

# Einstellungen von Hausärzten zum Adipositasmanagement

## Ergebnisse einer qualitativen Interviewreihe in Rheinland-Pfalz und Hessen

### Attitudes of Family Physicians towards Obesity Management Results of a Qualitative Interview Study in Rhineland-Palatinate and Hesse

Julian Wangler, Michael Jansky

#### Hintergrund

Übergewicht und Adipositas sowie ihre assoziierten Erkrankungen sind angesichts steigender Prävalenz eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen. Trotz ihrer günstigen Position werden Hausärzte für mangelnde Bereitschaft und Konsequenz in Bezug auf das therapeutische Management von Adipositaspatienten kritisiert. Bislang fehlt es in Deutschland an aktuellen Studien, die hausärztliche Einstellungen zur Thematik explorieren.

#### Methoden

Die vorliegende Studie basiert auf 18 qualitativen Einzelinterviews mit Hausärzten in Rheinland-Pfalz und Hessen, die zwischen April und Juli 2019 geführt wurden. Im Zuge einer Typenbildung sollen verschiedene Einstellungs- und Verhaltensmuster bei der Betreuung von Adipositaspatienten identifiziert werden, insbesondere mit Blick auf die Versorgungsbereitschaft, das therapeutische Vorgehen und wahrgenommene Herausforderungen.

#### Ergebnisse

Im Zuge der Auswertung wurden vier Typen extrahiert, deren Rollen- bzw. Selbstverständnis und Umgang mit adipösen Patienten sich unterscheiden (die Frustrierten [6 Befragte]; die Trainer [4]; die Sozialen [4]; die Präventiven [4]). Beim ersten Typus ist eine negative und teils stereotypisierende Einstellung in Bezug auf das Adipositasmanagement erkennbar, die sich in mangelnder Versorgungsbereitschaft niederschlägt. Bei den anderen Typen zeigen sich ein aktiver und konstruktiver Umgang und je nach Cluster unterschiedliche Schwerpunkte (Bewegungs- und Ernährungsförderung, psychosoziale Unterstützung, Prävention).

#### Schlussfolgerungen

Es erscheint sinnvoll, bei Hausärzten das Bewusstsein für die Hintergründe von Adipositas sowie eine motivierende, verhaltensorientierte Gesprächsführung zu stärken. Eine Diagnose Adipositas sollte zu konkreten Handlungsempfehlungen und einer fokussierten Ernährungs- und Bewegungsberatung führen. Hausärzte sollten in ihrer Vermittlerrolle bestärkt werden, indem sie Patienten je nach Bedarf in ein Netzwerk weiterer Hilfen einbinden. Die Entwicklung strukturierter, hausarztkonformer Versorgungsprogramme zum Adipositasmanagement sollte vorangetrieben werden.

#### Schlüsselwörter

Adipositas; Übergewicht; Fettleibigkeit; Hausarzt; Therapie; Management

#### Background

In face of increasing prevalence, obesity and its associated diseases represent a major health challenge. Despite their favorable position, family physicians are being criticized for their reluctance and lack of consistency with regard to the therapeutic management of obesity patients. So far, there are too few recent and reliable studies in German primary care that explore the attitudes of family physicians on the subject.

#### Methods

The present study is based on 18 qualitative interviews with family physicians in Rhineland-Palatinate and Hesse which were conducted between April and July 2019. In the course of a type formation, various attitudes and behavior patterns towards care of obese patients were identified, in particular with regard to the acceptance of care, the therapeutic approach and perceived challenges.

#### Results

Four types were extracted whose roles, self-understanding and treatment of obese patients differ from each other (the frustrated [n = 6 interviewees]; the trainers [n = 4]; the social [n = 4]; the preventives [n = 4]). While the first type shows a negative and sometimes stereotypical attitude towards obesity management, which is reflected in a lack of willingness to provide care, the other types show an active and constructive approach. Depending on the cluster, there are different therapeutic focuses (movement and nutritional support, psychosocial support, prevention).

#### Conclusions

It makes sense to strengthen the awareness of family physicians regarding the background of obesity and a motivating, behavior-oriented discussion with patients. A diagnosis of obesity should be combined with specific recommendations for action (diet, exercise). It would also be useful to have a focused diet and exercise consultation in the family doctor's office. Family physicians should be encouraged to act as mediators by involving patients in a network of other services as needed. The development of structured obesity management programs that take into account the reality of family medicine should be pushed forward.

#### Keywords

obesity; overweight; family physician; therapy; management

## Hintergrund

Übergewicht und Fettleibigkeit nehmen in der europäischen Bevölkerung zu [1]. Insbesondere Adipositas ist dabei als chronische Erkrankung mit eingeschränkter Lebensqualität und hohem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko in den Blick gerückt [2]. Betrachtet man aktuelle Zahlen für Deutschland, sind 53 % der Erwachsenen übergewichtig (BMI 25–29,9 kg/m<sup>2</sup>) und davon 17 % adipös (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) [1, 3].

Für Europa wird davon ausgegangen, dass Adipositas bei der Entwicklung von rund 80 % der auftretenden Fälle von Diabetes mellitus Typ 2, bei ca. 35 % der ischämischen Herzkrankungen und ca. 55 % der hypertensiven Erkrankungen wesentlich beteiligt ist [4]. Zudem belastet Übergewicht den Bewegungsapparat, begünstigt Atemwegserkrankungen, die Entstehung von Gallensteinen oder einer Fettleber [1].

Auswirkungen auf die Psyche Betroffener sind nicht zu unterschätzen [2]. Wie Bevölkerungsumfragen belegen, werden stark übergewichtigen Personen eher Eigenschaften wie Faulheit und Undiszipliniertheit zugeschrieben [5]. Speziell für den medizinischen Sektor sind negative Einstellungen und Verhaltensweisen von Ärzten und Krankenpersonal verbreitet [6].

Gerade die hausärztliche Versorgung gilt als gut geeignet, um einen Beitrag zur Adipositasprävention zu leisten, Patienten rechtzeitig zu diagnostizieren und therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Hausärzte sind mit ihren Patienten vertraut, sodass sie die langfristige Therapiebereitschaft und -motivation positiv beeinflussen können [7].

Abgesehen von der Beratungs- und Unterstützungstätigkeit stehen Hausärzten verschiedene Handlungsoptionen zur Verfügung, die dem Ziel der Gewichtsreduktion durch eine Veränderung des Lebensstils dienen. Hierzu zählen diätetische und bewegungstherapeutische Beratung, therapeutische Interventionen oder auch die Vermittlung zu externen Hilfsangeboten. Patienten, die besonderer psychosozialer Stabilisierung bedür-

fen, können einer psychologischen Intervention zugeführt werden. Medikamentöse und chirurgische Therapieoptionen können zusätzlich in Betracht gezogen werden [1].

Für die Prävention, Diagnostik und Therapie können Hausärzten v.a. auf die von der DEGAM mitentwickelte interdisziplinäre S3-Leitlinie *Prävention und Therapie der Adipositas* zurückgreifen.

Zu berücksichtigen ist, dass Studien über mögliche Effekte hausärztlicher Interventionen, etwa im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen, kaum existieren, weshalb Aussagen über die allgemeine Wirksamkeit der hausärztlichen Unterstützung für diesen Bereich schwer zu treffen sind. Es lassen sich allerdings aus bestehenden Arbeiten Hinweise auf den Status quo entnehmen.

Zwar belegen Studien, dass Übergewichtige und Adipöse, die von ihrem Hausarzt bezüglich ihres Gewichts beraten wurden, häufiger um Abnahme bemüht waren [8, 9]. Dennoch wird Kritik an der hausärztlichen Versorgung geübt. So zeigte sich etwa, dass die Diagnose von Übergewicht und Adipositas nur von einem Teil der Allgemeinärzte mit konkreten Ratschlägen oder Handlungsanweisungen zu Ernährung und körperlicher Betätigung verbunden wird [10, 11].

Stark übergewichtige Patienten sind oftmals mit der Betreuung durch ihren Hausarzt unzufrieden [12]; umgekehrt belegen europäische Studien eine verbreitete Skepsis bei hausärztlichen Medizinerinnen in Bezug auf die Motivation und Disziplin von Patienten, ihr Körpergewicht dauerhaft zu verringern [13, 14]. Infolgedessen wird die Verantwortung für eine Gewichtsreduktion oft primär bei den Patienten gesehen [15, 16]. Diese Analyse stützend, erbrachte eine deutschsprachige Studie, dass Hausärzte bei der Behandlung von Adipositas eine eher passive Rolle vorziehen, insbesondere weil sie die mangelnde Patientenmotivation als großes Hindernis für eine erfolgreiche Therapie empfinden [26]. Qualitative Studien aus England weisen auf un-

sensible und inkonsequente ärztliche Kommunikation sowie unterschwellige Stereotype hin, die beim Krankheitsbild Adipositas hohe Wirksamkeit entfalten [17].

Als weitere Ursachen für die Reserviertheit von Hausärzten beim Adipositasmanagement werden ein weitgehendes Fehlen von adäquaten Programmen in der hausärztlichen Versorgung [18] und eine mangelnde Finanzierung von Ernährungs-, Bewegungs- und medikamentösen Therapien durch die Krankenkassen diskutiert [19].

Jenseits einzelner internationaler Befunde mangelt es für den deutschsprachigen Raum bislang an Studien, die hausärztliche Ansichten zum Adipositasmanagement erfassen und beobachtbare Handlungsmuster zu erklären versuchen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit lag auf Einstellungen gegenüber Adipositaspatienten, Betreuungsbereitschaft, Vorgehensweisen und Strategien sowie erlebten Herausforderungen.

## Methoden

Im Sinne eines explorierenden Vorgehens wurden zwischen April und Juli 2019 insgesamt 18 persönliche oder telefonische Interviews mit Allgemeinmedizinerinnen in Rheinland-Pfalz und Hessen geführt (Dauer: 30–80 Minuten).<sup>1</sup> Die Rekrutierung erfolgte mittels vordefinierter Quotierung (Tab. 1), was u.a. ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, eine breite geografische Verteilung der Praxen, eine Berücksichtigung von Stadt und Land sowie verschiedener Niederlassungsformen einschloss. Die Quotierung diente einerseits – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – der Gewinnung eines möglichst breiten Querschnitts von Hausärzten. Zudem besteht der Vorteil dieses Verfahrens darin, dass es im Fall von Nicht-Bereitschaft relativ leicht möglich ist, Studienteilnehmer gezielt zu ersetzen. Die Befragungsdimensionen wurden sowohl deduktiv durch eine Literaturrecherche (s. Hintergrund) als auch induktiv im Zuge erster Gespräche abgeleitet. Es handelte sich um:

<sup>1</sup> Bei der vorliegenden Studie wurden keinerlei sensible Patientendaten erhoben oder klinische Tests durchgeführt. Es handelt sich um strikt anonymisierte Interviews mit 18 Hausärzten. Dennoch haben sich die Autoren im Vorfeld der Studie mündlich bei der Ethikkommission des Bundeslandes Hessen rückversichert, dass die Studie der Berufsordnung für Ärzte gerecht wird.

<b>Niederlassungsform</b>	9 Gemeinschaftspraxis, 9 Einzelpraxis
<b>Praxisumgebung</b>	6 Landgemeinde/Kleinstadt, 7 Mittelstadt, 5 Großstadt
<b>Status</b>	12 Praxisinhaber, 6 angestellte Ärzte
<b>Alter</b>	Ø 51 Jahre
<b>Geschlecht</b>	9 männlich, 9 weiblich
<b>Vorkenntnisse und Qualifikationen</b>	4 Fortbildung, 3 Zusatzweiterbildung Sportmedizin, 2 Zusatzweiterbildung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse

**Tabelle 1** Befragungsschwerpunkte und Soziodemografie der Befragungsstichprobe (N = 18)

- Ursachen von Adipositas
- Einstellungen zum Krankheitsbild
- Identifizierung, Ansprache und Aufklärung
- Rollen- und Selbstverständnis in Bezug auf Adipositaspatienten
- (längerfristige) Betreuungs- und Therapiebereitschaft
- präferiertes Vorgehen beim Adipositasmanagement
- Versorgungserfahrung und erlebte Herausforderungen
- subjektive Wirksamkeitsannahmen bzw. -erfahrungen
- Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsakteuren.

Eigene Positionen oder Vorerfahrungen flossen nicht ein. Die theoretische Sättigung wurde erreicht, sodass auf weitere Interviews verzichtet werden konnte.

Die Auswertung basiert auf einer qualitativen Inhaltsanalyse und erfolgte mithilfe von MAXQDA [27]. Um Unterschiede zwischen den befragten Ärzten im Selbst- und Rollenverständnis sowie Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der Betreuung und dem Management von Adipositaspatienten besser herauszuarbeiten, wurden im Zuge der weiteren Analyse Prägnanztypen gebildet. Hierzu erfolgte ein „Gruppierungsprozess“, bei dem anhand der aufgeführten Befragungsdimensionen jeweils übergeordnete Einstellungsmuster zum Adipositasmanagement prototypisch verdichtet wurden. Die Regeln zur empirisch begründeten Typenbildung von Kluge [20] wurden dabei beachtet. Wichtig ist der Hinweis, dass die letztlich entstandenen Typen jeweils Idealtypen charakterisieren und in bestimmten Einzelfällen Überschneidungen vorkommen

können. Die identifizierten Typen werden im Folgenden dargelegt.

### Ergebnisse

Aus dem Interviewmaterial wurden vier voneinander differenzierbare Prägnanztypen extrahiert:

- Typ 1: Die Frustrierten (6 Befragte)
- Typ 2: Die Trainer (4 Befragte)
- Typ 3: Die Sozialen (4 Befragte)
- Typ 4: Die Präventiven (4 Befragte)

Der erste Typus ist im Sample breit vertreten und fällt durch eine negative Sichtweise auf das hausärztliche Adipositasmanagement, betroffene Patienten, die Bereitschaft zur Versorgung und die Annahmen über eigene Wirksamkeitsmöglichkeiten auf. Die anderen drei Typen zeigen einen aufgeschlossenen und aktiven Umgang mit Adipositaspatienten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Hier wird die Hausarztpraxis als wichtige Instanz betrachtet, um Patienten im Prozess der Gewichtsabnahme zu begleiten.

#### Typ 1: Die Frustrierten

Ein Drittel des Samples vertritt – nicht zuletzt infolge einschneidend negativ geschilderter Erfahrungen – eine deutlich resignative bis ablehnende Haltung in Bezug auf die Versorgung von Adipositaspatienten. Bei einigen Teilnehmern geht dies so weit, dass sie auch stereotype Zuschreibungen verwenden. Es wird betont, Adipositas sei „keine Krankheit wie andere“, sondern habe maßgeblich etwas mit charakterlichen Prädispositionen zu tun, die sich in einem maßlosen Lebensstil oder dem „Bedürfnis, sich gehen zu lassen“, äußern.

„Ich sage es jetzt mal krass: Die Leute sind häufig auch selbst schuld an ih-

rem Schicksal. Das ist alles lebensstilbedingt. Immer nur essen, vor der Glotze hängen, sich nie zurücknehmen, nachlässig sein mit Bluthochdruck und so weiter. [...] Jeder Mensch hat eine Eigenverantwortung.“ (I-09-m)

In der Erfahrung dieser Allgemeinmediziner sind stark übergewichtige und adipöse Patienten in hohem Maße beratungsresistent, sodass der Hausarzt „regelmäßig ins Leere“ laufe, wenn er sich darum bemühe, einen Einstellungs- und Lebensstilwandel zu initiieren, sei es durch eine Ernährungs- oder Bewegungstherapie. Stattdessen berichten die Befragten davon, dass sie mangelnde Compliance und zahlreiche Rückschläge bei therapeutischen Interventionen beobachten mussten, die bei Patienten zu ernsthaften Langzeitschäden und verstärkten Mortalitätsrisiken sowie auf Seiten der Hausärzte zu „Frustration und Ermattung bei dieser Klientel“ geführt haben.

„Da gibt es viele, die sind gegen jeden ärztlichen Rat immun, Hochrisikopatienten und wandelnde Zeitbomben. [...] Was soll ich da herumwirtschaften? Die kann man beim besten Willen nicht für Veränderungen begeistern, die haben keine Motivation, etwas an ihrem Lebensstil zu ändern.“ (I-02-m)

Es lassen sich Anzeichen dafür finden, dass die Kommunikation mit Adipositaspatienten gelegentlich harsch und wenig sensitiv verläuft. Die Bereitschaft, gemeinsam mit dem Patienten Wege und Lösungen zur Gewichtsreduktion zu suchen oder auf die Bedeutung von konsequenter Bewegung und richtiger Ernährung hinzuweisen, ist erkennbar limitiert. Da auch die Ursachen der Erkrankung bei individuellen Eigenschaften der Patienten verortet werden, wird die

Verantwortung für die Reduktion des Übergewichts bei selbigen gesehen.

Als Resultat jahrelanger Frustrationserfahrungen wird in dieser Gruppe ein deutlicher Zweifel formuliert, ob Hausärzte in der Lage sind, Adipositaspatienten effektiv zu managen. Vielmehr sollten hier Fachärzte und Spezialisten agieren, möglicherweise unter Einsatz medikamentöser, psychotherapeutischer oder ggf. chirurgischer Lösungen, die angesichts mangelnder Veränderungsbereitschaft aufseiten der Patienten als letzte Option gesehen werden.

## Typ 2: Die Trainer

Der zweite Typus beinhaltet Hausärzte, die Adipositas primär als eine Kombination aus Lebensumständen und Veranlagung betrachten. Sie nehmen die rechtzeitige Diagnostik ernst und legen gesonderten Wert darauf, Patienten an ein strukturiertes Bewegungs- und Ernährungsprogramm heranzuführen. Im Kontext dieses Vorgehens berichten sie von Therapieerfolgen.

*„Bewegung, Sport, das ist das A und O, wenn die Kilos runter sollen. [...] Und das dann kombiniert mit einer gesunden, ballaststoffreichen Ernährung. [...] Damit habe ich insgesamt gesehen gute Erfahrungen gemacht.“ (I-11-w)*

Bei diesen Hausärzten ist bemerkenswert, dass sie in ein kommunales Netzwerk der Bewegungs- und Gesundheitsförderung integriert sind und über gut funktionierende informelle Kontakte vor Ort verfügen. Allem voran gilt dies für die Zusammenarbeit mit Fitnessstudios, Selbsthilfegruppen, Ernährungs- und Gesundheitsberatern. Die Möglichkeit, Patienten unkompliziert an verlässliche Sport- und Gesundheitsangebote zu vermitteln, wird als essenziell erachtet, um Adipositaspatienten hinreichend unterstützen zu können.

*„Es ist schon so, dass du als Hausarzt nicht allein agieren kannst, sondern dich als Teil einer Struktur betrachten musst. Am Anfang muss man in den Aufbau dieser Struktur investieren. [...] Du kannst die Patienten mit starkem Übergewicht ohne viel Aufhebens an gute Partner vor Ort verweisen.“ (I-08-m)*

Die Befragten haben nicht unbedingt das Interesse, Adipositaspatienten permanent und in engen Inter-

vallen zu betreuen. Priorität hat vielmehr, eine „konzentrierte, gebündelte Starthilfe“, um mit individuell passendem und motivierendem Sport die „Weichen so zu stellen, dass konsequent und Stück für Stück abgenommen werden kann“. Ist diese Phase gemeistert und eine Zunahme von Bewegung und gesunder Ernährung im Alltag des Patienten angekommen, ist es in ihren Augen vertretbar und folgerichtig, ihm mehr Eigenverantwortlichkeit zu gewähren.

*„Wenn man es schafft, dass der Patient diese Veränderung des Lebensstils als selbstverständlich übernimmt und nicht wieder zu alten Gewohnheiten übergeht, dann wird eine langfristige Gewichtsabnahme gelingen.“ (I-16-w)*

Dabei sei die Vorgabe eines konkreten Abnahmeziels weniger bedeutend. Essenziell sei es, dass der Patient den „Wechsel aus sich heraus“ schaffe und seine Routinen umstelle. Hierbei können aus Sicht der Befragten auch Gesundheits-Apps zur Motivation bzw. Tagesregulation hilfreich sein. Der Einsatz von Medikamenten und chirurgischen Verfahren wird „bis auf absolute Notfälle“ vehement abgelehnt, da nicht zuletzt Jojo-Effekte befürchtet werden.

## Typ 3: Die Sozialen

Auch der dritte Typus schließt derartige Lösungen weitgehend aus. Anders als die „Trainer“ sehen die Befragten in diesem Cluster ihre vorrangige Aufgabe darin, beim Patienten durch intensive psychosoziale Unterstützung, Motivation und Bestärkung die Erkenntnis reifen zu lassen, dass es erstrebenswert ist, seinen Lebensstil zu verändern. Insofern messen diese Hausärzte einer Stabilisierung und Bestärkung durch regelmäßige Gespräche großes Gewicht bei. Anders als beim ersten Typus, wo teilweise Persönlichkeitsprädispositionen für Adipositas verantwortlich gemacht werden, gehen die Befragten hier vom Gegenteil aus:

*„Kein Mensch wird freiwillig dick oder fühlt sich wohl dabei. Dass so etwas passiert, mag in Einzelfällen Veranlagungssache oder Vorerkrankung sein, aber in den allermeisten Fällen sind das langwierige soziale und psychische Prozesse. Stress im Beruf, Schicksalsschläge. [...] Deshalb ist es so wich-*

*tig, dass der Hausarzt dem Patienten die Gelegenheit gibt, die Ursache dafür offenzulegen. Hilfe zur Selbsthilfe sozusagen.“ (I-17-w)*

Den Befragten ist eine sensible Kommunikation und eine partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung wichtig. Zentral sei es, diesen Patienten ausreichend Beratungszeit einzuräumen und auch bei therapeutischen Rückschlägen immer wieder das Gespräch zu suchen. Zwei der Befragten in dieser Gruppe haben eine Zusatzweiterbildung Psychotherapie bzw. Psychoanalyse absolviert und halten derlei Kenntnisse für ein längerfristig erfolgreiches Adipositasmanagement für wertvoll. Ähnlich wie die „Trainer“, die im sportlichen Bereich kommunal verankert sind, lässt sich auch hier eine Vernetzung beobachten, allerdings mit psychosozialen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten. Von diesen machen die Befragten Gebrauch, wenn sie zur Schlussfolgerung kommen, dass adipöse Patienten zusätzliche Hilfe in Anspruch nehmen sollten.

*„Viele dieser Personen leiden unter Depressionen; sie fühlen sich unwohl in ihrer Haut, haben ein schwaches Selbstwertgefühl und wenig Zutrauen, ihr Schicksal in die eigene Hand zu nehmen. Da muss man zuerst ansetzen. [...] Nicht jeder braucht eine Psychotherapie. Oft hilft es schon, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu kommen.“ (I-03-w)*

## Typ 4: Die Präventiven

Der vierte Typus erscheint als Variation der beiden vorangegangenen. Zwar werden Adipositaspatienten auch in dieser Gruppe aktiv betreut und therapeutische Maßnahmen initiiert, allerdings zeigen sich die Befragten mit Blick auf das Gelingen einer solchen Behandlung deutlich skeptischer als die beiden anderen Typen. Sie stellen heraus, dass eine längerfristig entstandene Adipositas „bereits Schaden anrichtet“ und „nicht einfach loszuwerden“ sei. Daher komme es vielmehr darauf an, vorher anzusetzen und die Entstehung starken Übergewichts bei Patienten zu verhindern, indem frühzeitig auf Risikofaktoren hingewiesen und die Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil geschaffen werden. Befragte in dieser Gruppe neh-

men insbesondere den Gesundheits-Check-up als „Frühwarnsystem“ sehr ernst und haben sich teilweise ernährungsmedizinisch fortgebildet.

*„Die falsch Ernährten und Bewegungsarmen von heute sind die Adipösen von morgen. Ich glaube, hier haben wir im Gesundheitssystem eines der großen Defizite. Wir brauchen Ärzte, die den Präventionsaspekt ganz selbstverständlich vertreten, ohne den Patienten unbedingt etwas vorzuschreiben. Ich meine, einfach diese Sensibilisierung der Bevölkerung.“* (I-05-m)

Aufgeworfen wird die Frage, wie es sein könne, dass Patienten oft erst in Folge jahrelang bestehender Adipositas in den Fokus einer (haus)ärztlichen Betreuung geraten.

*„Wenn jemand adipös ist, dann ist auf der ärztlichen Seite bereits etwas schiefgelaufen. Diese Leute hätten vorher auffallen und entsprechend betreut werden müssen. Das heißt, alles, was uns helfen kann, solche Leute früher zu erkennen, ist willkommen.“* (I-07-w)

Befragte dieses Typs legen großen Wert auf einen regelmäßigen Patientenkontakt, eine konsequente Aufklärung und wiederkehrende Check-ups. Auch durch die kontinuierliche Ermittlung der entsprechenden Blutwerte könnten Risikofaktoren frühzeitig erkannt und im Blick behalten werden. Von einer Involvierung des Praxispersonals zur Unterstützung des Hausarztes wird Gebrauch gemacht.

### Zusätzliche Erkenntnisse

Über alle Cluster hinweg räumen die Befragten ein, dass das erfolgreiche Management von Adipositaspatienten sich oft zeitintensiv darstelle, viel ärztliches Engagement und bei therapeutischen Fehlschlägen Neuanläufe erfordere. Moniert wird ein ausgeprägter Mangel an Strukturen und Versorgungsakteuren, die Hausärzte bei der Adipositasprävention und beim therapeutischen Management unterstützen können. Wiederkehrend wird konstatiert, der Hausarzt sei bei der Betreuung und Behandlung von adipösen Patienten oftmals „ziemlich allein gelassen“; besonders in ländlichen Umgebungen fehle es an niedrigrschwelligem Beratungs- und Motivationsangeboten. Im Unterschied etwa zu den Demenz-Netzwerken, die in vielen Bundesländern inzwischen

feinmaschig etabliert wurden, gebe es Vergleichbares nicht für das Krankheitsbild Adipositas. Viele Befragte räumen zudem offen ein, keinen zufriedenstellenden Überblick über bestehende Angebote zu haben, da es an einfachen und schnellen Orientierungsmöglichkeiten fehle. Zudem wurde von einigen Interviewten gefordert, angesichts der gestiegenen Zahl übergewichtiger Patienten auch ein Disease-Management-Programm Adipositas einzuführen, das ein Einstieg in eine „stärkere Institutionalisierung des Krankheitsbilds“ sei.

### Diskussion

Die Interviewergebnisse belegen, dass bei der Mehrheit der befragten Hausärzte eine hohe Bereitschaft und Sensibilität vorhanden sind, übergewichtige und adipöse Patienten zu betreu-



#### Dr. Julian Wangler ...

**... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoc) in der Abteilung Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der empirischen Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung sowie der Auswirkungen von eHealth und mHealth auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit und das Gesundheitssystem.**

en und therapeutisch zu begleiten. Dabei fallen unterschiedliche Strategien und Schwerpunkte auf, die zur Stabilisierung und Motivierung gewählt werden. So legt eine Gruppe stärker den Fokus auf frühzeitige und konsequente Ernährungsumstellung und körperliche Aktivierung, eine andere setzt eher bei der psychosozialen Unterstützung an. Hervorstechend sind Befragte, die je nach gewählter

Vorgehensweise informelle Netzwerke zu Fitness- und Bewegungsanbietern geknüpft haben oder mit psycho- und verhaltenstherapeutischen Akteuren in der Nähe zusammenarbeiten.

Trotz dieser grundsätzlich positiven Befunde geht aus den Interviews ein beträchtlicher Anteil von Hausärzten hervor, die eine skeptische bis ablehnende Einstellung gegenüber Adipositaspatienten vertreten. Obwohl es nicht die erklärte Zielsetzung der Arbeit war, spezifische Stigmatisierungen herauszuarbeiten, fiel in einem Teil der Interviews eine latente oder explizite Stereotypisierung adipöser Patienten auf (insbesondere Typ 1). Dieser Aspekt trat bereits in anderen Interviewstudien zum Vorschein [17]. Ausgangspunkt für mangelnde Versorgungsbereitschaft ist die Zuschreibung einer geringen Disziplin und Bereitschaft, den eigenen Lebensstil zu ändern; die Ursache für das Übergewicht wird primär in der Persönlichkeit des Patienten gesehen (z.B. mangelnde Willensstärke).

Insofern fügen sich die Ergebnisse in die bestehende Befundlage, der zufolge Adipositas unter Ärzten ein durchaus polarisierendes Krankheitsbild ist und je nach Einstellung einen unterschiedlichen Grad an Betreuungs- und Versorgungsbereitschaft nach sich zieht [6, 17, 21]. Vorangegangene Studien haben bereits darauf hingewiesen, dass Hausärzte oftmals hinsichtlich einer aktivierten Rolle beim Adipositasmanagement zurückhaltend agieren, weil sie mangelnde Patientenmotivation als beträchtliches Hindernis wahrnehmen [26].

Zudem reflektieren die Resultate defizitäre Strukturen in der Adipositasversorgung, die in allen Gruppen wahrgenommen werden. Derzeit fehlt es der Behandlung von Adipositas an strukturierten und zugleich individualisierbaren Therapiekonzepten, in denen Patienten vom Hausarzt kontinuierlich im Prozess ihrer Lebensstiländerung unterstützt werden können [11, 12, 14, 18]. Einer Involvierung anderer Berufsgruppen stehen die Befragten überwiegend aufgeschlossen gegenüber.

### Stärken und Schwächen

Die qualitative Befragung weist verschiedene Limitationen auf. Neben

der begrenzten Fallzahl des Interviewsamples handelte es sich um einen regionalen Rekrutierungsschwerpunkt. Hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft der Gesprächspartner sollte berücksichtigt werden, dass verstärkt Hausärzte teilgenommen haben könnten, bei denen ein thematisches Interesse vorliegt. Ferner ist auch das gewählte Verfahren der Typenbildung selbstkritisch zu reflektieren, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass bei den Typen 2 bis 4 nicht nur Unterschiede, sondern in Teilen auch Überschneidungen existieren (Aspekt der Trennschärfe). Es stellt sich daher die Frage, ob andere (qualitative) Auswertungsverfahren hier einen noch größeren Erkenntniswert bieten können.

### Schlussfolgerungen

Folgende Ansatzpunkte für eine Optimierung des hausärztlichen Adipositasmanagements lassen sich ableiten:

- Bei Hausärzten sollte das Bewusstsein gestärkt werden, dass Adipositas komplexe Hintergründe haben kann, bei denen nicht nur der individuelle Lebensstil, sondern auch überindividuelle Faktoren wie Lebensumstände, genetische Veranlagung und Vorerkrankungen wirksam sind.
- Eine motivierende Gesprächsführung und das Bestreben, Patienten bei ihrer persönlichen Situation „abzuholen“ (verhaltensorientierte Behandlungsstrategien), sind zentrale Voraussetzungen für das langfristige Gelingen einer Therapie [22].
- Eine Diagnose Adipositas sollte mit konkreten Handlungsempfehlungen verbunden werden (Ernährung, Bewegung). Hier geben bestehende Leitlinien weitere Hilfestellung und Orientierung [23].
- Eine fokussierte Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Hausarztpraxis erscheint als sinnvoller Beitrag, um die Adipositasprävention zu stärken. Hierzu sind bereits Good-Practice-Beispiele und realisierbare Modelle vorgelegt worden [24]. Das Praxispersonal ließe sich unterstützend einbeziehen und gezielt fortbilden.
- Hausärzte sollten in ihrer Vermittlerrolle bestärkt werden, indem sie

Adipositaspatienten je nach Bedarf in ein Netzwerk weiterer Hilfen einbinden. Fast alle gesetzlichen Krankenkassen bieten Präventionsprogramme an; Ähnliches gilt für Gesundheitsämter, die oftmals einen guten Überblick über Kurs- und Beratungsangebote im Landkreis haben. Auch kann bei problematischem Gewichtsverlauf eine Ernährungsberatung auf Muster 16 bei Diätassistenten verordnet werden. Ferner können gezielte Überweisungen sinnvoll sein, etwa zum Psychotherapeuten bei psychischer Grunderkrankung oder Depression oder zum Endokrinologen zur Abklärung hormoneller Ursachen [25].

- Die Entwicklung strukturierter Versorgungsprogramme zum Adipositasmanagement erscheint sinnvoll. Dabei sollte die hausärztliche Versorgungsrealität besonders berücksichtigt werden. Im Idealfall werden Hausärzte in die Lage versetzt, die zwei Hauptaufgaben der individuellen Beratung und therapeutischen Begleitung sowie der Koordination innerhalb einer multidisziplinären Adipositasversorgung zu übernehmen. Hierzu gehört nicht nur eine gezielte Schulung der therapeutisch Tätigen und eine bessere und systematischere Vernetzung der einzelnen Akteure, sondern auch eine angemessene Honorierung.

### Zusatzmaterial im Internet

([www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de))

#### Qualitative Leitfaden-Befragung

Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis

#### Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

#### Literatur

1. Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, Bleß HH (Hrsg.). Weißbuch Adipositas – Versorgungssituation in Deutschland. Berlin: MVG, 2016
2. World Health Organisation. The challenge of obesity in the WHO European Region and strategies for response. Kopenhagen, 2007
3. Mensink GB, Lampert T, Bergmann E. Overweight and obesity in Germany 1984–2003 Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 2005; 48: 1348–1356

4. Prospective Studies Collaboration. Body-Mass-Index and cause specific mortality in 900000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. Lancet 2009; 373: 1083–1096
5. Anderson DA, Wadden TA. Treating the obese patient. Suggestions for primary care practice. Arch Fam Med 1999; 8: 156–167
6. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity 2009; 17: 1–24
7. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions. Am J Prev Med 2002; 22: 267–284
8. Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaislavavicius V, Miseviciene I. Advising overweight patients about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. BMC Public Health 2006; 6: 30–36
9. Loureiro ML, Nayga RM. Obesity, weight loss and physician's advice. Soc Sci Med 2006; 62: 2458–2468
10. Simkin-Silverman LR, Gleason KA, King WC, et al. Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics. Prev Med 2005; 40: 71–82
11. Greiner KA, Born W, Hall S, et al. Discussing weight with obese primary care patients: physicians and patient perceptions. J Gen Intern Med 2008; 23: 581–587
12. Ruelaz A, Diefenbach P, Simon B, Lanto A, Arterburn D, Shekelle PG. Perceived barriers to weight management in primary care- perspectives of patients and providers. J Intern Med 2007; 22: 518–522
13. Huang J, Yu H, Marin E, Brock S, Carden D, Davis T. Physicians' weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. Acad Med 2004; 79: 156–161
14. Brotons C, Ciurana R, Pineiro R, et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Am J Clin Nutr 2003; 77 (suppl): 1048S–1051S
15. Ogden J, Baig S, Earnshaw G, et al. What is health? GPs and patients worlds collide. Patient Educ Couns 2001; 45: 265–269
16. Ogden J, Flanagan Z. Beliefs of the causes and solutions of obesity: A comparison of GPs and lay people. Patient Educ Couns 2008; 71: 72–78
17. Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G. Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. Br J Gen Pract 2006; 56: 666–672

18. Ärzte Zeitung. Krankenkassen fordern mehr strukturierte Behandlungsprogramme. [www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/adipositas/article/955042/adipositas-krankenkassen-fordern-strukturierte-behandlungsprogramme.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/adipositas/article/955042/adipositas-krankenkassen-fordern-strukturierte-behandlungsprogramme.html) (letzter Zugriff am 20.07.2019)
19. Wiesner S. Leitliniengerechte Therapie der Adipositas im Kontext der Versorgungsmöglichkeiten. In: Heintze C (Hrsg.). Adipositas und Public Health. Rahmenbedingungen, interdisziplinäre Zugänge und Perspektiven für erfolgreiche Präventionsstrategien. München: Juventa, 2010: 41–64
20. Kluge S. Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich, 1999
21. Metz U, Welke J, Esch T, Renneberg B, Braun V, Heintze C. Perception of stress and quality of life in overweight and obese people – implications for preventive consultancies in primary care. *Med Sci Monit* 2009; 15: 1–6
22. Wiesemann A, Barlet J, Engeser P, Kuth N, Müller-Bühl U. Verhaltensorientierte Beratungsstrategien für die Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2006; 82: 103–107
23. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med* 2011; 365: 1969–1979
24. Lau D, Klein R, Steinkohl M. Prävention durch fokussierte Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2003; 79: 234–237
25. Herbers J. Der Hausarzt als ‚Abnehm-Coach‘. [www.allgemeinarzt-online.de/archiv/a/der-hausarzt-als-abnehm-coach-1571807](http://www.allgemeinarzt-online.de/archiv/a/der-hausarzt-als-abnehm-coach-1571807) (letzter Zugriff am 20.07.2019)
26. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GPs’ attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity – a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 2011; 18: 9–14
27. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz, 2010

**Korrespondenzadresse**

**Dr. phil. Julian Wangler**  
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz  
Am Pulverturm 13  
55131 Mainz  
[julian.wangler@unimedizin-mainz.de](mailto:julian.wangler@unimedizin-mainz.de)

## IC KEYS HT 400

### Die formschöne hygienische Tastatur mit integriertem Touchpad

Die Tastatur ist staub- und wasserdicht und schnell zu desinfizieren.

99% aller Keime können mit Hilfe von alkoholarmen Desinfektionsmitteln im Handumdrehen beseitigt werden.

- Ergonomisch und kompakte Form
- Zeitloses Design
- Auch mit medizinischen Handschuhen bedienbar
- Integriertes Touchpad (keine externe Maus erforderlich)
- Betriebssystem: Android, Windows, Mac
- Anschluss: Bluetooth, Funk oder USB

Art. Nr. CD101406  
statt € 269,90 € 239,00

#### IC Mouse (Funkmaus)

Kabellose, hygienische Funkmaus optional bestellbar

Art. Nr. CD101209 € 47,00



**Aktionspreis**  
statt € 269,90  
**€ 239,-**

Alle Preise verstehen sich zzgl. MwSt.  
Wir liefern versandkostenfrei.

 [www.cedip.de](http://www.cedip.de)

 02234 7011-555

 [service@cedip.de](mailto:service@cedip.de)

 02234 7011-556

**CEDIP**  
Verlagsgesellschaft mbH

### Qualitative Leitfaden-Befragung: Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis

- Worin sehen Sie häufige **Ursachen**, wenn Menschen von Adipositas betroffen sind? (Was für eine Rolle spielen Ihrer Einschätzung nach **psychosoziale Probleme**?)
- Wie häufig haben Sie im **Praxisalltag mit Patienten zu tun**, die von Adipositas betroffen sind? Hat ihre Zahl in den letzten Jahren zugenommen?
- Inwiefern **suchen betroffene Patienten Sie speziell wegen ihrer Adipositas auf**, inwiefern kommen sie aus anderen Gründen zu Ihnen in die Sprechstunde, sodass das Thema vielleicht eher beiläufig zur Sprache kommt?
- Sprechen betroffene Patienten ihre Adipositas in der Regel **von sich aus an**, oder tun Sie dies? Gibt es einen Punkt, ab dem Sie betroffene Patienten auf ihr Übergewicht ansprechen?
- Inwiefern sehen Sie den **Hausarzt als primären Ansprechpartner** zur Behandlung von Adipositas? Sind solche Patienten in der Regel für das Krankheitsmanagement **beim Hausarzt richtig aufgehoben** oder sollten sie eher an Spezialisten (z.B. Diabetologe, Ernährungs(medizinische)-Berater) überwiesen werden?
- **Wie häufig beraten** Sie Patienten mit Adipositas, ich meine Lebensstil- und Gewichtsberatung? Inwiefern überweisen Sie Patienten zur Lebensstil- oder Gewichtsberatung bzw. zum Krankheitsmanagement an einen Facharzt oder eine bestimmte Einrichtung? **Wohin überweisen Sie** diese Patienten?
- Schlagen Sie in der Regel ein Krankheitsmanagement (Lebensstilveränderung) vor oder bittet Sie der Patient darum?
- **Wie leicht oder schwer** lassen sich betroffene Patienten auf ein Adipositasmanagement bzw. eine Therapie ein? Wie reagieren sie, wenn Sie sie auf ihr Übergewicht ansprechen und eine Gewichtsreduktion/Lebensstilveränderung empfehlen? (Verhalten, Motivation, Bereitschaft)
- Haben Sie eine bestimmte **Strategie**, um Patienten zu einer Lebensstilveränderung bzw. Therapie zu motivieren? Was ist dabei besonders wichtig?
- Was sind im Praxisalltag aus Ihrer Sicht sinnvolle **Anlässe/Gelegenheiten** für eine Lebensstil-/Gewichtsberatung? (z.B. Check-up)
- Welche **Inhalte** sollte eine Lebensstil-/Gewichtsberatung umfassen?
- Was sind Ihrer Einschätzung bzw. Erfahrung nach vielversprechende Strategien, um eine Gewichtsreduktion bei Adipositaspatienten zu erreichen?



- Haben Sie bestimmte Vorgehensweisen/Strategien, um speziell die **Motivation und Compliance zu fördern**? (partnerschaftliches Handeln wichtig, Vermeiden von Erfolgsdruck, Abholen des Patienten bei seiner eigenen Motivation)
- Inwiefern verweisen Sie Adipositaspatienten auf externe **Hilfs- und Unterstützungsangebote** (Ernährungsberatungen, Bewegungsangebote, psychosoziale Angebote, Weight Watchers, Angebote der Krankenkasse, Selbsthilfegruppen)? Inwiefern verweisen sie auf **andere Hilfsmittel**?
- Sind **chirurgische Maßnahmen** etwas, das Sie Adipositaspatienten grundsätzlich nahe legen würden? Warum (nicht)? Unter welchen Umständen käme dies für Sie in Frage?
- Inwiefern orientieren Sie sich bei Beratung/Management an **Leitlinien** zur Adipositasprävention und -therapie oder an DEGAM-Praxisempfehlungen? Wie nützlich sind diese?
- Worin bestehen Ihrer Meinung nach die **größten Herausforderungen** beim Management von Adipositas?
- Wie würden sie aus Ihrer Erfahrung **mittel- und längerfristige Effekte** therapeutischer Maßnahmen beurteilen? Worin sehen Sie die Gründe für ggf. unbefriedigende Ergebnisse?
- Wie leicht oder schwer ist es als Hausarzt, von Adipositas betroffene Patienten zu einer spürbaren Gewichtsreduktion zu bewegen, also **erfolgreich beim Krankheitsmanagement** zu sein?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit dem **Verlauf und den Ergebnissen von Adipositastherapien** gemacht? Sind Sie mit den Resultaten zufrieden gewesen? Wie würden Sie die Compliance und Beratungs-/Therapieadhärenz von Adipositaspatienten beurteilen?
- Wie gestaltet sich Ihrer Erfahrung nach die **Zusammenarbeit** von Hausarztpraxen **mit anderen Fachärzten** (Diabetologen, Ernährungsmediziner), wenn es um das Management von Adipositas geht? Wo sehen Sie ggf. Probleme und Verbesserungspotenzial?
- Inwiefern kennen Sie sich mit den **Versorgungsstrukturen** speziell zur Betreuung und Behandlung von Adipositaspatienten aus?
- **Inwiefern arbeiten Sie** bei der Betreuung von Adipositaspatienten **mit anderen Einrichtungen/Diensten/Gesundheitsangeboten zusammen**?
- **Welche Maßnahmen würden Ihrer Meinung nach helfen**, dass Adipositaspatienten besser und effektiver durch den Hausarzt gemanaget/behandelt werden können? Was müsste verändert oder verbessert werden?