

Präv Gesundheitsf 2021 · 16:273–281  
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00812-x>  
 Eingegangen: 6. Mai 2020  
 Angenommen: 12. September 2020  
 Online publiziert: 9. Oktober 2020  
 © Der/die Autor(en) 2020



Julian Wangler<sup>1</sup> · Michael Jansky

<sup>1</sup> Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

# Betreuungsbedürfnisse von Patienten mit Übergewicht und Adipositas in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Interviewstudie

**Die Beratung und das Management von Übergewichtsproblematiken sind Aufgaben, für die Hausärzte günstige Voraussetzungen mitbringen. Bislang liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse vor, welche Erfahrungen übergewichtige und adipöse Patienten mit der hausärztlichen Betreuung gemacht haben und welche Betreuungsbedürfnisse und Wünsche sie an Hausärzte herantragen. Eine Interviewstudie liefert Hinweise, dass die Potenziale der Primärversorgung für das Adipositasmanagement derzeit nicht ausgeschöpft werden können und leitet Ansatzpunkte für eine Optimierung ab.**

In den letzten Jahren ist Adipositas als chronische Erkrankung verstärkt in den Blick gerückt [7, 14, 38]. Aktuellen Zahlen für Deutschland zufolge 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>, [14, 19]). 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 Herzerkrankungen und ca. 55 % der hypertensiven Erkrankungen we-

sentlich beteiligt ist [23, 33]. Zudem korrespondiert das Krankheitsbild mit erheblichen psychischen Belastungen [1, 25, 38]. Eine große Metastudie internationaler evidenzbasierter Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Gewichtsproblemen hat ergeben, dass die meisten Leitlinien zum Schluss kommen, Übergewicht und Fettleibigkeit im Sinne einer chronischen Krankheit multidisziplinär zu behandeln [27]. Hierbei sollte der BMI als Routineindikator einbezogen werden. Ein multifaktorielles, umfassendes Lebensstilprogramm, das eine verringerte Kalorienaufnahme, eine erhöhte körperliche Aktivität und Maßnahmen zur Unterstützung von Verhaltensänderungen für mindestens 6 bis 12 Monate umfasst, wird empfohlen [7]. Nach der Gewichtsreduktion sind langfristige Maßnahmen zur Gewichtserhaltung erforderlich. Zusammenfassend bestand in internationalen, evidenzbasierten Leitlinien erhebliche Übereinstimmung darüber, dass ein Management von Übergewicht und Adipositas als Teil der Grundversorgung durchgeführt werden sollte.

Gerade die hausärztliche Versorgung ist bedeutend, wenn es darum geht, übergewichtige und adipöse Patienten zu beraten und zu managen [37]. Hausärzte sind oft langjährig mit ihren Patienten vertraut, sodass anzunehmen ist, dass sich ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bei dem sensiblen

Thema Übergewicht positiv auf eine Behandlung auswirken kann [5, 6].

Abgesehen von der Beratungs- und Unterstützungstätigkeit bieten sich Hausärzten verschiedene Optionen, die dem Ziel der Gewichtsreduktion durch Lebensstiländerungen dienen [17]. Hierzu zählen diätetische und bewegungstherapeutische Beratung, therapeutische Interventionen oder auch die Vermittlung zu externen Hilfsangeboten. Patienten, die besonderer psychosozialer Stabilisierung bedürfen, können einer psychologischen Intervention zugeführt werden. Medikamentöse und chirurgische Therapieoptionen können zusätzlich in Betracht gezogen werden [14].

## Adipositasversorgung aus hausärztlicher Sicht

Bisherige internationale Studien deuten darauf hin, dass Hausärzte sich zwar der Bedeutung der primärärztlichen Übergewichts- und Adipositasbetreuung bewusst sind [3]. Allerdings bestehen bei ihnen oft negative Einstellungen gegenüber stark übergewichtigen Patienten (z. B. Unterstellung von fehlender Willensstärke; [4, 11, 13]). Entsprechend konnte bei einem Teil der Allgemeinärzte eine mangelnde Überzeugung von der Wirksamkeit von Ernährungs- oder Bewegungstherapien festgestellt werden. Infolge unterschwelliger Stereotypisierungen kommt es beim Krankheitsbild Adipositas zu unsensibler und inkonse-

Fragebogen: Wangler/Jansky, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz

**Tab. 1** Soziodemografische Beschreibung des Samples ( $n = 16$ )

Alter	Ø 48 Jahre
Geschlecht	10 weiblich, 6 männlich
BMI	Ø 28 kg/m <sup>2</sup> , davon 7 > 30 kg/m <sup>2</sup> ; Spannweite: 8,5
Wohn- umgebung	7 groß- und mittelstädtisch, 9 kleinstädtisch-ländlich

*BMI* Body Mass Index

quenter ärztlicher Kommunikation [5]. Oft scheinen Hausärzte eine eher passive Rolle vorzuziehen und sehen die Verantwortung für eine Gewichtsreduktion primär aufseiten des Patienten [21, 22]. Damit einhergehend, werden Therapiepläne zur Gewichtsreduktion stark einzelfallabhängig aufgestellt [29]. Als weitere Ursachen für die Reserviertheit von Hausärzten beim Adipositasmanagement wird ein Mangel an adäquaten Strukturen und Programmen diskutiert [2, 10, 20].

## Adipositasversorgung aus Patientensicht

In Bezug auf die Bereitschaft von übergewichtigen und Adipositaspatienten, sich hausärztlich beraten und ggf. therapeutisch begleiten zu lassen, gehen die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen stark auseinander. So zeigen etwa Erhebungen in australischen und israelischen Praxen, dass Patienten ihrem Hausarzt eine wichtige Mediatorfunktion in Bezug auf das Gewichtsmanagement zuschreiben, eine regelmäßige hausärztliche Beratung zu Ernährungsfragen und Bewegungsaktivität begrüßen sowie eine hohe Bereitschaft zur Lebensstiländerung zeigen [8, 31]. In mehreren Arbeiten wird konstatiert, dass Übergewichtige, die von ihrem Hausarzt bezüglich ihres Gewichts beraten wurden, häufiger um Abnahme bemüht waren [15, 17].

Erhebungen in den USA zeigen demgegenüber, dass Patienten wenig Interesse an Beratungsangeboten haben und ärztliche Versuche, eine Lebensstiländerung zu initiieren, häufig nicht angenommen werden [26]. Häufig sprechen Patienten in der Sprechstunde das Thema Übergewicht nicht von selbst an, sondern er-

warten entsprechende Hinweise durch ihren behandelnden Arzt [32]. Weitere Arbeiten stellen fest, dass Adipositaspatienten oftmals mit der Betreuung durch ihren Hausarzt unzufrieden sind. So wird in vielen Fällen moniert, dass die Diagnose von Übergewicht und Adipositas nicht mit konkreten Ratschlägen oder Handlungsanweisungen zu Ernährung und körperlicher Betätigung verbunden wird [9, 28].

## Erkenntnisinteresse

Jenseits einzelner internationaler Befunde fehlen für den deutschsprachigen Raum aktuelle Studien, die das hausärztliche Übergewichts- und Adipositasmanagement fokussieren. Insbesondere die Erfahrungen und Betreuungsbedürfnisse von Patienten sind dabei kaum beleuchtet worden. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie übergewichtige und adipöse Patienten die hausärztliche Betreuung erleben und welche Bedürfnisse und Wünsche sie in Bezug auf das Adipositasmanagement haben. Mithilfe der Erkenntnisse sollen Ansatzpunkte für eine Optimierung der primärärztlichen Versorgung bestimmt werden.

## Methodik

### Leitfaden und Rekrutierung

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein semistrukturierter Leitfaden erstellt. Dies erfolgte zum einen auf Basis einer einschlägigen Literaturrecherche, zum anderen unter Berücksichtigung einer Vorstudie [36]. Themen waren die Bedeutung des Hausarztes für die Adipositasprävention, Inhalt und Form der hausärztlichen Beratung, Wirkung und Beurteilung der Beratung, mögliche Therapien, generelle Betreuungsbedürfnisse und Möglichkeiten zur Verbesserung der hausärztlichen Betreuung (s. Anhang).

Die Rekrutierung der Interviewten erfolgte über 12 Online-Gesundheitsforen mit Schwerpunkt Übergewicht. Hierzu wurde ein Aufruf gestartet, bei dem über das allgemeine Thema Auskunft gegeben wurde. Personen, die bereit waren, für ein Interview zur Verfügung zu stehen (kei-

ne Incentives), konnten sich über eine hinterlegte E-Mail-Adresse melden.

Nach freiwilliger Meldung der interessierten Personen (insgesamt 21 Personen aus 8 der 12 Foren) wurden vorab Größe, Gewicht, Alter, Geschlecht und Wohnumgebung erhoben. Einschlusskriterium war, dass bei den zu gewinnenden Personen in den letzten 2 Jahren von einem Arzt oder anderen Gesundheitsakteur deutliches Übergewicht, definiert als BMI >25 kg/m<sup>2</sup>, festgestellt wurde. Das aktuelle Gewicht war kein Ein- oder Ausschlusskriterium, da auch Patienten, die in der Zwischenzeit ihr Gewicht reduzieren konnten, als wertvolle Gesprächspartner angesehen wurden.

Insgesamt wurden aus dem Pool der 21 Interessenten die 16 Probanden mit dem höchsten angegebenen Körpergewicht ausgewählt und für die Studie rekrutiert; weitere Selektionskriterien wurden nicht angewandt. Die Limitierung auf 16 Interviews begründet sich zum einen mit der begrenzten Zahl von avisierten Gesprächen im Rahmen der qualitativ-explorativen Studie, zum anderen mit der dargelegten Bevorzugung von adipösen und stark übergewichtigen Patienten aufgrund des Fokus der Studie.

### Durchführung und Sample

Alle Interviews wurden im Wechsel von den Autoren im Zeitraum zwischen September 2019 und April 2020 durchgeführt (in 10 Fällen telefonisch, in 6 Fällen per Chat). Neben einem telefonischen Interview wurde auch die Möglichkeit angeboten, ein Interview per Chat zu führen. Hierbei war der Gedanke, dass bei einem sozial sensiblen Thema wie Übergewicht und Adipositas Befragte über die stärkere Anonymität des Chatinterviews eher bereit sind, wahrheitsgemäß über ihre Situation und Erfahrungen der ärztlichen Betreuung Auskunft zu geben als am Telefon. Letztlich haben sich 10 Personen für ein telefonisches Interview entschieden, in 6 Fällen erfolgte das Interview per Chat. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 30 und 65 min.

Im Vorfeld erhielten die Interviewten eine Aufklärung über das Gesprächsthema sowie eine Einverständniserklärung. Diese beinhaltete die Zusicherung einer

J. Wangler · M. Jansky

## Betreuungsbedürfnisse von Patienten mit Übergewicht und Adipositas in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Interviewstudie

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Hausärzten wird große Bedeutung zugeschrieben, wenn es darum geht, übergewichtige und adipöse Patienten zu beraten und zu managen. Auf Basis eines langfristigen Arzt-Patient-Verhältnisses bieten sich Allgemeinmediziner vielfältige Handlungsmöglichkeiten, um Übergewichtsproblematiken zu behandeln. **Ziel der Arbeit.** Die Studie geht der Frage nach, welche Erfahrungen übergewichtige und Adipositaspatienten mit der hausärztlichen Betreuung gemacht haben und welche Bedürfnisse sie an Hausärzte herantragen. Mithilfe der Ergebnisse werden Ansatzpunkte für eine Optimierung des primärärztlichen Settings bestimmt. **Material und Methoden.** Über 12 Online-Gesundheitsforen wurden insgesamt 16 von Übergewicht betroffene Personen rekrutiert, mit denen zwischen September 2019 und

April 2020 qualitative Interviews geführt wurden.

**Ergebnisse.** Die Interviewten sehen den Hausarzt als zentralen Ansprechpartner zur Beratung und Unterstützung bei Gewichtsproblemen an. Der Rat des Hausarztes wird mit einer erhöhten Bereitschaft verbunden, sich mit der Verringerung des eigenen Gewichts zu befassen. Dennoch zeigen sich aus Sicht der Befragten verbreitete Schwachpunkte: 1) beiläufige oder verzögerte Feststellung von Übergewicht, 2) Ausbleiben einer kontinuierlichen Gewichtsberatung, 3) keine Vereinbarung von konkreten Zielen, 4) fehlende Verweise auf Hilfsangebote, 5) unsensible Gesprächsführung. Nur ein Teil der Interviewten, die ihr Gewicht nachhaltig verringern konnten, führt diese Erfolge auf die hausärztliche Unterstützung zurück.

**Diskussion.** Hausärzte sollten bestärkt werden, Übergewicht konsequent zu thematisieren. Zudem sollten konkrete, realistische Empfehlungen zur Gewichtsabnahme formuliert werden. Dabei ist eine kontinuierliche, motivierende Gesprächsführung entscheidend. Anzuregen wäre zudem eine fokussierte Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Hausarztpraxis. Hausärzte sollten Patienten je nach Bedarf in ein Netzwerk weiterer Hilfen einbinden. Die Entwicklung hausarztkonformer Versorgungsstrukturen zum Adipositasmanagement sollte vorangetrieben werden.

### Schlüsselwörter

Adipositas · Übergewicht · Fettleibigkeit · Hausarzt · Therapie · Management

## Care needs of obese patients in primary care—findings from an interview study

### Abstract

**Background.** General practitioners (GPs) are considered to be of great importance when it comes to advising and managing overweight and obese patients. On the basis of a long-term physician–patient relationship, GPs have a wide range of options for treating obesity problems. **Objectives.** The study investigates the question of what experiences obese patients have had with primary care and what needs and wishes they articulate. The results are used to determine starting points for an optimization of the primary care setting. **Materials and methods.** A total of 16 overweight people were recruited through 12 online health forums. Qualitative interviews were conducted between September 2019 and April 2020.

**Results.** The interviewees consider the GP to be the central contact for advice and support for weight problems. The GP’s advice is associated with an increased willingness to deal with the reduction of one’s weight. Despite this positive perception, from the point of view of the interviewees, there are common weaknesses: (1) casual or delayed detection of overweight, (2) lack of continuous weight advice, (3) no agreement on specific goals for weight loss, (4) missing references to offers of help and support, (5) insensitive conversation. Only a portion of the interviewees who were recently able to reduce their weight sustainably attribute this success to the support given by the GP. **Discussion.** GPs should be encouraged to address obesity consistently. In addition,

specific, realistic recommendations for weight loss should be formulated. Continuous, motivating discussion is crucial. It would also be useful to have a focused diet and exercise consultation in the GP’s office. Furthermore, GPs should be encouraged to involve patients in a network of additional help as needed. The development of structured obesity management programs that take into account the reality of primary care should be promoted.

### Keywords

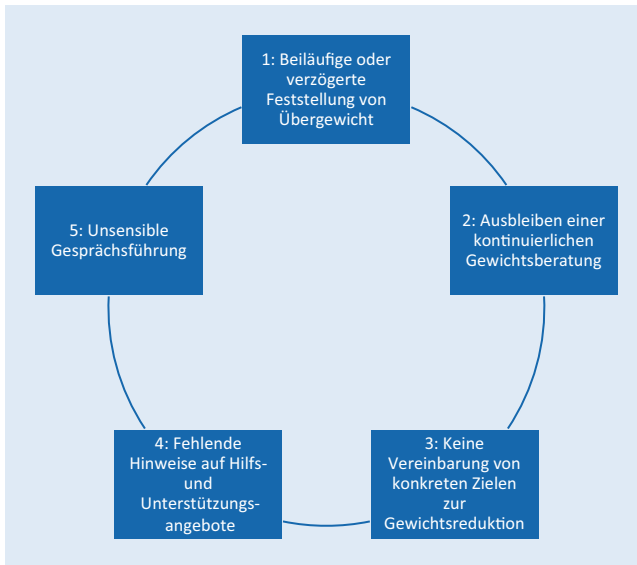
Obesity · Overweight · Family physician · Therapy · Management

strikten Pseudonymisierung sowie einer Löschung der Gesprächsaufzeichnungen bzw. Chatprotokolle nach Abschluss der Auswertung. Die **Tab. 1** zeigt das gewonnene Sample.

## Auswertung

Die im Anschluss an die Datenerhebung erstellten Transkripte wurden im Team mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [18] ausgewertet (unter Verwendung der Software MAXQDA). Zunächst wurden die bedeutungstragenden Grundaussagen herausgearbei-

tet, anschließend weiter abstrahiert und zusammengefasst und schließlich ein Kategoriensystem erstellt, das sich eng am Leitfaden orientierte (deduktives Vorgehen) und mit Fortgang der Auswertung wiederholt geprüft und ggf. modifiziert wurde. Im Mittelpunkt stand dabei, die unterschiedlichen Erfahrungen, Sichtweisen und Bedürfnisse logisch zu ka-



**Abb. 1** ◀ Identifizierte Problemfelder der hausärztlichen Adipositasbetreuung

tegorisieren. Als „reporting statement“ wurde COREQ herangezogen [34].

Das erstellte Kategoriensystem gliedert sich in fünf Hauptkategorien (Subkategorien in Klammern):

1. Hausärztliche Rolle bei Betreuung und Behandlung von Patienten mit Übergewichtsproblemen (a) Eignung des Hausarztes; b) Bereitschaft zur Umsetzung hausärztlicher Empfehlungen).
2. Erfahrungen mit hausärztlicher Betreuung (a) Anlass für Gewichtsberatung; b) Initiator der Gewichtsberatung; c) Intervalle bzw. Regelmäßigkeit der Gewichtsberatung).
3. Inhalt der Gewichtsberatung (a) Identifizierung von Ursachen; b) Aufklärung über Übergewichtsfolgen; c) Vereinbarung von Abnehmzielen/-strategien; d) Therapieplan und Erfolgskriterien; e) Ernährungsberatung; f) Bewegungsberatung; g) weitere Angebote bzw. Hilfen).
4. Zufriedenheit mit hausärztlicher Betreuung (a) Beurteilung von Verhalten und Kommunikation; b) Beurteilung des zeitlichen Engagements; c) Berücksichtigung eigener Vorstellungen; d) Beurteilung des Abnahmekonzepts; e) ärztliche Reaktionen und Zieladjustierung; f) Implikationen für eigene Motivation; g) Umsetzung und Erfolg von Gewichtsreduktion).

5. Artikulierung von Betreuungsbedürfnissen (a) Schwerpunkte und Art der hausärztlichen Unterstützung; b) Ansatzpunkte für Verbesserungen; c) Förderung von Arzt-Patient-Beziehung und Motivation).

## Ergebnisse

### Hausärztliche Rolle bei Betreuung und Behandlung von Übergewichtsproblemen

Prinzipiell sehen sämtliche Befragte den Hausarzt als richtigen Ansprechpartner, Patienten in Fragen der Prävention von Übergewicht und damit verbundenen Risikofaktoren zu beraten und ggf. therapeutische Maßnahmen zu ergreifen. Viele Interviewte betonen, dass der Hausarzt am besten in der Lage sei, Patienten „bei der eigenen Situation abzuholen“ (I-1m) und sie auf Grundlage eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses langfristig bei der Übergewichtsbewältigung zu unterstützen.

„Wenn es einen Arzt gibt, der mich kennt und weiß wie ich ticke, [...] welche Probleme ich habe und so weiter, [...] dann ist es doch der Hausarzt.“ (I-5w; Kategorie 1a)

Nach Meinung der meisten Befragten ( $n = 12$ ) haben der Rat und die Hilfestellung des eigenen Hausarztes mit Blick auf die Erreichung einer Gewichtsreduk-

tion und die Förderung eines gesunden Lebensstils einen größeren Stellenwert als die Empfehlungen anderer Ärzte oder Gesundheitsakteure.

### Erfahrungen mit hausärztlicher Betreuung

Im Zuge der Durchführung der Interviews konnten mehrere Problemfelder der hausärztlichen Versorgung bei der Betreuung von übergewichtigen und Adipositaspatienten identifiziert werden (▣ Abb. 1).

Es geben 15 der 16 Interviewten an, mit ihrem aktuellen oder einem früheren Hausarzt bereits über ihr Gewicht gesprochen zu haben. Als Anlässe für eine Gewichtsberatung werden teilweise Check-up-Untersuchungen genannt, in Einzelfällen auch die Teilnahme an einem Disease-management-Programm oder eine Diabetesbehandlung. Der größte Teil bekundet jedoch, dass es keinen konkreten Anlass gegeben habe und das Gewicht eher beiläufig zur Sprache gekommen sei (▣ Abb. 1, 1).

„Ehrlich gesagt war das so ein bisschen Zufall, dass wir da darüber geredet haben.“ (I-9w; Kategorie 2a)

Neun Befragte geben an, der Arzt habe ursprünglich die Initiative ergriffen und das Übergewicht thematisiert; 6 weitere Personen sind hingegen auf den Hausarzt zugegangen.

„Ich bin ja schon lange bei meinem Arzt, aber er hat mich nie offen darauf angesprochen. [...] Wir sind einfach irgendwann darüber gestolpert.“ (I-11w; Kategorie 2b)

Nach Angabe von 6 Personen fand die Gewichtsberatung einmalig statt, bei 3 Personen mehr als einmal, 6 Befragte geben an, der Austausch zu Fragen des Übergewichts sei seit der ersten Thematisierung zu einem wiederkehrenden Gesprächsinhalt geworden. Allerdings räumt eine Mehrheit ( $n = 10$ ) ein, dass Gespräche zur Gewichtssituation eher oder stark unregelmäßig stattfinden und oft nicht absehbar sei, wann das Thema wieder zur Sprache kommt (▣ Abb. 1, 2).

## Inhalt der Gewichtsberatung

Auf negative Folgen des Übergewichts wurde in fast allen Fällen ( $n=14$ ) durch den Hausarzt hingewiesen. Nach Feststellung des Übergewichts war ein Teil der Ärzte ( $n=7$ ) darum bemüht, mögliche Ursachen zu ergründen, um somit besser auf individuelle Bedürfnisse eingehen zu können.

*„Nein, da hat er nicht genauer nachgefragt. Er ist dann sehr schnell übergegangen zur Empfehlung.“ (I-9w; Kategorie 3a)*

Ausgehend von der Übereinkunft zwischen Arzt und Patient, dass eine Gewichtsreduktion angestrebt werden soll, schildert eine Mehrheit ( $n=11$ ), dass eine maßvolle Verringerung des Gewichts empfohlen wurde mit dem Ziel, das neue Gewicht zu halten. Allerdings berichten lediglich 3 Personen, dass konkrete Ziele vereinbart wurden. Auch blieb zumeist offen, in welchem Zeitraum Fortschritte erzielt werden sollten (vgl. [Abb. 1, 3](#)).

Zwölf Interviewte berichten, dass eine allgemeine Ernährungsberatung erfolgte. Häufig empfahlen die Ärzte eine kalorienarme Ernährung und gaben konkrete Ratschläge wie z. B. auf bestimmte Nahrungsmittel zu verzichten oder bestimmte Produkte zu ersetzen („viel Gemüse, wenig Fleisch“). Anderen Patienten wurde nahe gelegt, die Nahrungsmenge zu verringern und den Essrhythmus („regelmäßige Essgewohnheiten“) oder auch die „Esskultur“ („bewusst essen“) umzustellen. Vereinzelt ( $n=3$ ) händigte der Hausarzt einen Diätplan aus. In einem Fall wurde eine App zur speziell zur Ernährungsumstellung empfohlen. Jenseits der eigentlichen Konsultation und vereinzelter Maßnahmen wie Diätplänen haben die Ärzte eher selten zusätzliche Hilfs- und Unterstützungsangebote empfohlen. 3 Personen nennen Verweise zur Ernährungsberatung, Krankenkassenangeboten, Selbsthilfegruppen, speziellen Kochkursen oder Kuraufenthalten.

Während auf die Ernährung vergleichsweise oft eingegangen wurde, erinnert sich lediglich ein kleinerer Teil der Befragten an eine Bewegungsberatung. Jenseits allgemeiner Hinweise auf die Wichtigkeit von regelmäßiger Bewe-

gung schildern 5 Befragte Vorschläge zu körperlichen Aktivitäten (z. B. Zulegen eines Heimtrainers, Herzsportgruppe, Schwimmen, Walken). Konkrete Hinweise zur Frequenz und Intensität von sportlichen Aktivitäten gab es kaum. 2 Personen bekunden, vom Hausarzt an konkrete Hilfsangebote verwiesen worden zu sein (z. B. Gesundheits-Fitnesscenter, VHS-Kursangebote).

## Zufriedenheit mit hausärztlicher Betreuung

Die meisten Befragten ( $n=9$ ) bewerten positiv, dass der Hausarzt grundsätzlich Hilfsbereitschaft signalisiert habe, auf die Risikofaktoren von zu großem Übergewicht hingewiesen habe und auf Rückfragen eingegangen sei. Zudem wurde ein partnerschaftliches Verhältnis gelobt ( $n=8$ ).

*„Das Vertrauen ist da einfach sehr groß, ja. Also die Voraussetzungen stimmen schon mal.“ (I-3m; Kategorie 4a)*

In Bezug auf die tatsächlich erfolgte hausärztliche Betreuung üben viele Befragte indes Kritik. Besonders stark wird geäußert, dass keine kontinuierliche Begleitung erfolgt sei; oft sei es bei einem oder zwei vergleichsweise kurzen Gesprächen zum Thema Übergewicht geblieben (vgl. [Abb. 1, 2](#)).

*„Das war irgendwie so ‚Einmal und dann nie wieder‘. So hat es einfach nicht viel gebracht.“ (I-7m; Kategorie 4b)*

Ein ebenfalls stark verbreiteter Kritikpunkt, der auch von denjenigen Befragten vorgebracht wird, bei denen der Hausarzt konkrete Maßnahmen zur Gewichtsreduktion angeregt hat, bezieht sich auf eine Abwesenheit von Erfolgskriterien. Da es jenseits allgemeiner Empfehlungen keine zu erreichenden Ziele gegeben habe, habe ihnen ein Orientierungsmaßstab gefehlt und ein motivierendes Element (vgl. [Abb. 1, 3](#)).

*„Es hätte mir doch sehr geholfen, wenn ich gewusst hätte, wann ich was erreichen soll.“ (I-12m; Kategorie 4d)*

*„Was mir wirklich am meisten gefehlt hat, war wohin die Reise geht. [...] Sonst bleibt man nicht am Ball.“ (I-14w; Kategorie 4d)*

Fünf Befragte hatten nach eigener Aussage in den letzten Jahren bzw. Monaten Erfolg damit, ihr Gewicht spürbar und nachhaltig zu reduzieren. Auf die hausärztliche Unterstützung wird dies von 2 Personen zurückgeführt. Ein großer Teil der Befragten ( $n=9$ ) kommt auf eine aus ihrer Sicht mangelnde therapeutische Begleitung zu sprechen. Abgesehen von einer allgemeinen Beratung habe es an einem „zusammenhängenden, klaren Konzept (gefehlt), wie die Pfunde purzeln sollen“ (I-1m).

*„Therapie kann man das nicht nennen. Nur ein ‚Sie sollten dies und könnten das machen‘“ (I-15m; Kategorie 4d)*

Zudem haben die Hausärzte aus Sicht einer Mehrheit der Befragten ( $n=10$ ) im Prozess der Betreuung zu wenig ergänzende Angebote unterbreitet, welche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten es für ein kontinuierliches Abnehmen und eine Steigerung der Fitness in örtlicher Nähe gibt (vgl. [Abb. 1, 4](#)).

*„Nein, da kam viel zu wenig. Mir schien, dass er sich mit solchen Kursen auch nicht auskennt, also was es da an Möglichkeiten gibt.“ (I-9w; Kategorie 4d bzw. e)*

*„Habe mich da doch etwas abgespeist gefühlt. ‚Machen Sie irgendeinen Kurs‘. Ja welchen denn? Was? Wo gibt es hier was?“ (I-15m; Kategorie 4d bzw. e)*

Fünf Befragte erwähnen, dass es ihrem Empfinden nach gelegentlich von hausärztlicher Seite an Empathie im Umgang mit der Gewichtssituation gefehlt habe (vgl. [Abb. 1, 5](#)). So werden Situationen geschildert, in denen grobes, überhebliches oder beleidigendes Verhalten der Ärzte deutlich wird. In einem Fall hat dieses stigmatisierende Auftreten zum Abbruch der Arzt-Patient-Beziehung geführt.

*„Ich hatte das Gefühl, der hat seine Witzchen mit mir gemacht, so nach dem Motto: Unter Ihnen bricht bald alles zusammen, wenn Sie so weitermachen.“ (I-10w; Kategorie 4a)*

Weiter wird eine weitgehende Passivität von Ärzten beschrieben ( $n=7$ ), die dazu geführt habe, dass die Patienten sich mit ihrem Gewichtsproblem allein gelassen fühlten. Dies wird teilweise mit negativen

Einstellungen der Behandler gegenüber stark übergewichtigen Patienten in Verbindung gebracht ( $n = 3$ ).

„Patienten wie wir erleben das schon mal [...]: Ärzte, die uns nicht viel zutrauen. Die Dicken kriegen es nicht auf die Reihe, die können keinen Verzicht üben.“ (I-7m; Kategorie 4a)

## Betreuungsbedürfnisse

Unabhängig von der tatsächlich erlebten Betreuung befürwortet ein Großteil der Interviewten ein aktives Vorgehen von Allgemeinärzten beim Umgang mit übergewichtigen Patienten. Befürwortet wird eine offene, aber höfliche und sensible Ansprache.

Zentral sind für nahezu alle Befragten kontinuierliche Gespräche, die der fortlaufenden Beratung und nicht zuletzt der Motivation dienen. Die Zeitabstände sollten dabei idealerweise wenige Wochen betragen, um z. B. Gründe für einen Misserfolg rechtzeitig analysieren zu können und neue Ansätze auszuprobieren.

„Wenn es diese Termine nicht gibt, dann verliert man das schnell aus den Augen und lässt die Dinge schleifen.“ (I-5w; Kategorie 5a)

Die Interviewten legen großen Wert auf die Vereinbarung handfester Ziele (zu verringerndes Gewicht, Zeitraum) und Maßnahmen. Dabei sollten die Handlungsschritte so gewählt werden, dass sie den Befindlichkeiten und Interessen von Patienten entgegenkommen.

„Ich wünsche mir ein maßgeschneidertes Programm zur Ernährung oder Bewegung, wie ich langsam, aber sicher abnehmen kann. Und auch Ziele, an denen ich mich messen kann.“ (I-14w; Kategorie 5b)

Die Befragten artikulieren einen Wunsch nach Verweisen oder Vermittlungen zu Hilfsangeboten, seien es Krankenkassenangebote, Fitnesskurse oder Selbsthilfegruppen. Der Hausarzt wird als gute Plattform angesehen, von der aus für solche flankierenden Angebote sensibilisiert werden kann.

„Wenn mir mein Arzt solche Kurse emp-

fehlt, würde ich das auf jeden Fall sehr viel eher annehmen als wenn ich irgendwo davon höre.“ (I-15m; Kategorie 5a)

## Diskussion

### Zusammenfassung und Befunde anderer Studien

Die Interviews zeigen, dass übergewichtige und Adipositaspatienten Hausärzte als zentrale Ansprechpartner in Fragen der Beratung, Unterstützung und Therapie betrachten. Allgemeinärzte werden mit dem Potenzial verbunden, angemessen und kontinuierlich auf die individuellen Bedürfnisse entsprechender Patienten einzugehen. Aufgrund dieser Voraussetzungen signalisiert ein beträchtlicher Teil der Interviewten, eine erhöhte Bereitschaft zur Gewichtsreduktion zu verspüren, wenn der Hausarzt beratend, motivierend und verweisend tätig ist [15, 17].

Trotz dieser grundsätzlich positiven Wahrnehmung der hausärztlichen Rolle zeigt sich anhand der Studienergebnisse eine Reihe von Schwachpunkten. So werden Übergewichtsprobleme oft eher beiläufig festgestellt bzw. erst verzögert thematisiert. Zudem erleben viele Patienten es als problematisch, dass kaum ein regelmäßiger Austausch zur eigenen Gewichtssituation stattfindet und sich Hausärzte häufig auf eine eher allgemeine Ernährungs- und/oder Bewegungsberatung beschränken. Als durchaus erhebliches Defizit für die eigene Orientierung und Motivation wird vielen Fällen empfunden, dass keine konkreten Abnehmziele vereinbart werden. Hinzu kommt ein eher situationsabhängiger Verweis auf bestehende Unterstützungsangebote für übergewichtige Patienten. Erschwerend für das Arzt-Patient-Verhältnis wird in Einzelfällen ein unsensibles Verhalten mancher Ärzte geschildert, das bei den entsprechenden Patienten das Gefühl erzeugt hat, der Arzt traue ihnen die notwendige Disziplin nicht zu. Von denjenigen Befragten, die nach eigener Aussage ihr Gewicht in letzter Zeit nachhaltig verringern konnten, führt nur ein Teil diese Erfolge maßgeblich auf die hausärztliche Unterstützung zurück.

Die Ergebnisse fügen sich in die Befundlage, derzufolge Adipositas unter Ärzten ein polarisierendes Krankheitsbild ist und je nach Einstellung ein unterschiedlicher Grad an Betreuungs- und Versorgungsbereitschaft anzutreffen ist [5, 20, 25, 37]. Frühere Studien haben bereits darauf hingewiesen, dass Hausärzte oftmals eine aktive Rolle beim Adipositasmanagement scheuen. Als Gründe hierfür werden ein Mangel an Zeit und Ressourcen, aber auch die Unterstellung einer mangelnden Patientenmotivation gesehen [29, 36]. Ebenfalls von Bedeutung ist, dass viele Hausärzte sich bei einer so umfassenden und langfristigen Aufgabe wie der Adipositasbetreuung auf sich selbst gestellt fühlen. Verschiedene Arbeiten zeigen, dass Allgemeinärzte ein Defizit an bestehenden Strukturen monieren, was zur Folge hat, dass es an individualisierbaren Therapiekonzepten fehlt, in denen Patienten vom Hausarzt kontinuierlich im Prozess ihrer Lebensstiländerung unterstützt werden können [2, 4, 9, 26]. Weiter hat sich gezeigt, dass die Kenntnisse vor Ort verfügbarer Hilfs- und Unterstützungsangebote, an die vermittelt werden kann, oftmals begrenzt sind und nur ein kleinerer Teil der Ärzte konsequent Gebrauch davon macht, indem etwa auf Fitness- und Bewegungsanbieter oder psychotherapeutische Akteure hingewiesen wird [32].

Jüngere Studien betonen den großen Wert und die Unverzichtbarkeit einer primärärztlichen Betreuung von Gewichtsproblematiken, um der weltweiten Ausbreitung von Übergewicht und Adipositas wirksam entgegenzutreten [12]. Damit einher geht ein stärkerer Einbezug von Patientenbedürfnissen, -interessen und -erfahrungen, was zu einer größeren Aktivierung, Selbstbestimmung und längerfristigem Erfolg bei der Gewichtsreduktion beitragen kann [30].

### Stärken und Schwächen

Die qualitative Befragung weist verschiedene Limitationen auf, die entsprechend zu reflektieren sind. So handelt es sich um eine nicht-repräsentative Studie mit kleinem Sample, das nicht stellvertretend für

die Gesamtheit der hausärztlichen Patienten mit starkem Übergewicht ist. Die Rekrutierung über Online-Foren macht es wahrscheinlich, dass eine bestimmte Gruppe mit spezifischen Informations- und Austauschbedürfnissen für das Sample gewonnen werden konnte. Dem Eindruck der Autoren zufolge zeigte die letztlich rekrutierte Gruppe ein insgesamt großes Interesse an einer systematischen hausärztlichen Betreuung. Zugleich war diese Art der Rekrutierung ein guter Weg, um Patienten zu erhalten, die bereit sind, möglichst offen über die hausärztliche Übergewichts- und Adipositasbetreuung zu sprechen.

Mehr als ein Drittel der Interviews wurde nicht telefonisch, sondern per Chat geführt. Es erscheint nahe liegend, dass Beiträge in der Chat-Kommunikation nicht die Möglichkeiten der Artikulation und Interaktion zulassen wie mündliche Interviews. Insofern ist zu bedenken, dass hier Informationen verloren gegangen oder vereinfacht worden sein könnten.

## Schlussfolgerungen

Trotz der günstigen Voraussetzungen des hausärztlichen Settings liefern die Interviews Anhaltspunkte dafür, dass die Potenziale der Primärversorgung für das Übergewichts- und Adipositasmanagement derzeit nicht ausgeschöpft werden. Folgende Ansatzpunkte für eine Optimierung erscheinen daher ratsam:

- Übergewichtsproblematiken sollten in der hausärztlichen Versorgung systematisch, konsequent und zeitnah thematisiert werden. Sinnvolle Anlässe sind z. B. Check-ups.
- Die Feststellung von starkem Übergewicht oder Adipositas sollte mit konkreten Handlungsempfehlungen und realistischen, individuell abgestimmten Zielstellungen verbunden werden. Hier geben bestehende Leitlinien weitere Hilfestellung und Orientierung [35].
- Eine fokussierte Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Hausarztpraxis erscheint als sinnvoller Beitrag, um die Adipositasprävention zu stärken. Hierzu sind bereits Good-practice-Beispiele und Modelle

vorgelegt worden [16]. Das Praxispersonal ließe sich unterstützend einbeziehen und gezielt fortbilden, sodass Hausärzte durch Delegation entlastet werden können.

- Eine regelmäßige, verbindliche Gesprächsführung sowie das Bestreben, Patienten bei ihrer persönlichen Situation „abzuholen“ (verhaltensorientierte Behandlungsstrategien) und kontinuierlich zu motivieren, sind wichtige Voraussetzungen für das langfristige Gelingen eines Adipositasmanagements [39].
- Es erscheint ratsam, bei Hausärzten das Bewusstsein dafür zu stärken, dass Adipositas komplexe Hintergründe haben kann, bei denen nicht nur der individuelle Lebensstil, sondern auch Lebensumstände, genetische Veranlagung und Vorerkrankungen wirksam sind.
- 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 [10]. Kommunale Kooperationsnetzwerke zur Gesundheitsförderung könnten einen großen Mehrwert darstellen, wenn es darum geht, Hausärzten einen Überblick über bestehende Gesundheitsangebote zu verschaffen und Patienten gezielt zu vermitteln [24].
- Die Entwicklung strukturierter, hausarztbasierter Versorgungsprogramme zum Adipositasmanagement erscheint sinnvoll.

## Fazit für die Praxis

- Das hausärztliche Setting bietet günstige Voraussetzungen für die Prävention, Beratung und das Management von übergewichtigen und adipösen Patienten.
- Patienten mit Gewichtsproblemen nehmen den Hausarzt als zentralen Ansprechpartner wahr, haben jedoch eine Reihe von Betreuungsbedürfnis-

sen, auf die noch besser und gezielter eingegangen werden sollte.

- Hausärzte sollten bestärkt werden, Übergewicht konsequent und zeitnah zu thematisieren. Zudem sollten konkrete Empfehlungen und realistische Ziele zur Gewichtsabnahme formuliert werden. Dabei ist eine kontinuierliche, motivierende Gesprächsführung entscheidend.
- Anzuregen wäre zudem eine fokussierte Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Hausarztpraxis. Hausärzte sollten in ihrer Vermittlerrolle bestärkt werden, indem sie Patienten je nach Bedarf in ein Netzwerk weiterer Hilfen einbinden.

## Korrespondenzadresse

### Dr. Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz  
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland  
Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** J. Wangler und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren. Bei der vorliegenden Interviewstudie wurden keinerlei sensible Patientendaten erhoben oder klinische Tests durchgeführt. Eine Rückversicherung bei der Ethikkommission des Bundeslandes Rheinland-Pfalz ergab, dass ein Ethikvotum nicht erforderlich ist.

## Anhang

### Qualitative Leitfadensbefragung: Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis, Patientensicht

- Inwiefern sehen Sie den Hausarzt als wichtigen Ansprechpartner zur Betreuung oder Behandlung von Patienten mit (starkem) Übergewicht (Lebensstil- oder Gewichtsberatung bzw. Krankheitsmanagement)? Sind solche Patienten in der Regel beim Hausarzt richtig aufgehoben oder sollten sie sich eher an

- Spezialisten (z. B. Diabetologe, Ernährungs[medizinische]berater) wenden?
- Warum ist der Hausarzt ggf. als Ansprechpartner geeigneter?
  - Sind Sie stärker bereit, Empfehlungen umzusetzen, wenn diese vom Hausarzt kommen?
- Inwiefern sprechen Sie mit Ihrem (derzeitigen) Hausarzt über Ihr Übergewicht, ich meine **inwiefern berät Sie Ihr Hausarzt** dazu? **Wie häufig bzw. wie regelmäßig** geschieht dies?
  - Wie ist es ursprünglich gekommen, dass Sie mit Ihrem Hausarzt über Ihr Übergewicht sprechen bzw. Ihr Hausarzt Sie diesbezüglich berät? Inwiefern hat der Hausarzt Sie erstmals auf Ihr Übergewicht hingewiesen, inwiefern haben Sie ihn von sich aus (aktiv) darauf angesprochen? **Bei welcher Gelegenheit/in welchen Situationen** ist dies geschehen bzw. in welchem Zusammenhang wurde Ihr Gewicht thematisiert (z. B. Check-up-Untersuchung, spezielles Aufsuchen der Sprechstunde wegen gewünschter Übergewichtsberatung)?
  - Wie ist die Beratung abgelaufen? Welche **Inhalte** hat sie umfasst?
    - Diagnosestellung
    - Mögliche Ursachen des Übergewichts
    - Prinzipien des Abnehmens (maßvolle Gewichtsreduktion vs. große Schritte)
    - Ziele
    - Ernährungsberatung
    - Bewegungsberatung
    - Folgen von Übergewicht
    - Konkrete Vorschläge, Empfehlungen, vereinbarte bzw. verordnete Maßnahmen
    - Verweis an bzw. Vermittlung von speziellen Angeboten (z. B. Ernährungsberatung, Angebote der Krankenkasse, Sportkurse)
    - Überweisung zur weiterführenden Betreuung/Behandlung zu einem Facharzt oder einer speziellen Einrichtung
      - Sonstiges?
  - **Wie zufrieden** waren bzw. sind Sie mit der Beratung durch Ihren Hausarzt zu Ihrem Übergewicht? Wie haben Sie diese erlebt? **Was fanden Sie gut, was weniger gut?** Was hat Ihnen ggf. gefehlt (z. B. an Informationen)? Was hätte der Hausarzt ggf. anders machen können?
    - Wie engagiert kam Ihnen der Hausarzt bei der Beratung vor? Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Hausarzt davon überzeugt ist, dass sich eine Gewichtsreduktion Schritt für Schritt erreichen lässt, oder wirkte der Hausarzt diesbezüglich wenig überzeugt bzw. pessimistisch auf Sie?
  - Inwiefern ist Ihr Hausarzt bei der Beratung auf Ihre **persönliche Lebenssituation** eingegangen? Wie zufrieden waren Sie damit?
  - Wie ist Ihr Arzt Ihrer Meinung nach **mit dem Thema Übergewicht umgegangen?**
    - Haben Sie sich in irgendeiner Weise falsch behandelt, nicht ernst genommen oder stigmatisiert gefühlt?
  - Inwiefern hat der Hausarzt Sie auf **Hilfs- und Unterstützungsangebote** hingewiesen oder Sie dorthin vermittelt (Ernährungsberatungen, Bewegungs[kurs]angebote, psychosoziale Angebote, Weight Watchers, Angebote der Krankenkasse, Selbsthilfegruppen)? Inwiefern hat er noch auf **andere Hilfsmittel** verwiesen (z. B. Gesundheits-Apps)?
    - In welcher Form erfolgten diese Verweise (z. B. Broschüren, mündliche Empfehlung)?
  - Inwiefern **empfanden Sie die Beratung als motivierend**, etwas an Ihrem Übergewicht zu ändern? Was hat Sie ggf. überzeugt?
  - Hat die Beratung Ihres Hausarztes **etwas Konkretes bewirkt**, z. B. dass Sie sich verstärkt Gedanken gemacht oder versucht haben, etwas zu verändern (z. B. Umstellung der Ernährung, mehr Bewegung)?
  - Gibt es eine **regelmäßige Kontrolle bzw. kontinuierliche Betreuung/** Beratung durch Ihren Hausarzt?
  - Inwiefern haben Sie auch Ansprechpartner unter dem **Praxispersonal**, das Sie neben dem Hausarzt selbst zum Thema Gewichtsreduktion, Ernährung, Bewegung etc. ansprechen oder fragen können (z. B. wenn der Hausarzt keine Zeit hat)?
- Ist die Beratung durch Ihren Hausarzt in eine **Therapie** zur schrittweisen Gewichtsreduktion gemündet? Wie hat diese sich dargestellt? Gab es einen **konkreten Therapieplan**?
    - Haben Sie um eine solche Therapie (Krankheitsmanagement, Lebensstiländerung) gebeten oder hat der Hausarzt Ihnen dies vorgeschlagen?
  - Hatten Sie das Gefühl, dass der Hausarzt bei der Planung der Therapie Ihre **Bedürfnisse und eigenen Vorstellungen** im ausreichenden Maße berücksichtigt hat? Warum (nicht)?
  - Wurden Ihrer Meinung nach **realistische Ziele** beim Therapieplan gesteckt, oder empfanden Sie diese als schwer erfüllbar?
  - **Wie gut hat die Therapie Ihrer Meinung nach funktioniert?** Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht bzw. wie zufrieden waren Sie damit? Inwiefern ist es damit gelungen, Ihr Gewicht (dauerhaft) zu verringern?
    - Worin sehen Sie die Ursachen dafür, dass es (nicht) funktioniert hat?
  - Konnten Sie in den letzten ein bis zwei Jahren Ihr **Gewicht reduzieren**? Inwiefern steht dies in Verbindung mit der Beratung und Unterstützung durch Ihren Hausarzt?
  - Grundsätzlich gefragt: **Was wünschen Sie sich oder erwarten Sie vom Hausarzt**, wenn Sie in seine Praxis kommen, weil Sie gerne abnehmen möchten. Wie sollte sich der Hausarzt verhalten und was sollte er tun, wenn Sie (erneut) abnehmen woll(t)en? Was ist Ihnen besonders wichtig?
    - Worauf sollte die hausärztliche Unterstützung in erster Linie abzielen? (Ihre Gesundheit allgemein, Ihr körperliches Wohlbefinden, Ihre psychische Situation, Ihr Lebensstil etc.)
    - Wie könnte man die **Betreuung verbessern**? Was könnte Ihr Hausarzt zusätzlich oder anders machen?



- Was sind Ihrer Einschätzung bzw. Erfahrung nach vielversprechende Maßnahmen oder Strategien, um eine Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Patienten zu erreichen? **Welche Maßnahmen würden Ihrer Meinung nach helfen**, dass Patienten mit Übergewicht besser und effektiver durch den Hausarzt behandelt werden können? Was müsste verändert oder verbessert werden?
- Was sollte der Hausarzt in der Beratung tun, um speziell die **Motivation zu fördern**, das Übergewicht abzubauen? (z. B. partnerschaftliches Handeln, Vermeiden von Erfolgsdruck, Abholen des Patienten bei seiner eigenen Vorstellungen und Zielen)

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- Anderson DA, Wadden TA (1999) Treating the obese patient. Suggestions for primary care practice. *Arch Fam Med* 8(2):156–167
- Ärzte Zeitung (Hrsg) (2018) Krankenkassen fordern mehr strukturierte Behandlungsprogramme. <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/adipositas/article/955042/adipositas-krankenkassen-fordern-strukturierte-behandlungsprogramme.html>. Zugegriffen: 7. Mai 2020
- Bocquier A, Verger P, Basdevant A et al (2005) Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 13(4):787–795
- Brotos C, Ciarana R, Pineiro R et al (2003) Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr* 77(4 Suppl):1048S–1051S
- Brown I, Thompson J, Tod A, Jones G (2006) Primary care support for tackling obesity: a qualitative study of the perceptions of obese patients. *Br J Gen Pract* 56(530):666–672
- van Dijk L, Otters HB, Schuit AJ (2006) Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey. *BMC Fam Pract* 7:43
- Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D et al (2019) European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts* 12(1):40–66
- Fogelman Y, Vinker S, Lachter J et al (2002) Managing obesity. a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26(10):1393–1397
- Greiner KA, Born W, Hall S et al (2008) Discussing weight with obese primary care patients: physicians and patient perceptions. *J Gen Intern Med* 23(5):581–587
- Herbers J (2013) Der Hausarzt als „Abnehm-Coach“. <https://www.allgemeinarzt-online.de/archiv/a/der-hausarzt-als-abnehm-coach-1571807>. Zugegriffen: 7. Mai 2020
- Huang J, Yu H, Marin E et al (2004) Physicians' weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. *Acad Med* 79(2):156–161
- Jansen S, Desbrow B, Ball L (2015) Obesity management by general practitioners: the unavoidable necessity. *Aust J Prim Health* 21(4):366–368
- Jay M, Kalet A, Ark T et al (2009) Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 9:106
- Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, BleßHH (2016) Weißbuch Adipositas – Versorgungssituation in Deutschland. MVG, Berlin
- Klumbiene J, Petkeviciene J, Vaislavicius V, Miseviciene I (2006) Advising overweight patients about diet and physical activity in primary health care: Lithuanian health behaviour monitoring study. *BMC Public Health* 6:30–36
- Lau D, Klein R, Steinkohl M (2003) Prävention durch fokussierte Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 79(5):234–237
- Loureiro ML, Nayga RM (2006) Obesity, weight loss and physician's advice. *Soc Sci Med* 62:2458–2468
- Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aufl. Beltz, Weinheim
- Mensink GB, Lampert T, Bergmann E (2005) Overweight and obesity in Germany 1984–2003. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 48(12):1348–1356
- Metz U, Welke J, Esch T et al (2009) Perception of stress and quality of life in overweight and obese people—implications for preventive consultancies in primary care. *Med Sci Monit* 15(1):1–6
- Ogden J, Flanagan Z (2008) Beliefs of the causes and solutions of obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns* 71(1):72–78
- Ogden J, Baig S, Earnshaw G et al (2001) What is health? GPs and patients worlds collide. *Patient Educ Couns* 45(4):265–269
- Prospective Studies Collaboration (2009) Body-Mass-Index and cause specific mortality in 900000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. *Lancet* 373(9669):1083–1096
- Prüfer F, Joos S, Milksch A (2015) Die Rolle des Hausarztes in der kommunalen Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf* 10(2):180–185
- Puhl RM, Heuer CA (2009) The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 17(5):1–24
- Ruelaz A, Diefenbach P, Simon B et al (2007) Perceived barriers to weight management in primary care— perspectives of patients and providers. *J Intern Med* 222(4):518–522
- Semlitsch T, Stigler F, Jeitler K et al (2019) Management of overweight and obesity in primary care—a systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obes Rev* 20(9):1218–1230
- Simkin-Silverman LR, Gleason KA, King WC et al (2005) Predictors of weight control advice in primary care practices: patient health and psychosocial characteristics. *Prev Med* 40(1):71–82
- Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C (2011) GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity—a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 18(1):9–14
- Sturgiss E, Jay M, Dampbell-Scherer D et al (2017) Challenging assumptions in obesity research. *BMJ* 359:j5303
- Tan D, Zwar NA, Dennis SM, Vagholar S (2006) Weight management in general practice: what do patients want? *Med J Aust* 185(2):73–75
- Tham M, Young D (2008) The role of the general practitioner in weight management in primary care—a cross sectional study in general practice. *BMC Fam Pract* 9:66
- The GBD 2015 Obesity Collaborators (2017) Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med* 377:13–27
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6):249–357
- Wadden TA, Volger S, Sarwer DB et al (2011) A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *N Engl J Med* 365(21):1969–1979
- Wangler J, Jansky M (2020) Einstellungen von Hausärzten zum Adipositasmanagement – Ergebnisse einer qualitativen Interviewreihe in Rheinland-Pfalz und Hessen. *Z Allg Med* 96(4):159–165
- Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J (2002) Evaluating primary care behavioral counseling interventions. *Am J Prev Med* 22(4):267–284
- WHO Regionalbüro für Europa (2007) The challenge of obesity in the WHO European Region and strategies for response. WHO Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Wiesemann A, Barlet J, Engeser P, Kuth N, Müller-Bühl U (2006) Verhaltensorientierte Beratungsstrategien für die Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 82(3):103–107