzte können nicht ausgeschlossen werden. Dadurch kann für beide Seiten – jedoch vor allem auf Seiten der Interviewten eine Art „Prüfungssituation“ bezüglich ihrer Kenntnisse und Expertise in Sachen Übergewichts- und Adipositasbetreuung entstanden sein. Zur Vermeidung wurde darauf geachtet das Tonbandgerät nicht direkt im Sichtfeld der beiden Gesprächspartner zu platzieren. Ganz auszuschließen ist eine Beeinflussung der Gespräche nicht, vor allem in den Fällen, in denen es zu einer Unterbrechung kam. Dadurch kann die inzwischen geschaffene Intimsphäre gestört worden sein. Nach Untersuchung und Vergleich dieser Gespräche mit denen ohne unerwünschte Zäsur, fanden sich keine relevanten Unterschiede bezüglich der Inhalte. Die Gesprächsabläufe scheinen ebenfalls nicht relevant gestört worden zu sein. Welchen Einfluss die Wahl des Ortes (eigene Praxis vs. Institut) auf die Interviews hatten, ist unklar. Sicher werden sich die Ärzte in ihrer Praxis wohler Gefühlt haben, als im Institut für Allgemeinmedizin.

Die Auswertung der Interviews zeigte die besondere Wertigkeit der kardiovaskulären Prävention in der Hausarztpraxis, die im Zusammenhang mit dem Thema Übergewicht

und Adipositas thematisiert wurde. Dabei muss bedacht werden, dass ein Großteil der Interviewten im Vorfeld an der Aufzeichnung von Arzt-Patienten-Gesprächen im Rahmen des Checkup 35 teilgenommen hatten. Zudem beschäftigte sich der erste Abschnitt des Interviews hauptsächlich mit diesem Instrument der hausärztlichen Prävention. Dass dadurch von vorne herein ein maßgeblicher Schwerpunkt auf das Thema der Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen gesetzt wurde ist naheliegend. Allerdings bleibt unklar, ob Hausärzte den Checkup tatsächlich so rege zur Übergewichts- und Adipositasberatung nutzen, wie sie es angeben. Es ist möglich, dass sie durch diese Studie erst dazu bewegt wurden, die Gesundheitsuntersuchung zu diesem Zweck in Zukunft zu nutzen.

In allen Interviews sowie während der Verfassung der Doktorarbeit fiel durchgehend eine Unschärfe der Klassifikation der Schwere des Übergewichts auf. So wurde nur selten eine klare Unterscheidung der Vorgehensweisen in Verbindung mit der Einteilung des Übergewichts vorgenommen. Auch in der Formulierung der Fragen bzw. Nachfragen fand hier eine zu geringe Differenzierung statt. Daraus lässt sich eventuell auch erklären, weswegen die Optionen der Adipositaschirurgie kaum Erwähnung fanden. Zudem geht teilweise verloren, ab wann Hausärzte eine konservative Therapie als misslungen ansehen, bzw. diese erst gar nicht vorschlagen.

### 6 Zusammenfassung

Eine Erhebung der Global Burden of Metabolic Riskfactors of Chronic Diseases Collaborative Group zeigt, dass im Jahr 2008 einer von drei Erwachsenen weltweit übergewichtig ( $\text{BMI} > 25\text{kg/m}^2$ ) und einer aus neun Erwachsenen adipös ( $\text{BMI} > 30\text{kg/m}^2$ ) war.<sup>7</sup> Die Deutsche Adipositas Gesellschaft beschreibt drei Säulen zur Therapie und Prävention von Übergewicht, welche zusammen als Trilogie-Konzept bezeichnet werden: Ernährung - Bewegung - Motivation.<sup>3</sup> Dabei geht es um die Etablierung eines das Übergewicht vermeidenden Lebensstils. Dies setzt eine langfristige Betreuung der betroffenen Personen voraus. Dementsprechend empfiehlt die American Medical Association (AMA) übergewichtigen Personen die Betreuung durch Allgemeinmediziner.<sup>29</sup>

Eine Exploration des Zustandes der Übergewichts- und Adipositasbetreuung durch Hausärzte in Deutschland ist daher von eingehendem Interesse. Zwei Fragestellungen wurden dazu in dieser Arbeit in den Mittelpunkt gestellt: 1. Wo sehen Hausärzte eine Behandlungsnotwendigkeit für Übergewicht? 2. Welche Behandlungsansätze spielen in der Hausarztpraxis eine Rolle?

Es wurden 15 semistrukturierte Interviews mit zuvor in Berlin und dem umgebenden Brandenburg rekrutierten Studienärzten geführt und aufgenommen. Das transkribierte Textmaterial wurde mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring auf seine eigentliche Aussage reduziert. Die so entstandenen Kategorien waren abschließend den Forschungsfragen in Form von Kategorienbäumen zuzuordnen. Dem übergeordneten Thema „Behandlungsnotwendigkeit des Übergewichts“ ließen sich 103, dem Themenkomplex „Behandlungsansätze bei Übergewicht“ 502 Codebegriffe zuweisen.

Die meisten Hausärzte erachten das Gewicht eines Patienten als therapiebedürftig bei einem  $\text{BMI} > 25\text{kg/m}^2$ .<sup>3</sup> Ausschlaggebend für eine Behandlung wird in den Interviews zudem das Vorhandensein von Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus oder Erkrankungen aus dem kardiovaskulären und orthopädischen Formenkreis benannt. So werden Vorstellungstermine wegen dieser Erkrankungen, wegen der dazugehörigen Laborwerte aber auch im Rahmen des Checkup 35 für Unterredungen über das Gewicht genutzt.

Der Gesprächsstil selbst soll partnerschaftlich, patientenzentriert und in motivierender Form erfolgen. Eine optimale Ressourcenidentifikation des Patienten wird als Ziel des Hausarztes definiert. Grundvoraussetzung für den Beginn einer Übergewichts- und Adipositas therapie soll die Motivation auf Seiten des Patienten sein. Insgesamt sehen sich die Allgemeinmediziner als passive Begleiter ihrer Patienten.

Die präferierte Therapieform beinhaltet mehr oder weniger das Trilogie-Konzept mit dem Ziel der „Lifestyle“-Modifikation. Um dies umzusetzen werden vorhandene Strukturen aus Leitlinien oder den Disease Management Programmen anderer Erkrankungen wie des Diabetes mellitus, des Hypertonus und der Koronaren Herzkrankheit verwendet. Zur Motivation wird unter anderem der PROCAM-Score, ein Tool der kardiovaskulären Prävention, herangezogen. Generell werden psychosozial - motivationale Aspekte der Therapie jedoch laienhaft und kurz dargestellt. Medikamentöse und bariatrisch-chirurgische Interventionsempfehlungen finden kaum statt. Eine Zusammenarbeit mit anderen Experten erfolgt eingeschränkt und oberflächlich. Oft liegt dies laut den Ärzten an der mangelhaft ausgeprägten Vernetzung spezialisierter Einrichtungen im ambulanten Bereich.

Die Festlegung der Behandlungsnotwendigkeit anhand des BMI und meist auch in Zusammenhang mit weiteren Komorbiditäten erfolgt leitliniengerecht.<sup>3</sup> Dies, die Wahl der Anspruchs situation sowie die dargestellte Therapie des Übergewichts durch die Interviewpartner unterstreichen, dass im hausärztlichen Bereich Sekundärprävention konsequenter betrieben wird, als die Primärprävention. Zu diesem Schluss kam schon im Jahr 2006 ein Bericht der Bertelsmannstiftung.<sup>64</sup> Durch ihr passives Rollenverständnis zielen die Hausärzte auf die Problemlösung durch den Patienten selbst. Dies bestätigt eine Studie von Epstein et al.<sup>57</sup> Dass sich die Vorstellungen von Ärzten und Patienten diesbezüglich nicht decken müssen, was zu Hindernissen führt, zeigen Ogden et al.<sup>56, 59</sup> Der zentrierte Umgang mit dem Patienten geht hervor aus der Annahme, dass, wie Sarah Hardcastle et al ebenfalls nachweisen konnte, eine patientenorientierte Behandlung als Ziel der Gesprächsführung sehr förderlich ist, um Verhaltensänderungen zu erreichen.<sup>77</sup> Eine durchdachte Cognitive Behavioral Therapy, wie von der Deutschen Gesellschaft für Adipositas empfohlen, erfolgt durch die befragten Ärzte jedoch nicht.<sup>3</sup> Zusammengefasst muss man sagen, dass Hausärzte sich zwar zumuten, den Risikofaktor Übergewicht anzusprechen und auf dessen Gefahren hinzuweisen, aber der Weiterfüh-

rung einer Therapie, vor allem unter psychologischen Aspekten, ausweichen. So mag eine Art „Konsultation ohne Ziel“ entstehen.

Künftige Studien sollten klären, ob Übergewichtige ohne Sekundärerkrankungen bezüglich einer Therapie von Hausärzten vernachlässigt werden und welche Hilfestellungen möglich sind, um dies zu verhindern. Zudem empfiehlt sich eine deutliche Verankerung der Thematik „motivierende Gesprächsführung“ in der ärztlichen Ausbildung. Zur besseren Expertenverknüpfung in der Übergewichts- und Adipositasbetreuung ist eine stärkere Förderung interdisziplinärer Kommunikationskultur von Vorteil, wie sie zum Beispiel von Xyrichis et al propagiert wird.<sup>86</sup> Eine genaue Erfassung des passiven Rollenverständnisses sowie des Ziels einer patientenzentrierten Vorgehensweise der Studienärzte ist erstrebenswert. Generell müssen Hausärzte in der konsequenten Durchführung der Übergewichts- und Adipositasbehandlung gestärkt werden.

## 7 *Literaturverzeichnis*

- 1 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.** Fachinformation- Beschluss der Jahreshauptversammlung 21.09.2002. (Accessed April 7, 2011, at <http://www.degam.de/index.php?id=303>)
- 2 Koch H,** Kerek-Bodden H. Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen. ADT-Panel des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland. 2009
- 3 Hauner H,** Buchholz G, Hamann A et al. Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie. Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin. 2007
- 4 Van Dijk L,** Otters HB, Schiut AJ. Moderate overweight and obese patients in general practice:a population based survey. BMC Family Practice. 2006; 7: 43
- 5 World Health Organisation.** Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series. 2000
- 6 European Food Information Council Newsletter.** Obesity the disease of the millennium. Food today. 1998; 10
- 7 Wise J.** "Tsunami of obesity" threatens all regions of world, researchers find. BMJ. 2011; 342: 772
- 8 Calle EE,** Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. N Engl J Med. 1999; 341: 1097-1105
- 9 Flegal KM,** Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA. 2005; 293: 1861-1867
- 10 Wirth A.** Adipositas- Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie. 3. Auflage, Springer-Verlag. Berlin Heidelberg. 2007
- 11 Koletzko B.** Therapie bei Adipositas. Was ist praktikabel? Monatsschrift Kinderheilkunde. 2004; 152: 849-855

- 12 Romero-Corral A**, Montori VM, Somers VK et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *Lancet*. 2006; 368: 666–78
- 13 Despres JP**, Lemieux I, Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ*. 2001; 322: 716-720
- 14 Lean ME**, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. 1995; 311: 158-161
- 15 Hainer V**, Finer N, Tsigos C et al. Management of obesity in adults: Project for European primary care. *International Journal of Obesity*. 2004; 28: 226–231
- 16 Benecke A**, Vogel H. Übergewicht und Adipositas. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 16
- 17 Anderson DA**, Wadden TA. Treating the obese patient. Suggestions for primary care practice. *Arch Fam Med*. 1999; 8: 156-167
- 18 Louriero M**, Nayga Jr R. Obesity, weight loss, and physician's advice. *Social Science & Medicine*. 62(10): 2458-2468
- 19 Puhl R**, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res*. 2001; 9: 788–805
- 20 Teachman BA**, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*. 2001; 25: 1525–1531
- 21 Kausman R**. If not dieting, now what? *Australian Family Physician* 2006. 35(8): 572 – 575
- 22 Rollnick S**, Miller W.R. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995; 23: 325-334 (Accessed April 7, 2011, at <http://www.stephenrollnick.com/index.php/all-commentary/64-what-is-motivational-interviewing>)
- 23 Smith-West D**, Gore SA, Di Lillo V, Greene PG, Bursac Z. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007; 30: 1081–1087

- 24 Schwartz RP**, Hamre R, Dietz WH et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity. A feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007; 161: 495-501
- 25 Eichlera K**, Zollerb M, Steurera J, Bachmanna LM. Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss med wky.* 2007; 137: 489–495
- 26 Zimmerman GL**, Olsen CA, Bosworth MF. A 'Stages of Change' approach to helping patients change behavior. *AmFam Physician.* 2000; 61: 1409-1416
- 27 Davis N**, Emerenini A, Wylie-Rosett J. Obesity management-physician practice patterns and patient preference. *The Diabetes Educator.* 2006; 32: 556-561
- 28 Caulfield T.** Obesity, legal duties, and the family physician. *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien.* 2007; 53: 1129-1130
- 29 Lyznicki JM**, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: assessment and management in primary care. *AmFam Physician.* 2001; 63: 2185-96
- 30 Story M**, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE et al. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics.* 2002; 110: 210-214.
- 31 Hurrelmann K**, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.* 2.Auflage, Huber Verlag. Bern. 2007
- 32 Walter U.** Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Medizinische Hochschule Hannover. Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. November 2002, aktualisiert 2003. (Accessed May 10, 2011, at [http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/artikel/Expertise\\_RechtlBestimmungen.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/artikel/Expertise_RechtlBestimmungen.pdf))

**33 Kassenärztliche Vereinigung Berlin.** Damit Ihnen nichts fehlt: Check-up 35+. (Accessed April 15, 2011, at [http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/40check/patienteninfo\\_checkup.pdf](http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/40check/patienteninfo_checkup.pdf))

**34 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Disease-Management-Programme – Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. (Accessed April 15, 2011, at <http://www.g-ba.de/informationen/dmp/>)

**35 Flick U,** von Kardorff E, Steinke I (Hrsg). Qualitative Forschung - ein Handbuch. 5.Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbeck bei Hamburg. 2007

**36 Flick U.** Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbeck bei Hamburg. 2007

**37 Mayring P.** Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. 8. Auflage, Beltz Verlag. Weinheim und Basel. 2003

**38 Lemay CA,** Cashman S, Savageau J, Fletcher K, Kinney R, Long-Middleton E. Underdiagnosis of obesity at a community health center. J Am Board FamPract. 2003; 16: 14 –21

**39 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(8): 927-932

**40 Hadaegh F,** Zabetian A, Harati H, Azizi F. Waist/height ratio as a better predictor of type 2 diabetes compared to body mass index in tehranian adult men – a 3.6-year prospective study. ExpClinEndocrinol Diabetes. 2006; 114: 310–315

**41 Yusuf S,** Hawken S, Ôunpoo S et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. Lancet. 2005; 366: 1640–1649

**42 Sebo P,** Beer-Borst S, Haller DM, Bovier PA. Reliability of doctors' anthropometric measurements to detect obesity. Prev. Med. 2008; 47 (4): 389-393

**43 Bray GA**, Jablonski KA, Fujimoto WY et al. Diabetes Prevention Program Research Group. Relation of central adiposity and body mass index to the development of diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Am J Clin Nutr.* 2008; 87(5): 1212–1218.

**44 Simkin-Silverman L**, Gleason K, King W et al. Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics. *Preventive Medicine.* 2005; 40: 71-82

**45 Stafford RS**, Farhat JH, Misra B, Schoenfeld DA. National patterns of physician activities related to obesity management. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 631-638

**46 Evidence.de.** Leitlinie Hypertonie Version 1/2003. (Accessed April 15, 2011, at [http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinienintern/Hypertonie\\_Start/hypertonie\\_start.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinienintern/Hypertonie_Start/hypertonie_start.html))

**47 Versorgungsleitlinien.de.** Nationale Versorgungsleitlinie KHK. (Accessed April 15, 2011, at <http://www.khk.versorgungsleitlinien.de/> )

**48 Leitlinien Gruppe Hessen.** Hausärztliche Leitlinie: Fettstoffwechselstörung – Dyslipidämie. Bewertung und Therapie. (Accessed April 15, 2011, at [http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/fettstoffwechselstoerung/lghessen/fettstoffwechselstoerung\\_LGHessen\\_lang.pdf/view](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/fettstoffwechselstoerung/lghessen/fettstoffwechselstoerung_LGHessen_lang.pdf/view) )

**50 Fraitzl CR**, Flören M, Reichel H. Kniegelenk – Arthrose und Arthritis. Thieme - Orthopädie und Unfallchirurgie up2date. 2008; 3

**51 Herold G.** Innere Medizin – Eine vorlesungsorientierte Darstellung. Gerd Herold. Köln. 2010

**52 Pollak KI**, Østbye T, Alexander SC et al. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *The journal of family practice.* 2007; 56(12): 1031-1036

**53 Jallinoja P**, Absetz P, Kuronen R et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2007; 25: 244-249

**54 MacDonald R.** European GPs don't know how to deal with obesity epidemic. *BMJ* 2005 VOLUME 330; (Accessed Oktober 16, 2011 at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC558315/pdf/bmj3301348a.pdf>)

- 55 Kushner RF.** Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med.* 1995; 24: 546–552
- 56 Ogden J, Bandara I, Cohen H et al.** General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Education and Counseling* 2001; 44: 227-233
- 57 Epstein L, Ogden J.** A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 750–754
- 58 Ogden J, Flanagan Z.** Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns* 2008; 71 (1): 72-78
- 59 Ogden J, Ambrose L, Khadra A et al.** A questionnaire study of GPs' and patients' beliefs about the different components of patient centeredness. *Patient Education and Counseling.* 2002; 47: 223–227
- 60 Heintze C, Metz U, Dieterich A, Schwantes U, Wiesner J.** Ursachen von Übergewicht - Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen im Kontext der hausärztlichen Gesundheitsuntersuchung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2008; 4: 1-6
- 61 Sonntag U, Henkel J, Renneberg B, Bockelbrink A, Braun V, Heintze C.** Counseling overweight patients: analysis of preventive encounters in primary care. *International Journal for Quality in Health Care.* 2010; 22(6): 486–492
- 62 Heintze C, Metz U, Wiesner J, Hahn D, Schwantes U, Braun V.** Übergewichtige Patienten in der Hausarztpraxis: Wie wird die Gesundheitsuntersuchung zur Risikoberatung genutzt? Eine qualitative Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen.* 2009; 103: 439–444
- 63 Heintze C, Metz U, Hahn D et al.** Counseling overweight in primary care: An analysis of patient–physician encounters. *Patient Education and Counseling.* 2010; 80: 71–75
- 64 Amhof R.** Ärzte kaum präventiv tätig. *Gesundheitsmonitor – ein Newsletter der Bertelsmannstiftung.* 2006; 1: 1-5

- 65 Gravel K**, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*. 2006; 1: 1-16
- 66 The Counterweight Project Team**. Current approaches to obesity management in UK primary care: the counterweight programme. *The British Dietetic Association Ltd*. 2004; 17: 183–190
- 67 Walker O**, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Family Practice*. 2007; 8:50
- 68 Jian Huang**, 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.
- 69 Foster GD**, Wadden TA, Makris AP et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obes Res*. 2003; 11:1168-1177.
- 70 Winslow E**, Bohannon N, Brunton SA, Mayhew HE. Lifestyle Modification: Weight Control, Exercise, and Smoking Cessation. *Am J Med*. 1996; 101: 25 -33.
- 71 Riddel LJ**, Inman V. Body weight and weight loss: are health messages reaching their target? *Asia Pac J Clin Nutr*. 2007; 16(4): 683-687
- 72 Blessing S**. Tabu Ärztegehälter (Aktion „Rettet den Hausarzt“). (Accessed May 22, 2011, at <http://www.payer.de/arztpatient/arztgehalt.htm>)
- 73 Lazić D**, Cikac T, Ozvacić Z, Cop R. GP's intervention in changing lifestyle behavior of adipose patients. *Acta Med Croatica*. 2007; 61(1): 7-11
- 74 van Dillen SM**, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CM. Nutrition communication styles of family doctors: results of quantitative research. *Eur J Clin Nutr*. 2005; 59, 1: 47-56
- 75 Costain L**, Croker H. Helping individuals to help themselves. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2005; 64: 89–96

**76 Rosen S.** (2006) 7.Auflage. Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson. Salzhausen: Iskopress

**77 Hardcastle S,** Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Education and Counseling*. 2008; 70: 31–39

**78 Logue E,** Gilchrist V, Bourguet C, Bartos P. Recognition and management of obesity in a family practice setting. *J Am Board Fam Pract*. 1993; 6(5): 457-463

**79 Lewis BS,** Lynch ED, Lynch WD. The effect of physician advice on exercise behavior. *Preventive Medicine*. 1993; 22: 110-121

**80 Jones LR,** Wilson CI, Wadden TA. Lifestyle modification in the treatment of obesity: an educational challenge and opportunity. *Clin Pharmacol Ther*. 2007; 81(5): 776-779

**81 Williamson DA,** Stewart TM. Behavior and lifestyle: approaches to treatment of obesity. *J La State Med Soc*. 2005; 157 Spec No 1: 50-55

**82 Christensen R,** Kristensen PK, Bartels EM, Bliddal H, Astrup A. Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2008; 16;371(9612):558 ;

**83 Lütke A.** EMEA empfiehlt, die Zulassung für Rimanobant (Acomplia) ruhen zu lassen. Deutsches Diabetes-Zentrum an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung. 2008. (Accessed April 15, 2011, at <http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/5614.htm>)

**84 Svetkey LP,** Stevens VJ, Brantley PJ et al. Comparison of strategies for sustaining weight loss. *JAMA*. 2008; 299(10): 1139-1148

**85 Deutsche Diabetesgesellschaft.** Evidenzbasierte Leitlinien. (Accessed April 15, 2011, at <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de>.)

**86 Xyrichis A,** Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008; 45(1): 140-153

**87 Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B.** Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nurs Adm Q.* 2008; 32(1): 40-48.

**88 Hauner H.** Neue Definition des metabolischen Syndroms: Wo fängt die Krankheit an? (Accessed Oktober 15, 2011, at <http://www.fkdb.net/downloads/hauner.pdf>)

**89 International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease.** Prospektive Cardiovascular Münster Heart Study (PROCAM). Coronary Heart disease and stroke: Risk factors and global risk. (Accessed Oktober 16, 2011, at [http://www.chd-taskforce.com/pdf/sk\\_procam\\_01.pdf](http://www.chd-taskforce.com/pdf/sk_procam_01.pdf) )

**90 Bortz J, Döring N.** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Springer Verlag. Heidelberg. 2006

**91 Mayring P.** Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel. 2002

**92 Hell E, Miller KA, Moorehead MK, Norman S.** Evaluation of health status and quality of life after bariatric surgery: comparison of standard Roux-en-Y gastric bypass, vertical banded gastroplasty and laparoscopic adjustable silicone gastric banding. *Obes Surg.* 2000; 10(3): 214-219.

## 8 Anhang

### Danksagung

Bei der Fertigstellung dieser Arbeit haben mir viele Personen unterstützend zur Seite gestanden. Auf diesem Weg möchte ich danken:

Vor allem den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Herrn Dr. med. Christoph Heintze und Frau Dipl.-psych. Ulrike Sonntag. Ohne ihre immer wieder motivierende, hilfsbereit unterstützende und konstruktive Betreuung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen und ich hätte sicherlich nicht solche Freude an ihrer Entwicklung gehabt. Meinem Doktorvater Herrn Prof. Ulrich Schwantes danke ich für die von Beginn an gewährte Forschungsfreiheit. Sein ganzheitlicher Blick und tiefgründiges Verständnis hat es mir ermöglicht das Wesen der qualitativen Forschung zu verstehen und bei meiner Arbeit umzusetzen. Frau Prof. Daphne Hahn möchte ich für ihr weitreichendes Engagement während der methodischen Entwicklung des Projekts danken. Durch Arbeitstreffen mit ihr habe ich viel gelernt. Frau Dr. med. Anja Dieterich danke ich für ihren Pragmatismus. Julia Wiesner, Jan Henkel und Lynn von Hagen, ohne deren hilfsbereite und geduldige Unterstützung die Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Nie werde ich den Spaß, den wir 2008 hatten, vergessen. Frauke Dohle und Anke Krause – stellvertretend für alle hilfsbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité – sowie Sandy, Julia, Sebastian und Bohdan.

Meinen Eltern sowie meiner Schwester danke ich für die immer währende Unterstützung während meines Werdegangs als Medizinstudentin und als Ärztin. Sie sind mir in meiner täglichen Arbeit große Vorbilder. Für die geduldige Hilfe bei der Textverarbeitung danke ich meinem Bruder sehr. Außerdem danke ich meiner Tante Sieglinde.

Ganz allgemein möchte ich allen Lehrern, Dozenten, Professoren, Assistenzärzten, Oberärzten, Chefärzten, Krankenschwestern, Medizinisch-technischen-Assistenten und Sprechstundenhilfen danken, von denen ich in meiner schulischen und ärztlichen Karriere so vieles Lernen durfte und ohne die ich nicht stünde, wo ich jetzt stehe.

Besonders dankbar bin ich für die in dieser Zeit tiefe unterstützende Freundschaft von Christiane, Jenny, Markus, Tobias, Jacob, Martina, Stefan, Sandra, Carolin und Amelie. Zuletzt danke ich allen Ärzten und Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

## **Lebenslauf**

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

## **Publikationsliste**

Sonntag U, Brinck A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GP´s attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity – a qualitative study. *European Journal of General Practice*; Ahead of print: Pages 1 – 6; doi: 10.3109/13814788.2011.627424

Metz U, Brinck A, Hahn D, Schwantes U, Heintze C. Prevention in primary care: Doctors´ intentions in counseling overweight patients. Charité, Department of General Practice, Berlin, Germany; University of Applied Sciences, Fulda, Germany;  
Präsentation als Poster (European Association of Communication in Healthcare/EACH; Oslo 09/2008)

## Erklärung

„Ich, Anna Brinck, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

„Betreuung übergewichtiger Patienten in der Hausarztpraxis - Eine qualitative Analyse von Interviews mit Hausärzten aus Berlin und Brandenburg“ 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