

Aus dem Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting –
eine explorativ-qualitative Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Hessen
und Rheinland-Pfalz

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Victoria Bogon
aus Kassel

Mainz, 2025

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees

1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Michael Jansky

2. Gutachter: Dr. Sabine Fischbeck

Tag der Promotion: 13. Januar 2026

Nachnutzungslizenz: CC-BY-ND-4.0

Widmung

Gewidmet meinem Großvater Klaus Bogon (*15.10.1951).

Klaus Bogon ist Natur- und Tierfotograf aus Leidenschaft und arbeitet zusätzlich zur Fotografie seit Jahrzehnten ehrenamtlich an verschiedenen wissenschaftlichen Projekten. Er publizierte mehrere Werke und Fachartikel, insbesondere über Fledermäuse, Höhlentiere und Schnecken und erhielt 1990 den Ehrenbrief des Landes Hessen für sein Engagement im Naturschutz.

Victoria Bogon
Hauptstraße 1
36217 Ronshausen-Machtlos
victoria.bogon@gmx.de
0170 3632657

Wissenschaftlicher Vorstand der
Universitätsmedizin
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Obere Zahlbacher Straße 63
55131 Mainz

Eidesstattliche Versicherung

17.09.2025

Sehr geehrte Herr Univ.-Prof. Dr. Philipp Drees,

ich, **Victoria Bogon**, erstelle hiermit folgende schriftliche Erklärung:

Ich habe die Dissertationsschrift mit dem Titel "**Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting – eine explorativ-qualitative Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Hessen und Rheinland-Pfalz**" eigenständig verfasst. Alle von mir genutzten Veröffentlichungen, ungedruckten Materialien, sonstigen Hilfsmittel und jegliche Form von Unterstützung sind ordnungsgemäß angegeben. Passagen, die wörtlich oder inhaltlich aus gedruckten oder ungedruckten Werken übernommen wurden, sind eindeutig gekennzeichnet und mit den erforderlichen bibliographischen Angaben versehen. Es erfolgte keine kommerzielle Vermittlung der Möglichkeit zur Durchführung des Promotionsvorhabens. Insbesondere habe ich keine Person oder Organisation beauftragt, die gegen Entgelt Betreuer für die Erstellung von Dissertationen sucht. Mir ist die "Satzung der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis" in ihrer jeweils geltenden Fassung bekannt und ich habe ihre Grundsätze in meiner wissenschaftlichen Arbeit beachtet. Sofern zutreffend, bestätige ich, dass ich die Vorgaben der Ethik-Kommission gemäß Tierschutzgesetz und gemäß Gentechnikgesetz in ihrer jeweils geltenden Fassung zur Kenntnis genommen habe und deren Grundsätze in meiner wissenschaftlichen Arbeit eingehalten wurden. Meine Dissertationsschrift mit dem Titel "**Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting – eine explorativ-qualitative Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Hessen und Rheinland-Pfalz**" wurde bisher keiner anderen Fachrichtung oder Fakultät vorgelegt.

Ich besitze bisher keinen anderen Doktorgrad. Ein bisher erworbener Doktorgrad wurde mir nicht aberkannt. Ich habe bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet. Ich versichere, dass die oben genannten Punkte wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Mit freundlichen Grüßen,



Victoria Bogon

Allgemeine Sprachregelungen

Um alle Menschen ungeachtet ihres Geschlechts anzusprechen, wird in dieser Arbeit geschlechtergerechte Sprache genutzt. Ausgenommen davon sind veranschaulichende Originalzitate im Ergebnisteil, bei denen die Umgangssprache der Interviewten beibehalten wird. Es sollen trotz der aus den Originalziten übernommenen Personenbezeichnungen (meist generisches Maskulinum) alle Geschlechter angesprochen sein.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Hintergrund	4
2.1 Übergewicht und Adipositas	4
2.1.1 Definition und Epidemiologie	4
2.1.2 Folgeerkrankungen und Bedeutung für das Gesundheitssystem	5
2.2 Versorgungssituation für Adipositas	6
2.2.1 Leitliniengerechte Therapie	6
2.2.2 Anerkennung als Krankheit und Versorgungssituation bei Adipositas	8
2.2.3 Entwicklung eines DMP Adipositas	10
2.3 Hausärztliches Adipositasmanagement	11
2.3.1 Rolle der allgemeinärztlichen Versorgung für das Adipositasmanagement	11
2.3.2 Gegenwärtige Versorgungssituation der Adipositas im hausärztlichen Setting	12
2.3.3 Betreuungsbedürfnisse von Patient:innen mit Adipositas	13
2.3.4 Erfahrungen und Einstellungen von Hausärzt:innen zur Adipositastherapie	14
2.4 Erkenntnisinteresse	17
3 Material und Methoden	19
3.1 Qualitatives Design der Studie	19
3.1.1 Das halbstandardisierte Expert:inneninterview	20
3.1.2 Der Interviewleitfaden	21
3.2 Vorbereitungen zur Datenerhebung	22
3.2.1 Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen	22
3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	23
3.3 Datenerhebung	23
3.3.1 Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung	23
3.3.2 Entstehungssituation der Interviews	23

3.3.3	Aufnahmemethode	24
3.3.4	Interviewdurchführung	24
3.3.5	Datensicherheit	24
3.4	Datenauswertung	25
3.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	25
3.4.2	Vorbereitung der Datenauswertung	26
3.4.3	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	27
4	Ergebnisdarstellung	30
4.1	Beschreibung und Sampling der Stichprobe	31
4.2	Das Kategoriensystem	38
4.3	Kategorienkomplex 1: Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings	39
4.3.1	Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement	39
4.3.2	Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting	42
4.3.3	Strukturierung der Adipositastherapie mittels S3-Leitlinie	49
4.4	Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement	51
4.4.1	Versorgungssituation in den hausärztlichen Praxen allgemein	51
4.4.2	Versorgungssituation speziell für das Adipositasmanagement	52
4.4.3	Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag	55
4.5	Kategorienkomplex 3: multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement	57
4.5.1	Aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit	57
4.5.2	Best-Practice-Beispiele zur Adipositastherapie	62
4.5.3	Besonderheiten diabetologisch spezialisierter Ärzt:innen	65
4.6	Kategorienkomplex 4: Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements	69
4.6.1	Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement	69
4.6.2	Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit	74
4.6.3	DMP Adipositas	76
5	Diskussion	83
5.1	Beantwortung der Forschungsfragen	83
5.2	Diskussion der Ergebnisse im Spiegel anderer Studien	89
5.3	Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement	89

5.3.1	Primärärztliche Funktion für das Adipositasmanagement	89
5.3.2	Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting	90
5.3.3	Nutzung der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“	93
5.4	Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement	94
5.5	Multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement	97
5.5.1	Aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit	97
5.5.2	Best-Practice-Beispiele zur Adipositastherapie	99
5.5.3	Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement	100
5.6	Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements	102
5.6.1	Wünsche für die zukünftige Prävention und Therapie der Adipositas	102
5.6.2	Potenziale eines multimodalen Versorgungsnetzwerkes	105
5.6.3	DMP Adipositas	107
5.7	Stärken und Schwächen der Studie	112
5.8	Schlussfolgerungen	114
6	Zusammenfassung	116
7	Literaturverzeichnis	119
8	Anhang	132
8.1	Einladung zum Expert:inneninterview im Rahmen einer Dissertation	132
8.2	Interview- und Datenschutzeinwilligung	133
8.3	Kurzfragebogen zur Datenerfassung der Befragten	134
8.4	Interviewleitfaden	135
8.5	Transkriptionssystem	137
8.6	Kodierleitfaden	139
8.7	Übersicht über das Kategoriensystem	146
8.8	Transkripte	147
9	Danksagung	148
10	Tabellarischer Lebenslauf	149

Abkürzungsverzeichnis

BDEM	Bund deutscher Ernährungsmediziner
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendungen
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DMP	Disease Management Programme
Dr.	Doktor (Titel)
EKG	Elektrokardiogramm
ePA	Elektronische Patientenakte
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell (Studie)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IV-Vertrag	Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
OGT	Oraler Glukosetoleranztest
o.g.	oben genannt
PJ	Pflichtjahr
Pos.	Position
Prof.	Professor (Titel)
RCT	Randomized Controlled Trials
SGB V	Sozialgesetzbuch V
s.	siehe
Univ. Prof.	Universitätsprofessor
VDBD	Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V.
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beschreibung der Stichprobe	34
Abbildung 2: Altersverteilung in der Stichprobe	34
Abbildung 3: Hausärztliche Erfahrung der Befragten	35
Abbildung 4: Verteilung fachärztlicher Bezeichnungen	35
Abbildung 5: Diabetologische Zusatzqualifikation	36
Abbildung 6: Praxisform	36
Abbildung 7: Patient:innen pro Quartal („Scheinzahl“)	37
Abbildung 8: Praxisumfeld.....	37
Abbildung 9: Hauptkategorie „Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement“ mit Subkategorien	39
Abbildung 10: Hauptkategorie „Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting“ mit Subkategorien	42
Abbildung 11: Zusammenfassung der geschilderten Vorgehensweise der Hausärzt:innen ..	42
Abbildung 12: Hauptkategorie „Strukturierung mittels S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas“ mit Subkategorien	49
Abbildung 13: Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement. Hauptkategorien „Limitationen in der hausärztlichen Versorgung und für das Adipositasmanagement“ mit Subkategorien	51
Abbildung 14: Hauptkategorie „Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag“ mit Subkategorien.....	55
Abbildung 15: Hauptkategorie „Aktuelle ambulante Zusammenarbeit“ mit Subkategorien....	57
Abbildung 16: Hauptkategorie „Best-Practice-Beispiele zur Therapie der Adipositas“ mit Subkategorien	62
Abbildung 17: Hauptkategorie „Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement“ mit Subkategorien	69
Abbildung 18: Hauptkategorie „Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit“ mit Subkategorien	74
Abbildung 19: Hauptkategorie „Einstellungen zum DMP Adipositas“ mit Subkategorien	76
Abbildung 20: Hauptkategorie „Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas“ mit Subkategorien	80
Abbildung 21: Limitationen für das Adipositasmanagement. Quelle: Eigene Darstellung	94
Abbildung 22: Erweiterung ambulantes Therapieangebot Adipositas Quelle: Eigene Darstellung	103

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Body Mass Index (BMI)	4
Tabelle 2: Risiko für Morbidität bei Adipositas	5
Tabelle 3: Beispiel aus dem Kodierleitfaden	28
Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Interviewten	32
Tabelle 5: Quotierung des Samples	33
Tabelle 6: Kategorienkomplexe und Hauptkategorien	38

1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas betreffen einen großen Teil der deutschen Bevölkerung und sind vor dem Hintergrund steigender Prävalenz als relevante Herausforderung im Gesundheitssystem zu sehen (1, 2). Da Hausärzt:innen im deutschen Gesundheitssystem als Primärversorger die ersten professionellen Ansprechpartner:innen für Patient:innen sind und die weitere Versorgung koordinieren, ist insbesondere die ambulante Primärversorgung mit dem Diagnose- und Therapiemanagement sowie der Prävention von Übergewicht und Adipositas konfrontiert (3, 4).

In den letzten Jahren ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland unvermindert hoch. Wie eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage zeigt, sind über die Hälfte der Erwachsenen von Übergewicht inklusive Adipositas betroffen, wobei die Adipositasprävalenz dabei vor allem in den jüngeren Altersgruppen angestiegen ist (1). Übergewicht und Adipositas werden nach dem Klassifikationsschema der WHO anhand des BMI eingeteilt, wobei Adipositas als $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ definiert ist (5). Übergewicht und Adipositas sind laut WHO nicht isoliert als chronische Erkrankung mit reduzierter Lebensqualität zu sehen, sondern auch als Risikofaktor für viele weitere Erkrankungen, beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, relevant (5). Vor diesem Hintergrund ist es zentral, die Prävention und Therapie der Adipositas so effektiv wie möglich zu gestalten, um Multimorbidität durch Adipositas und entsprechende Folgeerkrankungen zu vermeiden (2). Ebenfalls relevant sind hohe mit Adipositas assoziierten Kosten für das Gesundheitssystem. Diese kommen durch die Prävalenz und die Therapie von Adipositas sowie der assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen zustande. Studien, die dies zu berücksichtigen versuchen, kommen so auf Kosten von bis zu 30 Mrd. Euro pro Jahr (2). Dies unterstreicht ebenfalls die enorme Bedeutung eines effektiven Adipositasmanagements, um nicht nur das Risiko für Ko- und Folgeerkrankungen der Patient:innen, sondern auch die finanziellen Belastungen für das Gesundheitssystem zu begrenzen.

Um das Management von Übergewicht und Adipositas zu verbessern, wurde im Jahr 2014 die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Adipositas – Prävention und Therapie“ veröffentlicht (3). Mittlerweile liegt eine aktualisierte Version der S3-Leitlinie von 2024 vor (6). Da die Primärversorgung von Patient:innen mit Adipositas eine häufige Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten ist, hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zusätzlich die auf der S3-Leitlinie von 2014 basierende Praxisempfehlung „Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas / Übergewicht“ herausgegeben (4). Laut dieser Praxisempfehlung haben die Konsultationen im hausärztlichen Bereich aufgrund von Adipositas und assoziierten Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen. Idealerweise bestehe zwischen der Ärzt:in und den Patient:innen durch die hausärztliche Betreuung bereits eine Vertrauensbasis, die das Ansprechen eines problematischen Gewichtsverlaufs in geschützter

Atmosphäre ermögliche. Die gemeinsame Entscheidungsfindung der Ärzt:innen mit ihren Patient:innen solle psychosoziale Bedingungen und individuelle Wünsche nach Veränderung berücksichtigen. Empfohlen wird auch, dass die Therapieziele passend zur jeweiligen Lebens- und Gesundheitssituation mit den Patient:innen gemeinsam erarbeitet werden.

Laut S3-Leitlinie sollen die Hausärzt:innen wichtige diagnostische und therapeutische Maßnahmen, wie ein Basisprogramm aus Ernährungs-, Bewegungs-, und Verhaltenstherapie, koordinieren (3). Dennoch sei die Umsetzung einer strukturierten Versorgung von adipösen Patient:innen in der alltäglichen Versorgungsrealität der Hausarztpraxis mit Herausforderungen behaftet, da es unter anderem zu wenig spezialisierte Versorgungsteilnehmer:innen gebe und diese nicht ausreichend vernetzt seien (3). Obwohl auch die Patient:innen mit Adipositas nicht immer zufrieden mit ihrer hausärztlichen Versorgung sind, sehen sie in ihren Hausärzt:innen dennoch geeignete und wichtige Ansprechpartner:innen für eine kontinuierliche und individuelle Beratung zur Gewichtsreduktion (7, 8).

Die hausärztliche Bereitschaft zum Adipositasmanagement ist abhängig von der Einstellung zur Krankheit Adipositas und Erfahrungswerten ebenfalls heterogen (9). Laut dieser Studie ist ein Teil der Hausärzt:innen eher skeptisch bezüglich ihrer Aufgabe, Adipositaspatient:innen effektiv betreuen zu können. Die Autoren beschreiben, dass der Großteil der Hausärzt:innen offen für die Betreuung adipöser Patient:innen sowie die Initiierung und Begleitung gewichtsreduzierender Maßnahmen sei, auch wenn ein Mangel an weiteren Versorgungsstrukturen und -akteuren sowie die fehlende Übersicht darüber durch die Hausärzt:innen beklagt wird (9).

Es gibt im deutschen Gesundheitssystem aktuell noch kein standardisiertes Therapieangebot für Adipositaspatient:innen, die ihr Gewicht reduzieren wollen. Es wurden Voraussetzungen für ein DMP (Disease Management Programm) Adipositas geschaffen, das die Versorgung in Zukunft gewährleisten soll (10). Allerdings ist das DMP zum Zeitpunkt der Entstehung dieser Arbeit noch nicht umgesetzt (11). Die Versorgung adipöser Patient:innen liegt in den Händen der betreuenden Hausärzt:innen und ist individuell abhängig von den Kompetenzen und Interessen der betreuenden Ärzt:innen sowie von den lokalen Versorgungsmöglichkeiten.

Die Erfahrungen von Hausärzt:innen mit dem Adipositasmanagement in der hausärztlichen Praxis sind erst von wenigen Studien im deutschsprachigen Raum untersucht worden (7-9). Da ein großer Teil der Bevölkerung von Übergewicht und Adipositas betroffen ist (1) und das allgemeinmedizinische Setting ein wichtiger Ansatzpunkt zur Diagnose, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas ist, ist es unerlässlich, die Einstellungen von Hausärzt:innen zur aktuellen Versorgungssituation und Erwartungen an ein zukünftiges und strukturiertes Adipositasmanagement für die hausärztlichen Versorgungsforschung genauer zu beleuchten.

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, den Status quo und die Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting zu ermitteln. Dazu sollen die Erfahrungen der Hausärzt:innen mit den therapeutischen Möglichkeiten im hausärztlichen Setting beleuchtet werden. Weiterhin soll exploriert werden, welche Herausforderungen und Limitationen es für das Adipositasmanagement gibt und inwiefern multimodale Adipositastherapie und Zusammenarbeit mit weiteren Versorgungsakteuren stattfindet. Es soll ebenfalls thematisiert werden, welche Aspekte den Hausärzt:innen für eine zukünftige Versorgung, insbesondere im Hinblick auf das geplante DMP Adipositas wichtig erscheinen.

Um diesem Erkenntnisinteresse Rechnung zu tragen, wurde im Jahr 2021 eine qualitative explorative Interviewstudie mit 22 Hausärzt:innen aus Hessen und Rheinland-Pfalz durchgeführt. Im Rahmen dieser Arbeit wird zunächst der theoretische Hintergrund erläutert und der aktuelle Forschungsstand dargestellt, indem auf das Krankheitsbild Adipositas, die leitliniengerechte Therapie, die Versorgungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem und die Rolle der Hausärzt:innen für erkrankte Patient:innen eingegangen wird. Es folgt eine Darstellung der zugrundeliegenden Interviewstudie und der Methodik der Arbeit. Die Ergebnisse dieser empirischen Studie werden strukturiert präsentiert und vor dem wissenschaftlichem Hintergrund weiterer Studien diskutiert und eingeordnet.

2 Hintergrund

2.1 Übergewicht und Adipositas

2.1.1 Definition und Epidemiologie

Eine häufig verwendete Definition für Adipositas, die auch die WHO nutzt, ist folgende: Adipositas ist definiert als eine chronische Krankheit mit einer über das Normalmaß hinausgehenden Vermehrung des Körperfetts, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann (5, 12). Die Menge des zusätzlichen Fettgewebes, das Verteilungsmuster und die gesundheitlichen Auswirkungen sind dabei individuell unterschiedlich.

Die WHO verwendet zur Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen den Body-Mass-Index, der ein Verhältnis des Körpergewichts zum Quadrat der Körpergröße darstellt (5). Dieser wird zur groben Klassifikation auf Populationsebene als ausreichend eingeschätzt, auch wenn dieses Maß die Fettverteilung und das individuelle gesundheitliche Risiko nur begrenzt berücksichtigt. Der Bereich des Normalgewichtes reiche dabei von 18,5 – 25,0 kg/m². Ein BMI zwischen 25,0 – 29,9 kg/m² wird als Übergewicht bezeichnet und Adipositas wird als BMI ≥ 30,0 kg/m² definiert und in weitere Grade eingeteilt (siehe Tabelle 1).

	BMI
Untergewicht	< 18,5 kg/m ²
Normalgewicht	18,5 – 24,9 kg/m ²
Übergewicht	25 – 29,9 kg/m ²
Adipositas Grad I	30 – 34,9 kg/m ²
Adipositas Grad II	35 – 39,9 kg/m ²
Adipositas Grad III	≥ 40 kg/m ²

*Tabelle 1: Body Mass Index (BMI)
modifiziert nach WHO 2000 (Table 2.1.
Classification of adults according to BMI) (5)*

Bereits im Jahr 2000 beschrieb die WHO Adipositas als chronische Erkrankung mit dem Ausmaß einer „globalen Epidemie“ (5). Die Organisation ging damals davon aus, dass die Adipositasprävalenz weiter ansteigen werde. Es seien sowohl Entwicklungs- als auch entwickelte Industrieländer betroffen. Auf europäischer Ebene war Adipositas zu diesem Zeitpunkt vor allem bei Frauen in den südlichen und osteuropäischen Ländern vorhanden. Bei einer

Datenerhebung der WHO zwischen 1983 und 1986 waren durchschnittlich 15% der Männer und 22% der Frauen in Europa adipös (5). Aktuellere Daten der OECD-Länder von 2019 bestätigen den Trend, den die WHO vorausgesagt hatte und gehen davon aus, dass die Adipositasprävalenz auch zukünftig weltweit weiter steigen wird (13).

Bei Betrachtung der aktuellen Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Deutschland zeigen die Daten der letzten Jahre ebenfalls einen Anstieg der Adipositasprävalenz. So sind laut GEDA-Daten aus 2019 / 2020 53,3% der Erwachsenen in Deutschland von Übergewicht inklusive Adipositas betroffen; Männer signifikant häufiger als Frauen (1). Der Anteil derer, die die BMI-Kriterien für Adipositas erfüllen, hat in Vergleich zu GEDA-Daten aus 2010 (16%) (14) und 2014/15 (18,1%) (15) weiter zugenommen. Adipositas betrifft laut der letzten Erhebung insgesamt 19% der Erwachsenen in Deutschland (1). Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas weiter an und korreliert außerdem mit dem Bildungsniveau: Je niedriger die Bildung, desto höher ist die Prävalenz der Adipositas.

2.1.2 Folgeerkrankungen und Bedeutung für das Gesundheitssystem

Übergewicht und Adipositas sind nicht isoliert als chronische Erkrankung mit reduzierter Lebensqualität zu betrachten, sondern auch als Risikofaktor für viele weitere Erkrankungen relevant (s. Tabelle 2). So ordnet die WHO adipösen Patienten ein 2–3-fach erhöhtes Risiko für die Koronare Herzkrankheit, Hypertonie und Dyslipidämien zu (5). Das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Cholezystolithiasis, Fettleber und Schlaf-Apnoe-Syndrom ist sogar über dreifach vergrößert. Da Adipositas ein bedeutender Risikofaktor für viele Erkrankungen ist, kommt es darauf an, die Prävention und Therapie der Adipositas so effektiv wie möglich zu gestalten, um Multimorbidität und Mortalität durch Adipositas und die entsprechenden Folgeerkrankungen zu verringern (2).

Risiko > 3-fach erhöht	Risiko 2 – 3 -fach erhöht	Risiko 1 – 2 -fach erhöht
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus Typ 2 • Insulinresistenz • Cholezystolithiasis • Dyslipidämie • Fettleber • Schlaf-Apnoe • Luftnot 	<ul style="list-style-type: none"> • Arterielle Hypertonie • Koronare Herzkrankheit • Gonarthrose • Hyperurikämie, Gicht • Refluxösophagitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Krebsarten* • Koxarthrose • Rückenschmerzen • Polyzystisches Ovar-Syndrom • Infertilität • Fetopathie • Anästhesie- Risiko

Tabelle 2: Risiko für Morbidität bei Adipositas modifiziert nach WHO(5) und S3-Leitlinie Adipositas(3)

*Endometrium-, Ovarial-, Mamma-, Cervix-, Prostatakarzinome, Kolorektale Karzinome, Gallenblasen-, Pankreas-, Leber- und Nierenkarzinome

Kostenentstehung durch die Erkrankung Adipositas

Ebenfalls relevant sind die hohen mit Adipositas assoziierten Kosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Diese setzen sich aus direkten und indirekten Kosten zusammen, wobei die direkten Kosten die durch die Krankheit, die Begleiterkrankungen und Therapie entstehenden Kosten abbilden und die indirekten Kosten den volkswirtschaftlichen Produktionsausfall beschreiben (16). Die Krankheitskostenrechnung des Bundes aus dem Jahr 2020, die allein die Aufwendungen für „ICD10-E65-E68 Adipositas und sonstige Überernährung“ berücksichtigt, beläuft sich auf etwas über eine Milliarde Euro pro Jahr (17). Bei einer realistischen Kostenrechnung sollten allerdings nicht nur die für Adipositas spezifischen Leistungen berücksichtigt werden, sondern auch der wesentlich größere Leistungsumfang der Begleit- und Folgeerkrankungen. Eine Studie aus dem Jahr 2015 kommt so auf 29,39 Mrd. Euro anfallender Kosten pro Jahr; bei zusätzlicher Berücksichtigung der indirekten Kosten sind es sogar 33,65 Mrd. Euro pro Jahr (18). Der ökonomische Aspekt unterstreicht ebenfalls die enorme Bedeutung eines effektiven Adipositasmanagements, um nicht nur das Risiko für Ko- und Folgeerkrankungen der Patient:innen, sondern auch die finanziellen Belastungen für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft zu begrenzen (2).

2.2 Versorgungssituation für Adipositas

2.2.1 Leitliniengerechte Therapie

Um das Management von Übergewicht und Adipositas zu verbessern, wurde im Jahr 2014 die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Adipositas – Prävention und Therapie“ publiziert, um „die Wahrnehmung des Gesundheitsproblems Adipositas zu verbessern, Therapeuten und Patienten eine orientierende Hilfe hinsichtlich der vielschichtigen Krankheit Adipositas zu geben und spezifische Informationen und Empfehlungen zu Prävention und Therapie (...) bereitzustellen“ (3: 11). Im Herbst 2024 ist die aktualisierte S3-Leitlinie veröffentlicht worden, die in Vergleich zur Vorgängerversion ein Augenmerk auf die Vermeidung von Stigmatisierung adipöser Patient:innen legt und auch der Prävention des Krankheitsbildes Adipositas mehr Aufmerksamkeit widmet (6). Eine Erweiterung um differenzierte Empfehlungen zur Diagnostik, Nutzung von E-Health zur Gewichtsreduktion und -stabilisierung sowie erweiterte Empfehlungen zur Pharmakotherapie bei Adipositas sind in die neue Leitlinie aufgenommen worden. Die Therapieempfehlungen sind in ihren Grundzügen jedoch beibehalten worden. Da zum Befragungszeitpunkt die neuere Version der Leitlinie noch nicht veröffentlicht war, bezieht sich diese Arbeit hauptsächlich auf die Vorgängerversion.

Neben einer langfristigen Reduktion und Stabilisierung des Körpergewichts besteht das Ziel des Adipositasmanagements darin, die gewichtsassoziierte Morbidität zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern (3, 6). Das Gewichtsmanagement umfasst dabei nicht

nur die Phase der Gewichtsreduktion, sondern auch das Halten des Gewichts, da Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung von den Expert:innen als notwendig angesehen werden.

Die Indikation zur Therapie besteht bei Patient:innen mit Übergewicht ($\text{BMI} \geq 25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) und assoziierten Komorbiditäten, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, arterieller Hypertonie, hohem psychischen Leidensdruck oder abdominellem Fettverteilungsmuster (3, 6). Bei Patient:innen ab dem Adipositas Grad I ($\text{BMI} \geq 30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$) besteht ohne zusätzliche Bedingungen eine Therapieindikation.

Die Therapieziele sollten basierend auf einer ausführlichen Anamnese, Untersuchung und Klärung von Motivationslage der Patient:innen realistisch und individuell festgelegt werden (3, 6). Als Grundlage für die Therapie von Übergewicht und Adipositas wird von den S3-Leitlinien eine „multimodale Basistherapie“ empfohlen, die eine Kombination aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie umfasst (3, 6). In systematischen Übersichtsarbeiten von Randomized Controlled Trials (RCT) konnte gezeigt werden, dass dies im Hinblick auf Therapieerfolg und längerfristige Ergebnisse effektiver ist als die Anwendung isolierter Einzelmaßnahmen (19, 20). Die Ausgestaltung der multimodalen Basistherapie richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Adipositas und den jeweiligen Versorgungsbedingungen (6). Patient:innen sollten zunächst von ihrer Hausärzt:in mitbetreut und beraten werden, damit eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden kann. Bei höhergradiger Adipositas ist eine Mitbetreuung durch eine spezialisierte Einrichtung sinnvoll. Essenziell für eine effektive Therapie ist außerdem der sektorenübergreifende Informationsfluss zwischen den Behandler:innen.

Die Leitlinie empfiehlt das Adipositasmanagement in Form von positiv evaluierten Gewichtsreduktionsprogrammen durchzuführen, wobei es zum Zeitpunkt 2014 nur wenige solcher evaluierten Programme gab (3). Die Bestandteile der multimodalen konservativen Basistherapie sollen sich in einem solchen Programm wiederfinden. Es soll durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus spezialisierten Ärzt:innen, Ernährungsfachkräften, psychologischer Betreuung und Bewegungstherapeut:innen durchgeführt werden.

Auch im Jahr 2024 sind nur wenige multimodale Therapieprogramme verfügbar (6). Sie werden entsprechend bei einer geringen Zahl von Patient:innen mit Adipositas eingesetzt, da die Therapiekosten von den Krankenkassen nicht oder nicht vollständig übernommen werden. Aus Sicht der Leitlinienkommission besteht dringender Bedarf an der flächendeckenden Entwicklung und Umsetzung von multimodalen Gewichtsreduktionsprogrammen.

Als medikamentöse Therapie wird von der S3-Leitlinie aus dem Jahr 2014 nur Orlistat empfohlen (3). Allerdings war diese Empfehlung nicht als Therapie der ersten Wahl gedacht, da aus Sicht der Autor:innen mit Ernährungs- und Bewegungstherapie wirksame Ansätze zur

Verfügung stehen. Erst bei unzureichender Wirksamkeit des multimodalen Basisprogramms und weiterhin in Kombination mit diesem soll eine medikamentöse Therapie in Erwägung gezogen werden. Dies deckt sich auch mit der aktuellen Leitlinienempfehlung (6). Die Pharmakotherapie der Adipositas soll in Kombination mit einer multimodalen Basistherapie durchgeführt werden und regelmäßig evaluiert werden. Sie kann auch zur gewichtserhaltenden Therapie durchgeführt werden. Zusätzlich zu Orlistat werden mittlerweile auch die GLP-1-Analoga Liraglutid und Semaglutid empfohlen. Für die Substanzen liegt eine Zulassung zur Adipositas-therapie und keine zeitliche Begrenzung der Therapiedauer vor. Bei Typ-2-Diabetes als Koerkrankung werden vorrangig GLP-1-Analoga empfohlen und bei zusätzlich bestehender Herz- oder Niereninsuffizienz auch SGLT2-Hemmer.

Für eine leitliniengerechte Therapie soll bei Patient:innen mit höhergradiger Adipositas neben anderen Therapiemöglichkeiten auch eine chirurgische Therapie erwogen werden (3). Die Wirksamkeit der operativen Therapie bei Adipositas ist nachgewiesen, insbesondere die Reduktion der Adipositas-assoziierten Morbidität und Mortalität (21). Demgegenüber steht die Invasivität der bariatrischen Eingriffe. Die Indikationsstellung soll daher ausführlich abgewogen werden und interdisziplinär erfolgen (3). Die chirurgische Therapie kommt für Patient:innen mit Adipositas Grad III, Grad II und erheblichen Komorbiditäten sowie Grad I und Diabetes mellitus Typ 2 in Frage. Sie soll erfolgen, wenn durch eine multimodale konservative Therapie das Therapieziel nicht zu erreichen ist. Sie kann außerdem primär durchgeführt werden, wenn durch eine konservative Therapie kein Erfolg zu erwarten ist und aus gesundheitlichen Gründen kein Aufschub der Gewichtsreduktion möglich ist. Die Patient:innen sollen adäquate Informationen über den Eingriff erhalten. Letzterer soll von erfahrenen Ärzt:innen in spezialisierten Zentren durchgeführt und durch eine lebenslange Nachsorge ergänzt werden (3). Für die chirurgische Therapie der Adipositas existiert eine eigene Leitlinie, auf die die aktuelle S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas verweist (22).

2.2.2 Anerkennung als Krankheit und Versorgungssituation bei Adipositas

Bereits im Jahr 2000 sah die WHO in der Zunahme von Menschen mit Adipositas ein globales Gesundheitsproblem und bezeichnete Adipositas als chronische Krankheit (5). In Deutschland wurde Adipositas erst im Jahr 2020 im Rahmen des Beschlusses einer „nationalen Diabetes Strategie“ durch den Deutschen Bundestag als Krankheit anerkannt. Darin heißt es: „Ein besonders hohes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 haben Menschen mit Übergewicht oder einer Adipositas-Erkrankung“ (23: 5). Es sei im Rahmen der dort beschlossenen Strategie wichtig, adipöse Menschen mit präventiven Maßnahmen zu erreichen, um das Gewicht zu stabilisieren oder zu senken. Zugleich sei darauf hinzuwirken, „dass eine individuelle, multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit Adipositas Grad I bis III in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen ermöglicht und eine ausreichende, zweckmäßige

und wirtschaftliche Krankenbehandlung sichergestellt wird“ (23: 5). Außerdem soll sich die Bundesärztekammer dafür einsetzen, Wissensvermittlung zu Adipositas, gesunder Ernährung und Bewegung in das Medizinstudium und in die ärztliche Fort- und Weiterbildung integrieren (23). Die Anerkennung von Adipositas als Krankheit bietet die Möglichkeit, entsprechende Leistungen für die Adipositastherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen zu vergüten (2).

Bisher ist die Finanzierung der Adipositastherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen lückenhaft. Auch wenn die Therapie der behandlungsbedürftigen Adipositas nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes im Jahr 2003 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ist, sind die Leistungen zur Diagnostik und Therapie der Adipositas, die im Rahmen einer flächendeckenden und leitlinienorientierten Versorgung nötig wären, nicht durchgehend durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen abgedeckt (2). Für die leitliniengerechte konservative Adipositastherapie stellen sich daher in der Praxis finanzielle Limitationen dar, da Kosten nach den Regelungen des Sozialgesetzbuch V nur für isolierte Teile der empfohlenen Therapie übernommen beziehungsweise erstattet werden können (24). Beispielsweise muss eine leitliniengerechte unterstützende Arzneimittel-Therapie durch die Patient:innen selbst getragen werden, da der sogenannte „Lifestyle-Paragraf“ (Arzneimittel zur Steigerung der Lebensqualität; §34 SGB V) diese Präparate von der Regelversorgung durch die Krankenkassen ausschließt (2).

Die Adipositastherapie in Form wissenschaftlich positiv evaluierter, multimodaler Therapieprogramme wird von den S3-Leitlinien und systematischen Reviews empfohlen, da sie als wirksamer als Einzelmaßnahmen angesehen wird (3, 6, 20). Multimodale Programme werden jedoch nur von wenigen Patient:innen mit diagnostizierter Adipositas in Anspruch genommen, da sie nicht ubiquitär zur Verfügung stehen (24). Einer der hauptsächlichen Gründe für das bisherige Fehlen dieser Therapieangebote ist laut Expert:innen die mangelnde finanzielle Abbildung in den Leistungskatalogen der Krankenkassen (24, 25).

Allerdings ist die Umsetzung einer flächendeckenden, effektiven und leitliniengerechten Adipositastherapie ist bei entsprechendem Finanzierungsrahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich (2, 24, 25). Eine Ausnahme der oben beschriebenen lückenhaften Kostensituation stellen sogenannte „IV-Verträge“ (integrierte Versorgung) dar (§§ 140 a-d SGB V). Diese Verträge werden lokal mit Krankenkassen und Versorgungsteilnehmer:innen zur integrierten Versorgung geschlossen. Ein Beispiel ist das „Leipziger Adipositasmanagement“, dass ein multimodales Therapieprogramm mit der Option zur bariatrischen Chirurgie ohne Einzelfallprüfung und integrierter zweijähriger Nachsorge darstellt (26, 27). Dieses integrierte Versorgungsmodell wird den Ansprüchen der S3-Leitlinie (2014) an das multimodale Adipositasmanagement gerecht (3). Die Patient:innen profitieren von einer sektorenübergreifenden koordinierten Versorgung (26).

Die IV-Verträge haben das Potenzial, die regionale Versorgung zu verbessern und ein voll krankenkassenfinanziertes Adipositasmanagement zu ermöglichen. Für eine flächendeckende Umsetzung einer solchen Versorgungsform wurde ein DMP Adipositas beschlossen, das aktuell allerdings noch nicht umgesetzt ist (10).

2.2.3 Entwicklung eines DMP Adipositas

Disease Management Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen (28). Dafür sollen DMP mit einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten Behandlung Folgeschäden und Komplikationen bei chronischen Krankheiten verhindern. Die Patient:innen können sich freiwillig und kostenlos bei ihren Krankenkassen für die evidenzbasierten Programme einschreiben lassen. Voraussetzungen dafür sind die gesicherte Diagnose sowie die Bereitschaft der Patient:innen, aktiv am DMP teilzunehmen. DMP sollen sektorenübergreifend funktionieren und zugleich wirtschaftlich effizient sein.

Um die bisher defizitäre Versorgung adipöser Patient:innen flächendeckend zu verbessern, sprachen sich Fachgesellschaften und Expert:innen für die Entwicklung eines DMP Adipositas aus: „Zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität und zur Verhinderung von Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas wie Diabetes wäre ein Disease-Management-Programm Adipositas denkbar, welches die verschiedenen Versorgungsakteure unterschiedlicher Ebenen miteinander vernetzt“ (2: 11).

Im November 2023 wurde das DMP Adipositas durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) final beschlossen und die Voraussetzungen für ein strukturiertes Behandlungsprogramm Adipositas für Erwachsene geschaffen (29). Die DMP-Richtlinien sehen vor, dass zur Feststellung der Adipositas der BMI verwendet wird (30). Zukünftig sollen sich Erwachsene mit einem BMI zwischen 30 – 34,9 kg/m² und mindestens einer Begleiterkrankung (beispielsweise arterieller Hypertonie) oder mit einem BMI \geq 35 kg/m² in das DMP Adipositas einschreiben können. Weiterhin wird eine aktive Beteiligung der Patient:innen in Form von Änderung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten gefordert. Laut den oben genannten Richtlinien kann ein DMP Adipositas aber auch nur leisten, was im Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verankert ist. Im Rahmen des DMPs ist deshalb der Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsreduktion nicht möglich.

Zum Zeitpunkt der Entstehung der vorliegenden Dissertationsarbeit ist das DMP Adipositas noch nicht in der Primärversorgung angekommen. Das Bundesgesundheitsministerium prüft derzeit die Rechtmäßigkeit des Beschlusses. In der Folge müssen dann DMP-Verträge zwischen Krankenkassen, Kliniken und Praxen geschlossen werden, um das DMP lokal umzusetzen und anzubieten (10).

2.3 Hausärztliches Adipositasmanagement

2.3.1 Rolle der allgemeinärztlichen Versorgung für das Adipositasmanagement

Da insbesondere Hausärzt:innen eine wichtige Rolle für die Primärversorgung von Patient:innen mit Adipositas innehaben, hat die DEGAM zusätzlich die auf der S3-Leitlinie basierende Praxisempfehlung „Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas/Übergewicht“ herausgegeben (4). Diese soll den Behandler:innen beim therapeutischen Management der von Adipositas betroffenen Patient:innen helfen und „den konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die gemeinsame Entscheidung von Hausärzten und Hausärztinnen und deren Patienten und Patientinnen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen“ (4).

Die S3-Leitlinie aus 2014 verortet die Allgemeinmediziner:innen als Primärversorger an einer „niedrigschwelligen Eintrittsebene in die ambulante Gesundheitsversorgung“ (3). Die Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) soll als Anlass zur Beratung bei Adipositas genutzt werden. Die Lebensstilberatung Betroffener sowie die Initiation und Koordination der Versorgung seien zentrale hausärztliche Aufgaben.

In der DEGAM-Praxisempfehlung heißt es, dass die langfristige Betreuung der Patient:innen durch ihre Hausärzt:in eine Vertrauensbasis schafft, die das Ansprechen eines problematischen Gewichtsverlaufs in geschützter Atmosphäre ermöglicht (4). Die gemeinsame Entscheidungsfindung der Hausärzt:innen mit den Betroffenen soll psychosoziale Aspekte und individuelle Wünsche nach Veränderung berücksichtigen. Die Therapieziele sollen passend zur jeweiligen Lebens- und Gesundheitssituation mit den Patient:innen gemeinsam erarbeitet werden.

Im Idealfall sollte die hausärztliche Therapie ein Basisprogramm mit Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie ermöglichen (3). Dabei können Hausärzt:innen nicht nur selbst beratend und informierend tätig sein, sondern in bestimmtem Rahmen auch Maßnahmen wie Ernährungsberatung, Rehabilitationssport oder psychologische Betreuung verordnen (2). Zusätzlich sollte auch die erweiterte Versorgung, wie Einbindung in Sportprogramme, adjuvante medikamentöse Therapie und die Überweisung zu Fachärzten wie Diabetologen oder die Vorstellung zur bariatrischen Chirurgie durch den Hausarzt koordiniert werden (3).

Nicht zuletzt sind Hausärzt:innen auch in einer wichtigen Position für die Langzeit-Therapie der chronischen Erkrankung Adipositas. Nach Auffassung der Autor:innen der S3-Leitlinie ist durch den „Aufbau einer vertrauensvollen und empathischen Arzt-Patientenbeziehung“ (3: 78) die Einbindung von Hausärzt:innen in multimodale Gewichtsreduktionsprogramme sinnvoll. Bei komplexen Krankheitsverläufen könnten die Patient:innen von einer interdisziplinären Betreuung und der Therapie in einem ambulanten Adipositaszentrum oder einer spezialisierten

Praxis gemeinsam mit ihrer Hausärzt:in profitieren. Allerdings besteht durch das nicht vernetzte Versorgungssystem Optimierungsbedarf bezüglich einer interdisziplinären Kooperation bei der Adipositastherapie (3).

2.3.2 Gegenwärtige Versorgungssituation der Adipositas im hausärztlichen Setting

Im deutschen Gesundheitssystem spielt die Hausarztpraxis eine wichtige Rolle für den Zugang zu medizinischer Versorgung. Die Ärzt:innen kennen ihre Patient:innen sowie deren persönliches Umfeld in der Regel gut und betreuen sie meist über einen längeren Zeitraum. Eine Querschnittstudie konnte zeigen, dass sozial schwache, alte und übergewichtige Patient:innen ihre Hausärzt:innen häufiger kontaktieren als andere Patient:innengruppen (31). Ein relevanter Teil der allgemeinmedizinischen Patient:innen ist übergewichtig oder adipös und die Konsultationen im hausärztlichen Bereich aufgrund von Adipositas und assoziierten Erkrankungen haben in den letzten Jahren zugenommen (4). Im Hinblick auf die chronische Erkrankung Adipositas ist die hausärztliche Praxis als wichtige Schlüsselposition für die Versorgung zu sehen. Die Aufgabe der Ärzt:innen ist die Koordination von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für ihre Patient:innen einerseits, aber auch die Vernetzung von Mitbehandler:innen andererseits.

Allerdings wird das Adipositasmanagement sowohl von Hausärzt:innen als auch von Patient:innen als ungenügend eingeschätzt. In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass hausärztliche Patient:innen die Versorgung und Anleitung zum Selbstmanagement bei Adipositas durch ihre Hausärzt:innen als niedrig bewerten (32, 33). Als mögliche Gründe kommen eine nicht optimale Umsetzung chronischer Behandlungsprogramme, fehlendes Wissen über Adipositas, Stigmatisierung und fehlende Diagnosestellung in Frage (32, 34).

Weiterhin werden Übergewicht und Adipositas von Ärzt:innen und Patient:innen nicht zwingend als Erkrankung wahrgenommen. Adipositas wird ärztlicherseits vor allem beim Vorhandensein von Begleiterkrankungen als therapiebedürftig eingeschätzt (35). Eine britische Studie kommt zu dem Schluss, dass das hausärztliche Potenzial an dieser Stelle nicht ausreichend genutzt werde (36). Der BMI werde oft nicht standardmäßig erfasst, sondern erst berechnet, wenn körperliche Einschränkungen durch das Gewicht vorhanden waren. Bei nur ca. 50% der adipösen BMI erfolgte anschließend auch eine Lebensstilberatung oder weiterführende Überweisung. In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass die Patient:innen ihre Hausärzt:innen wegen Beratungsanlässen, die eher mit Begleit- oder Folgeproblemen als mit Adipositas selbst zu tun haben konsultieren (37). Von Bedeutung bleibe dabei, ob die Hausärzt:innen ihr Patient:innen tatsächlich auf das Übergewicht ansprechen und das Risiko durch das Übergewicht richtig einschätzen (38). Meist erfolgt die Zusammenarbeit mit weiteren Versorgungsteilnehmer:innen nur eingeschränkt. Dies liege laut den Ärzt:innen „an der mangelhaft ausgeprägten Vernetzung spezialisierter Einrichtungen im ambulanten Bereich“ (35: 87).

2.3.3 **Betreuungsbedürfnisse von Patient:innen mit Adipositas**

Die Umsetzung einer strukturierten Versorgung von Adipositaspatient:innen in der alltäglichen Versorgungsrealität der Hausarztpraxis ist mit großen Herausforderungen behaftet. Für die betroffenen Patient:innen erscheint die Versorgungslandschaft oft undurchsichtig und der Zugang zu spezialisiertem Adipositasmanagement erfolgt häufig eigeninitiativ und verspätet (2, 24). Patient:innen mit Adipositas haben einen hoch spezifischen Betreuungs- und Motivationsbedarf und sind nicht immer zufrieden mit ihrer hausärztlichen Betreuung. In einer qualitativen Studie, der Patient:inneninterviews zugrunde lagen, wurde kritisiert, dass die Diagnose Übergewicht oder Adipositas eher beiläufig gestellt wurde, dass Ernährungs- und Bewegungsberatung zu allgemein gehalten waren und konkrete Gewichtsziele meist fehlten (7). Die Patient:innen wünschten sich regelmäßige Gespräche mit ihren Ärzt:innen und konkrete Ziele sowie mehr Hinweise auf zusätzliche lokale Hilfs- und Unterstützungsangebote. Obwohl diese Schwierigkeiten bestehen, werden Hausärzt:innen von den befragten Patient:innen als prinzipiell geeignete Ansprechpartner:innen und Begleiter:innen für eine kontinuierliche und individuelle Beratung zur Gewichtsreduktion gesehen (7, 8). Sie sehen ihre Hausärzt:innen insbesondere in der Rolle der Koordination therapeutischer Möglichkeiten und weiterer Versorgungsteilnehmer:innen sowie in der Funktion der Berater:in für die individuelle Therapie (8).

Stigmatisierung adipöser Patient:innen

Als gewichtsbezogene Stigmatisierung wird die soziale Abwertung und Herabwürdigung von Personen auf Basis ihres Körpergewichts verstanden (39). Viele Menschen mit Adipositas haben bereits stigmatisierende Erfahrungen in ihrem Umfeld, im Beruf oder im Gesundheitswesen gemacht (40). Auch im allgemeinmedizinischen Setting ist das nicht irrelevant. In einer deutschen Studie konnte mithilfe der „Fat Phobia Scale“ festgestellt werden, dass viele Hausärzt:innen stigmatisierende Einstellungen gegenüber adipösen Patient:innen haben (34). Wie in einer narrativen Übersichtsarbeit festgestellt wurde, kann gewichtsbezogene Stigmatisierung durch medizinisches Personal nicht nur einen negativen Einfluss auf die Ärzt:in-Patient:innen-Beziehung, sondern auch auf medizinische Versorgung und therapeutische Entscheidungen haben (39). Hausärzt:innen mit einer stigmatisierenden Haltung und stereotypen Annahmen gegenüber adipösen Patient:innen sind beispielsweise weniger bereit, diese zu betreuen (9). Es erscheint wichtig, der Vermeidung dieser Einstellung gegenüber adipösen Patient:innen mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um den Patient:innen respektvoll zu begegnen, individuelle Lösungen anzubieten und sie zu begleiten (41). Um gewichtsbezogener Stigmatisierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, hat die neue S3-Leitlinie diesem Thema ein eigenes Kapitel gewidmet (6). Auch international besteht Konsens, dass die Aufklärung über gewichtsbezogene Stigmatisierung gefördert werden sollte, um eine Sicht auf Adipositas zu ermöglichen, die im Einklang mit modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen steht (39).

2.3.4 Erfahrungen und Einstellungen von Hausärzt:innen zur Adipositas therapie

Bereitschaft zum Adipositasmanagement

Die Bereitschaft von Hausärzt:innen zum Adipositasmanagement ist abhängig von ihren Erfahrungen, ihrem Wissen und den vorhandenen Ressourcen unterschiedlich. Wie in einer Interviewstudie gezeigt werden konnte, bestehen Variationen abhängig vom ärztlichen Typus hinsichtlich der gewählten therapeutischen Strategien und Schwerpunkte sowie bezüglich der Ansatzpunkte zur Förderung der Motivation und Compliance (9). Während der größere Teil grundsätzlich offen zu für die Betreuung von Patient:innen mit Adipositas scheint, ist ein Teil der Hausärzt:innen eher skeptisch bezüglich ihrer Aufgabe, Adipositaspatient:innen effektiv zu betreuen. Fehlgeschlagene Therapieversuche haben bei diesen Ärzt:innen zur Bevorzugung einer eher passiven Rolle mit frühzeitiger Delegation entsprechender Patient:innen an Gebietsärzt:innen oder andere Akteur:innen im Gesundheitswesen geführt (9). Einig sind sich die befragten Allgemeinmediziner:innen, dass das effektive Adipositasmanagement durchaus zeitaufwendig sei und auch ärztlicherseits viel Geduld und Frustrationstoleranz bei Fehlschlägen benötige (9). Auch in einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass Hausärzt:innen oftmals lieber eine passive Rolle beim Gewichtsmanagement einnehmen, wobei als hauptsächliche Barriere für ein erfolgreiches Adipositasmanagement die fehlende Motivation auf Patient:innenseite wahrgenommen wird (42). In einer Befragung britischer Hausärzt:innen wurde deutlich, dass diese Übergewicht eher in der Verantwortung der Betroffenen denn als medizinisches Problem sehen (43). Französische Hausärzt:innen gaben an, dass sie sich für die Beratung bei Adipositas schlecht ausgebildet fühlen, dies als herausfordernden Beratungsanlass wahrnehmen und sich Fortbildung auf diesem Gebiet wünschen (44).

Ansprechen von Übergewicht und Adipositas

Das Übergewicht ihrer Patient:innen anzusprechen fällt vielen Ärzt:innen schwer. Laut eines systematisches Reviews qualitativer Studien bestehen oft Schwierigkeiten bei der Interaktion über Adipositas und die Sorge der Hausärzt:innen, versehentlich zu stigmatisieren (45). Als weitere Barriere herrscht laut des Reviews ärztlicherseits oftmals Skepsis bezüglich der Wirksamkeit verfügbarer Therapien und der Änderungsmotivation der Patient:innen. Die Abklärung der Motivation ist ein Schwerpunkt des hausärztlichen Beratungsgesprächs bei Adipositas, wobei die fehlende Motivation zur Gewichtsreduktion als großes Hindernis zum erfolgreichen Adipositasmanagement wahrgenommen wird (42). Ein wirkungsvolles Kommunikationstraining, um Unsicherheiten bezüglich der Beratung bei Adipositas im Patient:innengespräch sowie andere wahrgenommene Barrieren zu überwinden scheint sinnvoll (45, 46). Eine Studie konnte zeigen, dass die Verfügbarkeit eines hausarztzentrierten Gewichtsmanagementprogramms die ärztliche (Beratungs-)Leistung, Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich des Adipositasmanagements steigerten (47). Die Behandler:innen fühlten sich mit

dieser Behandlungsoption im Hintergrund sicherer, das Übergewicht ihrer Patient:innen anzusprechen und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Die Gesundheitsuntersuchung Check-up 35 als Beratungsanlass für Adipositas

Die Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene (auch „Check-up 35“) ist eine Untersuchung mit präventivem Fokus, die ab einem Alter von 35 Jahren alle drei Jahre zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen werden kann. Dabei werden gesundheitliche Risikofaktoren erfasst und bewertet, um beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln (48).

Dieser Anlass wird von Hausärzt:innen zur Beratung adipöser Patient:innen genutzt und ist mittels qualitativer Interviewstudien dahingehend untersucht worden (49-52). Die ärztliche Gesprächsführung und die thematische Ausgestaltung von Check-up Untersuchungen variieren, wobei kardiovaskuläre Risikofaktoren von allen Befragten angesprochen werden (49). Eine ärztliche Risikoeinordnung der Adipositas fand meist in eher allgemeiner Form statt (50). Es wurde deutlich, dass einem adipösen Ernährungszustand von den befragten Ärzt:innen unterschiedliche Bedeutung zugemessen wurde, wobei die Ausprägung von „Nicht Gefährliches“ über ernstzunehmenden Risikofaktor bis zu Adipositas als Erkrankung reichte (51: 51). Meist wurde anhand pathologischer Untersuchungs- oder Laborbefunde auf das individuelle Gesundheitsrisiko eingegangen (49). Bei erhöhtem BMI erfolgte allerdings nicht immer eine Lebensstilberatung mit Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen. An dieser Stelle werden die Check-up Untersuchungen nicht optimal genutzt.

Weiterhin liegt in der ärztlichen Gesprächsführung Potenzial, wobei auffiel, dass Ärztinnen deutlich längere und patient:innenorientiertere Gespräche führten als Ärzte (49, 51). Oft wurde das Übergewicht von ärztlicher Seite im Beratungsgespräch nur indirekt angedeutet und die Reaktion der Patient:innen abgewartet, bevor durch die Ärzt:innen in Erwägung gezogen wurde, das Problem weiter zu besprechen (50, 51).

In einigen Interviewstudien wurden auch Ursachen des Übergewichts thematisiert. In einer Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Patient:innen dabei sowohl verhaltensabhängige als auch verhaltensunabhängige Faktoren thematisierten, was für individuelle präventive Empfehlungen und Behandlungsempfehlungen genutzt werden sollte (53). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass dies für die Behandlungsempfehlungen tatsächlich nur teilweise umgesetzt wurde (51). Sofern die individuelle Krankheitstheorie bei der Beratung berücksichtigt wurde, waren die Therapieempfehlungen jedoch individueller auf die Patient:innen zugeschnitten (51, 52). Hier liegt großes Potenzial, da abhängig von den angenommenen Ursachen die Therapieempfehlungen der Patient:innen durchaus intensiver waren als die der Ärzt:innen (51). Dagegen spielte die Motivation der Patient:innen und die gemeinsame Vereinbarung von

Therapiezielen im Beratungsgespräch keine große Rolle, obwohl dies ebenfalls für eine nachhaltige Veränderung wichtig wäre (52).

Der Check-up ist insgesamt als wichtiger Anlass zur Beratung von Patient:innen von Übergewicht und Adipositas zu werten, wenn auch noch verschiedene Verbesserungsmöglichkeiten umgesetzt werden müssen.

Bedeutung von Fachwissen und strukturelle Barrieren

Obwohl Hausärzt:innen als primäre Anlaufstelle für Personen mit Adipositas im Gesundheitssystem fungieren, mangelt es häufig an fundierter Fachkenntnis zum Krankheitsbild Adipositas und den Versorgungsmöglichkeiten (54). Oft fühlen sich die primären Behandler:innen bezüglich Adipositastherapie nur unzureichend aus- und fortgebildet (2, 44). Dies kann die Möglichkeiten der Ärzt:innen für ein effektives Adipositasmanagement einschränken. Es erscheint zentral, das Wissen der Hausärzt:innen zu erweitern, da ihnen eine tragende Rolle als Primärversorger:innen und auch in der Langzeitbetreuung von Patient:innen mit Adipositas und nach bariatrischer Chirurgie zukommt (2). In einer kanadischen Studie mit Fokus auf die Therapieoption der Adipositaschirurgie gibt die Mehrheit der Befragten an, dass zusätzliche Fortbildung zur Therapie von Adipositas Grad II und III nötig ist (55). Das fehlende Wissen über die Optionen bariatrischer Chirurgie kann dazu führen, dass diese Therapieoptionen weniger in Betracht gezogen werden, obwohl Patient:innen profitieren könnten.

Als strukturelle Hindernisse für eine effektive Adipositastherapie werden in einer amerikanischen Studie zu wenig Zeit im Praxisalltag, dringender erscheinende medizinische Probleme und eine zu geringe finanzielle Abbildung der Therapie genannt (56). Außerdem ist die Kenntnis des Behandlungsumfeldes in dieser Studie zu gering, um eine interdisziplinäre Therapie zu ermöglichen. Weiterhin gibt es zu wenig spezialisierte Fachkräfte und es fehlten im Gesundheitssektor die Valenzen, diese zu erwerben. Als Verbesserungsmöglichkeiten werden die Verfügbarkeit von Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort vorgeschlagen, evidenzbasierte Ernährungstherapie, die Umsetzung teambasierter Behandlungsmodelle, Selbsthilfe durch geschulte Betroffene, Kostenerstattung für die Behandlung von Adipositas und Ausbildungs- und Zertifizierungsmöglichkeiten für interessierte Ärzt:innen, die finanziell und durch Freistellung von der klinischen Tätigkeit unterstützt werden sollen (56). Dies sind Faktoren, die auch für das Adipositasmanagement im deutschen Gesundheitssystem als relevant erachtet werden können.

Durch das hohe Aufkommen von Patient:innen in der hausärztlichen Praxis generell, aber auch durch die hohe Prävalenz von Adipositas im primärmedizinischen Setting fehlt die notwendige Zeit und auch die Vergütung für ausführliche Beratungsgespräche bei der chronischen Erkrankung Adipositas. Es sei daher für Hausärzt:innen oft nur schwer möglich, adipöse Patient:innen bei dieser komplexen Erkrankung langfristig zu betreuen (2).

Zusätzlich bleibt ein erreichtes Therapieergebnis nicht zwingend konstant. Adipositas ist eine chronische Erkrankung, bei der die Wiederzunahme des Gewichts bei fehlenden Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung eher die Regel als die Ausnahme ist (57). Dies geht mit einem hohem langfristigen Betreuungsaufwand einher, um der chronischen Erkrankung Adipositas gerecht zu werden (6). Problematisch ist, dass der Zugang zu multimodalen Therapieprogrammen begrenzt ist und es zu wenig vergütete Leistungen sowie wenig weitere auf Adipositas spezialisierte Versorgungsteilnehmer:innen im ambulanten Bereich gibt.

2.4 Erkenntnisinteresse

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, den Status quo und die Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting zu ermitteln. Ein großer Teil der Bevölkerung ist von Übergewicht oder Adipositas betroffen (1). Oftmals wird dies zuerst durch Hausärzt:innen thematisiert beziehungsweise diagnostiziert. Deshalb ist das allgemeinmedizinische Setting ein wichtiger Ansatzpunkt zur Diagnose, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas. Die Erfahrungen von Hausärzt:innen diesbezüglich sind erst von wenigen Studien im deutschsprachigen Raum untersucht worden (7-9). Daher ist es für die hausärztliche Versorgungsforschung unerlässlich, die Einstellungen und Erfahrungswerte von Hausärzt:innen zur aktuellen Versorgungssituation sowie ihre Erwartungen an ein zukünftiges und strukturiertes Adipositasmanagement genauer zu beleuchten. Gerade im Hinblick auf Veränderungen der Versorgungsstrukturen durch das geplante DMP Adipositas hat dies eine noch größere Relevanz.

Folgende Fragestellungen, gegliedert in Haupt- und Unterfragen, stehen im Zentrum der Dissertation:

- 1. Welche Bedeutung und Möglichkeiten sehen Hausärzt:innen für das therapeutische Management von adipösen Patient:innen im hausärztlichen Setting? Wie beschreiben Hausärzt:innen ihre Erfahrungen mit dem Adipositasmanagement?**
 - a) Welche Einstellungen und Sichtweisen vertreten Hausärzt:innen bezüglich ihrer primärärztlichen Aufgabe der Diagnose, Beratung und Therapie von adipösen Patient:innen?
 - b) Wie strukturieren Hausärzt:innen die Behandlung? Welche Teile des Adipositasmanagements können aus Sicht der befragten Hausärzt:innen mit den eigenen Kenntnissen und Ressourcen im Praxisalltag geleistet werden?
 - c) Inwiefern ist die S3-Leitlinie „Adipositas – Therapie und Prävention“ hierbei bekannt und wird als hilfreich bei der Strukturierung des Behandlungsgeschehens erlebt?

- 2. Welche Herausforderungen und Limitationen gibt es für die Befragten beim Adipositasmanagement im hausärztlichen Setting?**

- a) Inwiefern sind auftretende Probleme dabei durch das Gesundheitssystem bedingt?
- b) Wie sind Sprechstundentermine speziell für den Beratungsanlass Adipositas in den hausärztlichen Praxisalltag zu integrieren?

3. Wie gestaltet sich die ambulante interdisziplinäre Zusammenarbeit für das Adipositasmanagement aus Sicht der Hausärzt:innen aktuell?

- a) Inwieweit sind Hausärzt:innen in ein interdisziplinäres lokales oder kommunales Netzwerk aus weiteren Teilnehmer:innen der Versorgung von Adipositaspatient:innen eingebunden?
- b) Welches besondere Engagement zeigt sich bezüglich Versorgung adipöser Patient:innen bei den zu befragenden Hausärzt:innen (Best Practice)?
- c) Welche Möglichkeiten bieten Praxen mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt in Vergleich zum hausärztlichen Setting?

4. Welche Potenziale sehen die Interviewten für eine effektive und strukturierte zukünftige Versorgung von adipösen Patient:innen?

- a) Welche Veränderungen sind aus Sicht von Hausärzt:innen erforderlich beziehungsweise sinnvoll, um die Therapie von Patienten mit Adipositas in der allgemeinmedizinischen Praxis zu vereinfachen, besser zu strukturieren und effektiver zu gestalten?
- b) Inwiefern kann ein Agieren in Netzwerkstrukturen Potenziale für das multimodale Management der Adipositas eröffnen?
- c) Welche Einstellungen vertreten Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich eines zukünftig möglichen Disease Management Programms Adipositas? Was sollte bei der Ausgestaltung beachtet werden?

Mittels empirischer Erhebung und der Beantwortung der aufgeführten Fragestellungen erhofft sich die Verfasserin, zur Versorgungsforschung auf dem Gebiet des hausärztlichen Adipositasmanagements beitragen.

3 Material und Methoden

3.1 Qualitatives Design der Studie

Für die vorliegende Arbeit wurde ein exploratives Design verwendet, das nach den Grundsätzen qualitativer Forschung entwickelt wurde (58-60). Es wurden halbstandardisierte Expert:inneninterviews geführt, die im Anschluss mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (61) ausgewertet wurden.

Das Ziel qualitativer Forschung ist der offene Zugang und die möglichst realitätsnahen Erfassung der Lebenswelt sowie der Sichtweise der untersuchten Subjekte auf den Untersuchungsgegenstand. Der qualitative Untersuchungsansatz kann aufgrund dieser Offenheit Themenfelder erkunden und tiefere Informationen liefern, die bei quantitativen Untersuchungen auf Grund der Standardisierung oft nicht erfasst werden (62). Gerade bei sozialpolitischen Themen in den Gesundheitswissenschaften, wie der Versorgung adipöser Patient:innen, können qualitative Methoden daher eher zu relevanten Ergebnissen führen, da auch komplexere Zusammenhänge der Gesundheitsversorgung abgebildet werden können (58, 63).

Die Methoden werden im qualitativen Forschungsprozess so ausgewählt, dass sie der Komplexität des untersuchten Gegenstands gerecht werden. „Gegenstände werden dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht“ (58: 27). Das Ziel ist dabei, explorativ Neues zu entdecken und empirisch begründete Theorien zu entwickeln.

Eine möglichst große Alltagsbezogenheit ist bei qualitativer Forschung relevant, um eine Verzerrung der Beobachtungen durch künstliche Untersuchungssituationen zu vermeiden. Gleichzeitig ist die Beforschung der Gegenstände in einer alltagsnahen Situation günstig für eine mögliche Verallgemeinerung von Ergebnissen (59).

Die über ihre alltäglichen Erfahrungen mit hausärztlichem Adipositasmanagement befragten Ärzt:innen sind die Subjekte des qualitativen Forschungsansatzes. Mithilfe der qualitativen Methode des Expert:inneninterviews soll der Untersuchungsgegenstand „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“ exploriert werden. Die qualitative Herangehensweise bietet sich hier besonders an, um die persönlichen Einstellungen von Hausärzt:innen zum Therapiemanagement von Adipositaspatient:innen in der individuellen Behandlungssituation zu erfassen. Weiterhin können Limitationen und Ideen für zukünftige Versorgungsmodelle aus der Perspektive des Praxisalltags exploriert werden.

Die so entstehenden individuellen und breiten Daten sind typisch für den qualitativen Forschungsansatz und erlauben nach qualitativer Analyse ein methodisches, induktiv geleitetes Aufstellen von Theorien unter Berücksichtigung von Vorwissen (58). Induktiv bedeutet hier,

dass anhand der gemachten Beobachtungen nah am Untersuchungsgegenstand Hypothesen entwickelt und Theorien aufgestellt werden (62).

Das Grundgerüst des qualitativen Denkens soll dabei aber keine Alternative zur quantitativen Forschung darstellen. Sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze gehören zur Erforschung und zum Verständnis eines Gegenstandes (59). Bei der Triangulation von qualitativen und quantitativen Methoden arbeiten diese ergänzend aus unterschiedlichem methodischen Blickwinkel am selben Untersuchungsgegenstand. Sie können durch eine Zusammenschau methodische Limitationen der jeweils anderen Methode ausgleichen (58). Im Rahmen dieser Studie wird dies realisiert, indem dieselben Personen, die an der Interviewstudie teilnehmen, auch einen Kurzfragebogen ausfüllen. Dieser umfasst soziodemographische quantitative Daten und soll bei Sampling-Entscheidungen für eine ausgewogene Stichprobe genutzt werden. Dieses Vorgehen wird genutzt, um die Erfassung quantitativer Daten aus der eigentlichen Interviewsituation herauszuhalten und das qualitative Interview davon zu entlasten (58).

3.1.1 Das halbstandardisierte Expert:inneninterview

Interviews sind eine klassische qualitative Datenerhebungsmethode und gehören zu den häufigsten Verfahren in der qualitativen Sozialforschung (64). Bei qualitativ orientierten Interviewformen lassen sich grundsätzlich verschiedene Dimensionen des Interviews unterscheiden. Im Rahmen dieser Arbeit soll ein exploratives, halbstandardisiertes, qualitatives Expert:inneninterview geführt werden. Ist ein Interview explorativ, können die Befragten frei und ohne Vorgabe von Antwortmöglichkeiten auf eine gestellte Frage antworten (59). Halbstandardisiert bedeutet, dass es einen Leitfaden mit Fragen gibt, an denen sich der Interviewer orientiert und insofern einen Rahmen für die Durchführung aller Interviews in der Stichprobe vorgibt. (59) Die Dimension qualitativ bezieht sich hier auf die Auswertungsform, also die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (61).

Das Expert:inneninterview beschäftigt sich mit der Eigenschaft einer Person als Expert:in in einem bestimmten Handlungsfeld (58, 65). Als Expert:in kann demnach gesehen werden, wer Fachwissen in Bezug auf den interessierenden Untersuchungsgegenstand hat. Darüber hinaus hat die Expert:in aber nicht nur das theoretische Wissen, sondern auch Erfahrung in der Umsetzung und praktischen Anwendung dieses Wissens (58, 66). Das trifft für die befragten Hausärzt:innen als Expert:innen für Adipositasversorgung im ambulanten Bereich zu. Mit der breiten Erfahrung und Expertise sind die Hausärzt:innen, gegebenenfalls sogar mit diabetologischer Zusatzqualifikation, bei der Beleuchtung des Themas Adipositas aus Sicht der allgemeinmedizinischen Forschung von großer Relevanz. Viele der primärärztlich betreuten Patient:innen sind übergewichtig oder adipös (1). Die Erfahrung und der Umgang mit dieser speziellen Patient:innengruppe, die Sichtweisen und Einstellungen der Hausärzt:innen zum

Management von Übergewicht im hausärztlichen Setting sind für diese Interviewstudie sehr wertvoll.

Die Methode des Expert:inneninterviews hat allerdings auch Limitationen. Die Interviewsituation, das Interviewerverhalten und die Art und Weise der Konstruktion des Messinstrumentes haben dabei Einfluss auf die Antwortreaktionen (60). Daher sind Antworten im Interview nie völlig unverfälscht. Mögliche systematische Verzerrungen könnten in Abhängigkeit von der Interviewsituation, den Merkmalen der Befragten und des Messinstrumentes entstehen. Verzerrungen seien auch möglich durch Antworttendenzen zur sozialen Erwünschtheit, durch die Unschärfe von Erinnerungen und durch den Überstrahlungseffekt vorangehender Fragen.

Zur Reduktion möglicher systematischer Fehlerquellen dient eine methodisch gute Fragebogenentwicklung, möglichst neutrale Fragestellung und Interviewtechnik, eine Vereinbarung über die Vertraulichkeit des Interviews, sowie das Interviewtraining durch Probeinterviews (58, 60).

3.1.2 Der Interviewleitfaden

Das halbstandardisierte Expert:inneninterview wird leitfadengestützt durchgeführt (58). Die im Leitfaden enthaltenen Fragen bilden das Grundgerüst für das Interview. Zusätzlich dürfen und sollen an entsprechender Stelle weitere und tiefergehende Inhalte exploriert werden. Charakteristisch für das Leitfadeninterview sind die offen formulierten Fragen, die im Vorhinein erarbeitet werden (58). Durch diese Art der Fragen und das Fehlen von vorgegebenen Antwortkategorien sind Einstellungen, Meinungen und Gründe in ihrer vollen Komplexität erfassbar (64). Diese Befragungsmethode ist gut geeignet für Bereiche, in denen nur wenig detailliertes Vorwissen existiert (60).

Ein weiterer Vorteil der Methode ist, dass der durchgängige Einsatz des Leitfadens die Vergleichbarkeit der Daten erhöht und diese strukturiert (58). Gleichzeitig soll die Interviewer:in nicht zu nah am Leitfaden arbeiten und so die Offenheit der Antworten einschränken. Die Interviewer:innen haben unter diesen Gesichtspunkten eine große Verantwortung bei der Durchführung der Interviews. Aus diesen Gründen hat sich ein Interviewtraining als notwendig erwiesen, in denen der Leitfaden erprobt wird (58).

Der Interviewleitfaden zur vorliegenden Arbeit wurde anhand der Forschungsziele entwickelt. Zur Exploration dieser Aspekte wurden Interviewfragen formuliert. Die Fragen sollen die Dimensionen des qualitativen Konstruktes „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“ erfassen. Dazu wurden zunächst anhand einer umfassenden Literaturrecherche passende Fragen gesammelt. Um die Fragestellung der Arbeit möglichst gut zu treffen, wurde die Sammlung auf Leitfragen reduziert. Weiterhin wurden die Fragen möglichst eindimensional gestellt, das heißt nur einen Aspekt pro Frage betreffend. Durch eine

Clusterung der Fragen in thematische Gruppen wurde eine logische Reihenfolge für den Interviewleitfaden erarbeitet. Dabei wurden die Grundsätze für Frageformulierung und Fragebogenkonstruktion beachtet (60).

Der entstandene Entwurf des Leitfadens wurde mehrfach einem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Abteilung vorgelegt, im Wechselspiel mit ihm entwickelt und entsprechende Verbesserungsvorschläge realisiert. Vor Beginn der Erhebung wurde zur Sicherstellung der Qualität ein Probeinterview durchgeführt. Vor der Anwendung bei allen Interviewteilnehmer:innen wurde der Leitfaden im Rahmen dessen auf Praktikabilität und Verständlichkeit geprüft und entsprechend angepasst. Für die Schlüssigkeit und den Gesprächsfluss wurde lediglich die Fragenreihenfolge angepasst, die Fragen selbst jedoch nicht mehr grundlegend verändert. Der verwendete Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

3.2 Vorbereitungen zur Datenerhebung

Im Vorfeld wurde eine Einladung zum Interview entwickelt, die die Relevanz der Thematik veranschaulicht und den Expert:innen-Status der Hausärzt:innen hervorhebt. Diese wurde zur Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen versendet. In der Einladung werden die Rahmenbedingungen der Studie beschrieben.

Um die Belange des Datenschutzes zu berücksichtigen, wurde eine Einverständniserklärung zum Interview inklusive Datenschutzerklärung für die Teilnehmenden verfasst. Dieses Dokument war bei der Rückmeldung von interessierten Expert:innen und vor der Erfassung weiterer Daten zu versenden und erst nach Unterzeichnung fortzufahren.

Zur Nutzung soziodemographischer Daten der Teilnehmer:innen für ein sinnvolles Sampling der Stichprobe wurde ein quantitativer Kurzfragebogen zum Ankreuzen erstellt und zugesendet. Die Einladung, die Datenschutzerklärung sowie der verwendete Kurzfragebogen befinden sich im Anhang.

3.2.1 Rekrutierung der Interviewteilnehmer:innen

Die Zielgruppe für das Interview im Rahmen dieser Arbeit sind hausärztlich tätige Ärzt:innen in Rheinland-Pfalz und Hessen mit Expertise im Bereich Adipositasversorgung. Für die Gewinnung von Interviewteilnehmer:innen wurde eine entsprechende Einladung versendet (s. 8 Anhang). Interessierte konnten sich freiwillig telefonisch oder per E-Mail an die in der Einladung angegebenen Kontaktdaten melden.

Die Befragten wurden auf verschiedenen Wegen erreicht. Insgesamt konnten 23 Teilnehmer:innen für die Studie gewonnen werden. Über die Hälfte (13/23) der Interviewteilnehmer:innen wurde durch das Netzwerk des Hausärzterverbandes Rheinland-Pfalz rekrutiert. Weiterhin konnten auch Interviewteilnehmer:innen über persönliche Kontakte gewonnen werden (7/23),

sowie durch das Anschreiben der Lehrbeauftragten des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz (3/23).

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Diese Interviewstudie ist eine auf Freiwilligkeit basierende Erhebung. Das bedeutet, dass nur Teilnehmer:in werden konnte, wer sich auf die Einladung zum Interview zurückmeldete. Weiterhin gab es keinerlei Vergütung oder Entschädigung für die Teilnahme.

In diese Studie eingeschlossen wurden Ärzt:innen aus Rheinland-Pfalz und Hessen. Diese sollten eine abgeschlossene Fachärzt:innen-Ausbildung haben und hausärztliche Patient:innen im ambulanten Bereich betreuen. Dabei war es gleichgültig, ob die Weiterbildung für Allgemeinmedizin absolviert wurde oder es sich um hausärztlich tätige Internist:innen handelt. Weiterhin war es auch möglich mit einem zusätzlichen diabetologischen Schwerpunkt eingeschlossen zu werden, wenn gleichzeitig auch hausärztliche Patient:innen betreut wurden.

Ein Ausschlusskriterium zur Studienteilnahme war, wenn die Ärzt:innen außerhalb von Rheinland-Pfalz oder Hessen praktizierten. Weiterhin ausgeschlossen wurden Ärzt:innen, die keine hausärztlichen Patient:innen im niedergelassenen Bereich betreuen und/ oder die fachärztliche Weiterbildung zum Befragungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen hatten.

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung

Bei der Einladung zum Interview über den E-Mail-Verteiler des Hausärzteverbandes meldeten sich die Hausärzt:innen häufig direkt auf diese E-Mail zurück. Zur Kontaktaufnahme bei den Lehrbeauftragten des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz und innerhalb des persönlichen Netzwerkes wurden die Hausärzt:innen in ihren Praxen angerufen und die Intervieweinladung an die angegebene E-Mail-Adresse gesendet. Nach Prüfung der Interview- und Datenschutzeinwilligung und der Einschlusskriterien wurde ein Termin für das Interview vereinbart.

3.3.2 Entstehungssituation der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum von September bis Dezember 2021 realisiert. Die Befragung wurden in einer Mischung aus Präsenz- und Telefoninterviews geführt. Dabei wurde den Ärzt:innen freigestellt, ob sie das Gespräch am Telefon oder persönlich vor Ort führen möchten. Letztlich wurden 8/22 Interviews in Präsenz und 15/22 Befragungen am Telefon durchgeführt. Prinzipiell müssen Telefoninterviews persönlichen Interviews bei den Aspekten Datenausschöpfung und -qualität in nichts nachstehen (60). Komplexe Fragen sollten wie auch im persönlichen Interview entsprechend verständlich gestellt beziehungsweise der Fragebogen entsprechend modifiziert werden. Gleichzeitig spielen Einflüsse durch die Körpersprache und

das Auftreten der Personen eine geringere Rolle. Die Befragten können sich in einer vertrauten Räumlichkeit aufhalten, in der sie sich wohl und ungestört fühlen (60).

3.3.3 Aufnahmemethode

Die Interviews wurden auf einem Tablet oder Laptop durch die Interviewerin aufgenommen. Das Aufnahmegerät wurde bei Präsenzinterviews zwischen beide Gesprächspartner:innen gestellt. Bei Telefoninterviews wurde das Aufnahmegerät in einem geschützten Raum neben das auf Lautsprecher gestellte Telefon gelegt. Der Aufzeichnungsbeginn und das Aufzeichnungsende wurden jeweils deutlich mit den Interviewten kommuniziert.

3.3.4 Interviewdurchführung

Vor dem Interview erfolgte zunächst eine gegenseitige Vorstellung der Interviewpartner:innen. Dies diente dem Kennenlernen, der Vertrauensbildung und der Schaffung einer lockeren Gesprächsatmosphäre. Weiterhin wurde der zeitliche Rahmen von voraussichtlich 30 – 60 Minuten kommuniziert und das Thema des Interviews angesprochen.

In der Eingangsphase des Interviews wurden zunächst einfache und offene Einstiegsfragen gestellt, bevor der Leitfaden differenzierte Fragen zu Einstellungen und Potenzialen vorsieht. Die Handhabung des Interview-Leitfadens erfolgte insgesamt nicht zu starr, um ad-Hoc-Fragen und das Erörtern von Best-Practice-Beispielen zuzulassen. So wurden die Fragen dem Gesprächsfluss angepasst, wobei darauf geachtet wurde, alle Leitfragen zu stellen.

Die bevorzugte Grundhaltung von Interviewer:innen lässt sich als möglichst neutral mit einigen weichen Elementen beschreiben, die zur Schaffung einer kooperativen Gesprächsatmosphäre beitragen (60). Die Interviewerin war interessiert, offen und regte zur weiteren Exploration an. Jegliche Wertung von Aussagen wurde während der Befragung möglichst vermieden. Zur Verständnissicherung erfolgten Rückfragen und kurze Zusammenfassungen des Gesagten durch die Interviewerin. So konnte das Frage-Antwort-Schema des Interviews hin und wieder durchbrochen und die Gesprächspartner zu differenzierten Aussagen aktiviert werden.

Zum Abschluss des Interviews wurde eine offene Frage gestellt, die den Befragten die Möglichkeit zur Ergänzung des Gesagten, zu einer prägnanten Positionierung oder einem Resümee gab. Danach wurde das Ende der Interviews kommuniziert und die Aufzeichnung beendet.

3.3.5 Datensicherheit

Die Interviews wurden so geführt, dass keine dritte Person mithören konnte. Dadurch sollte eine Verzerrung der Antworten vermieden werden. Die Präsenzinterviews wurden unter vier Augen geführt. Bei Telefoninterviews befand sich die Interviewerin allein in einem Raum. Die befragte Person wurde darum gebeten, sich in einen ruhigen und möglichst störungsfreien

Raum zu begeben. Bei Störungen durch Dritte war es jederzeit möglich, das Interview zu unterbrechen und direkt im Anschluss fortzuführen.

Bei der Verarbeitung der Daten wurde darauf geachtet, diese frühestmöglich zu pseudonymisieren. Es wurden Pseudonyme für jede:n Interviewpartner:in entwickelt und die Audio- und Transkriptionsdateien nur unter dem Pseudonym gespeichert und bearbeitet. Die Interviewmitschnitte wurden pseudonymisiert in einem passwort-geschützten Bereich auf dem Server der Johannes Gutenberg-Universität Mainz gespeichert. Auch die pseudonymisierten Interviewberichte, Transkripte, die pseudonymisierten soziodemographischen Daten der Hausärzt:innen und das Dokument zur Auswertung der Interviews, sowie die Kontaktdaten der Teilnehmer:innen zur Terminvereinbarung wurden in eben diesem Bereich gespeichert. Der Bereich ist nur der Verfasserin dieser Arbeit zugänglich. Eine handschriftliche Liste zum Entschlüsseln der pseudonymisierten Daten befindet sich bei der Verfasserin und wird getrennt von den anderen Daten aufbewahrt.

Über das Vorgehen innerhalb der qualitativen Interviewstudie und die Handhabung der Daten wurden die Teilnehmer:innen der Interviewstudie im Vorfeld mithilfe einer Interview- und Datenschutzeinwilligung (s. 8 Anhang) aufgeklärt. Nur bei Einwilligung in diese Erklärung wurde das Interview durchgeführt und Daten erfasst.

3.4 Datenauswertung

Die leitfadengestützten Expert:inneninterviews wurden im Rahmen dieser Arbeit mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (61). Dazu sind Transkription, Kategorisierung und eine qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung der Interviews erforderlich. Diese wurde computergestützt mit dem Programm MAXQDA (Version MAXQDA 2022 R22.3 V5) durchgeführt. Die im Kurzfragebogen erhobenen soziodemographischen Daten wurden mit Hilfe einer Excel-Tabelle erfasst und deskriptiv analysiert.

3.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Hauptanliegen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist es, ein systematisches, regelgeleitetes und überprüfbares Konzept zur Auswertung qualitativer Daten zu bieten (61). Dies soll in nachvollziehbaren, vorab festgelegten und auf das Material angepassten Interpretationsregeln zum Ausdruck kommen. Dafür wird ein konkretes Ablaufmodell zur qualitativen Inhaltsanalyse festgelegt, dass auf die Gegebenheiten des Materials hin entwickelt und angepasst wird. Jeder Entscheidung innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse liegt dann eine Interpretationsregel zugrunde.

3.4.2 Vorbereitung der Datenauswertung

Bestimmung des Ausgangsmaterials für die qualitative Inhaltsanalyse

Insgesamt wurden 23 Interviews geführt, von denen ein Probeinterview nicht in die Auswertung einbezogen wurde. Das mittels qualitativer Inhaltsanalyse auszuwertende Material umfasste somit 22 Expert:inneninterviews. Die Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse sind die Transkripte der Interviews im Programm MAXQDA.

Transkription der Interviews

Durch den Audiomitschnitt während der Expert:inneninterviews entstanden ungefähr 12,5 Stunden (743,33 Minuten) Tonmaterial. Dies wurde durch die Interviewerin in MAXQDA händisch transkribiert. Es wurden keine Transkriptionsprogramme verwendet. Die Audiodaten und Transkripte wurden nur in pseudonymisierter Form verwendet. In den Transkripten (s. 8 Anhang) wurden Namen und Orte unkenntlich gemacht. Es wurde möglichst wörtlich transkribiert. Dabei wurde die Umgangssprache beibehalten, lange Pausen vermerkt und unverständliche Stellen markiert. Weiterhin wurde darauf geachtet, dass ein gut lesbarer Text zur Auswertung mittels Kategoriensystem entsteht. Der Fokus während der Transkription lag auf dem informationellen Gehalt der Expert:inneninterviews. Die Erfassung von Füllwörtern, kurzen Pausen und weiteren Hinweisen auf die Gesprächsdynamik wurde zugunsten des Inhaltes hintenangestellt. Das verwendete Transkriptionssystem befindet sich im Anhang.

Richtung der Analyse

Bei den qualitativ ausgewerteten Expert:inneninterviews ging es um den Untersuchungsgegenstand „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“. Es ging weniger um die Kommunikation und das Verhalten der Hausärzt:innen selbst, als um ihr Expertenwissen zum Untersuchungsgegenstand.

3.4.3 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Schritt 1: Definition der Analyseeinheiten

Zu den Analyseeinheiten im Rahmen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse gehören die Auswertungseinheit, die Kodier- und die Kontexteinheit (61). Als Auswertungseinheit wurden die 22 auszuwertenden Interviews in ihrer Gesamtheit betrachtet. Ein einziges Interview als Auswertungseinheit griff zu kurz, da alle Aspekte des Kategoriensystems mit ihren Ausprägungen nur in der Gesamtheit der Interviews zum Tragen kamen.

Kodiereinheit und Kontexteinheit beschreiben den Umfang der Textteile, die eine Kategorie definieren können (61). Die Kodiereinheit ist der kleinstmögliche Textteil, der eine Kategorie bestimmen kann. Dies war für diese Arbeit ein Satzteil. Die Kontexteinheit ist der größtmögliche Textteil, der eine Kategorie definieren kann. Dies waren hier mehrere aufeinanderfolgende im Sinn zusammenhängende Absätze; also mehrere Sätze beziehungsweise die Antwort auf eine Interviewfrage.

Schritt 2: theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Schwerpunkte

Die inhaltlichen Schwerpunkte wurden zunächst theoriegeleitet aufsetzend auf den Forschungsfragen der Arbeit und den Fragen des Interviewleitfadens entwickelt. Sie umfassen für die „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“ vier Kategorienkomplexe:

- 1) Bedeutung, Rolle und therapeutische Möglichkeiten des hausärztlichen Settings
- 2) Herausforderungen und Limitationen
- 3) interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 4) Potenziale für eine strukturierte Versorgung

Schritt 3: Erstellung des Kategoriensystems

Das Kategoriensystem bildet das Grundgerüst für die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (61). Zu Kategorienkomplexen und ihren Hauptkategorien wurden deduktiv Subkategorien hinzugefügt, beispielsweise:

- Kategorienkomplex 4: Potenziale einer strukturierten Versorgung
 - Hauptkategorie: Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement
 - Subkategorie: Prävention der Adipositas
 - Subkategorie: Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebots
 - Hauptkategorie: Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit
 - Hauptkategorie: DMP Adipositas
 - Subkategorie: Einstellung der Hausärzt:innen zu einem DMP Adipositas
 - Subkategorie: Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas

Das Kategoriensystem ist vollständig im Kapitel 4.2 Das Kategoriensystem dargestellt.

Schritt 4: Erstellung des Kodierleitfadens

Aufbauend auf dem Kategoriensystem wurde ein Kodierleitfaden entwickelt. Dieser ermöglichte es, Textstellen regelgeleitet und eindeutig den Kategorien zuzuordnen (61). Es wurde für jede Kategorie festgelegt, welche Informationen oder Aussagen dort subsummiert werden sollen. Dies wurde durch Ankerbeispiele und Abgrenzungsregeln ergänzt. Eine gute Abgrenzung der Kategorien untereinander, sowie das strukturierte und nachvollziehbare Vorgehen bei der Codierung des Materials waren essenziell, um Trennschärfe und Intracoder-Reliabilität zu erreichen (61). Der Kodierleitfaden befindet sich im Kapitel 8 Anhang. Folgendes Beispiel veranschaulicht das Vorgehen mittels Kodierleitfadens:

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Abgrenzungsregel
Wünsche und Ideen	Ideen für notwendige Veränderungen und Wünsche der Hausärzt:innen für eine besser strukturierte und effektivere Versorgung von Adipositaspatient:innen. Inklusive Aussagen und Forderungen zur Prävention von Adipositas.	B: Naja, so das strukturelle Umfeld. Was ich eben schon sagte, es wäre ja toll, wenn es eine Reha-Sportgruppe gäbe für speziell Adipositas zum Beispiel. Wenn es da einfach Strukturen für gäbe. (aus N-03-w, Pos. 66) B: Ja, es wäre schon... Wie so ein Adipositaszentrum oder so was wäre halt schon gut. Dass man irgendwie sagt: Okay, da sitzt jetzt ein Irgendjemand ambulant, wo eben mehrere Disziplinen angebunden sind und die Patienten, ja, sind da eben wie beim Facharzt angebunden in so einem Zentrum. (aus M-23-w, Pos. 123)	Forderungen bezüglich besserer Vergütung sollen bei „Limitationen Gesundheitssystem“ codiert werden.

Tabelle 3: Beispiel aus dem Kodierleitfaden

Schritt 5: erster Materialdurchgang (Pilotstudie)

Das theoriegeleitet entwickelte Kategoriensystem und der darauf aufbauende Kodierleitfaden wurden zunächst nur auf einen Teil des Materials angewendet. Dafür wurden fünf Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten des Interviewzeitraumes betrachtet. Dies entsprach ungefähr einem Viertel der gesamten Datenmenge.

Ziel dieses ersten Materialdurchganges war es, das im Kodierleitfaden festgehaltene Kategoriensystem an einem Teil der Daten zu erproben und induktiv auszugestalten (61). Der Kodierleitfaden wurde mit Ankerbeispielen und Abgrenzungsregeln weiterentwickelt und gegenstandsorientiert auf das Material angepasst, sodass er für die gesamten Daten des restlichen Projektes greifen konnte und eine trennscharfe Zuordnung von Textstellen zu Kategorien möglich wurde.

Schritt 6: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen

Zur Evaluation der Trennschärfe und des Umfangs der Kategorien wurde eine Extraktion der codierten Stellen durchgeführt (61). Dazu wurde ein MAXQDA-Tool verwendet, das alle Fundstellen zu einem Code anzeigt. So konnte eine Einschätzung über die Definition der Kategorie und über die Treffsicherheit mithilfe des Kodierleitfadens erreicht werden.

Schritt 7: Überarbeitung und Ergänzung des Kategoriensystems, des Kodierleitfadens und kompletter Materialdurchgang

Die induktiv durchgeführten Veränderungen und Ergänzungen im Kategoriensystem erfolgten am Material orientiert. Es wurden ähnliche beziehungsweise nicht-trennscharfe Kategorien zusammengefasst und gegenstandsorientiert neue Kategorien hinzugefügt. Der überarbeitete und auf die Daten abgestimmte Kodierleitfaden wurde dann nicht mehr verändert. Zuletzt erfolgte ein kompletter Materialdurchgang mit dieser Fassung des Kodierleitfadens.

Schritt 8: Paraphrasierung des extrahierten Materials

Zur Ergebnisaufbereitung wurden die extrahierten und den Kategorien zugeordneten Textstellen paraphrasiert und auf ein höheres Niveau abstrahiert (61). Dies geschah in MAXQDA mithilfe der Kommentarfunktion in eigenen Worten an jeder codierten Aussage innerhalb einer Kategorie. So konnten pro Kategorie bestimmte Hauptaussagen, Beispiele und Sichtweisen wiedergegeben werden. Die Abstraktion trug zur Materialreduktion bei, ließ aber das inhaltliche Grundgerüst innerhalb der Kategorie noch immer erkennen.

Schritt 9: Zusammenfassung pro Subkategorie

Je nach Umfang der Kategorie wurden die abstrahierten Aussagen weiterbearbeitet. Bei thematisch engen Kategorien oder eher wenigen Aussagen pro Kategorie konnte direkt mit einer inhaltlichen Zusammenfassung der Kategorie begonnen werden, während bei umfangreicheren Kategorien Subkategorien erstellt wurden, die die Ausprägungen innerhalb einer Kategorie darstellten (67).

Schritt 10: Zusammenfassung pro Kategorie

Die Analyse der Subkategorien mündete in einer Zusammenführung zum Gesamtbild einer Kategorie. Dabei verdeutlichten die Subkategorien einzelne Aspekte, Ausprägungen und Positionen und führen zu einem differenzierten Abbild des Grundgerüsts der Kategorie.

4 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel wird zu Beginn das Sample der befragten Hausärzt:innen vorgestellt. Anschließend wird das erarbeitete Kategoriensystem dargestellt, anhand dessen die Ergebnisdarstellung strukturiert stattfindet.

Bei der Ergebnispräsentation gingen die während der Kategorisierung und Analyse gemachten Notizen, verschiedene Blickwinkel, Dimensionen, Meinungen und Zitate in einer umfassenden Beschreibung über die jeweilige Kategorie ein. Dabei werden das Meinungsbild, die Antworttendenzen der Interviewten und besondere Blickwinkel und Erfahrungen zum Thema der Arbeit „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“ strukturierend wiedergegeben. Insgesamt wurde, wie durch Kuckartz und Rädiker empfohlen, eine analytische und zusammenfassende Perspektive eingenommen (67). Es wurden Ausprägungen innerhalb von Subkategorien beleuchtet und in einer Gesamtschau für eine Kategorie zusammengeführt. Zur Veranschaulichung werden Originalzitate aus den Interviews übernommen und mit dem Pseudonym der Befragten sowie der Textstelle (Position) im Interview in der Schreibweise (A-19-w, Pos. 23) gekennzeichnet. Die Transkripte befinden sich im Kapitel 8 Anhang der Arbeit. Es sollen trotz der aus den Originalziten übernommenen Personenbezeichnungen (meist generisches Maskulinum) alle Geschlechter angesprochen sein.

4.1 Beschreibung und Sampling der Stichprobe

Da diese Studie als Expert:inneninterview angelegt ist, finden sich in dieser Stichprobe hauptsächlich Ärzt:innen, die am Thema ambulante Adipositasversorgung interessiert sowie motiviert sind und sich Zeit für eine Interviewstudie nehmen. Meist sind die Teilnehmenden auf diesem Gebiet fortgebildet und haben Erfahrungen und täglichen Umgang mit Adipositasmanagement. Auch Limitationen und Probleme sind ihnen durch die Tätigkeit in diesem Feld bekannt. Oft haben die befragten Expert:innen eigene Ideen und zeigen Best-Practice-Beispiele zur ambulanten Adipositasversorgung auf.

Um trotz der geringen Stichprobengröße eine adäquate Durchmischung zu gewährleisten, wurde im Vorfeld des Interviews eine Quotierung der Stichprobe anhand soziodemographischer Merkmale vorgenommen. Der Anspruch der Studie ist, mit den Expert:innen die Fragestellungen der Arbeit zu erörtern und ein qualitatives Bild der aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation zu skizzieren. Ziel war es, möglichst vielfältige Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen der Hausärzt:innen zum Adipositasmanagement zu erfassen. Die Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Grundgesamtheit der Hausärzt:innen in Deutschland. Vielmehr geht es um das Verständnis der komplexen Versorgungsrealität adipöser Patient:innen in der hausärztlichen Realität.

Für die vorliegende Studie wurden insgesamt 23 Hausärzt:innen interviewt, wobei 20 in Rheinland-Pfalz und drei in Hessen praktizierten. Von den 23 geführten Interviews wurde ein Interview als Probeinterview durchgeführt und 22 Interviews im Rahmen der Studie ausgewertet. In den folgenden Tabellen und Abbildungen wird die Zusammensetzung der Stichprobe dargestellt.

Soziodemographische Merkmale der Interviewten

Pseudonym	Alter (Jahre)	Geschlecht	Hausärzt:in (Jahre)	Fachärzt:in	Qualifikation	Land	Praxisform	Patient:innen/ Quartal
K-02-w	50	weiblich	23	AM	D, EM	RLP	EP	1000-1500
N-03-w	41	weiblich	3	AM		RLP	EP	1500-2000
H-04-w	49	weiblich	6	AM		RLP	EP	1500-2000
B-05-w	52	weiblich	12	AM		RLP	GP	> 2000
A-06-m	53	männlich	10	AM		RLP	S	> 2000
M-07-m	59	männlich	6	IM	D	HE	EP	> 2000
H-08-w	55	weiblich	20	IM		RLP	EP	> 2000
A-09-w	67	weiblich	28	AM, IM		RLP	EP	1000-1500
S-10-m	54	männlich	21	AM		RLP	GP	1500-2000
S-11-w	47	weiblich	13	AM		RLP	MVZ	750-1000
I-12-w	58	weiblich	5	AM		RLP	EP	1000-1500
G-13-m	69	männlich	35	AM	D	RLP	EP	> 2000
S-14-m	64	männlich	27	AM		RLP	EP	750-1000
K-15-w	57	weiblich	8	AM, IM		RLP	GP	1000-1500
M-16-m	65	männlich	30	AM		HE	GP	> 2000
G-17-m	71	männlich	37	AM		RLP	GP	1500-2000
E-18-m	58	männlich	20	AM		RLP	EP	1500-2000
A-19-w	54	weiblich	8	AM	D, EM	RLP	PG	> 2000
K-20-m	67	männlich	30	AM	D, EM	RLP	EP	> 2000
F-21-m	41	männlich	5	AM		RLP	GP	> 2000
M-22-m	60	männlich	9	AM		RLP	EP	1000-1500
M-23-w	47	weiblich	16	AM	D	RLP	GP	1000-1500

Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Interviewten

Erklärung der Abkürzungen: AM = Allgemeinmedizin, IM = Innere Medizin

D= diabetologische Qualifikation EM = Ernährungsmedizin

RLP = Rheinland-Pfalz, HE = Hessen, EP = Einzelpraxis, GM = Gemeinschaftspraxis,

PG = Praxisgemeinschaft, MVZ = medizinisches Versorgungszentrum, S = Sonstige

Quotierung des Samples

Ärzt:innen (n= 22)	
Alter	
Mittelwert	56,3 Jahre
Minimum	41 Jahre
Maximum	71 Jahre
Geschlecht	
weiblich	11 (50%)
Männlich	11 (50%)
Niederlassungszeit	
Mittelwert	16,9 Jahre
Minimum	3 Jahre
Maximum	37 Jahre
< 5 Jahre	1 (4,5%)
5 -10 Jahre	8 (36%)
> 10 -15 Jahre	2 (9%)
> 15 Jahre	11 (50%)
Fachärztliche Bezeichnung	
Allgemeinmedizin	18 (81,8%)
Innere Medizin	2 (9%)
Beide Bezeichnungen	2 (9%)
Zusatzqualifikationen	
Diabetologie	6 (27%)
Ernährungsmedizin	3 (13,6%)
Bundesland	
Rheinland-Pfalz	20 (90,9%)
Hessen	2 (9%)
Praxisform	
Einzelpraxis	12 (54,5%)
Gemeinschaftspraxis	7 (31,8%)
Praxisgemeinschaft	1 (4,5%)
MVZ	1 (4,5%)
Sonstiges	1 (4,5%)
Scheinzahl (Patient:innen/Quartal)	
750 - 1.000	2 (9%)
1.000 - 1.500	6 (27,3%)
1.500 - 2.000	5 (22,7%)
> 2.000	9 (40,9%)
Einwohner Praxisstandort	
< 5000	6 (27,3%)
5.000 - 20.000	7 (31,8%)
20.000 - 100.000	5 (22,7%)
> 100.000	4 (18,1%)

Tabelle 5: Quotierung des Samples

Auswertung der soziodemographischen Daten

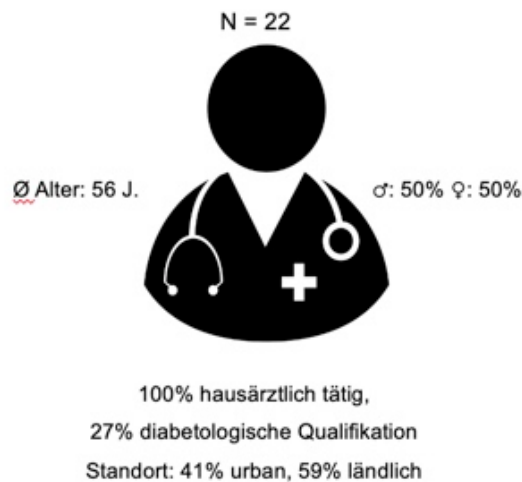


Abbildung 1: Beschreibung der Stichprobe

Anhand eines Kurzfragebogens wurden soziodemographische Merkmale der teilnehmenden Hausärzt:innen pseudonymisiert erfasst. Es wurde darauf geachtet, dass so viele männliche wie weibliche Personen am Interview teilnehmen. Dies spiegelt das Geschlechterverhältnis bei den ambulant tätigen Ärzt:innen in Rheinland-Pfalz (48% Frauen, 52% Männer) in etwa wider (68). Der Großteil der Befragten in der vorliegenden Arbeit ist zwischen 51 und 61 Jahre alt; durchschnittlich sind die Hausärzt:innen 56,3 Jahre alt. Die Hausärzt:innen waren laut Kassenärztlicher Vereinigung Rheinland-Pfalz im Jahr 2024 in Rheinland-Pfalz im Mittel 58 Jahre alt (68).

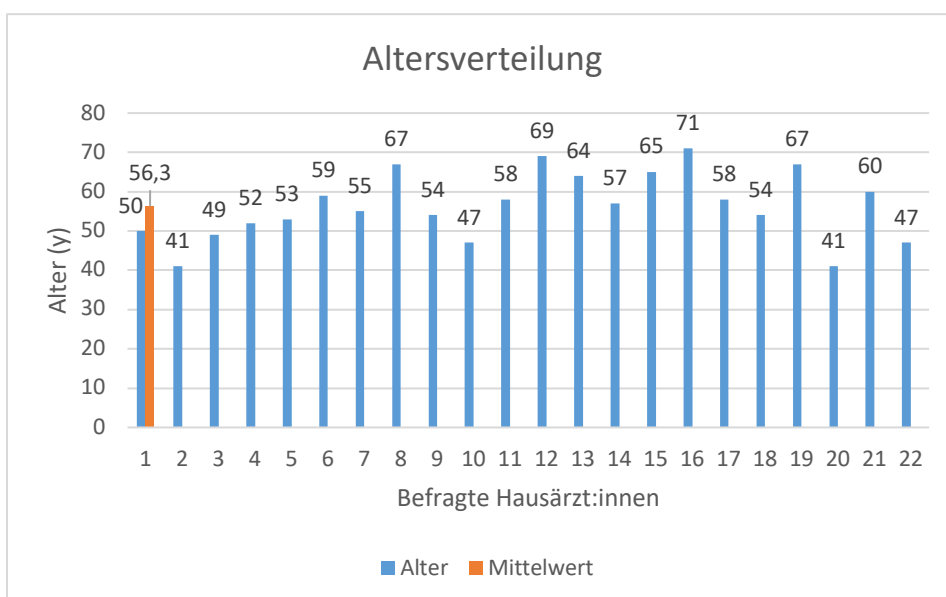


Abbildung 2: Altersverteilung in der Stichprobe

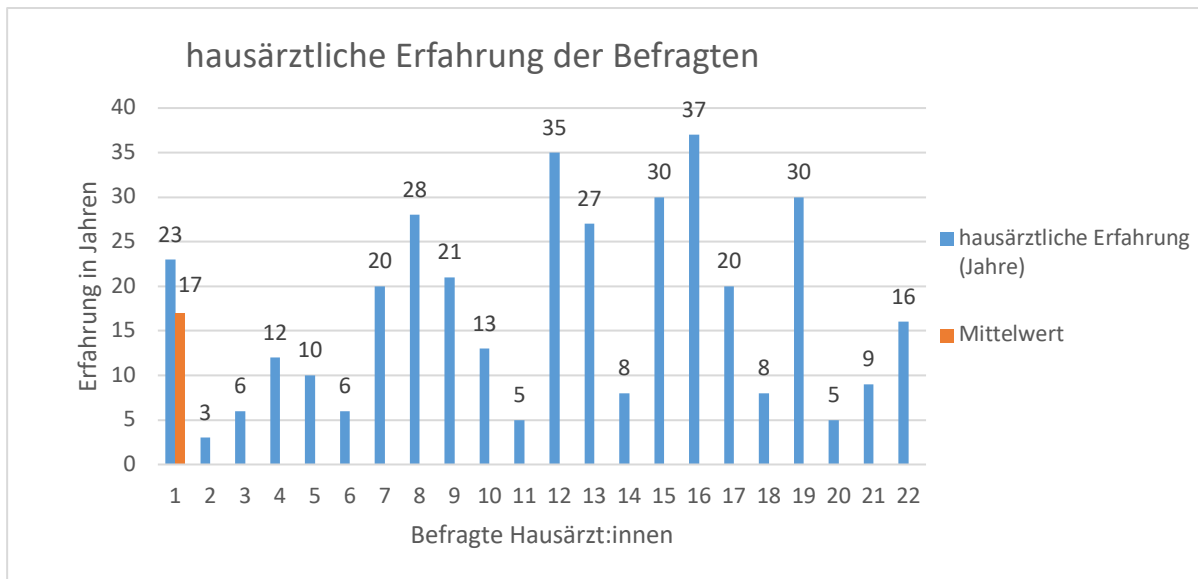


Abbildung 3: Hausärztliche Erfahrung der Befragten

Die befragten Ärzt:innen sind im Schnitt seit 16,91 Jahren hausärztlich tätig, wobei sich in den Daten eine hohe Varianz zeigte. Das Minimum der hausärztlichen Tätigkeit lag bei drei Jahren, das Maximum bei 37 Jahren hausärztlicher Expertise.

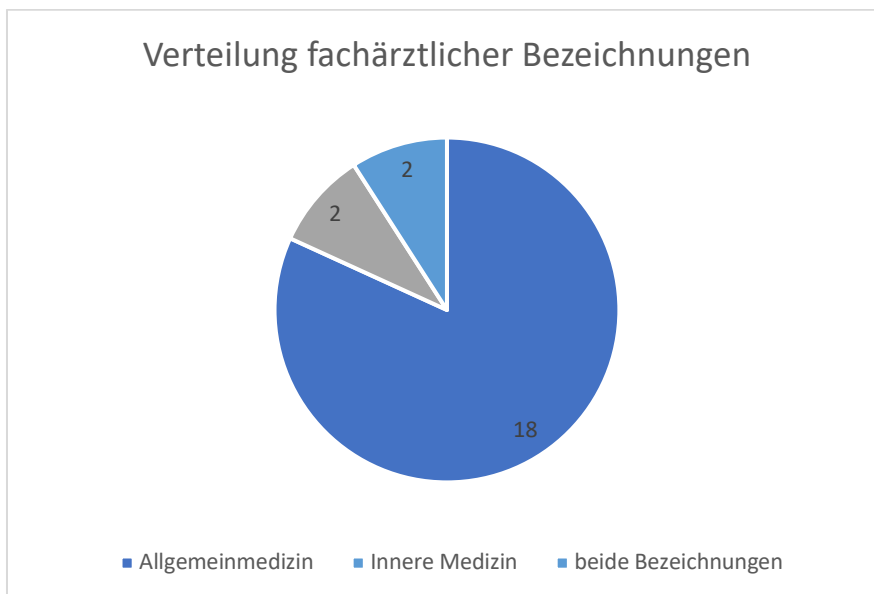


Abbildung 4: Verteilung fachärztlicher Bezeichnungen

Alle Befragten sind hausärztlich tätig. Davon sind zwei hausärztlich tätige Internist:innen; der Großteil sind Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin und zwei weitere führen beide Bezeichnungen.

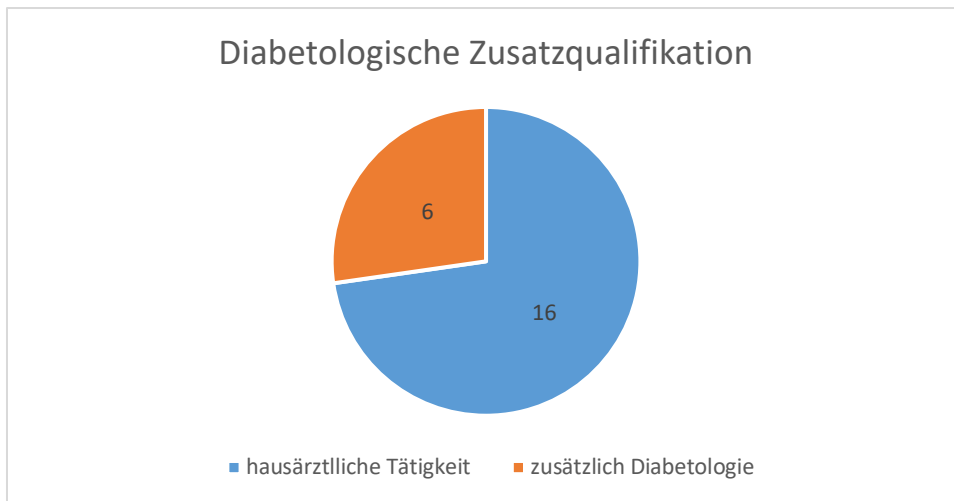


Abbildung 5: Diabetologische Zusatzqualifikation

Einige der Befragten führen zusätzlich zu ihren fachärztlichen Bezeichnungen weitere Qualifikationen. Als besonders relevant für die Fragestellung der Arbeit stellte sich die Zusatzqualifikation Diabetologie beziehungsweise die Arbeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis heraus. Diese Ausprägung wurde aufgrund ihrer Relevanz erfasst und trifft für 6 der 22 Befragten zu.

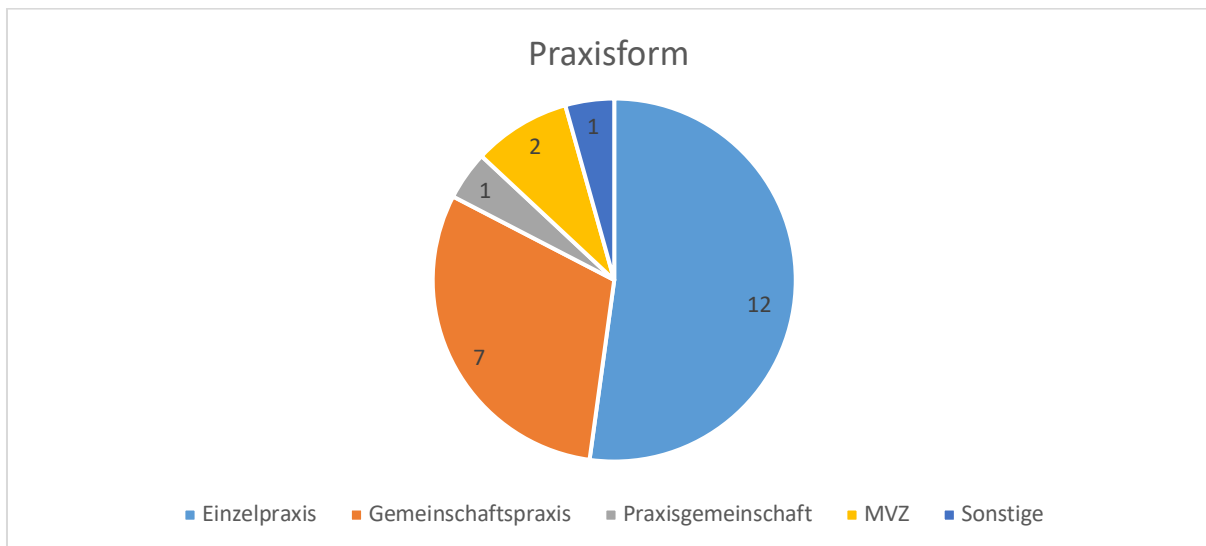


Abbildung 6: Praxisform

In der Stichprobe sind verschiedene Praxisformen vertreten, in denen die befragten Ärzt:innen arbeiten. Dabei dominieren die Einzelpraxen gefolgt von Gemeinschaftspraxen.

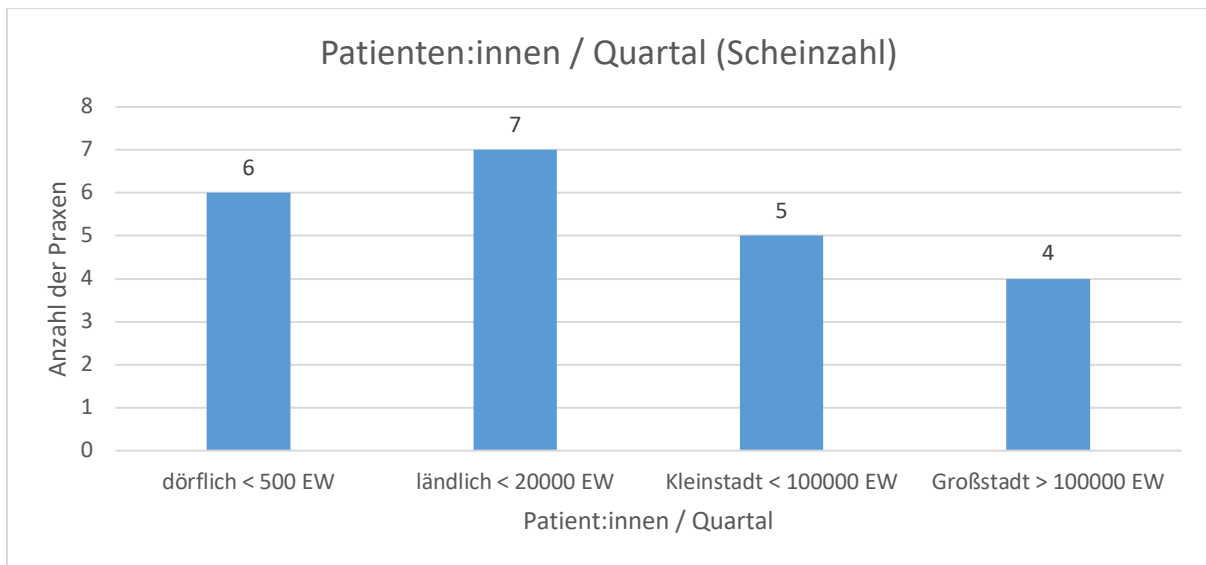


Abbildung 7: Patient:innen pro Quartal („Scheinzahl“)

Die meisten Praxen, in denen die Interviewten arbeiten, betreuen über 2000 Patient:innen/ Quartal. Weiterhin gab es viele im Bereich zwischen 1000-2000 Patient:innen/ Quartal. Weniger als 1000 Patient:innen pro Quartal scheinen eher die Ausnahme zu sein.

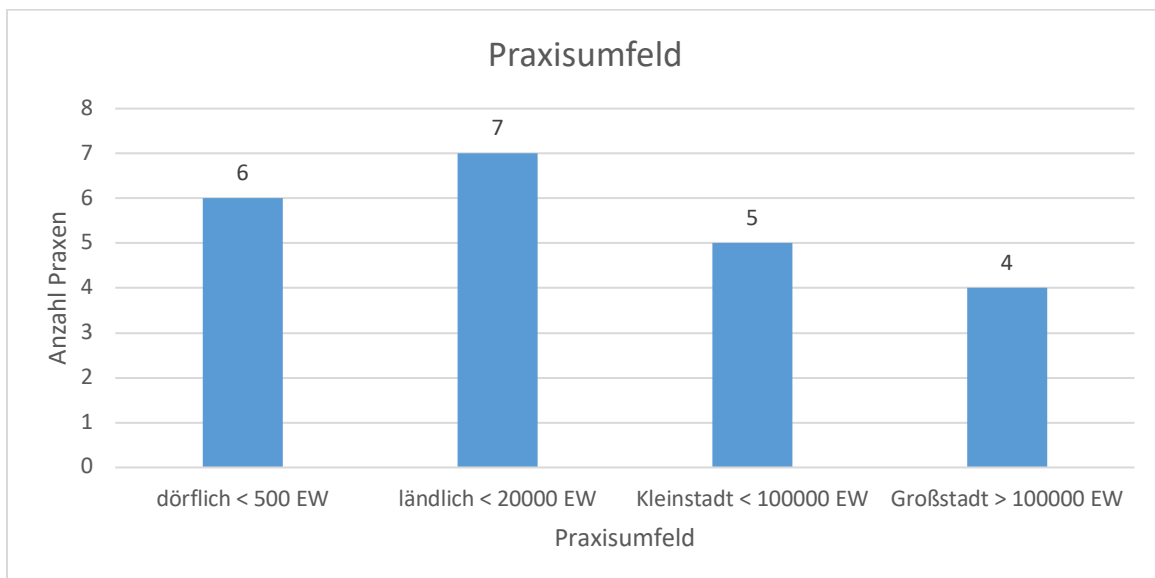


Abbildung 8: Praxisumfeld

Die Stichprobe umfasst 13 Hausärzt:innen aus eher ländlichem Umfeld und 9 der Ärzt:innen sind im städtischen Bereich tätig. Dabei gelten hier Orte bis 20.000 Einwohner als eher ländlich und über 20.000 als städtisches Umfeld.

4.2 Das Kategoriensystem

<p>Kategorienkomplex 1: Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement</p> <p>1.1 Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement</p> <p>1.2 Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting</p> <p>1.2.1 Hausärztlich zentriertes Adipositasmanagement</p> <p>1.2.2 Diagnosestellung Adipositas</p> <p>1.2.3 Therapie der Adipositas im hausärztlichen Setting</p> <p>1.2.4 Vereinbarung eines Therapieziels</p> <p>1.3 Strukturierung der Therapie mittels S3-Leitlinie</p>
<p>Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement</p> <p>2.1 Versorgungssituation in den hausärztlichen Praxen allgemein</p> <p>2.2 Versorgungssituation speziell für das Adipositasmanagement</p> <p>2.3 Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag</p>
<p>Kategorienkomplex 3: multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement</p> <p>3.1 aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <p>3.2 Best Practice Beispiele</p> <p>3.3 Besonderheiten diabetologischer Schwerpunktpraxen</p>
<p>Kategorienkomplex 4: Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements</p> <p>4.1 Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement</p> <p>4.1.1 Prävention der Adipositas</p> <p>4.1.2 Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebots zur Adipositastherapie</p> <p>4.2 Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit</p> <p>4.3. DMP Adipositas</p> <p>4.3.1 Einstellung der Hausärzt:innen zu einem DMP Adipositas</p> <p>4.3.2 Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas</p>

Tabelle 6: Kategorienkomplexe und Hauptkategorien

Anhand der Forschungsfragen und des Materials wurde ein Kategoriensystem entwickelt, das hier übersichtlich zur Darstellung kommt. Es wurden vier thematische Kategorienkomplexe zur Beantwortung der Leitfragen der Arbeit gebildet. Die zugeordneten Hauptkategorien sind hier dargestellt. Die weitere Auswertung der Hauptkategorien mittels Subkategorien wird im entsprechenden Kapitel grafisch dargestellt.

4.3 Kategorienkomplex 1: Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings

4.3.1 Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement

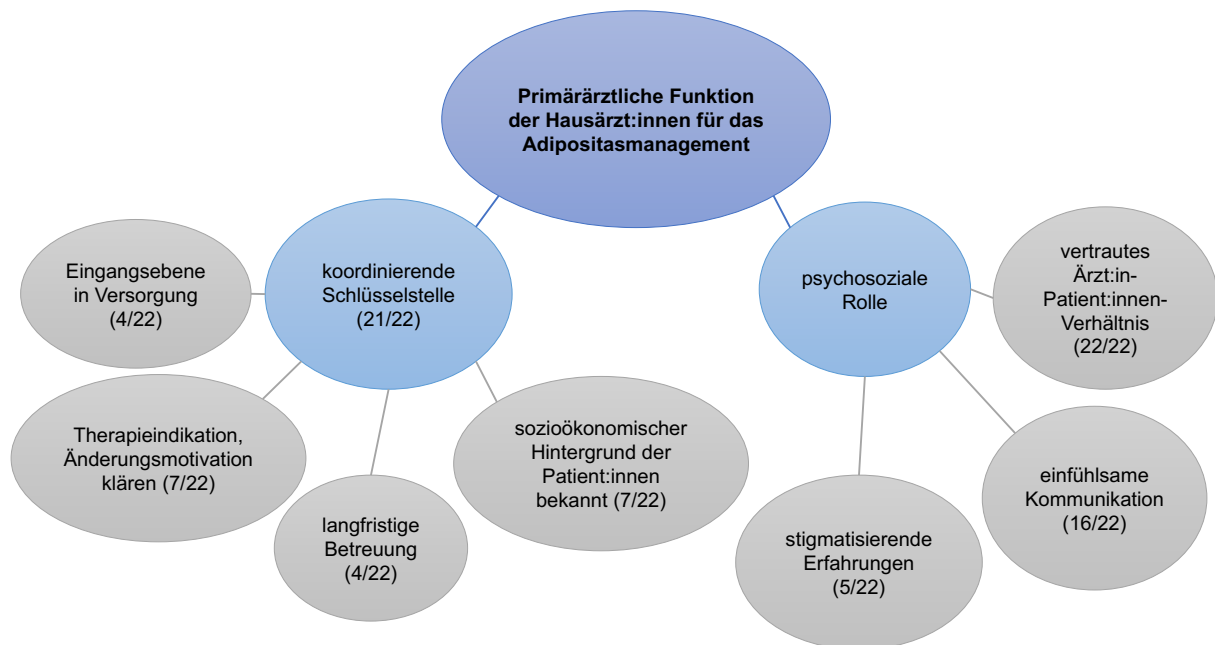


Abbildung 9: Hauptkategorie „Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement“ mit Subkategorien

Aufgrund ihrer primärärztlichen Tätigkeit sehen sich fast alle (21/22) der befragten Hausärzt:innen als Schlüsselstelle bei der Versorgung von Patient:innen mit Adipositas, aber auch für die Koordination der ambulanten Versorgung generell. Adipositas sei ein klassischer hausärztlicher Beratungsanlass.

„Für dieses sich Öffnen ist der Hausarzt ganz wichtig! Deswegen sehen wir uns auch als Schlüsselrolle und als Vermittler zu den Fachärzten.“ (M-23-w, Pos. 21).

„Also ich denke Adipositasberatung gehört mit in die Hausarztpraxis; wenn man auch präventivmedizinisch und nicht nur kurativ tätig sein will, dann ist das ein Muss.“ (G-17-m, Pos. 14).

Einige Hausärzt:innen (4/22) beschreiben ihre Position explizit als Eingangsebene in die medizinische Versorgung. *„Also wir sind, [...] oft diejenigen, die den Eingang des Patienten in Versorgungsebenen schaffen.“ (E-18-m, Pos. 10).* Die hausärztliche Schlüsselrolle wird auch bei der Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas deutlich. Eine gebietsärztliche Abklärung dieser weiteren Erkrankungen könne gezielt über die Hausärzt:innen gesteuert werden.

„Eine Vorstellung bei anderen Fachinstanzen, die geht meistens [...] vom Hausarzt aus. Und auch dann die Lösungsfindung. Viele Patienten kommen dann mit den Ergebnissen vom Facharzt nochmal zu einem Gespräch mit dem Hausarzt - was der davon hält. [Der Hausarzt ist] wichtig als Schlüssel und Kontakt und "Zusammenführ-Funktion" in der Diagnostik und dann auch in der Therapie. Also der Hausarzt eben als zentrale Leitstelle, wo alle Befunde zusammenfließen.“ (K-02a-w, Pos. 11-14).

Außerdem werden die Vorteile der langjährigen ambulanten Betreuung und der längerfristigen Begleitung einer Adipositas-therapie von weiteren Befragten betont: *„Adipositas ist eine lebenslange Betreuung, ja. Wer soll die anders machen als der Hausarzt?“ (K-20-m, Pos. 32).* Das regelmäßige Wiedersehen und Ansprechen der Gewichtsreduktion auch im Rahmen anderer Versorgungsanlässe sei da von Vorteil.

„[...] bei mir als Hausärztin müssen die früher oder später wieder aufschlagen – das heißt, meistens sind die auch passabel zuverlässig [...] nicht immer gleich im Abnehmen, aber immerhin schon mal im Wiederkommen. Und [...] dann kann man das Beste aus dem machen, was bisher geklappt hat oder auch nicht geklappt hat.“ (S-11-w, Pos. 14).

Weiterhin gibt ca. ein Drittel (7/22) der Interviewten an, dass es außerdem wichtig sei, in der hausärztlichen Position zunächst die Behandlungsbedürftigkeit und Änderungsmotivation adipöser Patient:innen im hausärztlichen Kontakt zu klären, sodass über den Sinn weiterer Therapie entschieden werden könne.

„Wer tatsächlich sein Gewicht reduzieren möchte, der muss konsequent was am Leben ändern. Das muss ihm klar sein. Und er muss das auch wollen. Das ist auch was, dass man erstmal mit dem Patienten über diese Bedingungen spricht.“ (A-19-w, Pos. 37).

Dabei helfe laut einem Drittel (7/22) der Interviewten auch, dass die Hausärzt:innen ihre Patient:innen in der Regel nicht nur lange kennen, sondern auch über die familiären, beruflichen und sozialen Hintergründe Bescheid wüssten.

„Dadurch, dass wir den Patienten am umfassendsten kennen, gehe ich davon aus, dass wir auch die größten Chancen haben, den Patienten dann zu einer Änderung zu motivieren.“ (S-10-m, Pos. 16).

So können die Hausärzt:innen Angebote machen, die individuell zur Situation der Patient:innen passen. Insbesondere die Umsetzbarkeit einer Therapie im Alltag der Patient:innen könne durch dieses Hintergrundwissen verbessert werden.

Psychosoziale Rolle der Hausärzt:innen

Die Interviewten sind sich einig (22/22), dass eine vertrauensvolle Ärzt:in-Patient:innen-Beziehung für das Ansprechen und Behandeln von Übergewicht und Adipositas essenziell ist.

„Und das funktioniert natürlich nur, damit sie [die Patienten] nicht gleich abblocken, in einer vertrauensvollen Umgebung. [...] Und auf keinen Fall irgendwie mit Schuldzuweisungen!“ (M-22-m, Pos. 90-92).

Adipositas sei für die Patient:innen ein sensibles Thema. Ungefähr ein Viertel (5/22) der Befragten spricht an, dass einige ihrer Patient:innen stigmatisierende Erfahrungen in ihrem gesellschaftlichen Umfeld oder auch bei (Gebiets-)ärzt:innen gemacht haben:

„Also, die Patienten fühlen sich bei uns auch weniger beschämt, als jetzt wenn ein Facharzt darüber redet. Das muss man schon sagen. Die Orthopäden gehen ja sehr oft auch auf die Adipositas ein. Gerade, wenn die Patienten mit Gelenkbeschwerden kommen. Dann sagen die oft so "freundlich" [ironisch]: "Sie sind halt einfach auch viel zu fett!" Oder Gynäkologen sagen: "Wie soll ich Sie da untersuchen?" [...] Da haben wir schon oft hier viele Tränen trösten müssen.“ (M-23-w, Pos. 13).

Ein Großteil der Interviewten gibt an, dass eine patient:innenorientierte und wertschätzende Kommunikation ohne Schuldzuweisungen für den Umgang mit adipösen Patient:innen wichtig sei. *„Wir behandeln die Patienten. [...] Und wir versuchen hier zu entstigmatisieren.“ (A-19-w, Pos. 23).* Nur so könne man, statt einer abwehrenden Haltung, Gehör bei den Betroffenen finden und zu einer Therapie motivieren.

„Von daher muss man da natürlich immer gucken, dass man [...] [ein] patientenorientiertes Gespräch [führt]. Dass man die Leute halt eben da abholt, wo die stehen!“ (F-21-m, Pos. 36).

4.3.2 Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting

4.3.2.1 Hausärztlich zentriertes Adipositasmanagement

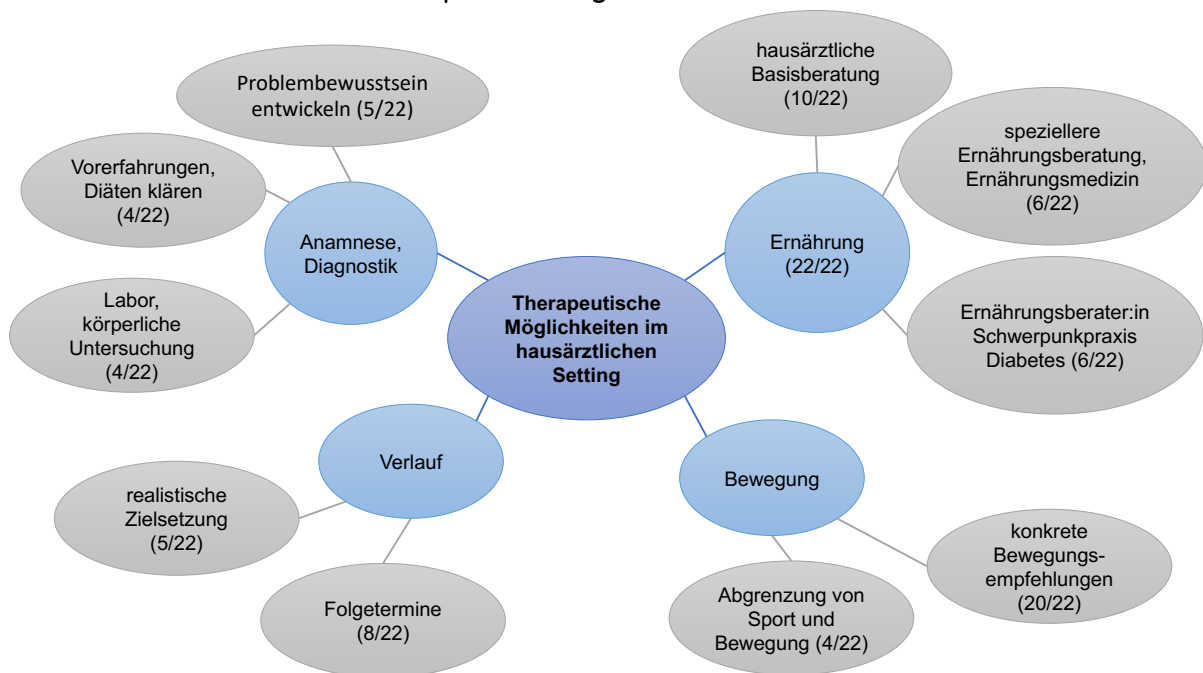


Abbildung 10: Hauptkategorie „Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting“ mit Subkategorien

Die Möglichkeiten zur Therapie adipöser Patient:innen sind von Praxis zu Praxis unterschiedlich. Die Therapiemöglichkeiten, die die Hausärzt:innen aus ihrem Praxisalltag heraus beschreiben, sind in folgender Übersicht zusammengefasst:

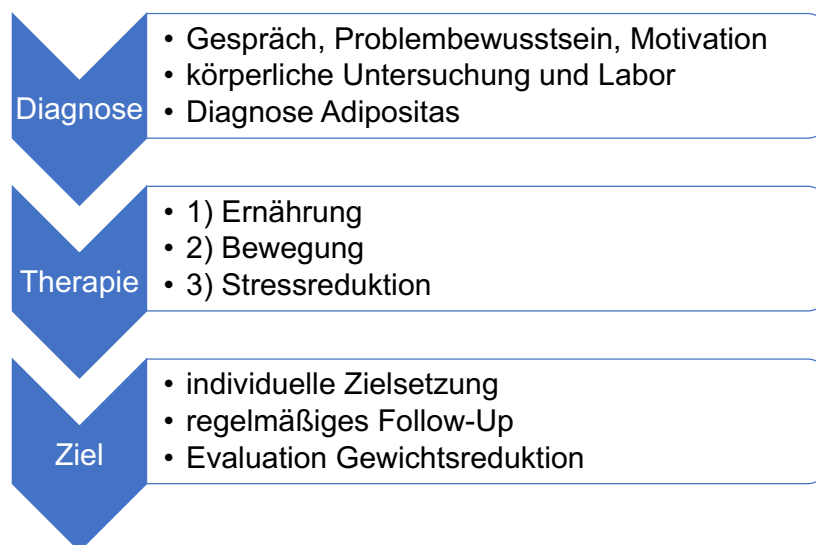


Abbildung 11: Zusammenfassung der geschilderten Vorgehensweise der Hausärzt:innen

Das Adipositasmanagement in der allgemeinärztlichen Praxis stellt für die Patient:innen einen niedrighschwelligem Zugang zu medizinischer Versorgung dar. Aus der Erfahrung von einigen Hausärzt:innen sei es nötig, mit den Patient:innen überhaupt erst ein Problembewusstsein für die Adipositas zu entwickeln.

„Deswegen ist das Niederschwellige wichtig, die Leute kommen hier einfach rein. Wir versuchen über die Themen zu reden, wir versuchen mit ihnen ein Bewusstsein zu entwickeln.“ (S-14-m, Pos. 14).

„Und meine Aufgabe sehe ich darin, wenn der Patient motiviert ist abzunehmen, erstmal eine Grundlage zu schaffen, dass sie das Problem erkennen. Dass sie halt auch wissen, okay, wo kann ich was ändern? Dass man diese Grundlage schafft, dass es ein Missverhältnis zwischen Kalorienaufnahme und Kalorienverbrauch gibt.“ (H-08-w, Pos. 8).

Außerdem sei es für eine zielführende Therapie wichtig, im Gespräch nicht nur die Motivation zur Gewichtsreduktion zu klären, sondern auch unter Umständen frustrierenden Vorerfahrungen mit Diäten zu erfragen und zu klären, was von den Patient:innen zur Gewichtsreduktion schon ausprobiert wurde.

„[Das] hängt auch davon ab, ob der Patient, sagen wir mal, schon viel Erfahrung hat und beispielsweise schon mehrfach sehr viel abgenommen hatte und dann aber jedes Mal wieder zurückgerudert ist. Und daraus entspinnt sich so eine Gesprächsgrundlage, was da eben nicht so günstig war.“ (M-07-m, Pos. 12).

„Viele haben natürlich auch schon Diäten hinter sich, sind frustriert durch den „Jojo-Effekt“. Und deshalb sage ich auch immer: "Wir machen jetzt nicht eine Diät, sondern wir machen eine Philosophie. Eine Lebensumstellung und das nennen wir nicht Diät. Das ist was ganz anderes, was wir jetzt machen." Und da lassen die sich auch viel mehr drauf ein, weil Diäten haben die schon viele frustrierende gehabt.“ (I-12-w, Pos. 98).

4.3.2.2 Diagnosestellung Adipositas

Knapp die Hälfte der befragten Ärzt:innen (10/22) beschreibt zur Diagnosestellung und Therapieeinleitung ein Vorgehen, das den folgenden Schritten ähnlich ist: Nach dem Ansprechen der Adipositas im Rahmen eines Sprechstundentermines beziehungsweise der Gesundheitsuntersuchung erfolgt eine klinische Erfassung des aktuellen Zustandes mit Labor und körperlicher Untersuchung, Messung von Größe und Gewicht und letztlich die Diagnose Adipositas, oft mithilfe der Berechnung des BMI.

„Und dann sagt man erstmal: "Gut, wir machen jetzt mal eine Bestandsaufnahme mit Labor und Gewicht. Und dann gucken wir mal. Jetzt reden wir erstmal über mehr Sport, kontrollierte Mahlzeiten, sagen wir mal drei Mahlzeiten am Tag. Wir reden mal über ein bisschen weniger Kohlenhydrate. Wir reden mal darüber, was man weglassen kann, ohne dass es weh tut. Und dann gucken Sie mal, wenn Sie dann auch noch drei Mal in der Woche Sport treiben, wie weit Sie dann kommen. Und dann gucken Sie mal, wenn wir uns in drei Monaten wiedersehen, ob sie es denn geschafft haben, naja wenigstens Mal ein Kilo im Monat zu verlieren.“ (S-11-w, Pos. 14).

Ausführlicher und mit mehr Parametern wird diese klinische Bestandsaufnahme in Praxen mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt durchgeführt:

„Wir machen das ja mit den diabetologischen Curricula schon im Rahmen der Schwerpunktpraxis. Erstens mal ist ja die Einteilung der Adipositas nach BMI und Bauchumfang. [...]. Und dann wird sehr strukturiert letzten Endes eine körperliche Untersuchung mit EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-Blutdruck, Ultraschall gemacht.“ (K-20-m, Pos. 16).

„Auch gerade in Erstgesprächen und in der Diagnoseabklärung. Also da ist es auch nicht mit einem OGT [oraler Glukosetoleranztest] getan, da wird danach, wenn wir dann einen Patienten gefunden haben, ein Labor gemacht, wo geguckt wird: Was gibt es für andere kardiovaskuläre Risikofaktoren oder haben die schon Eiweiß im Urin? Also auch da geht es darum, um Nierenschutz zu betreiben.“ (A-19-w, Pos. 18).

„[Die] meisten Patienten haben eine Insulinresistenz. Das heißt, wir machen einen Zuckerbelastungstest mit paralleler Insulinmessung. Und da können wir gucken, ob wir eine nüchtern erhöhte Insulinresistenz haben oder ob wir eine postprandiale Insulinresistenz haben.“ (A-19-w, Pos. 14).

4.3.2.3 Therapie der Adipositas im hausärztlichen Setting

Die Therapie bestehe dann idealerweise aus einem multimodalen Ansatz: Neben einer Ernährungsumstellung und Steigerung der Bewegung, sei auch die Reduktion von Stress für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion wichtig. Wie intensiv die Ärzt:innen dann auf die einzelnen Säulen eingehen scheint abhängig von den Möglichkeiten in der Praxis und den persönlichen Fähigkeiten sehr unterschiedlich.

Die Therapiesäule **Ernährung** wird von allen Ärzt:innen angesprochen. Davon führen 10 von 22 eine Art hausärztliche Basisernährungsberatung durch, während sich 6 von 22 Befragten Hausärzt:innen weiter qualifiziert haben und eine speziellere Ernährungsberatung im hausärztlichen Setting anbieten können. Weitere 6 von 22 haben einen diabetologischen Hintergrund beziehungsweise arbeiten in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis und mit Ernährungsberater:innen vor Ort.

Eine Basisberatung zur Ernährung ist für viele Hausärzt:innen üblich, auch wenn für detaillierte Ausführungen die Kapazität in den Praxen zu fehlen scheint.

„Natürlich so allgemeine Grundsätze, was Ernährung angeht, was Bewegung angeht, was langfristige Gewichtsabnahme angeht. Was die Patienten natürlich gerne immer hätten, dass sie da einen fix und fertigen Ernährungsplan bekommen, wo dann eben draufsteht: Das darf ich essen und das nicht, in welcher Menge. Und dann eben auch die Gewichtsabnahme auch direkt vorprogrammiert ist. So was können wir natürlich nicht anbieten. Und das wird auch in der kassenärztlichen Medizin gar nicht angeboten.“ (S-10-m, Pos. 6).

„Also wir leisten schon an Basisberatung sehr vieles in der Hausarztpraxis. Eine spezielle Ernährungsberatung sprengt einfach unser zeitliches Budget. Wir können hier keine zusätzlichen großen Ernährungssettings aufbauen.“ (B-05-w, Pos. 18).

„Aber ich meine, man kann schon mal sagen: "Lassen Sie Süßigkeiten und süße Getränke weg und zwischen den Mahlzeiten nichts essen und 16/8 [Intervallfasten] und so weiter.“ (A-09-w, Pos. 44).

Wenn der Bedarf an Ernährungstherapie die Möglichkeiten der Hausarztpraxis übersteigt, verweisen die befragten Hausärzt:innen auch auf Ernährungsberater:innen in ihrem Praxisumfeld.

„Aber wenn die Leute wirklich adipös sind, dann biete ich denen immer eine Ernährungstherapie bei einer Ernährungsberaterin an, die dann auch die Krankenkasse bezahlt. Also entweder ganz oder zumindest zu einem großen Teil.“ (F-21-m, Pos. 12).

Einige der interviewten Hausärzt:innen (6/22) haben sich weiter qualifiziert und können eine speziellere Ernährungsberatung auch im hausärztlichen Setting anbieten.

„Dadurch, dass ich Ernährungsmedizin gemacht hab als Zusatzbezeichnung, kann man da anknüpfen. Aber es gehört eigentlich eine fundierte Anamnese und dann auch Ernährungsprotokoll vom Patient dazu, um da wirklich einen richtigen Ernährungsplan zu machen. Also in manchen Fällen verweise ich auch zu einer Ernährungsberatung, dass die einfach diese Aufgaben dann übernimmt.“ (K-02a-w, Pos. 20).

In den Praxen mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt wird die Ernährungsschulung von Ernährungsberater:innen durchgeführt. Diese sind entsprechend qualifiziert und direkt in der Praxis tätig.

„Ich habe eine Ernährungsberaterin. Wir haben gezielt Arbeitskräfte, die für Schulungen da sind, wir haben sogar einen Bewegungstherapeuten. Das ist natürlich nicht der Schnitt der Allgemeinärzte.“ (G-13-m, Pos. 14).

„Die Patienten kriegen dann Ernährungspläne und kriegen dann auch regelmäßige Termine, in denen nach dem Gewicht geguckt wird, nach Problemen geschaut wird; wo sind die Dinge machbar oder weniger machbar? Meine Wunschliste wäre diesbezüglich noch eine zweite Mitarbeiterin zu haben, die dann auch Hausbesuche macht, weil ich davon sehr viel halte. Aber das ist zurzeit aus finanziellen Gründen nicht möglich.“ (K-20-m, Pos. 14).

Zusätzlich zum Bereich Ernährung werden von fast allen Befragten (20/22) auch **Bewegungsempfehlungen** gegeben. „Was gemäß den Leitlinien grundsätzlich angesprochen wird ist Bewegung“ (M-22-m, Pos. 12). Einigen Hausärzt:innen ist es explizit wichtig, Bewegung von Sport abzugrenzen. „Sport ist manchmal schon zu viel“ (H-08-w, Pos. 8). Ziel sei eine Bewegungssteigerung, überhaupt in die Bewegung zu kommen aber auch eine Überforderung durch zu ambitionierten Sport zu vermeiden.

„Und wir schulen ihn [den Patienten], dass er sich einfach nicht überanstrengt. Bei der Überanstrengung sind wir wieder in einer Insulinresistenz, die zu vermehrt Hunger führt und den gewichtsreduzierenden Effekt ausbleiben lässt. Auch das ist oft ein Fehler, den Adipöse machen, dass sie mit großem Ehrgeiz drangehen und sich überfordern und somit genau das Gegenteil bekommen von dem, was sie sich wünschen. Also hier geht es um "Laufen ohne Schnaufen!" (A-19-w, Pos. 20).

Als **praxisexterne Bewegungsprogramme** sind dem Großteil der Interviewten (15/22) Rehabilitationssportgruppen bekannt und werden grundsätzlich empfohlen. Zurzeit sei eine Reha-Sport-Verordnung nur im Rahmen von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas möglich.

„Also ich brauche in der Regel eine orthopädische oder eine neurologische Diagnose, um einem Patienten Reha-Sport zu verordnen. Aber ich kann eben nicht die Adipositas als Grund nennen [...].“ (B-05-w, Pos. 20).

„Adipositasgruppen halte ich für sehr sinnvoll, weil das Üben unter Gleichbetroffenen eine viel höhere Durchsetzungsrate hat, als wenn die da in irgendeinem Sportstudio mit muskulösen Leuten trainieren.“ (K-20-m, Pos. 30).

Auch die **Reduktion von Stress** für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion wichtig, denn Stress führe zur Insulinresistenz und erschwere so die Gewichtsreduktion. (Vgl. A-19-w, Pos. 14).

„Das Thema Stress. Das muss beachtet werden. Nicht wenige sind eindeutig Stresser. Und solange sie im Arbeitsstress sind, im Familienstress, im Alltagsstress drinstecken, finden die nicht den richtigen Ansatz, um die lieb gewordenen Gewohnheiten wirklich angehen zu können“ (G-17-m, Pos. 22).

Aus der Erfahrung der Hausärzt:innen sei es wichtig, die **Empfehlungen individuell** an die Patient:innen anzupassen. Nur bei Bewegungs- und Ernährungsformen, die auf die Patient:innen zugeschnitten sind, bliebe auch die Motivation erhalten.

„Die Patienten sollen sich etwas aussuchen, was sie gerne machen. Also beim Essen, als auch bei der Bewegung, sonst funktioniert das nicht.“ (H-08-w, Pos. 12).

4.3.2.4 Vereinbarung eines Therapieziels

Weiterhin sei aus Sicht der Interviewten sinnvoll, ein Therapieziel mit den Patient:innen zu vereinbaren. Dabei sollte dieses nicht zu ambitioniert gesteckt sein und Geduld vermittelt werden, denn ein stetiger Gewichtsverlust über einen längeren Zeitraum sei das Ziel.

„Die Ziele müssen realistisch sein. [...] Das Übergewicht, egal wie viel oder wie wenig, ist ja nicht über Tag gekommen. Und es geht auch nicht über Tag weg [...]“ (A-06-m, Pos. 16).

„Es geht ja nicht darum, dass sie in kürzester Zeit Gewicht verlieren. Das ist ja manchmal gar nicht so erfolgsversprechend, sondern eher, dass sie langsam und gezielt abnehmen. [...] Nur, sie sehen es halt auf der Waage nicht von einer Woche auf die andere. Es dauert dann oft ein bisschen.“ (M-23-w, Pos. 30-33).

Damit die Motivation erhalten bleibt, sollten die Ziele deshalb aber auch nicht zu abstrakt bleiben. Die Gewichtsreduktion von einem Kilogramm pro Monat erscheint einigen Hausärzt:innen als geeignet für eine realistische Zielsetzung.

„[...] Wenn mir der Patient halbwegs verständig und compliant erscheint, dann versuche ich auch tatsächlich zumindest eine Kilogrammanzahl pro Woche oder pro Monat. [...] Damit die Patienten wenigstens auch eine Zielgerade haben, denn wenn ich es zu vage lasse, dann weiß der Patient ja gar nicht, wo er hinläuft.“ (S-11-w, Pos. 17-20).

„Viele brauchen ein Ziel. Wenn die dann sagen, ‚zu meinem Geburtstag hätte ich gern zehn Kilo weniger.‘ Realistische Ziele setzen ist das Wesentliche. Also jetzt nicht in einem Jahr 25 Kilo abnehmen wollen oder müssen. Das führt zu Frust. Also kleine Ziele, ein Kilo pro Monat ist immer besser als pro Monat ein Kilo drauf. Und das ist recht einfach.“ (H-08-w, Pos. 24).

Die **Evaluation** der Bemühungen zur Gewichtsreduktion wird von 8 von 22 der Befragten als wichtiger Therapiebestandteil genannt. Einige setzen Folgetermine gerade zu Beginn enger, im Verlauf wird „quartalsweise“ häufig als Intervall genannt.

„So einmal im Quartal, etwa. Also ich sage dann immer, wir gucken in drei Monaten nochmal, wo das Gewicht steht. Und zu Beginn vielleicht auch ein bisschen häufiger, einfach mal, um zu schauen: Können sie [die Patient:innen] das auch umsetzen, was da auf sie eingepresselt ist am ersten Termin.“ (M-23-w, Pos. 31).

Es gehe darum, Erfolge, aber auch Schwierigkeiten bei der Umsetzung zu besprechen, Ansatzpunkte für Veränderungen zu erarbeiten und die Patient:innen zu motivieren.

„Der soll kommen, dass man bespricht: Wie hat es geklappt? Wenn nicht: Woran hat es gelegen? [...] Und wo kann man ansetzen, ohne dass es dem Betreffenden zu weh tut?“ (G-17-m, Pos. 32).

Die Evaluation finde meist in Form von vereinbarten Folgeterminen, aber auch im Rahmen von anderen DMPs wie Diabetes oder KHK statt.

„Was sich bei den DMP-Programmen ja automatisch ergibt; [...] ganz viele Übergewichtige sind halt auch Diabetiker oder Prädiabetiker. Wenn die eingeschrieben sind, sollen oder müssen die einmal im Quartal kommen [...].“ (M-22-m, Pos. 44).

4.3.3 Strukturierung der Adipositas therapie mittels S3-Leitlinie

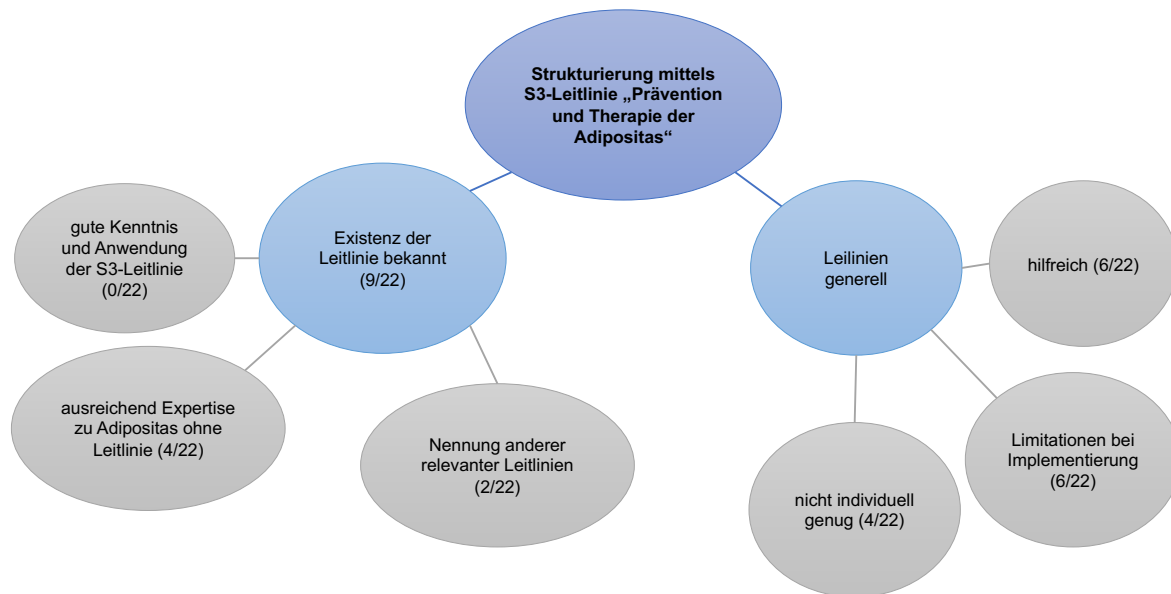


Abbildung 12: Hauptkategorie „Strukturierung mittels S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas“ mit Subkategorien

Keiner der Befragten gibt an, die S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ gut zu kennen und in der Praxis zur Strukturierung der Therapie anzuwenden. Die Existenz der S3-Leitlinie Adipositas ist 9 von 22 Hausärzt:innen bekannt, aber nicht im Detail präsent. Eine Hausärztin sagte beispielsweise:

"Also, wenn wir so drüber reden, dann würde ich sagen, ich müsste die [S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas] mal wieder lesen, denn eigentlich finde ich Leitlinien gut." (S-11-w, Pos. 124).

Auch wenn nur einigen die S3-Leitlinie Adipositas bekannt ist, werden Leitlinien von 6 von 22 Hausärzt:innen als hilfreich wahrgenommen:

„Also, Leitlinien halte ich grundsätzlich für wichtig, weil Sie das Denken und das Handeln der Kolleginnen und Kollegen vereinheitlichen. Das ist auch notwendig, dass nicht jeder anfängt, seine eigene Therapie zu machen.“ (S-14-m, Pos. 88).

„Zur Strukturierung ist es natürlich enorm hilfreich. Die sind fast alle wie ein Algorithmus aufgebaut.“ (M-22-m, Pos. 112).

Insbesondere die im diabetologischen Bereich tätigen Hausärzt:innen bemühen sich, leitliniengerecht zu behandeln und nennen als weitere relevante Leitlinien die der DDG (Deutschen Diabetes Gesellschaft) und der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Leitlinien seien aber auch vorteilhaft, um in der ärztlichen Ausbildung eine Struktur aufzubauen und sich dann

im Nachgang selbst immer wieder zu aktualisieren und gegebenenfalls ergänzend Dinge aus der Leitlinie in das tägliche ärztliche Handeln zu übernehmen. Andererseits sei es aus Sicht einer geringen Anzahl von Befragten auch denkbar, die Leitlinien eher als Rahmen zu betrachten, um die eigentliche Therapie dann individuell auf die Patient:innen anzupassen.

„Grundsätzlich halten wir uns natürlich schon an Leitlinien. Wobei man das dann immer noch individuell angleichen muss. Jeder Patient ist individuell und Leitlinien sind eine Hilfestellung.“ (M-22-m, Pos. 108-110).

Trotz der grundsätzlichen Aufgeschlossenheit gegenüber Leitlinien erscheint die Kenntnis und Anwendung von Leitlinien im Praxisalltag für Hausärzt:innen aus verschiedenen Gründen schwierig. Zunächst geben einige Hausärzt:innen an, dass ihnen schlicht die Zeit fehle, um alle Leitlinien zu den verschiedenen Krankheitsbildern parat zu haben.

„Ich meine, wir haben zu viele Erkrankungen. [...] So eine S3-Leitlinie finde ich so oder so gut. Also grundsätzlich. Habe ich auch nicht anders gelernt. Aber in der Praxis geht das unter.“ (K-15-w, Pos. 107).

„Zeitfaktor. Wir können natürlich die Leitlinien rauf und runter gehen und wir können auch schön unsere Fortbildung machen [...]. Es fehlt einfach griffig auf Papier.“ (H-04-w, Pos. 76).

Die Leitlinien seien oft sehr ausführlich und daher zum Nachschlagen eher schlecht geeignet. Für eine Anwendung im Praxisalltag müssten Leitlinien daher prägnanter werden. Speziell die Leitlinie Adipositas werde auch so wahrgenommen, dass die Vorgaben nicht strikt seien.

„Bei der Adipositas habe ich das Gefühl, dass das eben ein sehr weiches Thema ist, dass man auch wirklich sehr individuell angehen kann“ (S-11-w, Pos. 124).

Bei der Umsetzung von Leitlinien sollte auch berücksichtigt werden, welche Kosten die vorgeschlagenen Maßnahmen verursachen, was auch für das Adipositasmanagement relevant ist:

„Wie man das dann umsetzt in der Praxis, das muss man dann immer sehen. Weil wie gesagt, viele Wünsche, die da geäußert werden, sind halt realistisch schwierig, weil sie Geld kosten, Personalkosten verursachen.“ (K-20-m, Pos. 76).

Letztlich geht eine Minderheit der Ärzt:innen davon aus, auch ohne Kenntnis der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ genügend Wissen im Rahmen von Aus- und Fortbildung angesammelt zu haben, um die Erkrankung adäquat zu therapieren.

„Jetzt bei der Adipositas habe ich für mich selbst das Gefühl, dass ich so viele Eckdaten habe, dass ich - aber das ist ja auch schon eigentlich fast vermessen - dass ich gar nicht so unbedingt total auf der Suche nach Inspiration wäre.“ (S-11-w, Pos. 124).

4.4 Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement

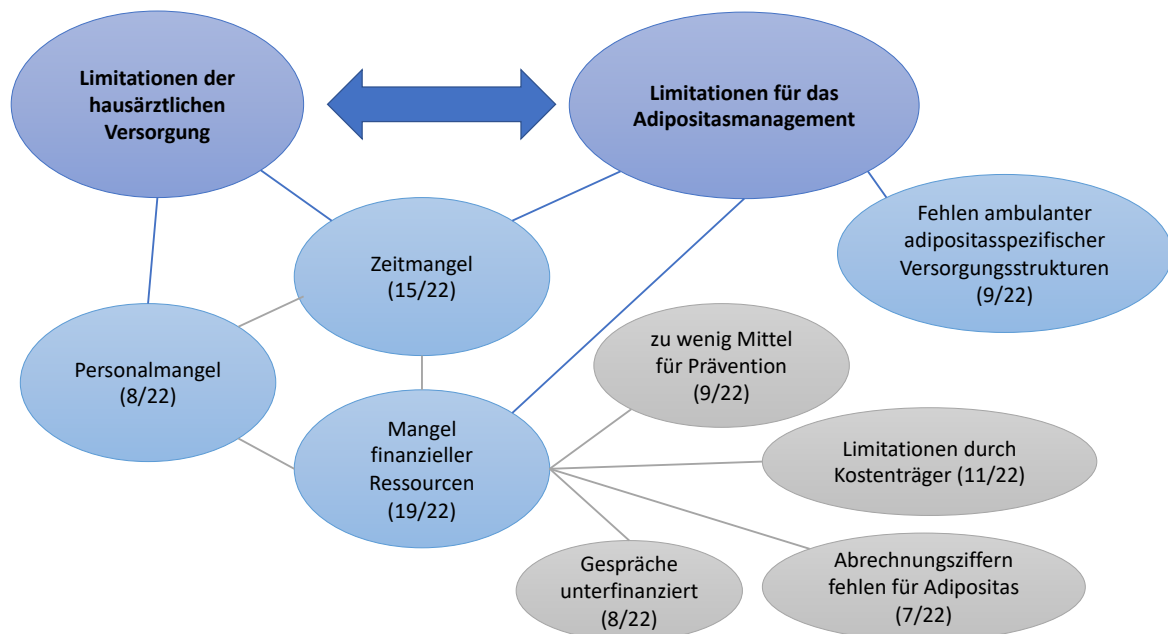


Abbildung 13: Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement. Hauptkategorien „Limitationen in der hausärztlichen Versorgung und für das Adipositasmanagement“ mit Subkategorien

4.4.1 Versorgungssituation in den hausärztlichen Praxen allgemein

Die Versorgungssituation in den Praxen der befragten Hausärzt:innen erscheint insgesamt angespannt. Zu einer mangelnden Finanzierung der Gesprächszeit allgemein und des Adipositasmanagements im Besonderen kommen Personal- und Zeitknappheit hinzu. Es scheinen insgesamt schwierige Bedingungen zu bestehen, um beratungs- und zeitintensive Erkrankungen wie Adipositas effektiv zu therapieren.

Als Problem geben zwei Drittel (15/22) der Hausärzt:innen den **Zeitmangel** in ihrem Versorgungsalltag an. Dieser sei durch **Personalmangel** im Gesundheitswesen mitbedingt, besonders das Fehlen von Hausärzt:innen und medizinischen Fachangestellten (MFA) für die Primärversorgung. Ungefähr ein Drittel der Befragten (8/22) gibt Personalmangel als Limitation in ihrer Praxis an.

„Wenn da Personalmangel ist - und wir haben im Gesundheitswesen leider überall Personalmangel - es fehlen vorne und hinten MFAs, es fehlen junge [ärztliche] Kolleginnen und Kollegen im Allgemeinen.“ (H-04-w, Pos. 38).

In vielen Regionen von Rheinland-Pfalz herrsche daher eine Unterversorgung, bei der zu viele Patient:innen durch zu wenig Hausärzt:innen versorgt werden müssten.

„Wir haben auch alle das Problem, dass sich die Arbeit verdichtet und die Arbeitsmenge erhöht, weil wir immer noch bei den niedergelassenen Hausärzten mehr Abgänge als Zugänge haben. [...] Und alles andere haben wir durch Mehraufwand in den bestehenden Praxen gelöst. Es ist zwar zum einen ganz nett, mehr Umsatz zu machen. Andererseits: man braucht auch mehr Personal und die Praxiskosten steigen. Der Tag hat trotzdem nur 24 Stunden für uns und wir sind uns alle darüber einig, dass wir so langsam in unseren Praxen an die Grenzen der Arbeitsbelastung kommen.“

(E-18-m, Pos. 58).

Für den Praxisalltag bedeutet dies konkret, dass die Arbeitsbelastung steigt, da insgesamt mehr Patient:innen pro hausärztlicher Praxis versorgt werden müssen. Der Zeitmangel bei der Patient:innenversorgung werde zusätzlich dadurch verschärft, dass die Vergütung der Gesprächszeiten durch die Krankenkassen aktuell zu gering sei. Den befragten Hausärzt:innen ist es immens wichtig, *„dass uns die Möglichkeit gegeben wird, den Patienten Zeit zu widmen und die Zeit, die wir investieren, dass die dann auch entsprechend finanziell abgebildet wird.“* (S-10-m, Pos. 58). Eine Hausärztin beschreibt dieses Spannungsfeld auch in Bezug auf das hausärztliche Adipositasmanagement treffend:

„Vielleicht generell: die Komplexität der Erkrankung in der Bevölkerung wird immer größer. Und wir haben immer mehr wirklich chronisch Kranke, komplex erkrankte Patienten. Der Beratungsaufwand ist immens. Und wir haben keine Zeit, weil wir viel zu wenig handelnde Personen sind für die Masse an Aufgaben. Und da ist halt jetzt die Adipositas ein weiterer Baustein und da kommen immer mehr mit dazu. Und wir haben nicht die Zeit und wir haben nicht das Personal, was wir dringend bräuchten, Fachkräftemangel, um hier wirklich in die Tiefe zu gehen. Und wir werden für die Beratungsgespräche, die wir dann leisten, nicht adäquat bezahlt. Einfach unterbezahlt, maximale Unterbezahlung.“ (B-05-w, Pos. 50).

4.4.2 Versorgungssituation speziell für das Adipositasmanagement

Die mangelnde **Finanzierung** bezüglich des Beratungsanlasses Adipositas wird von fast allen Befragten (19/22) als Limitation für die Versorgung adipöser Patient:innen im hausärztlichen Setting gesehen.

Der Gesprächsbedarf speziell für das Adipositasmanagement müsste laut den Befragten (8/22) dringend entsprechend honoriert werden, denn nur so könnte Beratungs- und Behandlungszeit für die komplexe und langfristig zu betreuende Erkrankung Adipositas verwendet werden.

„Es bräuchte im Prinzip eine Gebührensiffer, um die Gespräche zum Thema Adipositas durch die Krankenkassen zu vergüten, denn der Gesprächsbedarf mit diesen Patienten ist hoch und das wird aktuell nicht bezahlt.“ (K-02b-w, Pos. 44).

„Wie gesagt, für mich als Hausarzt mit einer stark frequentierten Praxis ist es so: Allein die Zeit und die Ressourcen, die ich habe, um mich um einen einzelnen Patienten zu bemühen, reichen nicht aus, um die Bedürfnisse des Adipösen zu decken.“ (E-18-m, Pos. 86).

Weiterhin bemängelt knapp die Hälfte (9/22) der Interviewten **fehlende ambulante Strukturen** für ein effektives interdisziplinäres Management der Erkrankung Adipositas. Nur mit einer entsprechenden Gegenfinanzierung könnten zukünftig Strukturen aufgebaut werden und das Adipositasmanagement in der hausärztlichen Praxis verankert werden.

„Wenn es attraktiv wird für uns Kollegen, dann werden sich auch viele da intensivieren. Und dann wird man sicher auch Wege und Mittel finden, diese Dinge strukturmäßig so aufzubauen, vielleicht auch unter Vorgaben der Kassen und der KV, dass man sagt, so im Sinne eines Qualitätsmanagements: das sind die Voraussetzungen, die wir erfüllen müssen.“ (K-20-m, Pos. 48).

In diesem Spannungsfeld aus Personalmangel, Zeitmangel und Mangel an Finanzierung, scheint ein effektives Adipositasmanagement für die meisten Hausärzt:innen aktuell nur schwer in den Praxisalltag integrierbar. Die Praxen haben eine hohe Arbeitsbelastung durch viele ältere und chronisch kranke Patient:innen. Die Zeit und die Ressourcen scheinen aktuell nicht auszureichen, um den Bedürfnissen adipöser Patient:innen gerecht zu werden.

„Dass einmal die Zeit fehlt. Dass zum anderen entsprechende Strukturen - wir hatten ja eben schon angesprochen, dass wir gern von Seiten der Krankenkassen irgendwelche Schulungsprogramme oder ähnliches hätten. Dass da nichts existiert. Und dass es natürlich auch in unserer Gebührenordnung nicht abgebildet ist. Das heißt, das mache ich, weil ich ein netter Mensch bin, aber nicht, weil ich damit jetzt Geld verdienen würde.“ (S-10-m, Pos. 54).

Die Hälfte der Befragten (11/22) gibt außerdem Beispiele für weitere Limitationen durch die Krankenkassen. So sei *„das Problem, dass alles budgetiert ist. Dass ich mir jedes Mal genau überlegen muss: Wem verordnest du was und in welchem Umfang? Und wenn wir da einfach mehr Spielraum hätten, den Patienten eine Verordnung Reha-Sport eben nicht nur einmal, sondern wiederholt ausstellen könnten.“ (B-05-w, Pos. 16).*

„Unser System ist auf Sparen. Und der Arzt ist ein Kostenfaktor und deswegen wird überall gespart.“ (A-19-w, Pos. 77).

Auch die Durchführung von Rehabilitationssportgruppen sei unterfinanziert: *„Wir kriegen da in diesen Reha-Gruppen, wir kriegen da ehrenamtlich gar nichts als Doktors. Dadurch sind da so wenige Kollegen bereit, das zu machen.“* (K-20-m, Pos. 20).

Ein anderer Befragter bekräftigt: *„Ich mache das zwar gerne, weil ich das wichtig finde, aber dann möchte ich auch ganz klar sagen: Ich möchte was haben davon.“* (M-16-m, Pos. 7).

Weiterhin funktionieren aus seiner Sicht Krankenkassenprogramme unter Umständen deshalb nicht so gut, weil die Kosten voll von der Kasse übernommen würden. Die Compliance sei in seiner Erfahrung besser, wenn man die Patient:innen an den Kosten beteilige, *„weil das nach dem Motto funktioniert ‚Was was kost, ist was wert.‘“* (M-16-m, Pos. 7).

Aus der Sicht anderer Hausärzt:innen sei aber die von den Patient:innen selbst zu tragende individuelle Gesundheitsleistung auch nicht unbedingt die Lösung.

„Wir ‚IGeLn‘ hier nicht [keine individuellen Gesundheitsleistungen]. Ich mache diese ganze Scheiße nicht! Dann hätte ich auch einen Blumenladen aufmachen können, das wäre nämlich die Alternative, dann hätte ich schöne Sachen verkaufen können. Da ich aber nicht verkaufe, machen wir das Ganze zu Kassenleistungen. Und dementsprechend müssen wir uns spezialisieren. So. Und dann kann man das mit ganz vielen Kräften wuppen. Damit haben Sie einen Laden und machen ganz viel Praxismanagement, Personalführung, Ziffernkontrolle und so weiter. Und eben die spezialisierten Patienten.“ (A-19-w, Pos. 77).

„Weil eine wirkliche Ernährungsmedizin ist nicht vorgesehen in der Kassenarztmedizin. Das muss man ja auch sagen. Das wird eigentlich nicht abgebildet. Also man kann es natürlich auch als IGeL-Leistung mal anbieten, Ernährungsberatung. Oder gerade wenn man etwas mit diesen Formuladiäten was macht, dann kann man das natürlich auch irgendwie privat anbieten. Das machen wir aber nicht.“ (M-23-w, Pos. 35).

Einige Dinge liefen aus Sicht der Hausärzt:innen aber auch ganz annehmbar, *„weil die Ernährungstherapie zum Beispiel; also die AOK bezahlt das komplett. Andere Kassen bezahlen da zumindest einen großen Teil. Und privat wird das zwar weniger, also private Kassen bezahlen tatsächlich oft am wenigsten.“* (F-21-m, Pos. 54).

Weiterhin seien die Limitationen durch das Gesundheitssystem nicht so groß, man müsse sich kümmern und dranbleiben, dann willigten die Kassen meistens auch ein:

„Wenn man die Lücken sucht, dann findet man die auch. Also klar werden auch mal Reha-Anträge abgelehnt. Aber dann stellt man ihn halt in zwei Jahren nochmal. Und dann legt der Patient auch nochmal einen Widerspruch ein. Also wer will, kriegt Unterstützung. Bis hin zur Adipositaschirurgie.“ (S-11-w, Pos. 62).

4.4.3 Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag

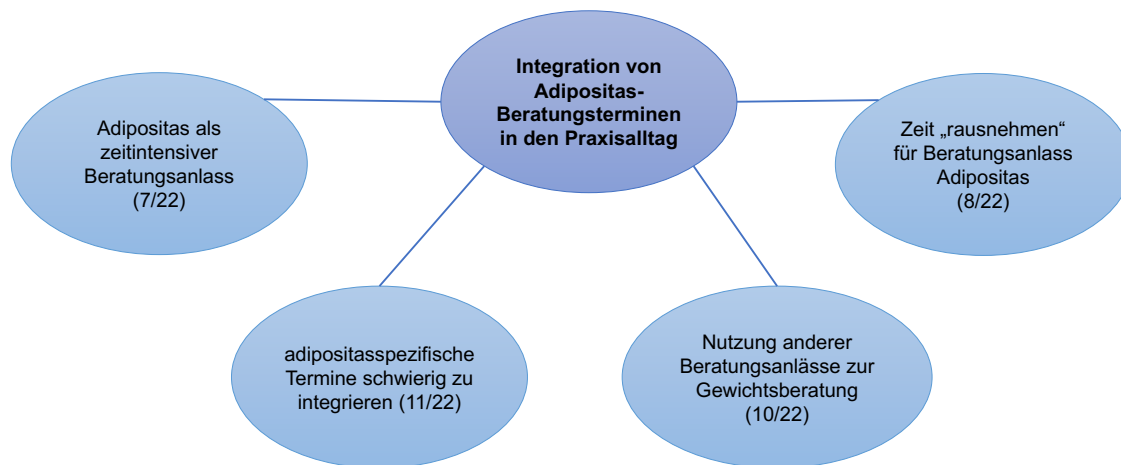


Abbildung 14: Hauptkategorie „Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag“ mit Subkategorien

Die Hälfte (11/22) der Befragten gibt an, dass es für sie in ihrer Praxis nicht ohne weiteres möglich sei, spezielle Termine für den Beratungsanlass Adipositas anzubieten. „Naja, das ist schwierig. Also wie gesagt, gesonderte Beratungstermine dafür gibt es nicht.“ (F-21-m, Pos. 18). Die Hausärzt:innen begründen dies mit den Faktoren im oben beschriebenen Spannungsfeld (s. 4.4.1 Versorgungssituation in den hausärztlichen Praxen allgemein) Die Beratungszeit werde schlecht bezahlt und die Zeit sei in den Praxen auch aus Personalmangel schlicht nicht vorhanden. Das Gespräch mit Patient:innen über Adipositas wird von 7 von 22 Interviewten als zeitintensiver Beratungsanlass wahrgenommen.

„Ja, das läuft so mit, weil es für gesonderte Termine überhaupt keine Möglichkeiten gibt. Also es wird nicht bezahlt und ist dann wirklich schon sehr zeitintensiv.“ (K-02a-w, Pos. 36).

Trotzdem bemühen sich die hausärztlichen Kolleg:innen nach Kräften, Beratungszeit für Patient:innen mit Adipositas zu ermöglichen.

„Wenn du das ernst machst, solche Chroniker-Patienten zu behandeln, musst du dir wirklich mindestens eine Viertelstunde Zeit freischaufeln. Sonst funktioniert es nicht. Sei es Grunduntersuchung, Blut, EKG, Ergo [Fahrradergometrie], was weiß ich was. Das können dann halt eben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen. Aber sonst musst du wirklich, mit den Patienten eben, genug Zeit haben. [...]“ (M-16-m, Pos. 66).

Mehrere (10/22) Hausärzt:innen geben an, auch andere Beratungsanlässe als Rahmen für das Adipositasmanagement zu nutzen. Von den Ärzt:innen wird beispielsweise die

Gesundheits-Untersuchung (auch „Check-Up 35“) als klassisches Setting gesehen, um über Adipositas zu sprechen.

„Die Gesundheitsuntersuchung ist immer ein willkommener Anlass. [...] Das sollte man auch wahrnehmen und nicht nur die Dinge abhaken, sondern da findet man schon mal einen Einstieg.“ (G-17-m, Pos. 50, 52).

Zusätzlich machen einige der Befragten Folgetermine nach einer Gesundheitsuntersuchung aus. Andere nutzen auch Termine in einer Privatsprechstunde und Zeiträume, in denen nicht so viel los ist, um mehr Zeit für ihre Patient:innen zu haben. Einige Ärzt:innen geben auch an, sich die Zeit für ihre Patient:innen einfach rauszunehmen.

„Ja, das machen wir nachmittags. Wenn ich weiß, jemand kommt zur Kontrolle, dann gibt es einen Nachmittagstermin. Ja klar, das geht dann eher, das ist viel ruhiger.“ (K-15-w, Pos. 52).

„Ich nehme mir für meine Patienten schon viel Zeit, außergewöhnlich viel Zeit. Und das machen aber viele andere Hausärzte nicht. Und ich bespreche das dann auch mit den Patienten, aber es nimmt halt Zeit weg.“ (I-12-w, Pos. 66).

Insgesamt scheinen Zeiträume für das Adipositasmanagement schlecht in den hausärztlichen Praxisalltag integrierbar.

4.5 Kategorienkomplex 3: multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement

4.5.1 Aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit

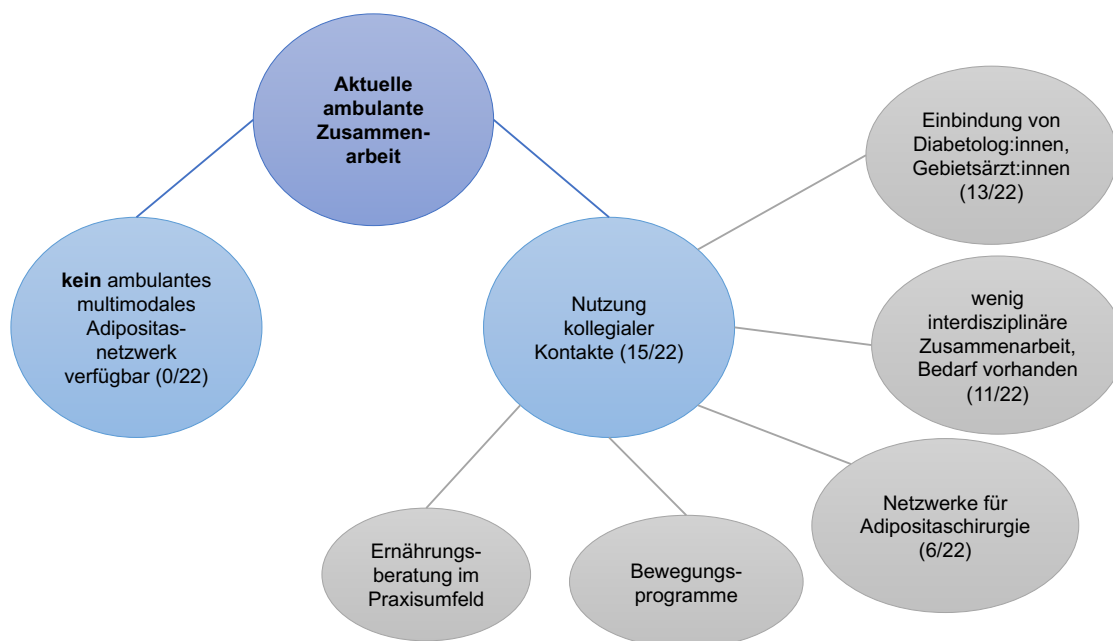


Abbildung 15: Hauptkategorie „Aktuelle ambulante Zusammenarbeit“ mit Subkategorien

Keiner der Befragten gab an, ein organisiertes Adipositasnetzwerk zu kennen, welches in ihrer Nähe ambulant, regional und interdisziplinär agiert. „Also auf keinen Fall so ein festgelegtes Netzwerk, so was gibt es hier wirklich gar nicht. Und dann sind da eher Sachen, die laufen auf individuelle Kontakte [hinaus].“ (F-21-m, Pos. 42).

Nutzung persönlicher Kontakte

Der Großteil (15/22) der Hausärzt:innen gibt an, ihre persönlichen und mit der Zeit gewachsenen Kontakte zu anderen Ärzt:innen und Berufsgruppen zu nutzen, die bei der Adipositas-therapie hilfreich sein können. Einige Ärzt:innen vernetzen sich sehr stark auf persönlicher Ebene und bauen Kontakte zur Zusammenarbeit bis hin zur Kooperation auf Praxisebene auf.

„Ja also, das sind unsere persönlichen Kontakte. Wir haben hier noch mit einem Fitnessstudio, was hier relativ groß [ist] und was auch mehrere Zentren hat, ein Netz aufgebaut. Also da kriegen die Patienten auch, die können a) für ihre Reha dahingehen und b) kriegen die da gute Angebote. Und das auch für unsere Diabetiker gemacht, dass die auch begleitet werden.“ (A-19-w, Pos. 69).

„Man hat eigentlich immer dieselben Kollegen, mit denen man gut zusammenarbeitet. Das schon, ja. Man hat einfach so ein Sträußchen an Fachärzten und mit denen ist man dann einfach so verbandelt, dass das ganz gut hin- und hergeht, auch mit

Terminen. [...] Sind schon auch persönliche Kontakte. Also Leute, die man aus dem Studium kennt. Mit denen ist es dann auch einfach, zu kommunizieren. Oder es sind große Praxen, die eben ein großes Einzugsgebiet haben und die eine gute Struktur haben, wo man leichter Mal einen Patienten unterbringen kann.“

(M-23-w, Pos. 103-105).

Auf der anderen Seite gibt die Hälfte (11/22) der Befragten an, dass trotz kollegialer Kontakte keine regelmäßige Zusammenarbeit zur Adipositas therapie in ihrem Praxisumfeld stattfinden könne beziehungsweise zu wenig spezialisierte Versorgungspartner:innen lokal zur Verfügung stehen würden.

„Die Mitstreiter... also wie gesagt, dadurch, dass wir die Patienten nicht mehr in die Spezialsprechstunde in der nahegelegenen Klinik überweisen können und dann in deren Gesamtbetreuungsumfeld, ist schon was verloren gegangen. Und im Moment muss ich es mir halt so selbst zusammenbasteln, was ich den Patienten anbieten kann.“

(E-18-m, Pos. 88).

„Zu welchem Spezialisten sollten wir die denn überweisen?! Keine Ahnung! Das gibt es nicht! Einen Arzt für Adipositas gibt es ja nicht. Also wüsste nicht, wohin ich die überweisen soll.“ (A-09-w, Pos. 8).

Ernährungsberatung im Praxisumfeld

Die befragten Hausärzt:innen kennen oft Möglichkeiten zur Ernährungsberatung in ihrem Praxisumfeld und überweisen sie ihre Patient:innen bei Bedarf.

„Also es gibt hier die Möglichkeit, mit einer Überweisung aufgrund einer krankhaften Adipositas zum Beispiel oder bei den bereits genannten Problemen Hypertonie, Hyperlipidämie, Hyperurikämie, kann man auf jeden Fall auch die Diplom-Ökotrophologen mit einbinden. Und da haben wir wirklich gute Anbindung hier und die Patienten nehmen das auch sehr gerne an.“ (H-08-w, Pos. 26).

Außerdem gebe es die Möglichkeit, über die Krankenkasse Ernährungsberater:innen zu finden, sodass auch die Patient:innen in die Organisation ihrer Therapie eingebunden werden. Oft bitten die Hausärzt:innen ihre Patient:innen: *„Rufen Sie mal bitte bei der Kasse an und fragen Sie mal, was es da an Anlaufstellen gibt.“ (B-05-w, Pos. 28).* Oft gehe es auch um die Kostenübernahme.

„Also wir haben jetzt keine definierte Adresse. Sondern wenn der Bedarf besteht, dann verweisen wir die Patienten gerne an die Krankenkasse, die häufig mit - das sind ja meistens Ökotrophologen - zusammenarbeitet. Und wo die Krankenkasse eben einen gewissen Zuschuss, was diese Privatleistung angeht, beiträgt.“ (S-10-m, Pos. 10).

Die Hausärzt:innen sehen auch in der Zusammenarbeit mit diabetologischen Schwerpunktpraxen eine Chance für ihre Patient:innen:

„Wir haben eine sehr gute und sehr aktive nephrologisch-diabetologische Praxis im Nachbarort. Das heißt, da weiß ich auch, da kann ich die Patienten hinschicken und da werden die gut aufgenommen und angebunden.“ (S-11-w, Pos. 24).

Für die hier befragten Ärzt:innen mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt (6/22) stellt sich die Frage nach Möglichkeiten für eine Ernährungsintervention oft nicht, da in diesen Praxen qualifizierte Ernährungsberater:innen angestellt sind (s. 5.5.3 Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement).

Bewegungsprogramme

Der Großteil der befragten Hausärzt:innen kennt Möglichkeiten in der nahen Praxisumgebung, die Patient:innen nutzen können, um in Bewegung zu kommen. Ungefähr zwei Drittel der Interviewten (15/22) wissen von Rehabilitationssportgruppen in ihrer Nähe und befürworten und verordnen diese Bewegungsform auch. Rehabilitationssport werde häufig in Fitnessstudios durchgeführt und es sei durchaus wünschenswert, dass Patient:innen auch außerhalb dieses Angebots dort weiter trainieren würden.

„Reha-Sport ist ein niedrighschwelliges Angebot, weil da werden die so ein bisschen eingeführt.“ (H-08-w, Pos. 28).

„Es gibt Fitnessstudios und oftmals lässt sich auch was über Reha-Sport organisieren, das kann man den Patienten verschreiben. Und natürlich gibt es diverse Sportvereine ringsum. Da ist das Angebot schon ganz gut.“ (N-03-w, Pos. 30).

Die Ärzt:innen machen aber darauf aufmerksam, dass Rehabilitationssport bisher nicht spezifisch für Adipositas zu verordnen sei: *„Also eigentlich wirklich eher orthopädisch oder halt Herzsport-Gruppe. Aber nicht wegen der Adipositas.“ (K-15-w, Pos. 36).* Ähnliches gelte auch für weitere Sportgruppen: es gebe zwar häufig ein Angebot in der Nähe, allerdings sei dieses nicht spezifisch adipöse Patient:innen ansprechend.

„Was es bei uns gibt: Es gibt so Gruppen zum Beispiel für Wassergymnastik. Da haben wir auch so ein paar Flyer ausliegen in der Praxis, wo man die Leute dann hin verweisen kann. Aber so direkt nur für Adipositas wüsste ich jetzt nicht, dass es so was gibt.“ (F-21-m, Pos. 38).

Der Vorteil von Sport in der Gruppe sei für das Adipositasmanagement aber nicht zu vernachlässigen:

„Reha-Sport empfehlen wir eigentlich gerne. Und das tut vielen schon wirklich gut, sich einmal die Woche ist das ja, höchstens zwei Mal die Woche, zu bewegen dort. Aber es ist ja eine Gruppe, die sie motiviert.“ (M-23-w, Pos. 43).

Fachärztliche Zusammenarbeit

Mehr als die Hälfte (13/22) der Interviewten arbeiten für das Management der Adipositas mit Diabetolog:innen und weitere Gebietsärzt:innen in ihrem Praxisumfeld zusammen. Die Einbindung von Fachärzt:innen sei abhängig von den begleitenden Erkrankungen und erfolge speziell wegen der Diagnose Adipositas eher selten.

„Ja, es kommt so ein bisschen darauf an in welche Richtung man gehen will. Kardiologen, klar, ist immer nochmal ein Thema bei Adipositas. Wenn man jetzt auf die Adipositas... Lungenfachärzte auch zum Luftnot abklären. Ist es denn wirklich nur das Übergewicht? Orthopäden! Die ganzen Arthrosen. Dann aber auch mal [eine Vorstellung beim] Angiologen, Richtung Lipödem, Lymphödem. Da haben wir doch auch ein paar Kontakte, wo wir zusammenarbeiten.“ (M-23-w, Pos. 109).

„Also eher wegen dieser Risiken. Also orthopädische oder halt kardiologische oder diabetologische Geschichten schon. Aber dann ist nicht nur die Adipositas die einzige Diagnose. Sondern eben diese ganzen anderen chronischen Erkrankungen.“ (K-15-w, Pos. 58).

Die diabetologischen Schwerpunktpraxen werden aufgrund des häufigen gemeinsamen Auftretens von Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas, sowie der Möglichkeit zur Ernährungsberatung als potenzielle Hilfe zur Adipositastherapie wahrgenommen.

„Die diabetologischen Schwerpunktpraxen helfen uns natürlich, weil viele Typ-2-Diabetiker auch das Thema Übergewicht haben und wenn wir dort dann Patienten anmelden für eine Ernährungsberatung Diabetes, dann schwingt ja bei der Diätassistentin der diabetologischen Schwerpunktpraxis auch das Thema Übergewicht, Ernährungsumstellung, Bewegungsoptimierung immer mit.“ (B-05-w, Pos. 18).

„Wir haben Diabetologen vor Ort, wenn der Diabetes eben Teil der Adipositas oder des metabolischen Syndroms ist. Wir haben hier auch ein Haus mit einer Chefin [...], die das sehr gut leitet; auch mit der chirurgischen Therapie.“ (H-08-w, Pos. 39).

Die Basis der Adipositas therapie wird von den Ärzt:innen trotzdem auf hausärztlicher Seite gesehen.

„Ich finde es ist ein Thema, dass total gut in die Hausarztpraxis reingehört. [...] Und eigentlich finde ich, wenn der Patient nur ein bisschen will, dann geht auch was. [...] Also ich finde, es ist ein wirklich ein total tolles hausärztliches Thema, dass man den Patienten aufgrund des Luxus, dass ich die regelmäßig sehe - und dass die mich ja dann doch alle irgendwann mal wieder brauchen - ja auch regelmäßig an sie ran reden kann.“ (S-11-w, Pos. 104).

Bariatrische Chirurgie

Ungefähr ein Drittel der interviewten Hausärzt:innen (6/22) berichtet über die Kenntnis von Adipositasnetzwerken, die an chirurgisch tätigen Kliniken angesiedelt sind. Diese Netzwerke haben die Aufgabe, Patient:innen im Rahmen von adipositaschirurgischen Maßnahmen multimodal zu betreuen. Die Zusammenarbeit gestaltet sich allerdings unterschiedlich. In der Regel sei die Zusammenarbeit nicht so eng.

„Die Chirurgen arbeiten ja zusammen mit den Psychologen und mit den Ernährungsberaterinnen. Die [Patient:innen] müssen nach dem Magensleeve, also die werden vorher ernährungsberaten und hinterher. Als Hausarzt betreue ich das mit. Aber dadurch, dass ich das einfach weiß, weil ich da Mal gearbeitet habe.“ (I-12-w, Pos. 50).

„Aber es findet jetzt kein kontinuierlicher Austausch statt. Wenn es an die Adipositaschirurgie geht, dann ist es wirklich so, dass die Patienten eigeninitiativ mit der Klinik Kontakt aufnehmen, dass so weit vorbereitet wird und wir dann eingebunden werden, wenn es um die OP-Vorbereitung oder die OP-Nachsorge geht. Aber da findet jetzt kein kontinuierlicher ‚intersektoraler Austausch‘ statt, wie es so schön heißt.“ (B-05-w, Pos. 30).

4.5.2 Best-Practice-Beispiele zur Adipositas therapie

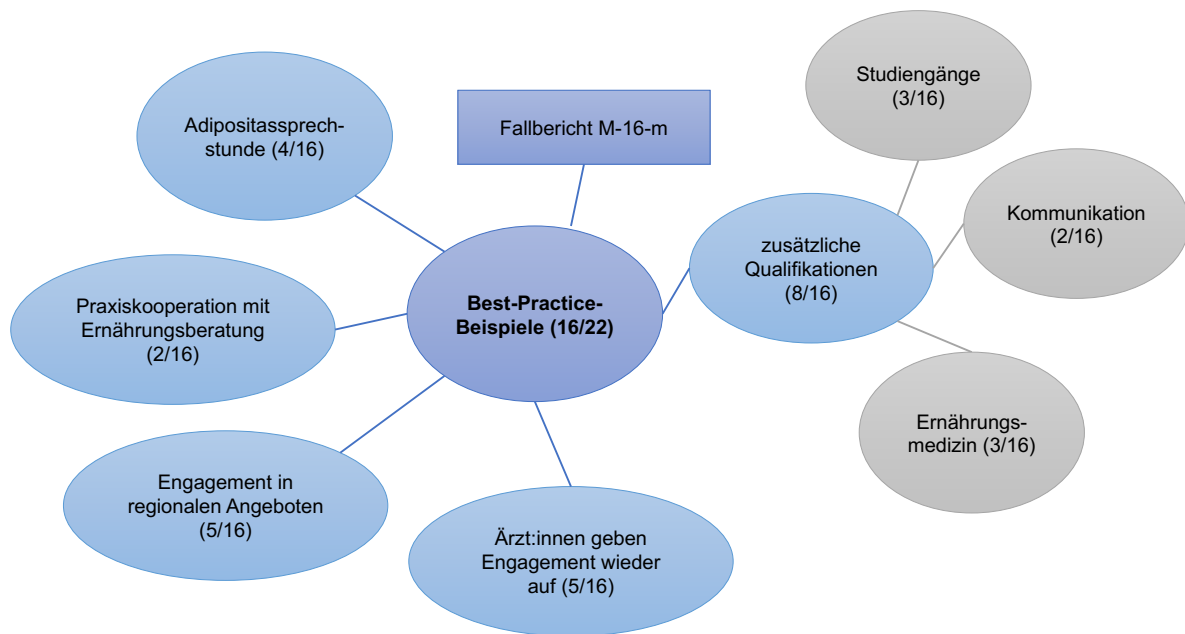


Abbildung 16: Hauptkategorie „Best-Practice-Beispiele zur Therapie der Adipositas“ mit Subkategorien

Insgesamt haben 16 von 22 befragten Hausärzt:innen Aussagen gemacht, die von besonderem Engagement zeugen, das teilweise weit über den üblichen Tätigkeitsbereich einer Hausärztin oder eines Hausarztes hinausgeht:

„Ich bin Ernährungsmediziner der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und eben auch Diabetologe und insofern bin [ich] auch Vorsorgemediziner, also der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation und mache in dem Bereich schon einiges. Früher habe ich auch Schulungen gehalten in Schulen und Kindergärten, habe auch mal eine Doktorarbeit vergeben in diesem Bereich. Also, da bin ich relativ aktiv.“ (K-20-m, Pos. 4).

Während einige besondere Qualifikationen erworben haben, um gut für die Therapie der Adipositas gerüstet zu sein, haben andere auch Programme zur Adipositas therapie ins Leben gerufen beziehungsweise unterstützt und so aktiv dazu beigetragen, das Versorgungsangebot für adipöse Patient:innen vor Ort zu verbessern.

Gleichzeitig berichtet ein Teil der Befragten, ein solches Engagement eine Zeit lang durchgeführt zu haben, dann aber wieder ruhen zu lassen.

„Also wir haben hier am Ort eine Atemwegs- und Herzsportgruppe. Da war ich bis September dieses Jahres zweiter Vorstand. Habe es aber aus Überlastungsgründen aufgegeben.“ (E-18-m, Pos. 26).

Als Gründe werden neben Überlastung und sehr hohem Aufwand auch relativ geringe therapeutische Effekte der Maßnahmen angegeben.

*„Aber es hat mich dann im Endeffekt so frustriert, wenn sie nicht abgenommen haben.“
(A-09-w, Pos. 40).*

„Der Dienstagnachmittag war ein reiner Ernährungsberatungs-Nachmittag. Mit dem Ziel halt gemeinsam abzunehmen. War extrem aufwendig und super mager im Ergebnis. Ich habe mich da ein bisschen zurückgezogen aus dieser ultramotivierten Beschäftigung mit Adipositas.“ (S-14-m, Pos. 20).

Bei den Qualifikationen, die die Allgemeinmediziner:innen bezüglich Adipositas therapie erworben haben, ist unter anderem die Ernährungsmedizin (3/16) vertreten. Einige Hausärzt:innen bieten entweder regelmäßig oder auf Nachfrage der Patient:innen auch Ernährungs- beziehungsweise Adipositas-Sprechstunden an. Zwei Hausärzt:innen sind mit ihren Praxen Kooperationen mit Ernährungsberater:innen eingegangen. Beiden Hausärzt:innen ist es dabei wichtig, das Angebot so unbürokratisch und niedrigschwellig wie möglich für die Patient:innen zu gestalten, sodass diese das Angebot auch wahrnehmen.

„Wir haben hier eine Kooperation mit einer Ernährungsberatungs-Firma, die dann über die Kasse abrechnet. [...] Und was bei uns jetzt immer die Hürde bei anderen Ernährungsberatungen war, dass einfach ein Rattenschwanz an Bürokratie entstand. Das Ziel war, dass das ein bisschen unbürokratischer geht.“ (H-04-w, Pos. 14, 64).

Weitere Qualifikationen, die die Hausärzt:innen nennen, sind unter anderem Zusatzstudiengänge. Zwei Hausärzt:innen haben einen wirtschaftlichen Studiengang belegt. Nur durch gute Arbeitsorganisation und Verteilung auf viele Schultern sei Adipositas therapie auch bei knapper Zeit und Vergütung möglich.

„Ich habe zum Beispiel acht Angestellte und wir delegieren dann, dann ist das gut zu machen. Aber es geht nur in der Form, dass Sie unternehmerisch tätig sind. Und da ich studierter ‚Qualitäter‘ bin, also ein Management-Studium hinter mir habe, mache ich das halt so.“ (G-13-m, Pos. 74).

Zwei andere Ärzt:innen haben sich bezüglich Kommunikation mit ihren Patient:innen besonders qualifiziert. Ein Arzt nutzt die Technik des „Motivational Interview“, um eng an den Möglichkeiten der Patient:innen entlang ein Problembewusstsein und einen Umgang mit dem Problem zu entwickeln. Eine andere Hausärztin hat „Public Health“ studiert und legt einen Schwerpunkt auf das Empowerment der Patient:innen und gibt interessierten Patient:innen beispielsweise Literaturempfehlungen zu Adipositas und Gewichtsverlust.

„Ja, ich habe mal kompetenzaktivierendes Training gemacht. Das gibt es von der BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung). Damals habe ich ‚public health‘ studiert, das ist so ein Zusatzstudium. Dadurch bin ich ziemlich motivierend, ziemlich gut drauf. Da haben wir das gelernt. Ein Modul in diesem Zusatzstudiengang war nämlich auch Prävention [...]. Deshalb bin ich da ziemlich ausgebildet!“ (I-12-w, Pos. 38).

Weiterhin haben einige Hausärzt:innen unterschiedliche Initiativen ergriffen, um das Versorgungsangebot in ihrer Praxisumgebung zu unterstützen oder zu erweitern. Dies reicht von Leitung von Rehabilitationssportgruppen und über den Einbezug von Kindern und Jugendlichen in Therapiekonzepte zum Gewichtsverlust bis zur Gründung von eigenen Bewegungsprogrammen. Ein Hausarzt hat sich beispielsweise als Trainer qualifiziert.

„Ich habe dann später auch Nordic Walking Kurse angeboten. Ich habe da so verschiedene Trainerscheine erworben und mich dann versucht da mitreinzubringen [...] und hab mich dann mit den Physiotherapeuten zusammengetan. Wir haben das gemeinsam angeboten, für kleines Geld.“ (G-17-m, Pos. 38).

Als Best Practice Beispiel soll das Engagement des Hausarztes M-16-m skizziert werden. Er hat unter anderem ein Programm mit adipösen Kindern und Jugendlichen mitbetreut.

„Vor etwa 25 Jahren haben wir mit einer netten Kinderärztin-Kollegin [...] ein Programm für dicke Kinder ins Leben gerufen. Das bestand aus einer Ernährungsberatung, aber vor allen Dingen der Eltern, was am schwierigsten war. [...] Und deshalb bestand dieses Programm aus Information, aus Aufklärung, die Kinder haben zusammen mit ihren Müttern hauptsächlich eben auch Kochen gelernt. [...] Und mein Job war gewesen, ja, dass ich ein Sportprogramm mit denen ein- bis zweimal die Woche gemacht habe. Sowohl leichtes Ausdauertraining, aber auch Gewichts- also Krafttraining und das hatten wir drin gehabt. Und das ist auch gefördert worden eine ganze Weile. Da haben wir drei Jahre lang 50 Kinder betreut“ (M-16-m, Pos. 4).

Das motivierende für diesen Hausarzt sei gewesen, „dass wir bei über 60% der Kinder eine signifikante Gewichtsreduktion mit einer Umstellung der Ernährung und einer anderen Form der Bewegung erreichen konnten. Und das fand ich ziemlich gut. Und das passte eigentlich zu keinem anderen Programm, das es gibt. Das war aber eine Heidenarbeit, eine Heiden- Überzeugungsarbeit und vor allen Dingen auch eine Control. Und die wissenschaftliche Auswertung betrachtet zum Schluss.“ (M-16-m, Pos. 4).

Als limitierenden Faktor beschrieb der Hausarzt: „Dann haben wir auch wieder mal Geldgespräche. Weil in Deutschland ist Prävention ja leider immer noch nichts wert. Das ist eine Katastrophe!“ (M-16-m, Pos. 4).

Im weiteren Verlauf hat dieser Arzt neben seinem Praxisbetrieb gemeinsam mit einem Sportwissenschaftler ein Rückenschulzentrum in seiner Stadt gegründet.

„Und wir haben das [...] im großen Stil gemacht mit fünf bis sechs bis sieben Gruppen pro Woche. Und da gehörte immer ein Einstiegsteil gesunde Ernährung dazu.“

(M-16-m, Pos. 5).

Bei einer Evaluation des Kursprogrammes sei herausgekommen, dass *„innerhalb von den zwölf Wochen Kurs haben die eine signifikante Gewichtsabnahme, Muskelzuwachs und der Schmerz-Score, das haben wir auch auf so einem Osteologen-Kongress vorgeführt, der hat sich deutlich verringert.“* (M-16-m, Pos. 7).

Weiterhin beschreibt der Befragte die gruppenspezifischen Effekte als sinnvolle Ergänzung zum Zwiegespräch mit dem Hausarzt. Neben positiver Konditionierung helfe ein gewisser Druck durch die Gruppe sehr gut, um effektiv Ergebnisse zu erzielen.

„Dass du im Endeffekt wirklich hingehst und die halt wirklich positiv konditionierst und damit auch verstärkst. [...] Und du hast natürlich logischerweise in der Praxis nicht so die Kontrolle, als wenn du das in einer Gruppe hast. Dann habe ich Gruppendruck und Gruppendynamik, mit allem drum und dran. Jeder will ein bisschen mehr, ein bisschen besser. Das kann man gut ausnutzen.“ (M-16-m, Pos. 10).

Das Engagement der hier befragten Hausärzt:innen ist äußerst vielfältig und zeugt von Interesse am und Fachwissen zum Adipositasmanagement im primärmedizinischen Setting.

4.5.3 Besonderheiten diabetologisch spezialisierter Ärzt:innen

Von den insgesamt 22 Interviewpartner:innen haben 6 eine Zusatzqualifikation in der Diabetologie, arbeiten in einer Schwerpunktpraxis Diabetes oder sind in einer solchen Praxis angestellt. Zusätzlich haben die hier befragten diabetologisch qualifizierten Ärzt:innen auch hausärztliche Patient:innen, die von dem Fachwissen ihrer Ärzt:innen profitieren können.

Die Patient:innen in diabetologischen Schwerpunktpraxen sind meist zugewiesene Patient:innen zur Abklärung einer Insulinresistenz oder Schwierigkeiten bei der Diabetestherapie.

„Ein nennenswerter Teil dieses Patientenkontexts kommt zur Rücksprache, weil sie im Rahmen ihrer sonstigen Therapie und auch dem Wunsch und dem Versuch, Gewicht zu verlieren, irgendwie ins Stocken geraten sind.“ (M-07-m, Pos. 6).

Weiterhin beschreiben die diabetologisch tätigen Ärzt:innen die Möglichkeiten von ausführlicher metabolischer Diagnostik, die den Umfang einer hausärztlichen Basisdiagnostik meist übersteigt (s. 4.3.2.2 **Diagnosestellung Adipositas**). Dazu zählen neben Laborwerten

beispielsweise auch Ultraschall, EKG (Elektrokardiogramm), OGT (oraler Glukosetoleranztest) und ein Zuckerbelastungstest mit paralleler Insulinmessung.

„Also zunächst wird der [Patient] komplett untersucht. Es wird geschaut, wie sieht die kardiale Situation, die Leberfunktion, die Nierenfunktion aus. Wie sieht Viszerales- zu Organfett aus? Und dann schaut man, [...] was sind die Möglichkeiten, die der Patient bietet. [...] Erstens mal ist ja die Einteilung nach BMI und Bauchumfang [relevant]. Und da sehen wir ja dann schon viel. Und dann wird sehr strukturiert letzten Endes eine körperliche Untersuchung mit EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-Blutdruck und Ultraschall gemacht.“ (K-20-m, Pos.12, 15-16).

Die diabetologischen Schwerpunktpraxen bieten eine Versorgungsstruktur, die sich mit den Möglichkeiten einer interdisziplinären Therapie des Diabetes und sekundär auch der Adipositas von der rein hausärztlichen Versorgung teilweise deutlich unterscheidet.

„Wir haben ja gezielt Arbeitskräfte die für Schulungen [da sind], wir haben sogar einen Bewegungstherapeuten. [...] Das ist natürlich nicht der Schnitt der Allgemeinärzte.“ (G-13-m, Pos. 14).

In den Schwerpunktpraxen sind Ernährungs- und Diabetesberater:innen direkt in der Praxis angestellt, um die Patient:innen individuell zu beraten und Schulungen zu halten. Es sei wichtig, die Lebensgewohnheiten der Patient:innen kennenzulernen, um effektiv daran arbeiten zu können. Dafür hat eine Praxis beispielsweise eine Lehrküche. In einer anderen Praxis gehen die Berater:innen auch mit den Patient:innen einkaufen, um die erwünschten Verhaltensänderungen im Alltag umsetzen zu lernen.

Weiterhin gibt es in den diabetologischen Schwerpunktpraxen angestellte Bewegungstherapeut:innen. Es sei wichtig für die Patient:innen, individuell passende Bewegungskonzepte zu bekommen, um Überanstrengung zu vermeiden und der Insulinresistenz entgegenzuwirken. Dabei sollte Ausdauersport wie Laufen, aber auch der Aufbau der Muskulatur berücksichtigt werden.

„Und wir schulen ihn [den Patienten], dass er sich einfach nicht überanstrengt. Bei der Überanstrengung sind wir wieder in einer Insulinresistenz, die zu vermehrt Hunger führt und den gewichtsreduzierenden Effekt ausbleiben lässt. Das heißt, der Patient muss lernen, in seinem Range zu trainieren. [...] Da geht es um das Thema maßgeschneiderte Bewegung.“ (A-19-w, Pos. 20).

Eine Ärztin berichtet, dass auch das Stressmanagement der Patient:innen entscheidend sei. Sie habe eine Psychologin mit in der Praxis, um dies zu unterstützen. Damit bestehen für diesen Aspekt ebenfalls andere Möglichkeiten als im hausärztlichen Setting.

Durch ein interdisziplinäres Praxisteam mit unterschiedlichen Schwerpunkten sei die Arbeit gut verteilbar.

„Also ich brauche eine halbe Stunde für ein Erstgespräch mit dem Patienten. Wenn es um das Thema Insulinresistenz, Adipositas oder so was in der Richtung geht. Und die Beraterin nimmt sich auch eine halbe Stunde Zeit für die einzelnen Termine. [...] Das ist integrierbar, indem wir eben viele Menschen sind und jeder seinen Schwerpunkt hat (A-19-w, Pos. 45-47).

Die Organisation in einer anderen Praxis wird so beschrieben, dass die Patient:innen nach einem ärztlichen Erstgespräch zunächst in die Hände der nicht-ärztlichen Mitarbeiter:innen gehen.

„Und dann kriegen die den Vorschlag, hier in eine Ernährungsberatung einzutreten. Und dann übernimmt eigentlich die Diabetesberaterin oder Ernährungsberaterin dann das Zepter und ich selbst bin dann im Background. Wenn Probleme auftauchen, dann wird das gemeinsam besprochen oder ich bespreche das dann mit Patienten im Rahmen eines Sprechstundentermins.“ (K-20-m, Pos. 15-16).

Als Beispiel für die Arbeitsweise von diabetologischen Schwerpunktpraxen ist die Perspektive und Tätigkeit der Interviewpartner:in A-19-w interessant. Neben ihrer hausärztlichen Tätigkeit ist sie als Diabetologin und Leitung einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis sehr engagiert. Sie betreibt Netzwerkarbeit vor Ort und kooperiert mit einem Zentrum für Adipositaschirurgie in der Nähe. Zusätzlich ist sie in der Aus- und Fortbildung von Hausärzt:innen und Diabetesberater:innen tätig. In ihrer Praxis habe sie Diabetes- und Ernährungsberaterinnen, eine Wundmanagerin, eine Psychologin sowie die Möglichkeiten Schulungen durchzuführen und in einer Lehrküche zu kochen. Aufgrund des Status als Schwerpunktpraxis Diabetes sei sie zu Netzwerkarbeit verpflichtet. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Einbinden nicht-ärztlicher Assistenzberufe halte sie auch für ein DMP Adipositas für sehr sinnvoll. Man brauche kooperierende Fachärzt:innen und neben einen Schwerpunkt Ernährung auch einen Schwerpunkt Bewegung mit Schulung der Physiologie, mit Physiotherapeut:innen und Reha-Zentren.

„Das macht sowieso total Sinn, dass Sie interdisziplinär arbeiten. Und natürlich, beim DMP ist es so, weil wir eine Schwerpunktpraxis sind, jetzt die oberste Ebene. Wir sind für die Zertifizierung zu Netzwerkarbeit verpflichtet. Das ist auch richtig. Wir haben unsere Kooperationsverträge im Bereich Diabetes, unseren Radiologen, unseren Angiologen, unseren Chirurg. [...] Und das muss da [für das DMP Adipositas] auch sein. Da müssen Kooperationspartner da sein. Und auch zum Beispiel eine Physiotherapie oder ein Reha-Zentrum, mit dem man eben zusammenarbeitet. Wo man vielleicht auch dann, wie beim Kardiosport einen Arzt mit dabei hat. So wie wir das mit den Diabetikern

auch machen. Blutzucker messen und so weiter und so fort. Also mit einem interdisziplinären Team, mit einer entsprechenden Vergütung, fänd ich das gut. Es muss multimodal sein! Und auch der Psychologe! Den würde ich mir wünschen“.

(A-19-w, Pos. 95).

Neben dem Fokus darauf, dass die Versorgung multimodal erfolgen müsse, sollten die Leistungen eines solchen interdisziplinären Teams auch angemessen vergütet werden. Der finanzielle Aspekt ist laut der Ärztin bedeutsam, um eine solch umfassende Versorgung zu gewährleisten.

Insgesamt bieten diabetologische Schwerpunktpraxen mit ihren interdisziplinären therapeutischen Möglichkeiten ein Setting, das auch für die Therapie der Adipositas hilfreich erscheint.

4.6 Kategorienkomplex 4: Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements

4.6.1 Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement

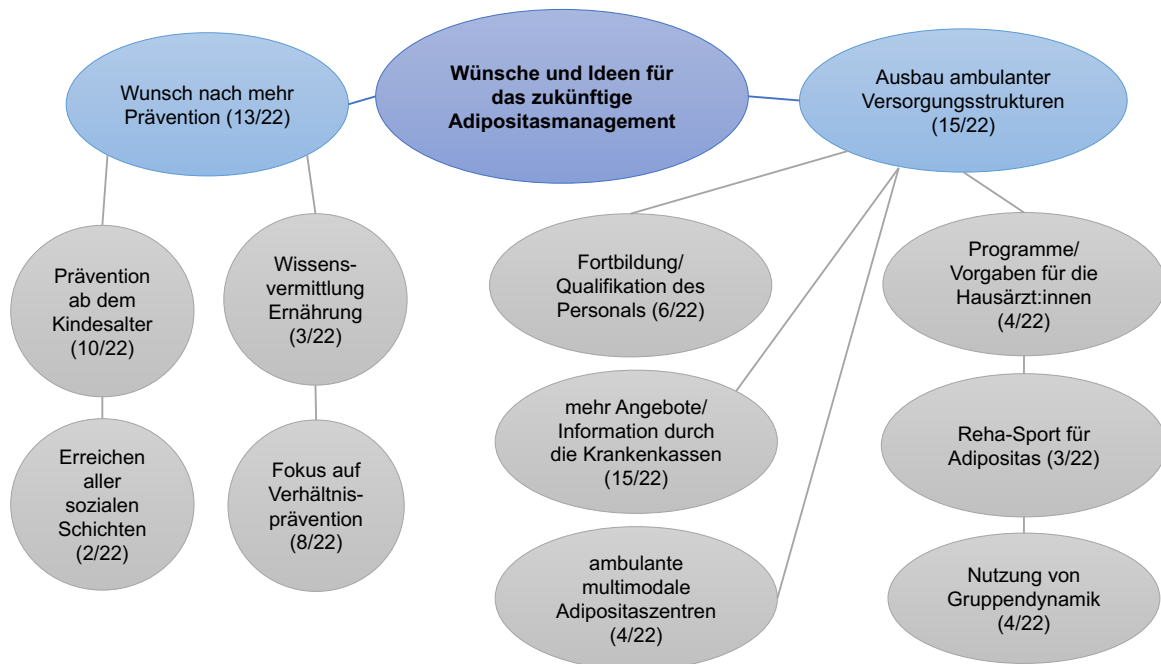


Abbildung 17: Hauptkategorie „Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement“ mit Subkategorien

4.6.1.1 Prävention der Adipositas

Aus Sicht des überwiegenden Teils (13/22) der Befragten ist für die Zukunft ein größerer Fokus auf die Prävention der Adipositas und ihre Sekundärfolgen wünschenswert, um die Entstehung einer hohen Krankheitslast zu vermeiden und den entsprechenden Therapiebedarf durch das Gesundheitssystem zu vermindern.

Die Interviewten kritisieren bereits als Limitation der Adipositasversorgung, dass zu wenig Geld für Prävention im Gesundheitswesen ausgegeben werde. Die Hausärzt:innen bemängeln hier, dass der Stellenwert der Adipositasprävention im Gesundheitssystem zu gering sei und die Krankenkassen Maßnahmen zur Vermeidung der Adipositas nicht ausreichend finanzieren würden.

„Und ein grundsätzliches Problem in Deutschland ist immer noch: für viele Vorsorgeleistungen wird eigentlich zu wenig Geld ausgegeben. Und unser Gesundheitssystem ist immer noch so aufgebaut, dass wenn ich mal krank bin, dann kriege ich alles, was gut und teuer ist. Aber zu verhindern, dass ich erst krank werde, da wird relativ wenig Geld für ausgegeben.“ (M-22-m, Pos. 158).

Speziell für Adipositas bedeute dies, dass die Krankenkassen erst dann zahlen würden, wenn die Patient:innen an Folgeerkrankungen oder höhergradiger Adipositas erkrankt wären.

Weiterhin sei aber auch von der Therapie der Adipositas Einsparungseffekte zu erwarten, denn Adipositas sei ein Langzeitriskofaktor.

„Und da wäre aus meiner Sicht ein gutes Potenzial, dass sich auch später durch hoffentlich verminderte Morbidität und Folgeerkrankungen refinanzieren kann. Aber dieser Refinanzierungseffekt, der tritt dann erst innerhalb von Jahren oder Jahrzehnten ein. Diese Luft [im Sinne von Spielraum] ist irgendwie aus meiner Sicht bei dem Denken der Krankenkassen nicht vorhanden.“ (E-18-m, Pos. 68).

Die Befragten machen deutlich, dass die nötige Prävention der Adipositas schon früh und unabhängig von der (haus-)ärztlichen Versorgungsebene im Kindesalter beginnen müsse. Neben dem Einbezug der pädiatrischen Ebene seien vor allem Maßnahmen wie Gesundheitsaufklärung von Eltern und Präventionsarbeit in Kindergarten und Schule wichtig.

„Die Prävention müsste ja in der Schule losgehen und zu Hause. Das ist eine Sache, die in einer anderen Ebene geregelt werden muss, nicht durch die niedergelassenen Ärzte. (...) Das ist eine Frage der Erziehung. Da ist die Sache zum Beispiel, ob in der Schule, in einer größeren Schule, nicht eine Lehrperson da ist, die für so was qualifiziert ist. Oder im Kindergarten, die das schon spielerisch kochen oder das zeigt. Das hat mit den niedergelassenen Ärzten überhaupt nichts zu tun.“ (G-13-m, Pos. 80).

Einige der Befragten schlagen zum Beispiel Schulfächer wie Gesundheits- oder Ernährungslehre vor, um frühzeitig Wissen über den Körper und über gesundheitsförderliches Verhalten zu vermitteln.

„Das Fach ‚Wie funktioniert mein Körper?‘ ‚Und wieso bin ich so, wie ich bin?‘ gehört in die Schule. [...] Und diese wichtigen Zusammenhänge Bewegung, Training der Muskeln oder auch... ich würde nicht mal sagen, ich würde eine Ernährungsrichtlinie bevorzugen, sondern ein buntes, schmackhaftes Essen!“ (A-19-w, Pos. 55).

Außerdem sollte darauf geachtet werden, auch erwachsene, insbesondere bildungsferne Menschen, durch Präventionsmaßnahmen zu erreichen.

„Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass die Krankheitslast von bildungsfernen Menschen im Wesentlichen getragen wird und dass man, wenn man so was macht, überlegen muss: Wie erreiche ich Menschen, die gewohnheitsmäßig gar nicht lesen? Da darf man sich schon was einfallen lassen!“ (S-14-m, Pos. 86).

Ein Drittel der Befragten (8/22) sehen auch bei der gesamtgesellschaftlichen Verhältnisprävention der Adipositas Veränderungspotenzial.

„Ich sehe eigentlich eine gewisse Problematik in der Werbung. Dass zu viel Süßigkeiten angepriesen werden. Dass überall Zucker in den Nahrungsmitteln drin ist, wo man gar nicht dran denkt. [...] Dass überhaupt Kinderschokolade existiert, ist ja schon ein Skandal!“ (A-09-w, Pos. 34).

„Und ich finde, man sollte das Thema Adipositas, wenn überhaupt, als Ernährungsproblem sehen und wenn dann versuchen, durch öffentlich Kampagnen das Ernährungsverhalten zu verbessern. (S-14-m, Pos. 84).

„Gut, vielleicht verbesserte Möglichkeiten, um vielleicht sogar die Gesamtbevölkerung wieder mehr in Bewegung zu bringen.“ (M-22-m, Pos. 122).

4.6.1.2 Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebots zur Adipositas therapie

Das Therapieangebot über die hausärztliche Praxis hinaus sei aus Sicht der Hausärzt:innen im ambulanten Bereich für adipöse Patient:innen zu gering. Es fehle, wie bereits im Kapitel 4.4 „Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement“ aufgezeigt, an einer breiten Struktur, an Schulungsprogrammen und mehr lokalen Angeboten der Krankenkassen. Der Großteil (15/22) der befragten Hausärzt:innen gibt an, ein erweitertes ambulantes Angebot für Adipositaspatient:innen für erstrebenswert zu halten. Dabei sprechen die Interviewten verschiedene Optionen an.

Zunächst fordern einige der Interviewten mehr ambulante Angebote und Informationsmöglichkeiten zur Adipositas therapie durch die gesetzlichen Krankenkassen vor Ort.

„Also, dass zum einen die Patienten besser informiert würden. Also nicht von unserer Seite aus, sondern vielleicht von Kassenseite aus. Einfach Informationen und dahingehend, dass Adipositas eben ein ganz wichtiger Risikofaktor für die weitere Entwicklung der Gesundheit oder Krankheit im Alter ist. [Und] was eine Ernährungsberatung angeht, dass es direkt ein Angebot von Seiten der Kasse gäbe.“ (S-10-m, Pos. 58).

„Aber da wäre es gut, wenn auch hier lokal von den Krankenkassen, gibts auch manchmal jetzt Angebote, diese Gesundheitsvorsorgeheftchen und diese Bonusprogramme, aber da muss mehr getan werden.“ (H-04-w, Pos. 30).

Weiterhin äußern einige Ärzt:innen den Wunsch nach mehr Sportgruppen, insbesondere durch die Krankenkassen finanzierten Rehabilitationssport speziell für Adipositas.

„Was ich eben schon sagte, es wäre ja toll, wenn es eine Reha-Sportgruppe gäbe für speziell Adipositas. Wenn es da einfach Strukturen für gäbe. Ich glaube es würde den

„Patienten viel leichter fallen in so eine Gruppe zu gehen, als sich irgendwie ins Fitness-Studio zu stellen.“ (N-03-w, Pos. 66).

Die Nutzung der Gruppendynamik sollte aus Sicht der Befragten für den Ausbau der ambulanten Angebote berücksichtigt werden.

„Für eine sinnvolle Motivation bräuchte man halt einfach auch mehr Zeit. Oder auch Gruppenschulungen. So was ist eigentlich ganz gut.“ (M-23-w, Pos. 81).

„Das ist glaube ich auch der Ansatz für die Zukunft bei der Behandlung von adipösen Menschen. Egal was sie sonst noch haben, ein Gruppentraining mit Nutzung der Gruppendynamik! Unter fachlicher guter Kontrolle.“ (M-16-m, Pos. 7).

Andere Bewegungsangebote außer dem Reha-Sport sollten auch angemessen finanziell unterstützt werden.

„Also es werden nur begrenzt Sportangebote in Fitness-Studios oder in Physiotherapiepraxen gefördert. Also für Patienten ist das immer wichtig, dass sie nicht so viel bezahlen müssen. Das heißt: geförderte Sportprogramme durch die Krankenkassen.“ (K-02a-w, Pos. 40).

Einige Hausärzt:innen schlagen auch eine zentralisierte Versorgung vor:

„Wie so ein Adipositaszentrum oder so was wäre halt schon gut. Dass man irgendwie sagt: Okay, da sitzt jetzt irgendjemand ambulant, wo eben mehrere Disziplinen angebunden sind und die Patienten, ja, sind da eben wie beim Facharzt angebunden in so einem Zentrum.“ (M-23-w, Pos. 129).

„Vielleicht gibt es auch irgendwann mehr Zugänge für so Adipositaszentren. (...) Ich meine jetzt nichts zum Operieren. Sondern eher wie eine Schulung, also eher wie so was Rehabilitatives, so was Prophylaktisches. Also Anleitung für den Alltag, das ist ja oft das Thema. [...] Wissen und Psychologische Betreuung.“ (K-15-w, Pos. 109).

Auch eine Zusammenarbeit mit diabetologischen Schwerpunktpraxen erscheint denkbar.

„Oder wenn man zum Beispiel in so Schwerpunktpraxen, also wenn man das an die Diabetologen angrenzen würde. Und würde sagen: Okay, ihr kümmert euch jetzt nochmal etwas intensiver um die Adipösen.“ (H-08-w, Pos. 53).

Wichtig sei laut 6 von 22 der Befragten auch, hochwertige Aus- und Fortbildung zum Krankheitsbild Adipositas zu ermöglichen. Es sei für alle an der Versorgung Beteiligten bedeutend, sich entsprechend zu qualifizieren, um ein fachlich gutes und an den neuesten Erkenntnissen orientiertes Adipositasmanagement in der ambulanten Versorgung verwirklichen zu können.

„Und dann auch eine Einbindung der MFAs. Da sind so viele auch interessierte, gute Leute dabei, die man schulen kann. Ich sehe das bei unseren Diabetesassistentinnen!“ (G-17-m, Pos. 56).

Zur Verwirklichung dieser Ideen sei der Einbezug von gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und kassenärztlicher Vereinigung (KV) nötig. Einige der Interviewten wünschen sich inhaltliche Vorgaben und Materialien zur Etablierung des multimodalen Ansatzes.

„Und diese Konzepte zu erarbeiten und eine Struktur von uns [als Praxis] aus aufzubauen, sprich auch Fragebögen zu erstellen und so weiter. Das ist zeitintensiv ohne Ende! Und da müssten wir Hilfestellung bekommen, seitens der KV oder der Krankenkassen.“ (H-04-w, Pos. 68).

Die Umsetzung erfolge dann dezentral in den Hausarztpraxen mit den Patient:innen.

„Denn wenn man da eine vernünftige Bezahlung anbieten würde und vernünftiges Material zur Verfügung stellt, und dann könnte man da einen Teil auch an qualifizierte MFAs übertragen. Und das Ganze im Hintergrund dabei aber immer noch vernünftig führen. Dass würde ich für ganz wichtig halten.“ (G-17-m, Pos. 54).

Insgesamt wünschen sich die Hausärzt:innen eine Erweiterung und auch Strukturierung der ambulanten Versorgung adipöser Patient:innen.

„Es braucht eine Struktur. So ähnlich wie wir den Asthmatiker zu einem Lungenfacharzt überweisen können, müsste es möglich sein, einen Adipositaspatienten, der veränderungswürdig ist, einer Einrichtung - ich sage es mal ganz allgemein - einer Praxis oder einer Einrichtung für Adipositasmanagement zuzuweisen. [...] Und eben auch an Programme, die den Patienten wirklich an die Hand nehmen. Das kann beim Kochkurs beginnen, das kann bei der Ernährungsberatung beginnen, das kann dabei beginnen, dass der Patient mal einen virtuellen Einkauf macht. Und man ihm daran aufzeigt, wo da die Fallen für sein Gewicht sind. Dass Patienten wissen, wie viel Kalorien welche Nahrungsmittel haben. Da gibt es ja ein riesiges edukatives Feld.“ (E-18-m, Pos. 80, 82).

4.6.2 Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit

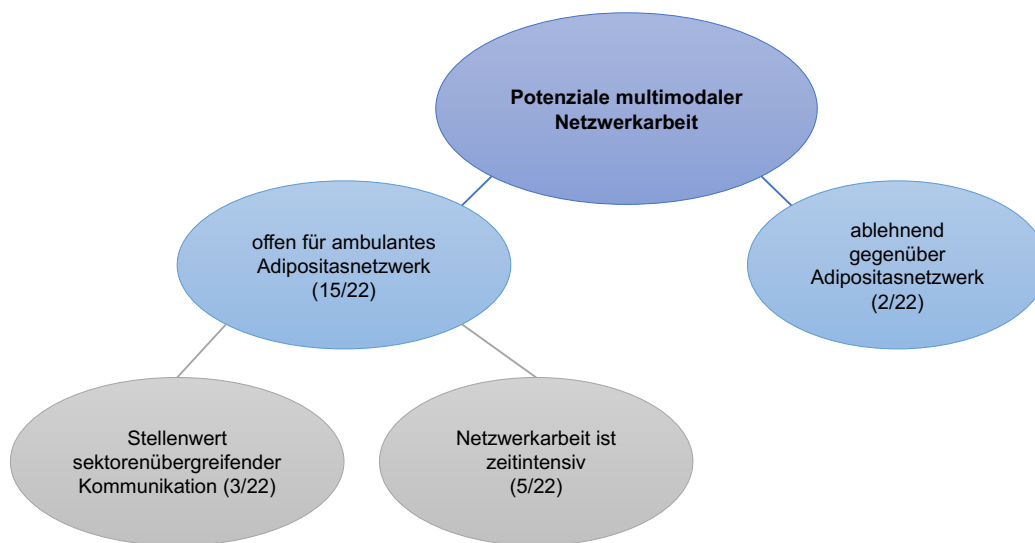


Abbildung 18: Hauptkategorie „Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit“ mit Subkategorien

Der Großteil (15/22) der Interviewten begrüßt den Gedanken eines Versorgungsnetzwerks zum Management der ambulanten Adipositas therapie. Als wünschenswerte Teilnehmer:innen für eine zukünftige strukturierte Versorgung werden beispielsweise Ernährungsberater:innen, Bewegungstherapeut:innen und die Einbindung von psychologischer Unterstützung genannt. Je nach Begleiterkrankungen sollten weitere Gebietsärzt:innen hinzugezogen werden.

„Sportvereine fände ich gut, alles was mit Bewegung zu tun hat. Physiotherapie, Reha-Sport, so was in der Art. Das nächste darüber wären diese ganzen Ernährungsberatungen. Vielleicht auch so Schulungen, also so Begleitung beim Kochen, beim Einkauf. Wäre natürlich äußerst cool. Und dann natürlich die ganzen Kollegen, die damit zu tun haben, also mit diesen Risikofaktoren. Das sind eben die Orthopäden und die Diabetologen und die Kardiologen. Und wir natürlich.“ (K-15-w, Pos. 95).

Die Koordination einer zukünftigen interdisziplinären Versorgung sollte weiterhin bei den Hausärzt:innen liegen.

„Und wenn wir da die richtigen Leute haben, die sich da miteinander und mit uns [vernetzen]. Wir als Schlüsselstelle, als kooperierende und weiterführende Position, diese Fäden zusammenführen, um den Patienten dann immer wieder zu den einzelnen Instanzen schicken zu können. [...] Das wäre eine super Sache.“ (H-04-w, Pos. 60).

Dagegen sind einige Hausärzt:innen bezüglich eines Adipositasnetzwerks eher kritisch eingestellt. Zwei Hausärzt:innen können sich gar nicht vorstellen, wie ein interdisziplinäres Netzwerk eine Verhaltensänderung beim Patienten bezüglich Ernährung und Bewegung bewirken soll:

„Also wie gesagt, ich finde ja, es geht halt darum, Bewusstsein für Gewicht überhaupt zu wecken. Es geht darum, Bewusstsein für Ernährung zu wecken. Es geht darum, Wissen von Ernährung zu vermitteln. Ich sehe nicht, wie ein Netzwerk das machen soll.“ (S-14-m, Pos. 84).

Eine andere Ärztin kann sich aufgrund der organisatorischen Arbeit, die ein funktionierendes Netzwerk bedeutet, nicht vorstellen, dass ein weiteres Netzwerk sinnvoll umsetzbar ist:

„Also, wenn ich jetzt zu jeder Krankheit noch ein Netzwerk habe, wo ich irgendwelche Meetings habe, weiß ich ja gar nicht, wie ich das unterbringen [soll].“ (B-05-w, Pos. 34).

Tatsächlich geben mehrere (5/22) der Hausärzt:innen Bedenken an, dass effektive Netzwerkarbeit zeitintensiv und deshalb für Adipositas bisher nicht wirklich umgesetzt sei. Das Potenzial interdisziplinärer Kommunikation für die zielführende Patient:innenversorgung wird von mehreren Ärzt:innen thematisiert. Der Austausch von Befunden sei sehr wichtig, um eine gute Therapie für die Patient:innen zu ermöglichen.

„Bevor wir ein weiteres Netzwerk aufbauen, wäre mir das, was wir jetzt gerade haben, mit der elektronischen Patientenakte, die sektorenverbindende Kommunikation wichtig.“ (B-05-w, Pos. 34).

„Und dann von vorneherein, jetzt im Rahmen der sich aufbauenden Telematik-Infrastruktur, auch gleich irgendwo webbasiert die Möglichkeit zu kommunizieren.“ (M-22-m, Pos. 142).

Dafür schlagen die Hausärzt:innen webbasierte Anwendungen, eine App-Lösung oder eine gut funktionierende ePA (elektronische Patientenakte) vor.

„Oder mal eine Videokonferenz, dass ich mal einen fachärztlichen Kollegen per Videotermin irgendwie kontaktieren kann.“ (B-05-w, Pos. 34).

Eine Hausärztin schlägt auch ein quartalsweises interdisziplinäres Treffen mit den Patient:innen vor; dieses sei aber schwierig zu koordinieren. Daher scheinen insbesondere Online-Lösungen zum Datenaustausch für einen funktionierenden interdisziplinären Austausch relevant.

4.6.3 DMP Adipositas

4.6.3.1 Einstellung der Hausärzt:innen zu einem DMP Adipositas

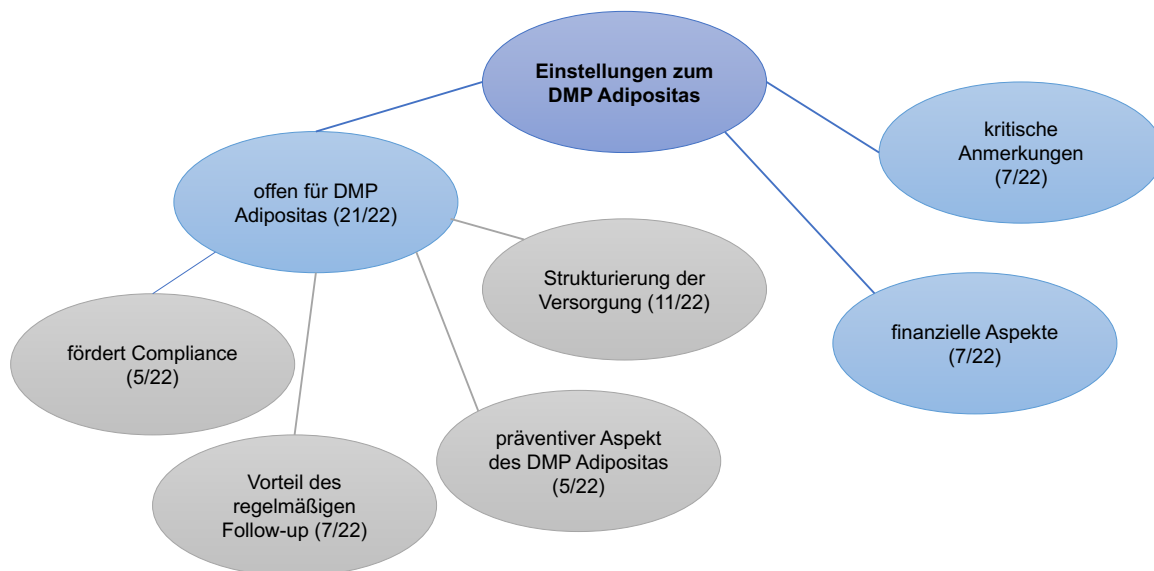


Abbildung 19: Hauptkategorie „Einstellungen zum DMP Adipositas“ mit Subkategorien

Bis auf eine Ausnahme (21/22) sind die Befragten grundsätzlich offen für ein DMP Adipositas als Maßnahme zur besseren Strukturierung der Versorgung von Adipositaspatient:innen im hausärztlichen Setting. DMPs werden von der Hälfte (11/22) der interviewten Hausärzt:innen als sinnvolles Hilfsmittel zur strukturierten Versorgung eingeschätzt.

„Ja, wir nutzen DMPs schon bei anderen Diagnosen. Und ich finde es schon sehr hilfreich. Also weil man so ein strukturiertes Follow-Up hat, dokumentiert und den Patienten auch noch eine Unterstützung geben kann.“ (M-23-w, Pos. 117).

Gleichzeitig benennt ungefähr ein Drittel (7/22) auch Aspekte, die bei DMPs generell und bei einem DMP Adipositas im Besonderen kritisch zu bedenken sind. Ein Befragter beschreibt dieses Spannungsfeld sehr treffend:

„Also, die Stärke der DMPs ist und war ja die strukturierte Versorgung. Es sind Themen auf den Tisch gekommen, die vorher einfach dem Zufall überlassen waren, ob sie auf den Tisch kommen. Jetzt erscheinen Sie ganz regelmäßig. Das hat die Versorgung sehr verbessert. DMPs sind in jeder Beziehung wünschenswert. Man muss sich aber darüber im Klaren sein, dass sie zeitaufwendig sind, dass sie administrativ aufwendig sind. Dazu ist die Vergütung viel zu niedrig.“ (S-14-m, Pos. 74).

Es wird deutlich, dass den Hausärzt:innen bewusst ist, dass ein DMP nur so gut ist, wie es letztlich umgesetzt wird.

„Also wenn die Hausärztinnen und Hausärzte genug Zeit haben, das DMP zu machen, dann wird das vielleicht was bringen. Aber man braucht eine Riesenzeit, wenn man DMPs [...] richtig betreibt. Nicht nur die Leute zum Blut abnehmen einbestellt und einmal links gucken und fragen, ob was fehlt und Abrechnung. Also, da bin ich jetzt mal so ein bisschen ein ‚Netzbeschmutzer‘. In vielen Bereichen ist das einfach eine Methode, Geld zu verdienen. Weil man das Zeug auslagert. Also, das machen eigentlich die Helferinnen bei vielen. Und das ist eigentlich nicht im Sinne des Erfinders von so einem Disease-Management Programm, was per se, also was eigentlich ein guter Ansatz ist.“ (M-16-m, Pos. 52).

Einige Hausärzt:innen (7/22) kritisieren, dass aus ihrer Sicht aus verschiedenen Gründen die Vergütung der bisherigen DMPs nicht hoch genug sei. Speziell Adipositas sei eine in der individuellen Betreuung sehr aufwendige Erkrankung.

„Das ist sicher keine schlechte Sache. Aber Adipositas ist ja doch eine multimorbide Erkrankung. Es ist ja nicht nur das Übergewicht. Und hier dann Struktur reinzubringen und dann individuell letzten Endes Ernährungspläne zu betreuen: das glaube ich nicht, dass das über DMP geht! Dann müssten die DMPs sehr gut bezahlt sein.“ (K-20-m, Pos. 50).

Weiterhin koste auch das Ausfüllen der DMP-Formulare viel Zeit, die nicht in der Bezahlung des DMPs berücksichtigt sei. Vielen Praxen fehle es außerdem an Personal, um die DMPs zielführend umzusetzen.

Einen Aspekt, den ungefähr ein Drittel (7/22) der Ärzt:innen als vorteilhaft empfindet, ist die regelmäßige Wiedervorstellung von eingeschriebenen DMP-Patient:innen im vereinbarten Abstand, beispielweise ein Mal pro Quartal. Ein DMP Adipositas könne eine Leitschnur für Patient:innen bieten, um eine Verhaltensänderung zu erreichen und auch bei Rückschlägen zu begleiten und schwierigen Phasen zu überstehen. Es sei möglich, zu unterstützen, bei Erfolgen zu loben und zu motivieren, das Gesundheitsverhalten weiter durchzuführen.

„Das ist extrem schwierig, aus diesem Gewohnheitstrott rauszukommen, etwas umzustellen. auch Frustrationsphasen, wo es dann nicht so gut läuft, durchzustehen. Und da kann das sehr hilfreich sein, wenn wir die Patienten hier immer wieder sehen und ermahnen, aber auch bei positiven Schritten, explizit unterstützen und motivieren könnte, da dranzubleiben.“ (B-05-w, Pos. 10).

Außerdem schaffe ein DMP für die Patient:innen mehr Verbindlichkeit als die einfache Bitte um Wiedervorstellung und fördere so die Compliance. Das Unterschreiben der DMP-Einverständniserklärung und die Informationen für die Patient:innen auch von Seiten der Krankenkasse führten zu einer guten Compliance bezüglich des DMPs. *„Und das hat schon eine Wirkung beim Patient.“ (B-05-w, Pos. 16).* Außerdem wäre es zur Förderung der Compliance sinnvoll, den Quartalsabstand gerade zu Beginn der Einschreibung in ein DMP relativ engmaschig zu handhaben.

„Also hier sollte das Dreimonatsschema mindestens die ersten zwei Jahre konsequent eingehalten werden. Sonst ist die Gefahr, dass da jemand ausschert, einfach zu hoch. Und man sollte auch dann eine Beratung durch den Arzt auch mit verpflichten.“ (G-17-m, Pos. 70).

Es gibt weiterhin kritische Anmerkungen zur Implementierung eines DMP Adipositas. Teilweise werden die inhaltlichen Vorgaben im Rahmen eines DMP als unnötig oder zu eng beziehungsweise nicht individuell genug erachtet. *„Da sind wir halt immer wieder individuell angepasst, da gibt es nicht one size fits all“ (A-06-m, Pos. 54).* Außerdem seien auch trotz Einschreibung in das DMP Compliance-Probleme auf Seiten der Patient:innen zu erwarten.

„Sie können Patienten nur über finanzielle Anreize locken. Also die, die intrinsische Motivation haben, die brauchen kein DMP. Und die anderen, die brauchen einen externen Anreiz. Aber nicht jetzt mit guten Worten, das bringt nichts.“ (G-13-m, Pos. 58).

Weiterhin müsse ein neues DMP Adipositas auch evaluiert werden, ob es denn tatsächlich die gewünschten Effekte erzielt. *„Also halte ich für eine echte epidemiologische Aufgabe. So wie bei den anderen DMPs auch.“ (M-07-m, Pos. 35).* Dies und die effektive Durchführung des Programms müssten sichergestellt werden, damit das DMP Adipositas *„kein rausgeschmissenes Geld“ (M-16-m, Pos. 62)* sei. Weiterhin sei für eine adäquate Umsetzung eines solchen DMP Adipositas auch die Schulung und Ausbildung aller an der Umsetzung beteiligten Fachkräfte notwendig.

„Also ich würde mich total freuen, wenn die Leute gut ausgebildet wären! Und diese ganzen mystischen Dinge, die sich um Ernährung und Bewegung ranken, auch bereinigt würden. Das fände ich schön. Selbst die Ernährungsgesellschaft ist sich ja nicht mal einig. Also, das ist ein ganz schwieriges Feld.“ (A-19-w, Pos. 85).

Der präventive Ansatz, den ein DMP Adipositas in Bezug auf Ko- und Folgeerkrankungen haben könnte, wurde von mehreren Hausärzt:innen thematisiert. Hier werde Adipositas als Risikofaktor adressiert.

„Weil man sieht, ja wie gesagt, eher die Folgeerkrankungen der Adipositas, als die Adipositas selbst.“ (S-10-m, Pos. 64).

„Und bei einem DMP Adipositas wäre ja zum ersten Mal etwas, was auch präventiven Charakter hat.“ (E-18-m, Pos. 64).

Um das volle Potenzial des DMPs zu nutzen, sei es wichtig, Patient:innen rechtzeitig einzuschließen. Auch wenn die Umsetzung eines solchen DMPs zunächst Geld koste, könnte sich durch die Verhinderung von Folgeerkrankungen die Prävention der Adipositas für das Gesundheitswesen lohnen.

„Vor allen Dingen, dass Patienten schon frühzeitig - oftmals ja schon in ihrer Jugend - zu viele Kilos haben und ich glaube, es wird, je älter man wird, umso schwerer Gewicht zu reduzieren. Und deswegen sollten die Patienten früh eingeschlossen werden können in das DMP. In einem jungen Alter schon.“ (N-03-w, Pos. 64).

„Ich denke mittel- und langfristig rechnet sich eine Prävention auf jeden Fall.“ (G-17-m, Pos. 72).

Letztlich würden aus Sicht der Hausärzt:innen DMPs auch bei anderen Erkrankungen schon gut funktionieren und seien als Format bei den Patient:innen bekannt. Dieser Aspekt könne auch die Implementierung eines neuen DMP Adipositas sowohl bei Hausärzt:innen als auch bei Patient:innen vereinfachen.

„DMP kennen viele unserer Patienten bereits. Und das jetzt auf diese neue Erkrankungsgruppe der Adipositas übertragen, erwarte ich gar nicht mal, dass das zu so einem großen Widerstand innerhalb der Patientengruppe führen wird. Sondern dass sicherlich da auch einige dazu bekommen werden, die sich regelmäßig von uns begleiten lassen.“ (B-05-w, Pos.10).

4.6.3.2 Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas

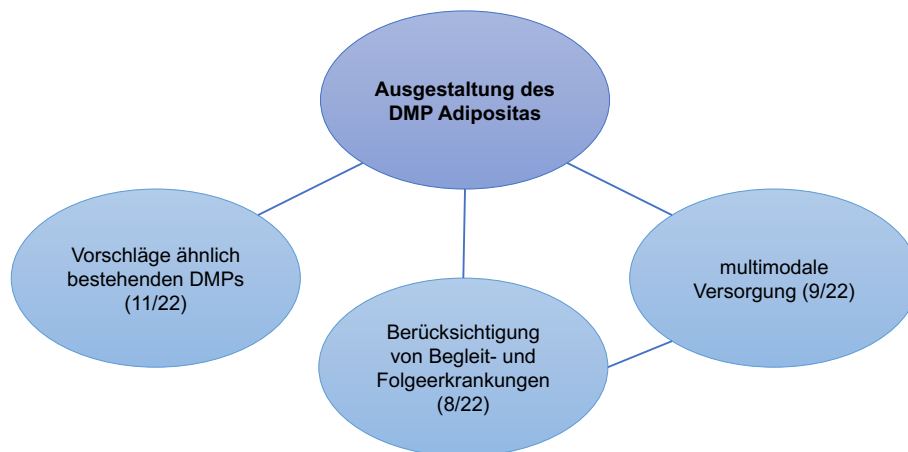


Abbildung 20: Hauptkategorie „Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas“ mit Subkategorien

Die Hälfte der befragten Hausärzt:innen (11/22) antwortet auf die Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung eines neuen DMP Adipositas orientiert an den bereits bestehenden Disease Management Programmen, bei denen neben einer körperlichen Untersuchung meist spezifische Laborwerte bestimmt und Risikofaktoren erfragt werden.

„Neben der klinischen Untersuchung, also BMI messen, Taillenumfang finde ich auch immer einen ganz wichtigen Aspekt noch die Sekundärfolgen, beispielsweise Stauungsödeme infolge der Adipositas. Dann die Frage, orthopädische Untersuchung und auch Labor, sage ich jetzt Mal das Lipidprofil, dass man das regelmäßig kontrolliert. Der Check-Up ist nur alle drei Jahre, das heißt nur alle drei Jahre kann ich beim Patienten ein Lipid-Profil machen. Außer ich habe entsprechend pathologische Werte. Aber wenn wir das im Rahmen eines DMPs in einen engeren Takt bringen könnten, auch gerne noch mit Zuckerwerten dazu. Damit ich dem Patient, das hilft unheimlich, wenn ich dem Befunde, sei es Labor, sei es sein Taillenumfang, sei es sein BMI, direkt widerspiegeln kann.“ (B-05-w, Pos. 14).

Gut einem Drittel (8/22) der befragten Hausärzt:innen ist es explizit wichtig, die bereits vorhandenen Begleit- und Folgeerkrankungen im präventiven DMP Adipositas zu berücksichtigen. Es sollte erfasst werden, welche kardialen, diabetologischen und vor allem auch orthopädischen Erkrankungen bereits vorhanden und behandlungsbedürftig sind.

„Also natürlich die individuelle Beratung, also erstmal auch die Ausgangssituation und Diagnostik. [...] Dass man wirklich guckt: Wo stehen wir? Der Ist- Zustand. Und dann gucken, welche Ziele können wir uns setzen und dann gezielt da dran arbeiten.“ (I-12-w, Pos. 82).

Gerade das Feld der Orthopädie sei noch von keinem DMP abgedeckt, die Diagnose Adipositas sei aber ein großer Risikofaktor für orthopädische Probleme wie Gelenkschmerzen und Arthrose und sollte deshalb hier berücksichtigt werden.

„Das Adipositas-DMP, das wäre ein sehr umfangreiches. Mit vielen Querverbindungen. Vor allen Dingen orthopädisch, wo ja bislang nichts existiert!“ (G-13-m, Pos. 62, 66).

Was sich die Hausärzt:innen eher schwierig vorstellen, ist die Patient:innen zu ihrem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu befragen und ehrliche, realistische Antworten zu bekommen. Um diesem Problem zu begegnen, kamen Vorschläge, solche Patient:innen z. B. mit einer Smart Watch zu versorgen und die Bewegungsdaten daraus gemeinsam auszuwerten.

„Wichtig wäre auf jeden Fall irgendein Nachweis -und da wird es halt schon wieder schwierig- zu Bewegungsverhalten, habe ich meine Ernährung umgestellt und so weiter. Aber das können wir den Patienten ja im Prinzip nur fragen und müssen uns dann darauf verlassen, ob sie uns die Wahrheit sagen. Man könnte natürlich sagen, alle Adipösen kriegen eine ‚Apple Watch‘ oder sonst irgendwas. Und die wird dann bei der Vorstellung ausgelesen.“ (M-22-m, Pos. 134).

Ein Aspekt, der von knapp der Hälfte (9/22) der Hausärzt:innen thematisiert wird, ist die Notwendigkeit der strukturierten Einbindung weiterer Versorgungsebenen in das DMP Adipositas, um ein effektives Adipositasmanagement zu erreichen. Zunächst sei es denkbar, interdisziplinär und mit nicht-ärztlichem Personal zusammenzuarbeiten, um dem Patienten eine umfassende Therapie der Adipositas zu ermöglichen.

„Da gehört eine ganze Menge zu, das ist nicht nur Fachwissen. Und dann wäre es mir total lieb, da würden auch Assistenzberufe dabei sein. Dass es nicht nur der Arzt ist, der das macht.“ (A-19-w, Pos. 93, 95).

Neben dem hausärztlichen Kontakt sollten Schulungen zum Körperverständnis und der Physiologie berücksichtigt werden, genau wie Ernährungsberatung und speziell auf Adipositas zugeschnittene Bewegungs- und Sportprogramme, sowie auch professionelle psychologische Unterstützung.

„Aber auch sowas wie pädagogische Sachen: Empowerment, Selbstwirksamkeit, stärken der Ressourcen“ (A-19-w, Pos. 93).

„Sport, Psychologie, gegebenenfalls medikamentöse Therapie, bariatrische Chirurgie. Dass man da eben schaut. Und eben Gewichts-Follow-Up.“ (M-23-w, Pos. 119).

Ziel sei, die multidimensionale Erkrankung Adipositas auch in mehreren Ebenen strukturiert anzugehen.

„Dass man Struktur hat. Man hat Vorgaben, man hat Programme, Punkte, die man abarbeiten kann. In Absprache mit den Krankenkassen, wo man gezielt Termine machen kann. Gezielt einen Termin beim Ernährungsberater, hier können wir Reha-Sport ansetzen, hier können wir gezielt Physiotherapie in Wassergymnastik oder sonst was anbieten. Und dass der Patient was in der Hand hat.“

(H-04-w, Pos. 42).

Ein Hausarzt fordert auch, dass nur Praxen das DMP Adipositas abrechnen dürften, die die dazu nötige Netzwerkarbeit gewährleisten. Dies sei für den langfristigen Erfolg einer Adipositas-therapie notwendig.

„Meine Erfolge kommen in 20 Jahren... Und deswegen ist es so schwierig, dass man die Leute einfängt. Wenn ich ein DMP mache, muss ich eine Struktur aufbauen, dass ich eben adipöse Patienten in Programme mit einbinden kann. Und nicht nur ein Doktor-DMP macht. Sondern da musst du rundherum Ökotrophologie, Physiotherapeuten musst du mit im Boot haben. Sonst funktioniert es nicht! [...] Und es dürften auch wirklich nur Leute zum Schluss dieses DMP abrechnen, die das auch sicherstellen.

(M-16-m, Pos. 58-62).

Der langfristige Erfolg sei wichtig, „sodass ich den Patienten da auch eine Ernährungsberatung strukturiert im Rahmen dieses Programmes [...] zukommen lassen kann. Dass der Patient dadurch mehr Hintergrundwissen hat, wie wichtig das ist, was er da tut. Dass es nicht darum geht, dass die Waage ihm jetzt einen bestimmten Wert anzeigen soll. Sondern dass das eben mit der langfristigen Perspektive verbunden ist. Ich entscheide jetzt, wie gesund ich in zehn Jahren bin.“ (S-10-m, Pos. 66).

5 Diskussion

Im Folgenden werden in Bezugnahme auf das Erkenntnisinteresse der Arbeit die Ergebnisse zusammengefasst und die Forschungsfragen beantwortet. Im Anschluss erfolgt eine Gegenüberstellung und fachliche Einordnung der Ergebnisse anhand anderer wissenschaftlicher Publikationen. Zuletzt werden Stärken und Schwächen der Arbeit aufgezeigt und Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

1. Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement

a) Welche Einstellungen und Sichtweisen vertreten Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich ihrer primärärztlichen Aufgabe der Diagnose, Beratung und Therapie von adipösen Patient:innen?

Das hausärztliche Setting hat eine große Bedeutung für die Behandlung der chronischen Erkrankung Adipositas. Die befragten Hausärzt:innen sehen sich in einer zentralen Position für das Krankheitsmanagement. Ihre Rolle sehen sie in der Steuerungsfunktion für die primärärztlichen Versorgung. Die Erkennung der Erkrankung, das Ansprechen von Adipositas im geschützten Rahmen des hausärztlichen Settings und die Klärung einer Änderungsmotivation sind zentrale Aufgaben. Auch die Einleitung diagnostischer und erster therapeutischer Maßnahmen sind aus Sicht der Interviewten hausärztliche Aufgaben.

Das primärärztliche Setting hat den Vorteil der langfristigen Betreuung von Patient:innen, was aus Sicht der Hausärzt:innen bei einer chronischen Erkrankung wie Adipositas sinnvoll ist. Die Möglichkeit der frühen Erkennung von Adipositas und assoziierten Begleiterkrankungen sowie das Wissen über den sozioökonomischen Hintergrund der Patient:innen bietet Vorteile für ein Gesamtbehandlungskonzept mit entsprechenden Unterstützungsangeboten.

Die langfristige hausärztliche Betreuung hat auch eine wichtige psychosoziale Funktion bei der Betreuung von Patient:innen mit Adipositas. Nach der Erfahrung der befragten Versorger:innen ist eine tragfähige Ärzt:in-Patient:innen-Beziehung essenziell zur Schaffung eines vertrauensvollen Settings für die Kommunikation über die schambehaftete Erkrankung Adipositas.

b) Wie strukturieren Hausärzt:innen die Behandlung? Welche Teile des Adipositasmanagements können aus Sicht der befragten Hausärzt:innen mit den eigenen Kenntnissen und Ressourcen im Praxisalltag geleistet werden?

Die Erfahrung der Hausärzt:innen zeigt, dass es wichtig ist, mit den Patient:innen zunächst ein Problembewusstsein für Übergewicht und Adipositas zu entwickeln, die Änderungsmotivation und Vorerfahrungen mit Diäten zu klären. Eine Basisdiagnostik mit Erfassung des BMI und

kardiovaskulären Risikofaktoren war für alle befragten Hausärzt:innen möglich und üblich, genauso wie allgemeine Empfehlungen zu Ernährungsveränderungen und Bewegungsverhalten. Weiterhin ist es den Hausärzt:innen wichtig, Bewegung von Sport abzugrenzen und die Patient:innen nicht zu überfordern. Insbesondere Reha-Sportprogramme unter Anleitung eines Trainers werden favorisiert, sind aber für die Diagnose Adipositas aktuell nicht verfügbar. Zusätzlich spielen realistische Ziele und Folgetermine zur Evaluation der Bemühungen um einen Gewichtsverlust eine wichtige Rolle, da oft hohe Erwartungen bestehen und Frustration vermieden werden soll.

Da die Stichprobe aus engagierten Hausärzt:innen besteht, ist es möglich, dass die geschilderten therapeutischen Optionen über den Möglichkeiten der durchschnittlichen hausärztlichen Praxis liegen. Auch innerhalb der Stichprobe gibt es interindividuelle Unterschiede zwischen den Praxen. Beispielsweise sind in der vorliegenden Untersuchung Ärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin oder mit diabetologischer Zusatzqualifikation.

c) Inwiefern ist die S3-Leitlinie „Adipositas – Therapie und Prävention“ hierbei bekannt und wird als hilfreich bei der Strukturierung des Behandlungsgeschehens erlebt?

Die Existenz der Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ war nur wenigen Befragten bekannt. Entsprechend konnte nicht beurteilt werden, inwiefern die Ärzt:innen die S3-Leitlinie als hilfreich zur Strukturierung der Therapie einschätzen. Einige Ärzt:innen schätzten ihr Wissen zur Erkrankung Adipositas auch ohne Leitlinienempfehlungen als ausreichend ein. Generell wurden Leitlinien aber als sinnvoll bewertet, auch zur Strukturierung von Therapien.

Als Schwierigkeit bei der Implementierung von Leitlinien wurde die große Anzahl verschiedener Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis genannt sowie der Umfang der jeweiligen Leitlinien. Die Ärzt:innen wünschen sich, dass Leitlinien prägnanter werden und auch die Therapiekosten bei ihren Empfehlungen berücksichtigen.

2. Strukturelle Limitationen für das Adipositasmanagement

a) Welche Herausforderungen und Limitationen gibt es für die Befragten beim Adipositasmanagement im hausärztlichen Setting? Inwiefern sind auftretende Probleme dabei durch das Gesundheitssystem bedingt?

Der allgemeine hausärztliche Praxisalltag wird von vielen Befragten als herausfordernd erlebt. Zeit- und Personalmangel sowie finanzielle Vorgaben durch die Krankenkassen sind Faktoren für Limitationen im Praxisalltag. Speziell für das Adipositasmanagement kommt hinzu, dass die chronische Erkrankung als zeitintensiver Beratungsanlass wahrgenommen wird. Die Hausärzt:innen haben nicht das Gefühl, den Betroffenen gerecht werden zu können. Zusätzlich sind Patient:innen mit Adipositas oft chronisch und komplex erkrankt, sodass vor dem Hintergrund anderer dringender medizinischer Probleme und Erkrankungen Adipositas als „Risikofaktor

am Rande“ erscheint. Nicht zuletzt spielt es für die Limitationen der Adipositas therapie auch eine Rolle, dass einzelne Maßnahmen nur teilfinanziert sind und es kaum multimodale Gewichtsreduktionsprogramme gibt, an die man überweisen könnte.

b) Wie sind Sprechstundentermine speziell für den Beratungsanlass Adipositas in den hausärztlichen Praxisalltag zu integrieren?

Adipositas wird als zeitintensiver Beratungsanlass wahrgenommen und Termine speziell für die Gewichtsberatung sind aus Sicht der Hausärzt:innen schlecht in den Praxisalltag integrierbar. Teilweise nehmen sich die Befragten trotzdem Zeit und nutzen beispielsweise den Checkup-35 (Gesundheitsuntersuchung) als Rahmen, um über Gewicht zu sprechen.

3. Multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement

a) Wie gestaltet sich die ambulante interdisziplinäre Zusammenarbeit für das Adipositasmanagement aus Sicht der Hausärzt:innen aktuell? Inwieweit sind Hausärzt:innen in ein interdisziplinäres, regionales Netzwerk aus weiteren Teilnehmer:innen der Versorgung von Adipositaspatient:innen eingebunden?

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit lässt aus Sicht der Hausärzt:innen zu wünschen übrig und eine multimodale Therapie der Adipositas ist nur schwierig möglich. Den Befragten ist kein lokales Versorgungsnetzwerk für das Adipositasmanagement bekannt. Dagegen sind Ansprechpartner für Einzelmaßnahmen bekannt, beispielsweise für Ernährungsberatung und Bewegungstherapie sowie adipositaschirurgische Zentren. Die Ärzt:innen nutzen ihre persönlichen Kontakte für das Adipositasmanagement und geben an, dass eine regelmäßige Zusammenarbeit zum multimodalen Adipositasmanagement trotzdem eher die Ausnahme ist. Wenn fachärztliche Abklärung angestrebt wird, dann eher zur Abklärung von Komorbiditäten der Adipositas.

Eine strukturierte multimodale Adipositas therapie für ihre Patient:innen anzubieten scheint für die interviewten Hausärzt:innen eher schwierig umsetzbar zu sein. Während die Verfügbarkeit und Umsetzung von Einzelmaßnahmen zum Gewichtsmanagement und die Therapie von Komorbiditäten durchaus einen Stellenwert haben, ist eine strukturierte multimodale Therapie mit sektorenübergreifender Kommunikation oder die Überweisung zu einem Gewichtsreduktionsprogramm für das hausärztliche Setting aktuell nicht die Regel.

b) Welches besondere Engagement zeigt sich bezüglich Versorgung adipöser Patient:innen bei den zu befragenden Hausärzt:innen (Best-Practice-Beispiele)?

In dieser Expert:innenstichprobe befinden sich einige sehr engagierte Ärzt:innen, aus deren Sicht Adipositas ein Krankheitsbild mit so hohem Stellenwert ist, dass das mangelnde ambulante Therapieangebot durch eigenes Engagement aufgebessert wird. Als Beispiele sind hier ein multimodales Bewegungsprogramm mit Ernährungsschulung, Leitung von Sportgruppen und Trainerqualifikationen, Kooperation von Praxen zur Ernährungsberatung sowie Kommunikationstraining zur Motivation der Patient:innen zu nennen. Es fällt allerdings auf, dass die meisten Ärzt:innen ihr Engagement eine Zeit lang durchführen, dann aber wieder ruhen lassen. Als Gründe dafür werden Frustration wegen ausbleibendem Erfolg und Zeit- und Überlastungsgründe angegeben.

c) Welche Möglichkeiten bieten Praxen mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt im Vergleich zum hausärztlichen Setting?

Als interessanter Aspekt des Samples haben einige Ärzt:innen eine zusätzliche Qualifikation im Bereich Diabetologie. Als Ansprechpartner:innen im multimodalen Setting spielen sie eine wichtige Rolle, da aufgrund ätiologischer Gemeinsamkeiten von Diabetes Typ 2 und Adipositas diese Expertise auch zum Adipositasmanagement sinnvoll sein kann. Auch strukturell sind diabetologische Schwerpunktpraxen für die Therapie der Adipositas interessant, da in diesen Praxen ein multimodales Konzept mit Ernährungsberater:in, Bewegungsschulung und psychologischer Unterstützung für die Therapie des Diabetes bereits umgesetzt ist. Die befragten Hausärzt:innen wünschen sich eine solche weitere Versorgungsebene für das Adipositasmanagement.

4. Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements

a) Welche Veränderungen sind aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten erforderlich beziehungsweise sinnvoll, um die Therapie von Patienten mit Adipositas in der allgemeinmedizinischen Praxis zu vereinfachen, besser zu strukturieren und effektiver zu gestalten?

Die Hausärzt:innen setzen für den zukünftigen Umgang mit der chronischen Erkrankung Adipositas zwei Schwerpunkte. Auf der einen Seite sollte zukünftig die Prävention von Adipositas gefördert werden, sodass weniger Patient:innen an Adipositas und Folgeerkrankungen erkranken und therapiert werden müssen, wobei die Hausärzt:innen ihre Aufgabe vor allem in der Früherkennung sehen. Die Primärprävention wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. Es werden Beispiele wie Lebensmittelsteuer, Lebensmittelampel und vor allem die Prävention von Adipositas in Schulen, Kindergärten und Familien genannt. Auf der anderen Seite sollte aus Sicht der Hausärzt:innen der Ausbau von ambulanten Versorgungsstrukturen

gefördert werden, die das Gewichtsmanagement der Hausarztpraxen ergänzen und insgesamt zu einem qualitativ hochwertigen und strukturierten Adipositasmanagement führen. Dies sollte beispielsweise die Ausbildung der Beteiligten im Gesundheitswesen umfassen und auch die Schaffung zentralisierter Therapieangebote ist denkbar. Die Hausärzt:innen sehen die Rolle der Krankenkassen sowohl bei der Finanzierung leitliniengerechter Maßnahmen als auch bei der Verbesserung des ambulanten Therapieangebots vor Ort.

b) Inwiefern kann ein Agieren in Netzwerkstrukturen Potenziale für das multimodale Management der Adipositas eröffnen?

Der Großteil der Befragten begrüßt den Gedanken an ein Netzwerk zur Adipositas therapie und sieht eine Chance für ein multimodales Management der Adipositas im ambulanten Setting. Als wünschenswerte Teilnehmer:innen werden beispielsweise Ernährungsberater:innen, Bewegungstherapeut:innen und Psycholog:innen genannt. In Anbetracht der wichtigen Steuerungsfunktion von Hausärzt:innen im deutschen Gesundheitssystem, sollte aus Sicht der Hausärzt:innen bei einem solchen Netzwerk die Koordination der Therapie bei den Hausärzt:innen liegen. Auch die intersektorale Kommunikation wird von den Hausärzt:innen thematisiert, wobei eine gut funktionierende elektronische Patient:innenakte als Beispiel genannt wird, um die Potenziale der interdisziplinären Zusammenarbeit voll auszuschöpfen. Die Hausärzt:innen äußern auch Limitationen für die Arbeit in Netzwerkstrukturen, wobei der vermutete Zeitbedarf, fehlende krankenkassenfinanzierte Therapieangebote und der allgemeine Praxisalltag als Faktoren genannt werden.

c) Welche Einstellungen vertreten Hausärztinnen und Hausärzte bezüglich eines zukünftig möglichen Disease Management Programms Adipositas? Was sollte bei der Ausgestaltung beachtet werden?

Die Einstellung der Hausärzt:innen zu einem DMP ist grundsätzlich offen, aber nicht ohne Kritik. Die Erfahrung mit bestehenden DMP zeigte den Befragten, dass diese teilweise nicht individuell genug, zeitaufwendig und bürokratisch aufwendig erscheinen und die Vergütung in Relation dazu als zu niedrig eingeschätzt wurde. Aus Sicht der Hausärzt:innen gibt es aber auch klare Vorteile eines DMP Adipositas, wie eine Strukturierung der Versorgung mit mehreren Versorgungsebenen, das regelmäßige Follow-up und auch Verbindlichkeit des DMPs für die Patient:innen. DMP als Format sind bei den Patient:innen schon bekannt, was bei der Implementierung helfen kann. Neu am DMP Adipositas ist aus Sicht der Hausärzt:innen der präventive Charakter, da Adipositas nicht nur als eigenständige Erkrankung, sondern auch frühzeitig als Risikofaktor für Folgeerkrankungen therapiert werden kann. Vom Standpunkt der Hausärzt:innen aus wäre eine Fortbildung für die Versorgungsteilnehmer:innen vor Einführung des DMP Adipositas sinnvoll.

Für die inhaltliche Ausgestaltung des DMP Adipositas nennen die Ärzt:innen Untersuchungen, Laborwerte, die Besprechung von Risikofaktoren. Das DMP Adipositas mit seinem präventiven Charakter sollte aus Sicht der Befragten eines mit vielen Querverbindungen werden, um das Potenzial voll auszuschöpfen und einerseits multimodale Therapien anbieten zu können und andererseits effektiv Folgeerkrankungen zu verhindern. Dafür sind werden von den Ärzt:innen mehrere Versorgungsebenen und Fachdisziplinen und Einbindung von nicht-ärztlichen Disziplinen angedacht sowie ähnlich dem DMP Diabetes Patient:innenschulungen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse im Spiegel anderer Studien

5.3 Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement

5.3.1 Primärärztliche Funktion für das Adipositasmanagement

Die hier befragten Hausärzt:innen sehen sich klar in der Schlüsselrolle für die Diagnose und Therapie der Adipositas. Als zentral wird die Steuerungsfunktion für das Adipositasmanagement dargestellt: Die Hausärzt:innen schaffen den Zugang zu medizinischer Versorgung, können die Therapieindikation stellen und die Änderungsmotivation der Patient:innen klären. Die deutschen Leitlinien und Empfehlungen zur Erkrankung Adipositas sehen im hausärztlichen Setting ebenfalls einen wichtigen Ansatzpunkt, um die Versorgung adipöser Patient:innen zu verbessern und die chronische Erkrankung therapeutisch anzugehen (3, 4, 6). Die koordinierende Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement wird in der Richtlinie für das geplante DMP Adipositas ebenfalls gefestigt (30).

Die Befragten betonen die Vorteile der langfristigen und regelmäßigen Wiedervorstellung im hausärztlichen Setting für die Betreuung einer chronischen Erkrankung wie Adipositas. In den USA konnte gezeigt werden, dass eine kontinuierliche Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung die Wahrscheinlichkeit für eine adipositaspezifische Therapie erhöhte (69). Die Hausärzt:innen können Patient:innen mit Adipositas früh erkennen sowie die Zusammenhänge zwischen Adipositas und Folgeerkrankungen herstellen und angehen. Den Patient:innen kann mit entsprechendem Wissen zu ihrem sozialen Hintergrund ein individuelles Therapieangebot gemacht und die Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag berücksichtigt werden.

In einer britischen Studie fanden die Patient:innen, die sich zum Gewichtsmanagement an ihre Hausärzt:innen gewandt hatten, die Unterstützung akzeptabel und nützlich (70). Allerdings kamen die Studienautor:innen hier zu dem Schluss, dass nicht alle Potenziale ausgeschöpft wurden. Es gebe Hinweise, dass Screening und eine kurze Überweisung zu Gewichtsreduktionsprogrammen die Bemühungen der Patient:innen verstärken und die Unterstützung bieten könnten, die bei limitierten Möglichkeiten der Primärversorgung möglich ist. In einer australischen Studie konnte gezeigt werden, dass sich Hausärzt:innen sicherer beim Ansprechen des Gewichts und beim Management der Adipositas fühlten, wenn ein Gewichtsmanagementprogramm als therapeutische Option verfügbar war und ihren Patient:innen dieses Programm anbieten konnten (47). Solche evidenzbasierten Gewichtsreduktionsprogramme beziehungsweise eine leitliniengerechte Versorgung sind in Deutschland noch nicht flächendeckend verfügbar (6). Dies könnte sich durch das geplante DMP Adipositas zukünftig ändern.

Ebenfalls von den Expert:innen hervorgehoben wird die psychosoziale Funktion, die die Hausärzt:innen für ihre Patient:innen einnehmen. Die Beziehung zwischen Ärzt:in und Patient:in

spielt für alle hier Befragten eine herausragende Rolle. Aus Sicht der Befragten bietet die hausärztliche Praxis den Patient:innen bestenfalls ein vertrauensvolles Setting, in dem sie sich öffnen können, um im Gespräch mit ihren Ärzt:innen das schambehaftete Thema Adipositas konstruktiv anzugehen. Es sei wichtig, wertschätzend und ohne Vorwürfe zu kommunizieren. Eine solche Herangehensweise sei wichtig für die Umsetzung der Therapie. Diese Sichtweise wird von der DEGAM-Praxisempfehlung bestärkt (4). In Interviewstudien mit Patient:innen konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Hausärzt:in als geeignete Ansprechpartner:in zum Gewichtsmanagement gesehen wird und sensible Kommunikation in einer tragfähigen therapeutischen Beziehung über das Gewicht durchaus erwünscht war (8, 71). Wenn Patient:innen das Gespräch über das Gewicht und damit verbundene Maßnahmen ablehnen, sollte dies ärztlicherseits allerdings respektiert werden, um negative Spannungen in der Ärzt:in-Patient:innen-Beziehung zu vermeiden (72).

5.3.2 Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting

Zunächst ist davon auszugehen, dass die hier erfassten therapeutischen Möglichkeiten aufgrund der Expert:innenstichprobe nicht dem Durchschnitt des Adipositasmanagements in hausärztlichen Praxen in Deutschland entsprechen. Die hier berichteten Optionen zur Adipositastherapie sind vermutlich qualitativ und quantitativ umfangreicher und die Expert:innen wahrscheinlich besser qualifiziert als in vielen anderen hausärztlichen Praxen. In dieser Interviewstudie zeigt sich aber auch, dass die Möglichkeiten des Adipositasmanagements zwischen den Praxen stark variieren. Zusätzlich sind sie unterschiedlich im Hinblick darauf, ob es sich um eine hausärztliche Praxis oder um eine Praxis mit zusätzlichem diabetologischen Schwerpunkt handelt.

Diagnosestellung

Den Hausärzt:innen ist es wichtig, ein Problembewusstsein mit den Patient:innen zu entwickeln, Vorerfahrungen mit Gewichtsreduktion und die Motivation für eine Lebensstilintervention zu klären. So kann die Grundlage für eine Intervention zur Gewichtsreduktion anhand der Möglichkeiten der Patient:innen gelegt werden. Die positive Ärzt:in-Patient:innen-Interaktion kann eine große Rolle für die Motivation zur Gewichtsreduktion spielen (73).

Die Interviewten beschreiben eine umfangreiche körperliche Untersuchung mit Bestimmung von Laborparametern, wobei insbesondere Ärzt:innen mit diabetologischem Hintergrund speziellere Parameter zur Erfassung des kardiovaskulären Risikos bestimmen. Dies spiegelt sich vermutlich nicht in der Breite der hausärztlichen Versorgung wider, da dies durch das Expert:innenwissen in diesem Sample beeinflusst sein kann.

Die hier befragten Ärzt:innen nennen die BMI-Messung als Basisdiagnostik, es bleibt aber auch fraglich, ob der BMI tatsächlich regelmäßig erfasst und dann auch auf die Diagnose

Adipositas eingegangen wird. Das Screening auf Adipositas und eine Gewichtsberatung werden häufig nicht konsequent genug durchgeführt und Potenziale im hausärztlichen Setting bleiben ungenutzt (36). Es ist bekannt, dass Adipositas eher als behandlungsbedürftig eingeschätzt wird, wenn Begleiterkrankungen vorhanden sind (35). Für die Versorgung lässt sich daraus ableiten, dass die Hausärzt:innen die Erkennung und Therapie der Adipositas priorisieren sollten, um ihr primärmedizinisches Potenzial zu nutzen.

Therapeutische Möglichkeiten

Positiv fällt auf, dass eine hausärztliche Basisberatung zur Therapie der Adipositas durch jede:n Interviewte:n möglich ist. Es bleibt aber fraglich, wie effektiv die eher allgemein gehaltenen Empfehlungen zu Sport und Bewegung sind. Es ist bekannt, dass dieses allgemeine Wissen bei einigen Patient:innen schon vorhanden ist und es im Alltag der Patient:innen oft an der Umsetzung scheitert, das Verhalten zur Gewichtsreduktion aufrechtzuerhalten (74).

In dieser Expert:innenstichprobe sind drei Ärzt:innen mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin. Insgesamt ist diese Qualifikation in Deutschland jedoch selten und nicht regelmäßig in der primärmedizinischen Versorgung vertreten (75). Auch wenn die Ärzt:innen fachlich in der Lage sind, bei ihren Patient:innen eine Ernährungsberatung durchzuführen, zeigt sich in dieser Interviewstudie, dass sie nicht unbedingt die zeitlichen und finanziellen Ressourcen dazu haben. Eine Lösung dafür könnte sein, häufiger Ernährungsberater:innen einzubeziehen. In einem systematischen Review konnte gezeigt werden, dass die Ernährungsberatung bereits als Einzelmaßnahme im primärmedizinischen Setting einen positiven Einfluss auf den Gewichtsverlust haben kann (76). Laut einer britischen Studie werden Ernährungsberater:innen auch dort bisher zu selten in das Adipositasmanagement eingebunden; ein:e Ernährungsberater:in direkt in der Praxis wird dabei aber als vorteilhaft wahrgenommen (77). Der Vorteil sei, dass der Zugang zur Ernährungsberatung für die Patient:innen einfacher und schneller erfolgen würde und eine ärztliche Zeitersparnis resultieren könnte.

Bei den Interviewten mit Tätigkeit in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis war es der Fall, dass diese ihre Patient:innen nicht selbst zum Thema Ernährung beraten, sondern eine enge Zusammenarbeit mit Ernährungsberater:innen umgesetzt ist. Diese arbeiten nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung zum DMP Diabetes Typ 2 direkt in den diabetologischen Schwerpunktpraxen (78). Die oben dargestellten Vorteile einer Ernährungsberatung werden bei der spezialisierten Versorgung von Patient:innen mit Diabetes bereits realisiert, stehen aber für die Versorgung von Patient:innen mit Adipositas noch aus.

Die befragten Hausärzt:innen gingen regelhaft auf den Einfluss von Bewegung auf Übergewicht und Adipositas ein, wobei es einigen wichtig war, Bewegung von Sport abzugrenzen und damit Überforderung bei den Patient:innen zu vermeiden. Insbesondere Reha-Sportgruppen

wurden von den Hausärzt:innen als Beispiele für Bewegungsprogramme im Gruppensetting angesprochen. Diese Form der Bewegungstherapie ist unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähig, allerdings laut Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bisher nicht für die Diagnose Adipositas mit dem Ziel der Gewichtsreduktion und Bewegungsförderung (79). Ein Reha-Sportangebot für adipöse Patient:innen ist aus Sicht der interviewten Hausärzt:innen wünschenswert, da dort Betroffene gemeinsam in Bewegung kommen könnten. Mehrere systematische Reviews konnten zeigen, dass Gruppensport positive gesundheitliche Auswirkungen durch Verbesserung metabolischer Parameter und der Körperzusammensetzung bei adipösen Patient:innen haben kann (80, 81). Auch zur Erhaltung einer Gewichtsreduktion ist Sport relevant (82).

Als wichtig für ein erfolgreiches Adipositasmanagement wurden Folgetermine für die Patient:innen angesehen. Dabei ging es den Hausärzt:innen vor allem darum, die Änderung von Gewohnheiten zu evaluieren und ihre Patient:innen in der Verhaltensänderung zu bestärken. Es konnte sowohl für konservative Gewichtsreduktionsinterventionen als auch für adipositaschirurgische Ansätze gezeigt werden, dass mehr Folgetermine und eine größere Compliance mit einem größeren und langfristigeren Gewichtsverlust einhergingen (83-85). Regelmäßige Folgetermine erscheinen sinnvoll und sollten bei der chronischen Erkrankung Adipositas für die langfristige Versorgung berücksichtigt werden.

Außerdem war es den Hausärzt:innen wichtig, konkrete und realistische Ziele mit den Patient:innen zu vereinbaren, um die Motivation zur Gewichtsreduktion zu erhalten. Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass Erwartungen an einen möglichen Gewichtsverlust oft unrealistisch groß sind (86). Im Rahmen der genannten Studie wurde aber auch deutlich, dass mehr hausärztliche Kontakte mit realistischeren Erwartungen an den Gewichtsverlust einhergehen. Das Aufzeigen erreichbarer Ziele ist ein nutzbares hausärztliches Potenzial, um Enttäuschungen bei der Gewichtsreduktion zu vermeiden und die Motivation der Patient:innen zu erhalten.

Als Zielsetzung für einen Gewichtsverlust wurde von mehreren Hausärzt:innen ein Kilo pro Monat genannt. Als klinisch relevante moderate Gewichtsreduktion mit Verbesserung des Glukosestoffwechsels und kardiometabolischen Endpunkten wird von Leitlinien und Expert:innen typischerweise ein Gewichtsverlust von 5 - 10% des Ausgangsgewichtes innerhalb von 6 - 12 Monaten definiert (6, 87, 88). Allerdings konnte ein Review zeigen, dass bei einem Gewichtsverlust > 10% gewichts- und adipositasbezogene Komplikationen wie Diabetes Typ 2 oder Bluthochdruck noch stärker verbessert werden konnten (89). Zur Einschätzung eines sinnvollen Therapiezieles durch die Hausärzt:innen sollte das individuelle Risiko der Patient:innen für adipositasbezogene Komorbiditäten zu berücksichtigen sowie individuelle Therapieziele anvisieren und gemeinsam mit den Patient:innen vereinbart werden.

5.3.3 Nutzung der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“

Das Vorhandensein der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ war bei einigen der befragten Ärzt:innen bekannt. Allerdings gab keiner der Interviewten an, die S3-Leitlinie Adipositas inhaltlich gut zu kennen. Dementsprechend konnten keine Aussagen darüber gemacht werden, wie hilfreich die Leitlinie zur Strukturierung des Adipositasmanagements im Praxisalltag wahrgenommen wird. Die Befragten machten trotzdem Angaben zu ihrer Sicht auf Leitlinien im Allgemeinen. Dabei wurden Leitlinien generell als hilfreich zur Strukturierung der Therapie sowie zur ärztlichen Fortbildung angesehen. Eine Interviewstudie konnte ebenfalls zeigen, dass Hausärzt:innen in Deutschland grundsätzlich offen für Leitlinien sind und diese als wertvoll für evidenzbasierte Medizin einschätzen (90).

Es wurden auch Schwierigkeiten bei der Implementierung von Leitlinien deutlich: So sei es aus Sicht der Hausärzt:innen im Praxisalltag, wo viele verschiedene Krankheitsbilder behandelt werden müssen, kaum möglich, zu allen die aktuellen Leitlinien parat zu haben. Die Komplexität der Leitlinien selbst, Zeit- und Ressourcenmangel der Ärzt:innen sind klassischerweise Faktoren, die eine Rolle bei Limitationen mit der Implementierung evidenzbasierter Leitlinien spielen (91, 92). Die Leitlinien müssten aus Sicht der Interviewten prägnanter werden und auch die Kosten der vorgeschlagenen Maßnahmen berücksichtigen. In o.g. Interviewstudie mit Hausärzt:innen in Deutschland wurden diese beiden Faktoren ebenfalls betont (90).

Weiterhin gehen einige Hausärzt:innen davon aus, dass sie keine Leitlinie für das Adipositasmanagement brauchen, sondern mit ihrem Wissensstand ausreichend für die Therapie der chronischen Krankheit Adipositas gerüstet seien. Dies ist kritisch zu betrachten, denn Studien zum Wissensstand von Hausärzt:innen bezüglich Adipositas konnten zeigen, dass die Erkrankung eher erkannt und Patient:innen einer effektiven Versorgung in Form eines Gewichtsmanagementprogramms oder adipositaschirurgischer Maßnahmen zugeführt wurde, wenn die Ärzt:innen dahingehend besser ausgebildet waren (93, 94). Die Komplexität von Adipositas als Erkrankung und die fehlende Verfügbarkeit von evidenzbasierten multimodalen Gewichtsreduktionsprogrammen scheint die Implementierung der leitlinienbasierten Therapie der Adipositas zusätzlich zu erschweren.

Während die S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ bei den befragten Hausärzt:innen inhaltlich wenig bekannt erscheint und es offensichtlich Schwierigkeiten bei der Implementierung gibt, sind die Vorteile der leitliniengerechten Therapie den Ärzt:innen trotzdem bewusst. Kontinuierliche Fortbildung zur evidenzbasierten Therapie und ein Fokus auf patient:innenzentrierte multimodale Programme sollten für die zukünftige Versorgung, wie sie mit einem DMP Adipositas geplant ist, angestrebt werden.

5.4 Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement

Aus Sicht der befragten Hausärzt:innen besteht bezüglich der Versorgung ihrer Patient:innen in vielerlei Hinsicht eine Mangelsituation. Die hier berichteten Limitationen für den Versorgungsalltag gelten dabei nicht nur speziell für die Adipositas, sondern skizzieren auch die aktuellen Probleme der hausärztlichen Versorgung. Der Fokus soll hier auf den Auswirkungen dieser Versorgungsproblematik (s. Abbildung 21: Limitationen für das Adipositasmanagement) auf das Adipositasmanagement liegen.

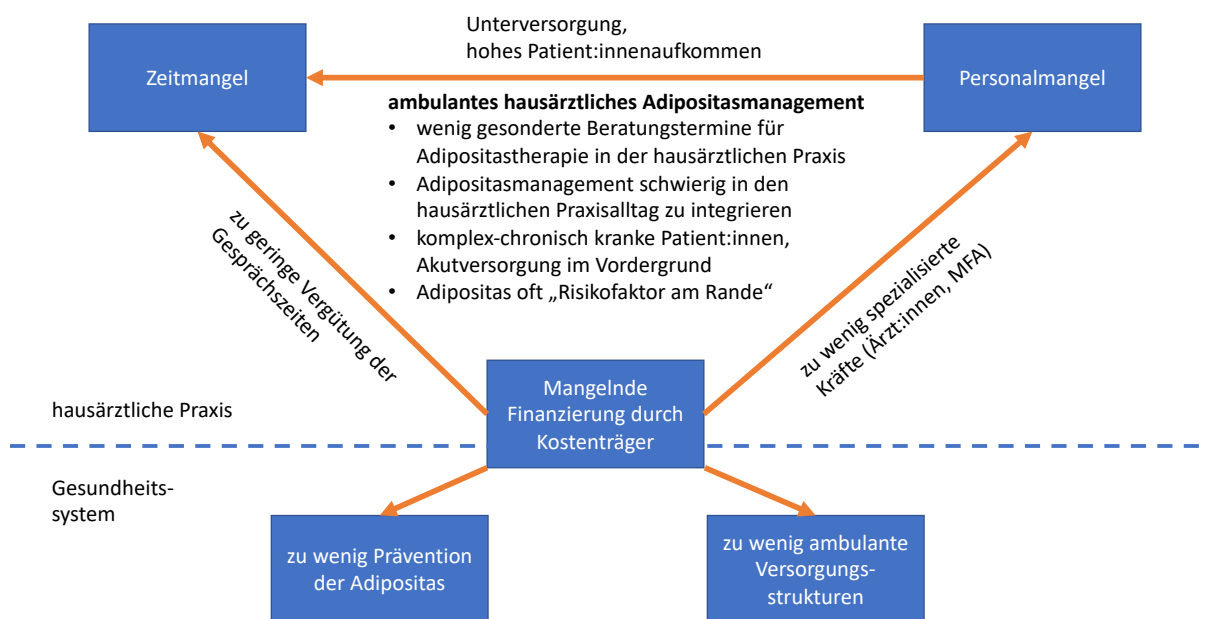


Abbildung 21: Limitationen für das Adipositasmanagement. Quelle: Eigene Darstellung

Aus Sicht der Befragten steigen die Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Praxis und das Patient:innenaufkommen bei gleichzeitigem Personalmangel. Eine Studie konnte zeigen, dass Hausärzt:innen in Deutschland eigentlich mehr Zeit pro Patient:in bräuchten, als ihnen tatsächlich zur Verfügung steht, was insbesondere bei unerfahrenen Ärzt:innen zu Stresserleben führt (95). Insbesondere im internationalen Vergleich mit Großbritannien und den USA wird deutlich, dass die Konsultationen in Deutschland am kürzesten sind (96).

Aus Sicht der Befragten scheint das Adipositasmanagement schlecht in den hausärztlichen Praxisalltag integrierbar. Die chronische Erkrankung Adipositas wird von den Interviewten als zeitintensiver Beratungsanlass wahrgenommen. Einige der Befragten haben daher nicht das Gefühl, den Bedürfnissen der Patient:innen mit Adipositas im hausärztlichen Alltag gerecht werden zu können. Dies kann ein Hindernis sein, die Erkrankung im Praxisalltag überhaupt zu thematisieren (37). Studien machen außerdem darauf aufmerksam, dass bei komplex chronisch Kranken die Adipositas oft nur als Nebendiagnose auftaucht, da andere medizinische

Probleme dringender erscheinen (45, 56). Termine eigens für den Beratungsanlass Adipositas werden oftmals nicht vergeben, wobei von den engagierten Expert:innen dieser Stichprobe einige angeben, sich die Zeit für einen Beratungstermin für Adipositas herauszunehmen. Dies wird bei Betrachtung der Gesamtheit der Hausärzt:innen vermutlich die Ausnahme sein. Auch eine Interviewstudie konnte zeigen, dass Adipositas oft nicht primärer Beratungsanlass ist, sondern eingebettet in andere Beratungsanlässe erscheint (37). Ein entsprechendes Beratungsinstrument könne aus Sicht der Studienautoren dazu beitragen, die Möglichkeiten zur Gewichtsberatung im allgemeinmedizinischen Setting besser zu nutzen. Von den interviewten Hausärzt:innen wird der Rahmen der Check-up-Untersuchung für die Beratung übergewichtiger und adipöser Patient:innen als willkommener Anlass gesehen. Studien konnten ebenfalls zeigen, dass die Gesundheitsuntersuchung ein geeignetes Instrument für eine gewichtsbezogene Beratung im hausärztlichen Setting sein kann (49-51).

Die Diagnose Adipositas ist im Jahr 2020 durch die gesetzlichen Krankenkassen als Erkrankung anerkannt worden (23). Die multimodale konservative Adipositastherapie war zum Befragungszeitraum finanziell noch nicht entsprechend abgebildet (24). Laut des Experten Prof. Dr. Matthias Blüher, Leiter der Adipositas Ambulanz für Erwachsene und Professor für Klinische Adipositasforschung an der Universität Leipzig, stellt die fehlende Abbildung dieser Therapieansätze in den Leistungskatalogen der Kassenärztlichen Versorgung wahrscheinlich eine Hauptursache für die fehlende flächendeckende konservative Adipositastherapie in Deutschland dar (25).

Die befragten Hausärzt:innen sind durchaus gewillt, sich mit dem Thema Adipositas zu beschäftigen und erster Ansprechpartner beim Beratungsanlass Adipositas für ihre Patient:innen zu sein. Umso wichtiger erscheint es, die Vergütung für das Adipositasmanagement in der kassenärztlichen Versorgung zu verankern, damit der Beratungsanlass Adipositas im hausärztlichen Setting regelhaft bezahlt werden kann. Denn die Hausärzt:innen bemängeln, dass die nicht ausreichende Finanzierung von Gesprächen und anderen Maßnahmen im Rahmen des Adipositasmanagements dazu führen, dass im hausärztlichen Versorgungsalltag nicht viel Zeit sowie nicht viele Behandlungsoptionen für das Management der chronischen Erkrankung Adipositas bleiben. Eine Studie, die Barrieren beim hausärztlichen Adipositasmanagement untersucht, kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Zeitmangel genauso wie mangelnde Finanzierung eine Rolle spielen (56).

Beleuchtet man den Punkt, dass viele leitliniengerechte Maßnahmen im hausärztlichen Adipositasmanagement finanziell nicht durch die Krankenkassen abgedeckt sind, fällt zusätzlich eine kritische Einstellung der Hausärzt:innen gegenüber individuellen Gesundheitsleistungen (iGeL) sowie Privatleistungen durch die Patient:innen für die Adipositastherapie auf. Individuelle Gesundheitsleistungen können von Ärzt:innen zusätzlich angeboten werden, sind aber

nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und müssen aber von den Patient:innen selbst getragen werden (97). Aus Sicht der Hausärzt:innen erreiche das Verkaufen dieser Leistungen die am häufigsten betroffenen Personen vermutlich nicht. Insbesondere die unteren Bildungsgruppen sind stärker von Adipositas betroffen (1). In einer britischen Vergleichsstudie konnte gezeigt werden, dass hausärztliche Interventionen zur Überweisung an ein Gewichtsreduktionsprogramm dann erfolgreicher waren und auch wahrgenommen wurden, wenn diese Maßnahmen kostenlos waren (98). Wurde den Patient:innen dagegen ein Programm empfohlen, für das die selbst bezahlen müssten, wurde die Intervention der Hausärzt:in zur Überweisung als weniger hilfreich angesehen und das Gewichtsmanagementprogramm nur im Ausnahmefall wahrgenommen. Auch ein multimodales Gewichtsreduktionsprogramm aus der Schweiz (BASEL) ist effektiv, aber nicht kostendeckend (99). Die Kosten werden nur zu zwei Dritteln übernommen, aber insbesondere Teilnehmer:innen, die > 75% der Lektionen und das Follow-up besuchten, hatten eine 3,8 mal größere Chance das Gewichtsziel zu erreichen.

Umso wichtiger erscheint es, für das deutsche Gesundheitssystem ein voll krankenkassenfinanziertes evidenzbasiertes Therapiekonzept zu entwickeln. Dies ist für die Versorgungsgerechtigkeit der von Adipositas Betroffenen in Deutschland, vor allem von sozioökonomisch benachteiligten Patient:innengruppen, unerlässlich. Die Machbarkeit mittels eines „IV-Vertrages“ (Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a-d SGB V) wurde bereits gezeigt: Das Leipziger Adipositasmanagement ist das erste komplett krankenkassenfinanzierte und evidenzbasierte Adipositasprogramm in Deutschland (26). Vielversprechende Langzeitdaten unter Alltagsbedingungen zeigen, dass ein multimodales, konservatives und vollständig krankenkassenfinanziertes Adipositasmanagement möglich und zielführend ist und ein Ausbau des Angebots sinnvoll ist, um „die aktuell in Deutschland bestehende Versorgungslücke bei Adipositas zu schließen, damit langfristig Komorbiditäten der Adipositas und deren hohe Kosten für das Gesundheitswesen vermieden werden können.“ (26).

5.5 Multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement

5.5.1 Aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit

Keiner der Interviewten gab an, ein multimodales Versorgungsnetzwerk oder ein lokales Gewichtsmanagementprogramm für die Versorgung von Patient:innen mit Adipositas zu kennen. Da bislang ambulante Strukturen für das flächendeckende Adipositasmanagement im deutschen Gesundheitswesen fehlen, sei es aus Sicht der Befragten stattdessen zentral, die verfügbaren Versorgungsteilnehmer:innen im Praxisumfeld gut zu kennen und zu nutzen. Als Einschränkung wird bei der Befragung deutlich, dass nur die Versorgungsteilnehmer:innen zum multimodalen Gewichtsmanagement verfügbar sind, die auch bekannt sind. Es ist hier also mehr von Bekanntheit der Gesundheitsakteure als von tatsächlicher Verfügbarkeit auszugehen. Weiterhin ist der Grad, inwieweit sich die Hausärzt:innen vernetzen, interindividuell unterschiedlich. Zusätzlich geben viele Hausärzt:innen an, dass sie trotz kollegialer Kontakte keine regelmäßige multimodale Versorgung von Patient:innen mit Adipositas durchführen können. Multimodale Gewichtsreduktionsprogramme sind in Deutschland bisher nicht flächen- und kostendeckend verfügbar (10, 25).

Ernährungsberatung

Es fällt auf, dass die Überweisung zu einer Ernährungsberater:in als Einzelmaßnahme von den Hausärzt:innen häufig genannt wird und somit weit oben in den anzustrebenden Maßnahmen zum Gewichtsmanagement zu rangieren zu scheint. Die Befragten sehen unabhängig von den für die Patient:innen entstehenden Kosten die Option, ihre Patient:innen an eine Ernährungsberater:in im Praxisumfeld zu vermitteln beziehungsweise die Patient:innen mit ihren Krankenkassen ein solches Angebot finden zu lassen. Dass diese Intervention ein sinnvoller und praktikabler Ansatz ist, zeigt ein systematisches Review: die Ernährungsberatung kann demnach schon als Einzelmaßnahme im primärmedizinischen Setting einen positiven Einfluss auf den Gewichtsverlust haben (76). Eine kanadische Studie zur Versorgung im multidisziplinären Setting kommt allerdings zu dem Ergebnis, dass die Überweisung zur Ernährungsberatung zwar stattfindet, das präventive Potenzial aber noch nicht ausreichend genutzt wird, da eine Überweisung zur Ernährungsintervention häufig erst dann erfolgte, wenn schon adipositasassoziierte Komorbiditäten vorhanden waren (100). Für die zukünftige Versorgung sollte daher beachtet werden, Ernährungsberatung frühzeitig einzusetzen.

Bewegungstherapie

Möglichkeiten, um in Bewegung zu kommen, haben für die Therapie der Adipositas und den Gewichtserhalt einen großen Stellenwert und werden als Teil der multimodalen Therapie durch die S3-Leitlinie empfohlen (6). Angebote, um in Bewegung zu kommen, sind den Hausärzt:innen im Praxisumfeld häufig bekannt. Insbesondere Rehabilitationssport wird von den

Hausärzt:innen angesprochen und favorisiert. Diese Form der Bewegungstherapie ist unter bestimmten Voraussetzungen verordnungsfähig, allerdings laut Heilmittelrichtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bisher nicht speziell für die Diagnose Adipositas mit dem Ziel der Gewichtsreduktion und Bewegungsförderung (79). Ein Reha-Sportangebot bei Adipositas ist für betroffene Patient:innen wünschenswert, da dort Betroffene gemeinsam in Bewegung kommen könnten. Mehrere systematische Reviews konnten zeigen, dass Gruppensport positive gesundheitliche Auswirkungen durch Verbesserung metabolischer Parameter und der Körperzusammensetzung bei adipösen Patient:innen haben kann (80, 81). Auch zur Erhaltung einer Gewichtsreduktion ist Sport relevant (82).

Fachärztliche Zusammenarbeit

Eine Überweisung an Fachärzt:innen speziell wegen Adipositas erfolgt nur selten. Dahingegen ist die fachärztliche Abklärung und Therapie von assoziierten Komorbiditäten aus Sicht der Hausärzt:innen relevant für das multimodale Gewichtsmanagement. Insbesondere die Zuweisung zu Ärzt:innen mit diabetologischen Qualifikationen spielt dabei eine Rolle, da Adipositas und Diabetes Typ 2 häufig komorbid auftreten und auch die Anbindung in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis zur Adipositastherapie beitragen kann (s. 5.5.3 Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement).

Netzwerke für Adipositaschirurgie

Von einer konservativen multimodalen Therapie abzugrenzen sind adipositaschirurgische Netzwerke, die an entsprechenden Kliniken angesiedelt sind. Diese betreuen hauptsächlich Patient:innen, die gegebenenfalls für eine chirurgische Therapie der Adipositas in Frage kommen (101). Diese Netzwerke stehen jedoch nicht dem Teil der Patient:innen mit Adipositas offen, die eine konservative multimodale Therapie anstreben. Den Hausärzt:innen sind einige solcher Kliniken für Adipositaschirurgie bekannt. Die chirurgische Therapie und die Anbindungsmöglichkeiten an entsprechende Zentren sollten als wichtige Optionen der Therapie der Adipositas berücksichtigt werden (6, 22).

Eine strukturierte multimodale Adipositastherapie für ihre Patient:innen anzubieten scheint für die interviewten Hausärzt:innen eher schwierig umsetzbar zu sein. Während die Verfügbarkeit und Umsetzung von Einzelmaßnahmen zum Gewichtsmanagement und die Therapie von Komorbiditäten durchaus einen Stellenwert haben, ist eine strukturierte multimodale Therapie mit sektorenübergreifender Kommunikation oder die Überweisung zu einem Gewichtsreduktionsprogramm für das hausärztliche Setting aktuell nicht die Regel. Wenn eine strukturierte Versorgung beispielsweise durch ein DMP Adipositas besser verfügbar wird, sollten auch die Hausärzt:innen umfassend zu den lokalen Versorgungsmöglichkeiten informiert werden, damit diese auch in Anspruch genommen werden.

5.5.2 Best-Practice-Beispiele zur Adipositas therapie

In der Expert:innenstichprobe sind einige sehr engagierte Hausärzt:innen, die mit interessanten Beispielen für das hausärztliche Adipositasmanagement vorangehen. Dies spiegelt den Durchschnitt der Hausärzt:innen bezüglich der Anstrengungen und des Wissens zum Gewichtsmanagement aufgrund des Expert:innen-Samples vermutlich nicht wider. Es fällt auf, dass die Befragten ihr Engagement aus Frustration bei ausbleibendem Therapieerfolg, Zeit- oder Überlastungsgründen im Verlauf oft wieder ruhen lassen. Die Umsetzung eines effektiven Adipositasmanagements scheint für den Einzelnen sehr aufwendig zu sein. Vor dem Hintergrund zeitlicher Knappheit und mangelnder Vergütung ist es nicht verwunderlich, dass viele der Befragten an ihre Grenzen kommen (s. 5.4 Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement).

Nichtsdestotrotz sind einige Ansätze zur Erweiterung des therapeutischen Angebots erkennbar. Dass dies trotz dieser eher schwierigen Bedingungen von den Ärzt:innen angegangen wird, könnte damit zusammenhängen, dass Adipositas von ihnen als dringendes Problem wahrgenommen wird. In einer britischen Studie konnte gezeigt werden, dass Ärzt:innen bereit sind, an einer aufwendigen Studie teilzunehmen, um die Diskrepanz zwischen realer und optimaler Versorgung zu überbrücken und ihrer Rolle beim Adipositasmanagement gerecht zu werden (102). Einer der Interviewten hat ein multimodales Bewegungsprogramm inklusive Ernährungsberatung ins Leben gerufen. Mit der Leitung von Rehabilitationssportgruppen über Trainerqualifikationen sowie der Weiterbildung in Ernährungsmedizin ist hier ein vielfältiges Engagement beim Adipositasmanagement zu erkennen. Als weitere Ergänzung des therapeutischen Angebots sind Praxen Kooperationen mit kommerziellen Anbietern für Ernährungsberatung eingegangen, um Angebote mit wenig bürokratischem Aufwand für die Patient:innen zu schaffen. Dies kann bei evidenzbasierten Angeboten eine sinnvolle Ergänzung für das primärärztliche Adipositasmanagement sein (103, 104).

Neben den bereits erwähnten zusätzlichen Qualifikationen haben sich zwei Ärzt:innen in Kommunikation weitergebildet, um mit stützenden und motivierenden Gesprächen ihre Patient:innen besser begleiten zu können, beispielsweise das „Motivational Interview“. In einer Vergleichsstudie, in der speziell dafür ausgebildete ärztliche Assistenzkräfte das gewichtbezogene Motivational Interview durchführten, konnte gezeigt werden, dass mit dieser Intervention über einen längeren Zeitraum eine größere Gewichtsreduktion erreicht werden konnte (105). Auch mit der Intervention der „5As of Obesity™“ konnten gute Ergebnisse für die Ärzt:in-Patient:innen-Interaktion und die langfristige Betreuung von Patient:innen mit Adipositas erreicht werden (106).

Die Innovationskraft und Kreativität, die die Expert:innen in diesem Sample an den Tag legen, sollte auch für zukünftige Versorgungsmodelle genutzt werden. Es ist laut einer

amerikanischen Studie sinnvoll, besonders solche Hausärzt:innen mit einem Interesse an Adipositas gezielt zu fördern und fortzubilden, teambasierte Versorgungsmodelle anzustreben und die Kostenerstattung für die Adipositas therapie zu regeln (56). Diese Faktoren könnten durch das geplante DMP Adipositas adressiert werden (s. 5.6.3.2 Ausgestaltung des DMP Adipositas). Ein solches Versorgungsmodell sollte Raum für die Umsetzung von Ideen engagierter Versorgungsteilnehmer:innen, wie ebendiesen Best-Practice-Beispielen, lassen und Rahmenbedingungen bieten, in denen sich ein solches Engagement längerfristig durchführen lässt.

5.5.3 Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement

Von den Befragten haben 6 von 22 Interviewpartner:innen neben ihrer hausärztlichen Tätigkeit einen diabetologischen Hintergrund und stellen damit eine Besonderheit des Samples beziehungsweise einen wichtigen Aspekt der Expert:innenstichprobe dar. Dass so viele Hausärzt:innen eine diabetologische Zusatzweiterbildung haben, entspricht nicht der Versorgungsrealität. Mit der fachärztlichen Ausbildung Allgemeinmedizin waren Ende 2023 bei der Bundesärztekammer 44912 Ärzt:innen registriert (75). Laut ebendieser Statistik sind in Deutschland zum selben Zeitpunkt nur 4063 Ärzt:innen mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie registriert, davon 3534 berufstätig.

Auch wenn die Verteilung der Zusatzweiterbildung Diabetologie in der Realität anders ist als im Sample, ist diese Expertise trotzdem interessant für das Adipositasmanagement. Eine solche Qualifikation kann mit den fachärztlichen Bezeichnungen Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin erworben werden (107). Adipositas ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Diabetes Typ 2 und hat einige ätiologische Gemeinsamkeiten mit Diabetes Typ 2, wie Insulinresistenz, inflammatorische Aktivität, genetische und Umweltfaktoren, die auch therapeutisch gemeinsam adressiert werden können (108, 109). Vieles, was für die Therapie der Patient:innen mit Typ-2-Diabetes bereits realisiert ist, scheint auch für Patient:innen mit Adipositas wünschenswert. In Deutschland gibt es das DMP Diabetes Typ 2 und die Schwerpunktpraxis Diabetes als „Versorgungsstufe C“ mit besonderen strukturellen Vorgaben (78).

Die Möglichkeiten, die die Ärzt:innen mit diabetologischer Schwerpunktpraxis in den Interviews berichten, gehen weit über die Ressourcen einer hausärztlichen Praxis ohne entsprechenden Schwerpunkt hinaus. Die multimodale Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen bietet Ernährungs- und Bewegungsschulung durch entsprechend geschulte Mitarbeiter:innen direkt in der Praxis sowie weitere auch für adipöse Patient:innen sinnvolle Therapiebausteine wie psychologische Unterstützung und Stressbewältigung, Lehrküche, Gruppenangebote und Schulungen. Die Arbeitsorganisation im multimodalen Setting und die Rollenverteilung im

interdisziplinären Team spielen für die Ärzt:innen eine große Rolle bei der Patient:innenbetreuung.

Die aktuell existierenden diabetologischen Schwerpunktpraxen sind in ihrer Ausstattung und Anzahl dafür konzipiert, als spezialisierte Versorgungsstufe C im DMP Diabetes Typ 2 Patient:innen zu versorgen (78). Es gab 2021 ca. 8,5 Millionen Typ-2-Diabetiker:innen in Deutschland, was ungefähr 10% der Bevölkerung entspricht, Tendenz steigend (110, 111). Demgegenüber stehen 19% der Bevölkerung mit Adipositas beziehungsweise 53,3% mit Übergewicht inklusive Adipositas (1). Es werden daher vermutlich nicht genügend Ressourcen vorhanden sein, um die große Anzahl an übergewichtiger und adipöser Patient:innen durch diabetologische Schwerpunktpraxen mit einer multimodalen Therapie mitzuversorgen. Allerdings sollten die vorhandenen Ressourcen zumindest für Adipöse mit Diabetes Typ 2 als Komorbidität konsequent genutzt werden. In der vorliegenden Interviewstudie sehen die befragten Hausärzt:innen Chancen in der Zusammenarbeit mit diabetologischen Schwerpunktpraxen für diese Patient:innengruppe.

Nichtsdestotrotz wünschten sich die Hausärzt:innen eine weitere Versorgungsebene, an die sie Patient:innen mit Adipositas überweisen können. Auffällig war, dass keine:r der Befragten eine „Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin BDEM“ erwähnte (112). Das liegt vermutlich an mehreren Faktoren: die Praxen sind bisher in kein vergleichbares Versorgungsmodell wie ein DMP bei Diabetes Typ 2 integriert; die Anzahl der Praxen ist begrenzt und konzentriert sich auf Ballungszentren. In Deutschland gibt es aktuell ungefähr 70 solcher Praxen, die nach den Qualitätskriterien des BDEM (Bund deutscher Ernährungsmediziner) zertifiziert werden (112). Als Voraussetzung für die Zertifizierung muss ärztlicherseits das Curriculum Ernährungsmedizin absolviert werden und es werden auch strukturelle Vorgaben zur Praxisausstattung und Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals sowie zur multimodalen Therapie gemacht (113). Der Ausbau dieser Strukturen scheint als spezialisierte Versorgungsebene für ein zukünftiges Adipositasmanagement und im Rahmen eines DMP Adipositas interessant.

5.6 Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements

5.6.1 Wünsche für die zukünftige Prävention und Therapie der Adipositas

Es zeigt sich, dass die Hausärzt:innen für den zukünftigen Umgang mit der chronischen Erkrankung Adipositas zwei Schwerpunkte setzen. Auf der einen Seite sollte zukünftig die Prävention von Adipositas gefördert werden, sodass weniger Patient:innen an Adipositas und Folgeerkrankungen erkranken und therapiert werden müssen. Auf der anderen Seite sollte aus Sicht der Hausärzt:innen der Ausbau von ambulanten Versorgungsstrukturen gefördert werden, die das Gewichtsmanagement der Hausarztpraxen ergänzen und insgesamt zu einem qualitativ hochwertigen und strukturierten Adipositasmanagement führen.

Prävention

Der Stellenwert der Adipositasprävention sei im deutschen Gesundheitssystem aus Sicht der Befragten zu gering. Dabei fällt auf, dass die befragten Hausärzt:innen ihre Aufgabe bei der Früherkennung von Adipositas vor allem in der Sekundärprävention sehen. Die Primärprävention sei dagegen ihrer Meinung nach unabhängig von der ärztlichen Versorgung gesamtgesellschaftlich, aber auch durch die Krankenkassen anzugehen; verhältnispräventive Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung seien erstrebenswert. Die aktuelle S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ teilt diese Sichtweise (6). Aus Sicht der DEGAM sei die Prävention und Therapie der Adipositas allerdings eine Herausforderung, die nicht allein durch die hausärztlichen Praxen bewältigt werden könne (114). Insgesamt kommt aus ihrer Sicht die Berücksichtigung des sozialen Hintergrundes bei der Therapie der Adipositas zu kurz. Neben individuellen Maßnahmen seien auch die Lebensumstände der Patient:innen bei der Therapie zu berücksichtigen und Verhaltens- und Verhältnisprävention für die gesamte Gesellschaft zu realisieren.

Bisher werde im deutschen Gesundheitssystem aus Sicht der Interviewten zu wenig in Prävention investiert, Maßnahmen für therapiebedürftige Krankheitszustände durch die Krankenkassen jedoch meist bezahlt. Aus Sicht der Hausärzt:innen sind durch Präventionsmaßnahmen Einsparungseffekte und eine Entlastung des Gesundheitssystems zu erwarten, die aktuell durch die Krankenkassen zu wenig berücksichtigt würden. Tatsächlich konnte in Kosten-Nutzen-Analysen gezeigt werden, dass verhältnispräventive Maßnahmen effektiv sein können (115). Expert:innen empfehlen beispielsweise eine Besteuerung adipogener Lebensmittel sowie ein Verbot von Werbung für kaloriendichte Lebensmittel, die Kinder als Zielgruppe haben (116).

Prävention sollte aus Sicht der befragten Hausärzt:innen im Kindesalter beginnen, wobei die Aufklärung von Eltern und Kindern unabhängig vom Gesundheitssystem gefördert werden sollte. Qualifizierte Kräfte in Kindergärten und Schulen seien notwendig, um in entsprechenden

Lerneinheiten oder Fächern Wissen vermitteln. Laut der entsprechenden Leitlinie zur Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter können Interventionen im Schulsetting durchaus erfolgreich sein (117). Wichtig ist den Befragten auch das Erreichen von bildungsfernen sozialen Schichten, da diese die höchste Krankheitslast bei Adipositas haben (1).

Ausbau der ambulanten Versorgungsmaßnahmen



Abbildung 22: Erweiterung ambulantes Therapieangebot Adipositas Quelle: Eigene Darstellung

Die Rolle der Krankenkassen spielt aus Sicht der Hausärzt:innen sowohl beim Angebot für die Patient:innen als auch bei der Finanzierung leitliniengerechter Maßnahmen eine essenzielle Rolle. Eine zukünftige Strukturierung der Versorgung mit inhaltlichen Vorgaben durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen wäre wünschenswert. Möglicherweise kann diesem Wunsch mit dem geplanten DMP Adipositas Rechnung getragen werden. Dass inhaltliche Vorgaben und Bereitstellung von Materialien für die Umsetzung des hausärztlichen Adipositasmanagements ein sinnvoller Ansatz sein kann, konnte in einer US-amerikanischen Studie gezeigt werden: Die Entwicklung von Materialien zur Ernährungsberatung sowie ein Wegweiser mit weiteren Versorgungsteilnehmer:innen und die Fortbildung der primärmedizinisch Tätigen wurden als hilfreich wahrgenommen und als Verbesserung für die Versorgung evaluiert (118).

Die Ausbildung spezialisierter Kräfte und Fortbildung aller an der Versorgung adipöser Patient:innen Beteiligten ist aus Sicht der befragten Hausärzt:innen ein wichtiger Faktor für die qualitative Verbesserung der Versorgung. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass sich Ärzt:innen oft nicht ausreichend für das Management von Patient:innen mit Adipositas

ausgebildet fühlen, was eine Barriere für die erfolgreiche Therapie der Adipositas sein kann (55, 56). Mit einem zielgerichteten Training von Ärzt:innen zum Beratungsanlass Adipositas konnten allerdings gute Ergebnisse beim Adipositasmanagement erzielt werden (46, 119). Es scheint wichtig, dass den Ärzt:innen Instrumente zu verschiedenen Themen (Motivation, realistischer Gewichtsverlust, Rückfallprophylaxe, interdisziplinäre Zusammenarbeit) zur Verfügung stehen und dass diese individuell anpassbar sind (120). Ein in Kanada durch die „Canadian Association for Obesity“ entwickeltes und international verwendetes Instrument zur Verhaltensintervention bei der Gewichtsreduktion nennt sich „The 5As of Obesity Management™“ (121). Im Rahmen der Evaluation dieses Tools wurden Wissenslücken der Gesundheitsdienstleister:innen über wichtige Teile des Adipositasmanagements identifiziert und ein individuelles Training mit mehreren Lerneinheiten entwickelt und veröffentlicht (122). Ärzt:innen bewerteten einen komprimierten Kurs mit einer Kombination aus Selbstlernen und praktischen Übungen zu diesem Instrument als positiv (123). In einer deutschen Studie zu den „5As of Obesity™“ konnte gezeigt werden, dass nur die Selbstlernintervention für Ärzt:innen für den Endpunkt der Gewichtsreduktion bei den Patient:innen nicht ausreichte (124). Instrumente wie dieses und insbesondere praktische Trainings scheinen für die Umsetzung einer langfristigen Begleitung der Patient:innen und der behavioralen Komponente des multimodalen Adipositasmanagements in Deutschland bedeutend und sollten implementiert werden.

Einige der Interviewten sprechen als mögliche Versorgungsstufe auch zentralisierte Therapieangebote an; als Beispiel werden hier eine Schwerpunktpraxis Adipositas oder ein für die konservative Therapie spezialisiertes Adipositaszentrum genannt. Dass ein Ausbau der Strukturen „Praxis für Ernährungsmedizin BDEM“ denkbar wäre, wurde bereits diskutiert (s. 5.5.3 Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement). Bisher wird eine Versorgung an Kliniken für Patient:innen mit Adipositas, die gegebenenfalls von einer adipositaschirurgischen Maßnahme profitieren könnten, umgesetzt (22). Eine Studie zeigt allerdings, dass dies auch für konservative Fälle sinnvoll sein kann: Krankenhausnahe, zentralisierte, multidisziplinäre Versorgung kann bei komplex erkrankten Adipositaspatient:innen Mehrwerte bieten; insbesondere die personalisierte Therapie und die Vermeidung einiger Hindernisse beim Adipositasmanagement seien zielführend (125).

Eine Umsetzung der hier angesprochenen Maßnahmen und eine Strukturierung der Versorgung wären zukünftig beispielsweise mithilfe des geplanten DMP Adipositas denkbar (25, 30). Auch eine flächendeckende Implementierung von multimodalen Gewichtsreduktionsprogrammen scheint sinnvoll. Die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt, Patient:innen mit Adipositas solche Programme anzubieten (6). Internationale Studien und Meta-Analysen konnten zeigen, dass multimodale Gewichtsreduktionsprogramme zielführend sind (20, 126). Auch eine deutsche Studie kommt zu dem Schluss, dass insbesondere intensive multimodale Adipositasprogramme sehr effektiv, in Deutschland allerdings schlecht verfügbar sind (127). Ein

flächendeckendes Angebot dieser Intensivprogramme sollte aus Sicht der Autoren für Deutschland diskutiert werden.

5.6.2 Potenziale eines multimodalen Versorgungsnetzwerkes

Der Großteil der Befragten begrüßt den Gedanken an ein Versorgungsnetzwerk Adipositas und multimodale Ansätze zur Therapie des ambulanten Gewichtsmanagements. Als wünschenswerte Teilnehmer:innen werden Ernährungstherapeut:innen, Bewegungstherapeut:innen und Psycholog:innen insbesondere verhaltensbasierte Ansätze, aber auch fachärztliche Kolleg:innen genannt. Dies spiegelt auch die Empfehlung der Leitlinien zur multidisziplinären Therapie wider (6, 22). Es konnte in einer australischen RCT gezeigt werden, dass die Patient:innen in Vergleich zur Standardtherapie durch die interdisziplinäre Therapie mehr und langfristiger Gewicht verlieren konnten (128).

Die Befragten machen deutlich, dass auch in einem multidisziplinären Setting die Koordination bei den Hausärzt:innen bleiben sollte. Dies erscheint in Anbetracht der Tatsache der Steuerungsfunktion der Hausärzt:innen in Deutschland sinnvoll. Die Machbarkeit dieser Forderung wird von mehreren Studien gestützt: Eine britische Studie konnte zeigen, dass selbst bei der Betreuung komplexer Patient:innen mit höhergradiger Adipositas und/ oder Begleiterkrankungen eine Therapie durch ein multidisziplinäres Team im hausärztlichen Setting angeboten werden konnte (129). Innerhalb dieser Studie konnten in Vergleich zu anderen dort existierenden Programmen nicht nur gute gesundheitliche Ergebnisse erreicht werden, sondern es konnte auch festgestellt werden, dass die Patient:innen im multidisziplinären Setting sehr zufrieden mit der Therapie waren. Eine israelische Studie konnte zeigen, dass das hausärztliche Setting für den interdisziplinären Ansatz mit engmaschiger Betreuung durch die Hausärzt:in und eine Ernährungsberater:in, individueller Diät und Einsatz von Medikamenten für ein effektives Erreichen von Gewichtszielen geeignet ist (130). Ungefähr die Hälfte der Teilnehmer:innen in diesem Studienarm konnte ihre Ziele erreichen; dies war mehr als in anderen Armen der Studie.

Bezüglich der Koordination einer im primärmedizinischen Setting angesiedelten multimodalen Adipositastherapie können auch medizinische Fachangestellte eine wichtige Rolle bei der Koordination der Versorgung einnehmen. Die Rolle von medizinischen Fachangestellten als Fallmanager:innen bei der Lebensstilberatung in Bezug auf Gewichtsmanagement in der Primärversorgung wurde in einem systematischen Review untersucht (131). Dort, wo diese Kräfte in einem ärztlich geführten multidisziplinären Team mit definierter Rollenverteilung arbeiten, können sie die Funktion der Fallmanager:in gut ausfüllen und zur Koordination der effektiven Versorgung beitragen. Diese Situation trifft auf das hausärztliche Setting in Deutschland durchaus zu und sollte entsprechend genutzt werden. Eine amerikanische Studie beschäftigte sich mit einer Art „Gewichtsnavigator“, in dem für Adipositas zertifizierte Ärzt:innen Patient:innen einer

spezialisierten Versorgung zuweisen (132). Auch eine solche Steuerungsfunktion scheint für die hausärztliche Rolle beim Adipositasmanagement für die Versorgungssituation in Deutschland ebenfalls sinnvoll.

Es fällt auf, dass von den Hausärzt:innen kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme genannt werden, aber eine Empfehlung beziehungsweise Überweisung nicht regelhaft stattfindet. Die Leitlinien empfehlen multimodale Gewichtsreduktionsprogramme (3, 6). Eine deutsche Studie hat die verfügbaren multimodalen Gewichtsreduktionsprogramme untersucht und kommt dabei zu dem Schluss, dass mit konservativer Therapie durchaus hohe Gewichtsverluste erzielt werden können (127). Insbesondere intensive multimodale Adipositasprogramme mit einer Formuladiät als Komponente sind sehr effektiv, allerdings schlecht verfügbar. Ein flächendeckendes Angebot dieser Intensivprogramme mit standardisierter Sportkomponente sollte aus Sicht der Autoren für Deutschland deshalb diskutiert werden.

Eine mögliche Lösung für das Problem, dass keine krankenkassenfinanzierten Gewichtsreduktionsprogramme vorhanden sind und die Möglichkeiten in der Hausarztpraxis begrenzt sind, sind kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme. In einer deutschen Vergleichsstudie zwischen einem kommerziellen Gewichtsreduktionsprogramm und hausärztlicher Beratung nahmen die Teilnehmer des kommerziellen Anbieters mehr ab und fühlten sich im Durchschnitt besser beraten, wobei die hausärztliche Betreuung trotzdem eine wichtige Rolle spielte (103). Die Empfehlung eines wissenschaftlich positiv evaluierten Programms kann daher eine sinnvolle Ergänzung der hausärztlichen Adipositas therapie sein. In der Analyse einer multicenter-RCT konnte gezeigt werden, dass sich auch die Qualität der Ernährung durch ein kommerzielles Programm stärker verbessert als durch hausärztliche Beratung allein (104).

Die Überweisung zu einem positiv evaluierten Gewichtsreduktionsprogramm ist Leitlinienempfehlung und international eine wichtige Therapieoption von Hausärzt:innen. Aus Sicht der Primärversorger:innen eines kanadischen multidisziplinären Settings war die Überweisung zu anderen Versorgungsteilnehmer:innen und Bildungsressourcen die am meisten bevorzugten Ansätze der Patient:innen (133); durch den teambasierten Ansatz seien zahlreiche Überweisungen zu lokalen Programmen oder weiteren Versorgungsteilnehmer:innen möglich. In einer australischen Studie konnte gezeigt werden, dass sich Hausärzt:innen sicherer beim Ansprechen des Gewichts und beim Management der Adipositas fühlten, wenn ein Gewichtsmanagementprogramm als therapeutische Option verfügbar war und sie es ihren Patient:innen anbieten konnten (47). Weiterhin sollten die Hausärzt:innen lokal verfügbare Gewichtsreduktionsprogramme gut kennen und Vertrauen in diese Programme haben, um die Betroffenen öfter dorthin zu überweisen und ein effektives Adipositasmanagement zu betreiben (93). Es sei wichtig, dass regelmäßige Kommunikation zwischen den Hausärzt:innen und entsprechenden Programmen stattfindet, sodass diese als empfehlenswert wahrgenommen werden. Auch eine

kanadische Studie macht deutlich, dass es für das interdisziplinäre Gewichtsmanagement besonders wichtig ist, dass gute klinische Beziehungen der Teammitglieder untereinander bestehen und gute Kommunikationsstrategien die Grundlage der interdisziplinären Betreuung sind (134). Es besteht der Bedarf von gemeinsamen Informationen über die Patient:innen und eines gemeinsamen Verständnisses für die Krankheit Adipositas und entsprechender Therapiemöglichkeiten bei den Mitgliedern des interdisziplinären Teams. Dies sollte für die Ausgestaltung des DMP Adipositas und die Versorgung in Deutschland berücksichtigt werden.

Als daran anknüpfenden Punkt, der für ein funktionierendes Netzwerk wichtig ist, wird die intersektorale Kommunikation thematisiert. Für eine effektive Patient:innenversorgung ist es zentral, dass die Versorgungsteilnehmer:innen informativ auf dem gleichen Stand über ihre Patient:innen sein können. Als Vorschläge werden durch die Interviewten webbasierte Lösungen oder auch die ePA (elektronische Patient:innenakte) genannt. Die ePA wurde mittlerweile eingeführt und bietet die Nutzung von Ärzt:innen und Patient:innen zur Hinterlegung von Medikationsplänen, Befundmitteilungen und Briefen (135). Inwiefern das für das multimodale Adipositasmanagement nützlich ist, bleibt zu evaluieren.

Aus dem vermuteten Zeitbedarf der Netzwerkarbeit und dem Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Hausärzt:innen (s. 5.4 Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement) ist nicht zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eigeninitiativ flächendeckend neue regionale Netzwerke zur Versorgung von Adipositaspatient:innen gegründet werden. Adipositas ist eine epidemiologisch bedeutsame Erkrankung mit multimodalem Behandlungsbedarf. Hier gibt es offensichtlich eine Diskrepanz. Eine interdisziplinäre Versorgung auf mehreren Ebenen im ambulanten Bereich könnte daher vermutlich am ehesten durch ein strukturiertes Programm wie ein DMP Adipositas umgesetzt werden. Tatsächlich decken sich die Angaben der Hausärzt:innen, wie sie sich ein regionales Adipositasnetzwerk wünschen würden, größtenteils mit ihren Aussagen zur inhaltlichen Ausgestaltung eines DMP Adipositas.

5.6.3 DMP Adipositas

5.6.3.1 Einstellung zu einem DMP Adipositas

Da das DMP Adipositas zum Zeitpunkt des Interviews noch in der Vorbereitung war, war dieses erwartungsgemäß noch nicht bei allen Hausärzt:innen bekannt. Dagegen sprachen vier Hausärzt:innen das geplante DMP von sich aus an, was für das Interesse innerhalb der Expert:innenstichprobe an diesem Thema spricht. Aufgrund der bereits umgesetzten DMPs ist die Einstellung der Hausärzt:innen auch in Bezug auf das DMP Adipositas erfassbar. Die bereits bestehenden DMP Programme geben die Möglichkeit, die Patient:innen zur jeweiligen chronischen Erkrankung ein Mal pro Quartal einzubestellen und diese Kontakte entsprechend abzurechnen (28).

Die befragten Hausärzt:innen zeigen sich prinzipiell offen für ein DMP Adipositas. Auch die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) begrüßt die Entscheidung zur Entwicklung eines DMP Adipositas, „denn eine leitliniengerechte und bedarfsorientierte Regelversorgung von Menschen mit Adipositas über die gesetzlichen Krankenkassen rückt nun in greifbare Nähe.“ (136). Ein DMP Adipositas habe das Potenzial, die defizitäre Versorgungssituation von Menschen mit Adipositas in Deutschland nachhaltig zu verbessern und langfristig die Lebensqualität sowie die Krankheitslast und vorzeitige Todesfälle zu verringern (10, 25, 136, 137).

Die Stärke des DMP Adipositas sahen die Befragten vor allem in der Strukturierung des ambulanten Adipositasmanagements sowie standardisierter Dokumentation und regelmäßiger Wiedervorstellung der Patient:innen. Diese Einstellung deckt sich mit Studien, die die bereits bestehenden DMP betreffen und als festen Bestandteil der hausärztlichen Versorgung chronisch kranker Patient:innen sehen (138, 139).

Neu sei für die Interviewten gegenüber anderen DMP der präventive Charakter des DMP Adipositas, da es durch die Reduktion des Risikofaktors Gewicht zur Verhinderung von Folgemorbidität kommen könne. Dafür sei es aus ihrer Sicht wichtig, die Patient:innen früh genug in das DMP einzuschließen. Ein systematischer Review kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass eine frühzeitige Erkennung und Intervention Adipositas als zugrundeliegenden Faktor für viele chronische Erkrankungen adressieren kann (140). Aktuell ist geplant, Patient:innen ab dem Adipositas Grad I mit mindestens einer definierten Komorbidität beziehungsweise ab Grad II oder größer in das DMP Adipositas einzuschließen (30). Es bleibt zu diskutieren, zukünftig auch übergewichtige Patient:innen mit Komorbiditäten bereits einzubeziehen.

Als weiterer positiver Aspekt wurde durch die Hausärzt:innen angemerkt, dass die Patient:innen DMP schon von anderen chronischen Erkrankungen kennen, was bei der Implementierung des neuen DMP Adipositas helfen könnte. Insbesondere durch den DMP-Vertrag mit den Krankenkassen entstünde aus ihrer Perspektive für die Patient:innen eine höhere Verbindlichkeit, was bei der Umsetzung einer Verhaltensänderung helfen könne. Trotzdem erwarteten einige Hausärzt:innen erfahrungsgemäß Compliance-Probleme bei den Patient:innen. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass das Engagement und die Compliance der Teilnehmer:innen sowie der Arbeitsaufwand der Ärzt:innen Schlüsselfaktoren für das Design eines Adipositasmanagementprogramms im hausärztlichen Setting sind (141). Dies sollte für die Ausgestaltung des DMP Adipositas beachtet und für das hausärztliche Setting berücksichtigt werden.

Die Befragten stehen dem geplanten DMP Adipositas nicht völlig kritiklos gegenüber. DMP werden als sehr zeitaufwendig und auch administrativ umfangreich eingeschätzt. Dies sollte bei der Honorierung des DMP ebenfalls berücksichtigt werden, denn diese könnte angesichts dessen zu gering ausfallen. Diese Aspekte von DMP werden von Hausärzt:innen auch in anderen Studien thematisiert (138, 139). Auch der Verband der deutschen Diabetes- Beratungs-

und -schulungsberufe e.V. (VDBD) merkt an, dass das DMP Adipositas nur bei „adäquater Finanzierung“ sinnvoll umgesetzt werden könne. „Ohne eine Abbildung der ärztlichen Leistungen sowie der Beratungs- und Schulungskräfte – idealerweise mit einer eigenen Abrechnungsziffer - wird ein DMP Adipositas nicht sein Potenzial entfalten können.“ (137)

Eine Sorge der Befragten war auch, dass die Vorgaben des DMP Adipositas inhaltlich zu eng und nicht individuell genug auf die Patient:innen anpassbar werden. Die Herausforderung im Umgang mit starren Vorgaben innerhalb von DMP wurde auch in anderen Befragungen genannt (138, 139). Auch die DEGAM steht dem geplanten DMP Adipositas aus verschiedenen Gründen kritisch gegenüber. Zwar sieht die Gesellschaft eine „klare Verantwortung“ für die multimodale Therapie der Adipositas im hausärztlichen Setting (114). Allerdings seien die zur Entwicklung des DMP genutzten Leitlinien-Empfehlungen nicht auf die Adipositastherapie im hausärztlichen Bereich zugeschnitten. Da Hausärzt:innen eine zentrale Rolle für die Umsetzung von DMP und die Versorgung chronisch Kranker spielen, sollten sie bei der Entwicklung und Anpassung von DMP stärker berücksichtigt werden (138, 139).

Wichtig war den Ärzt:innen, dass in der Umsetzung auf die Qualität der Versorgung geachtet wird und Personal entsprechend ausgebildet wird. Ein größeres und differenziertes Angebot an Pflichtschulungen für das Personal wurde auch in anderen Studien als wünschenswert eingeschätzt (138, 139). Die Implementierung eines neuen DMP in der hausärztlichen Praxis kann beispielsweise zusätzlich mittels eines Qualitätszirkels begleitet und laufend angepasst werden (142). Die Qualitätskontrolle und Kontrolle der Effektivität von DMP sind durch die entsprechende Richtlinie vorgeschrieben (30). Eine norwegische Studie zu einem Fortbildungsprogramm über Adipositas kam zu dem Ergebnis, dass mehr Wissen zu einer besseren Versorgung und der Vernetzung von Versorgungsteilnehmer:innen beitragen kann (143). Insbesondere vor dem Hintergrund einer zukünftigen Einführung eines DMP Adipositas erscheint eine entsprechende Wissensvermittlung der Versorgungsteilnehmer:innen unerlässlich. Dafür müssen die Versorgungsteilnehmer:innen auf Basis der Leitlinie entsprechend aus- und fortgebildet werden, bestenfalls, bevor das DMP Adipositas flächendeckend umgesetzt wird.

5.6.3.2 Ausgestaltung des DMP Adipositas

Viele der befragten Hausärzt:innen antworten auf die Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung eines neuen DMP Adipositas orientiert an den bereits bestehenden DMPs, bei denen neben einer körperlichen Untersuchung meist spezifische Laborwerte bestimmt und Risikofaktoren erfragt werden (30).

Aus Sicht der Hausärzt:innen müsste das DMP Adipositas eines mit vielen Querverbindungen werden, um den präventiven Charakter der Maßnahme voll auszuschöpfen. Auch der Leiter der Adipositas Ambulanz für Erwachsene und Professor für Klinische Adipositasforschung an der Universität Leipzig Prof. Dr. Matthias Blüher teilt diese Sichtweise, denn häufig benötigte

Adipositas ein „multidisziplinäres und sektorenübergreifendes Management“ (25). Aus seiner Sicht könne ein DMP zu einer strukturellen Verbesserung beitragen, indem die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne der Patienten gestärkt werden könne. Den Interviewten war es wichtig, dass die Früherkennung und Therapie häufig Komorbiditäten von Adipositas eine Rolle im geplanten DMP Adipositas spielen. Insbesondere Diabetes Typ 2 und die koronare Herzkrankheit sind beispielsweise schon von eigenständigen DMP versorgt (30). Die häufig mit Adipositas assoziierten orthopädischen Krankheitsbilder, wie Knie- oder Hüftgelenksarthrose, seien bisher zwar nicht von einem DMP abgedeckt, sollten aber für das DMP Adipositas berücksichtigt werden. Zur multimodalen Ausgestaltung des DMP Adipositas werden aus Sicht der Hausärzt:innen neben gebietsärztlichen Versorgungsteilnehmer:innen vor allem auch nicht-ärztliche Kolleg:innen benötigt. Ernährungsberater:innen, Bewegungstherapeut:innen und auch psychologische Begleitung einer Verhaltensänderung sollten fester Bestandteil des DMP Adipositas werden. Dies ist auch in der DMP-Richtlinie vorgesehen, um der Leitlinienempfehlung der multimodalen Therapie bei Adipositas gerecht zu werden (6, 30). Es zeigte sich in der Vergangenheit, wie wichtig eine differenzierte Aufgabenverteilung innerhalb des Praxisteam für die Umsetzung eines DMP ist und auch die Rolle des nicht-ärztlichen Personals aufwerten kann (142).

Aus der Erfahrung der Hausärzt:innen heraus seien auch Patient:innen-Schulungen und Hilfe zur Selbsthilfe ähnlich wie beim DMP Diabetes Typ 2 für die Adipositas therapie denkbar. Auch der Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD) betont, dass besonders die „qualitätsgesicherten Patientenschulungen“ einen hohen Stellenwert hätten (137). Es gehe weniger darum, die Patient:innen zu belehren, sondern mit alltagsnahem Training des Umgangs mit der Krankheit zum „Empowerment“ der Patient:innen beizutragen. Aufgrund der gemeinsamen Ätiologie von Adipositas und Diabetes Typ 2 sei eine synergistische Nutzung der vorhandenen Expertise aus Sicht des VDBD denkbar.

Eine Schwierigkeit, die von den Hausärzt:innen genannt wird, ist, realistische Informationen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten ihrer Patient:innen zu bekommen, insbesondere, wenn es um die Beratung im Verlauf einer Lebensstilintervention geht. Hier ist die Idee der befragten Ärzt:innen, Patient:innen mit Smart-Devices wie Tracking-Apps oder Smart-Watches zu versorgen und die Daten daraus gemeinsam auszuwerten. Auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können eine Ergänzung sein. Dabei handelt es sich um Apps, die verordnungsfähig sind und von der Krankenkasse bezahlt werden; für Adipositas gibt es die Anwendungen „Zanadio“ und „Oviva“ (144, 145). Allerdings scheinen die digitalen Gesundheitsanwendungen noch nicht in der hausärztlichen Versorgung angekommen zu sein. Auch wenn bereits erste positive Berichte von Ärzt:innen gibt, sind Schulungen über die Möglichkeiten und Regeln bei der Verordnung von DiGAs notwendig (146). Auch eine internetbasierte Lebensstilberatung kann eine sinnvolle Ergänzung für das Adipositasmanagement im hausärztlichen

Setting sein. Bei der Kombination von internetbasierter Lebensstilintervention mit hausärztlicher Begleitung profitierten Patient:innen bei diesem Ansatz mit einem größeren Gewichtsverlust als bei hausärztlicher Therapie allein (147). Allerdings scheint der persönliche Kontakt mit der Hausärzt:in beziehungsweise einem Coach in der Realität wichtig zu sein. Denn eine britische RCT zeigt, dass online-Programme ohne einen persönlichen Kontakt nicht unbedingt erfolgreich für den Endpunkt Gewichtsreduktion sind (148).

Es fällt auf, dass die medikamentöse Therapie durch die Hausärzt:innen nur wenig thematisiert wird und bisher auch im geplanten DMP Adipositas nicht berücksichtigt wird (30). Expert:innen kritisieren, dass die bisher als „Lifestyle-Medikamente“ eingeordneten Pharmaka nicht von der Krankenkasse finanziert werden können (§ 34 Abs. 1 des SGB V); dies sollte erneut diskutiert werden, da so die große Lücke zwischen konservativer und chirurgischer Therapie geschlossen werden könne (25, 149). Die Chirurgische Therapie als wichtige Versorgungsmöglichkeit sollte aus Sicht der Hausärzt:innen für das DMP Adipositas ebenfalls berücksichtigt werden.

Innerhalb des DMP Adipositas sind verschiedene Versorgungsebenen notwendig. Neben der Strukturierung der hausärztlichen Therapie könnten krankenkassenfinanzierte evidenzbasierte Gewichtsreduktionsprogramme und Adipositas-Schwerpunktpraxen eine Rolle spielen (s. 5.5.3 Bedeutung Schwerpunktpraxis Diabetes für das Adipositasmanagement). In Studien zu bestehenden DMP zeigte sich, dass die Zufriedenheit bezüglich interdisziplinärer Zusammenarbeit mit fachärztlichen Kollegen im Rahmen des DMP noch ausbaufähig war (138, 139). Das sollte bei der Ausgestaltung und Umsetzung des DMP Adipositas im hausärztlichen Setting berücksichtigt und verbessert werden.

5.7 Stärken und Schwächen der Studie

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring hat sich für die inhaltliche Analyse umfassender qualitativer Daten bewährt. Insbesondere das strukturierte Vorgehen bei der Datenanalyse und die inhaltliche Aufbereitung des Materials (Materialreduktion, Extraktion von Aussagen, Abbildung eines inhaltlichen Grundgerüsts) sind hier von Vorteil. Um Intercoderreliabilität zu erreichen, wurde insbesondere bei der Fragebogenentwicklung und der Entwicklung des Kategoriensystems ein erfahrener wissenschaftlicher Mitarbeiter zu Rate gezogen. Die Intracoderreliabilität wurde durch die umsichtige Gestaltung des Kodierleitfadens und möglichst trennscharfe Kategorien erreicht. Der konsequente Einsatz des Leitfadens im Interview erhöht die Vergleichbarkeit der Daten. Aufgrund der umfangreichen Datenmenge wurde ein Schwerpunkt auf die Analyse der Aussagen zur Beantwortung der Leitfragen der Arbeit gelegt. Dennoch wurde das gesamte Material für die Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes berücksichtigt.

Die Ergebnisse dieser qualitativ-explorativen Arbeit mit begrenztem Sample können aufgrund der Limitationen des Forschungsdesigns nicht als repräsentativ für die Grundgesamtheit aller Hausärzt:innen gelten. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer:innen fand zudem regional in Rheinland-Pfalz und Hessen statt. Auch wenn die nationalen Voraussetzungen für die hausärztlichen Versorgung innerhalb des Deutschen Gesundheitssystems ähnlich sind, können sich die konkreten Versorgungsbedingungen vor Ort durchaus unterscheiden.

Die limitierte Stichprobengröße von $n=22$ Interviewpartner:innen ermöglicht einen cursori-schen Überblick. Um eine gewisse Streuung sowie Diversifizierung der Stichprobe zu erreichen, wurde diese nach inhaltlich interessanten Faktoren quotiert und spiegelt insbesondere für die Geschlechts- und Altersverteilung die Verteilung der Hausärzt:innen in Rheinland-Pfalz wider. Durch das Erreichen der theoretischen Sättigung innerhalb der durchgeführten Anzahl an Interviews ist jedoch davon auszugehen, dass mit dieser Stichprobengröße die qualitativen Fragestellungen dieser Arbeit hinreichend beantwortet werden und die Skizzierung des qualitativen Konstruktes „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting“ erfolgen konnte.

Weiterhin sind Selektionsbias durch die Art der Rekrutierung über das Anschreiben von Hausärzt:innen und per E-Mail-Rekrutierung über den „Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e.V.“ möglich. Die Befragung basierte auf Interesse und Freiwilligkeit der Ärzt:innen; es gab keine Vergütung der Studienteilnahme. Es ist möglich, dass Ärzt:innen mit Interesse am Thema Adipositas und positiven Vorerfahrungen mit dem Management dieser Erkrankung verstärkt teilgenommen haben. Hier sind Selektionsbias bei der Entstehung des Samples im Sinne einer verstärkten Selbstselektion von Expert:innen möglich.

Auch die Art der Befragung kann einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. So wurde vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ein größerer Teil des Samples am Telefon interviewt. Prinzipiell müssen Telefoninterviews persönlichen Interviews in puncto Datenqualität in nichts nachstehen. Insbesondere bei der Beachtung einiger Rahmenbedingungen, wie einer ungestörten Atmosphäre und dem verständlichen Stellen komplexer Fragen. Weitere Vorteile des Telefoninterviews sind, dass Einflüsse durch die Interviewpartner:innen wie beispielsweise Auftreten, Aussehen und nonverbale Kommunikation verringert werden und eine größere Flexibilität für Ort und Zeit des Interviews entsteht. Ein Telefoninterview kann aber auch zu Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse führen. So können Störungen und Nebentätigkeiten der Interviewpartner:innen unbemerkt bleiben und nicht beeinflusst werden. Weiterhin fehlen visuelle und nonverbale Informationen, um den Gesprächsverlauf zu steuern. Die Auskunftsbereitschaft am Telefon kann durch den fehlenden persönlichen Kontakt und die geringere Vertrauensbildung ebenfalls verringert sein.

Da sich die Ärzt:innen zusätzlich zu ihrem üblichen Arbeitspensum in der hausärztlichen Praxis Zeit für ein ausführliches Interview genommen haben, könnten das Engagement dieser Ärzt:innen und das Interesse am sowie die Kenntnisse zum Krankheitsbild Adipositas Faktoren sein, die die Ergebnisse in eine Richtung beeinflusst haben. Bei dieser Expert:innenstichprobe ist auch davon auszugehen, dass die Ärzt:innen durch ihr Interesse am Thema, ihre Qualifikationen und ihre praktischen Erfahrungen höher für das Adipositasmanagement qualifiziert sind als der Schnitt der deutschen Hausärzt:innen. Dies trifft insbesondere auf den Anteil des Samples zu, der zusätzlich zu ihrer hausärztlichen Tätigkeit eine diabetologische Qualifikation hat. Auch dies ist bei der Anwendung der Ergebnisse zu beachten.

5.8 Schlussfolgerungen

Die diskutierten Aspekte zeigen, dass das hausärztliche Setting zentral für das Adipositasmanagement ist. Auch wenn viele der leitliniengerechten Empfehlungen nicht optimal umgesetzt werden können, sind für die Versorgung adipöser Patient:innen im ambulanten Bereich Potenziale vorhanden, die konsequent genutzt werden sollten.

Als Limitationen werden neben mangelnder gesamtgesellschaftlicher Adipositasprävention vor allem knappe zeitliche Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung und mangelnde Finanzierung von Maßnahmen eines leitliniengerechten Adipositasmanagements thematisiert. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit für ein multimodales Adipositasmanagement ist ausbaufähig. Umso wichtiger scheint es, mit dem geplanten DMP Adipositas eine strukturierte Versorgung mit entsprechender Finanzierung der Maßnahmen durch die Krankenkassen und flächendeckend verfügbarem multimodalem Gewichtsmanagement zu implementieren.

Es ist zentral, die Koordination des Gewichtsmanagements durch die Hausärzt:innen zu bestärken und effektive Instrumente zur Gewichtsberatung sowie zur Verhaltensmodifikation zu trainieren und einzuführen. Für die zukünftige Versorgung sollten die therapeutischen Möglichkeiten im hausärztlichen Setting sowie weitere ambulante Versorgungsangebote ausgebaut werden, sodass die Hausärzt:innen niedrigschwellig weitere Versorgungsteilnehmer:innen für ein multimodales Gewichtsmanagement einbinden können. Da eine ernährungstherapeutische Intervention einen hohen Stellenwert hat, sollten entsprechende Angebote zur Ernährungsberatung in Form einer Kooperation oder durch eine qualifizierte Kraft in der Praxis verfügbar werden. Außerdem wäre aus Sicht der Hausärzt:innen ein krankenkassenfinanziertes Reha-Sportangebot speziell für Adipositas wünschenswert. Auch kommerzielle evidenzbasierte Gewichtsreduktionsprogramme sind eine Möglichkeit, die aktuell unterrepräsentiert scheint und bei lokaler Verfügbarkeit öfter und stärker empfohlen werden sollte. Vor allem sollte daran gearbeitet werden, dass wissenschaftlich positiv evaluierte multimodale Gewichtsreduktionsprogramme flächendeckend verfügbar werden. Auch wenn dieser Aspekt durch die Interviewten wenig thematisiert wurde, scheint es aus medizinischer Sicht sinnvoll, die Finanzierung der medikamentösen Adipositastherapie durch die Krankenkassen anzustreben, um die Versorgung leitliniengerecht zu gestalten und die Potenziale der konservativen Therapie konsequent zu nutzen.

Das krankenkassenfinanzierte DMP Adipositas ist eine vielversprechende Maßnahme, um die Versorgung adipöser Patient:innen im ambulanten Setting zu strukturieren und auszubauen. Das Neue am DMP Adipositas in Vergleich zu anderen DMP ist der präventive Charakter, um durch rechtzeitige Behandlung des Risikofaktors Übergewicht auch Folgeb morbidität zu verringern. Mit ambulanten Versorgungspartnern und strukturierten evidenzbasierten Programmen

in mehreren Versorgungsstufen könnte zukünftig eine effektive Therapie von Patient:innen mit Adipositas im hausärztlichen Setting erreicht werden.

Die befragten Hausärzt:innen gehen davon aus, dass das geplante DMP Adipositas die Versorgung in Zukunft prägen und verändern wird. Eine Strukturierung des ambulanten Adipositasmanagements durch ein solches Programm erscheint ihnen als möglich. Die Ärzt:innen zeigen sich grundsätzlich offen für ein DMP Adipositas, stehen der Maßnahme allerdings aufgrund der Erfahrung mit bestehenden DMP insbesondere bezüglich Zeit- und Dokumentationsaufwand nicht kritiklos gegenüber. Ebenfalls sollte das DMP Adipositas durch die Krankenkassen entsprechend vergütet werden. Für ein medizinisch hochwertiges DMP Adipositas sollten die Versorgungsteilnehmer:innen auf Basis der aktualisierten Leitlinie entsprechend aus- und fortgebildet werden; bestenfalls, bevor das Programm in der Breite umgesetzt wird. So kann am ehesten gewährleistet werden, dass mit aktuellen Erkenntnissen eine adäquate und strukturierte Adipositastherapie durchgeführt wird. Eine wissenschaftliche Evaluation bezüglich der Effektivität des DMP Adipositas ist ebenfalls notwendig und sinnvoll. Aus Sicht der Hausärzt:innen sollte bezüglich der Ausgestaltung beachtet werden, dass das Versorgungsangebot verbessert wird, vorhandene Ressourcen genutzt werden und auch Gestaltungsspielraum für die individuelle Therapie der Patient:innen bleibt. Es ist bemerkenswert, mit welchem Engagement und welcher Kreativität die Interviewten die Versorgung vor Ort bereits zum Zeitpunkt der Erhebung mitgestalten. Auch ein DMP sollte Gestaltungsspielräume für solche Ideen lassen und das Engagement der Ärzt:innen für die Versorgung vor Ort ermöglichen.

In Schwerpunktpraxen für das DMP Diabetes Typ II ist schon vieles realisiert, was auch für die Versorgung adipöser Patient:innen wünschenswert wäre. Als Versorgungsstruktur und auch in ihrer Expertise wären sie für die Umsetzung eines DMP Adipositas interessant. Letztlich werden die Ressourcen der Schwerpunktpraxis Diabetes für die Betreuung des Großteils der adipösen Patient:innen aber vermutlich nicht ausreichen, da diese Praxen auf Diabetiker:innen ausgerichtet sind. Allerdings sollten zumindest die Diabetiker:innen mit Adipositas in dieser existierenden Struktur konsequent behandelt werden. Als höhere Versorgungsebene in einem DMP Adipositas wäre eine Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin denkbar, die als wichtiger Ansprechpartner für die Patient:innen und Hausärzt:innen fungieren könnte.

Es bleibt abzuwarten, wie sich die Ausgestaltung des DMP Adipositas entwickelt und wie es in der hausärztlichen Praxis tatsächlich umgesetzt und angenommen wird. Es bleibt ebenfalls abzuwarten, wie sich die Versorgungslandschaft mit dem DMP Adipositas und Vergütung von Maßnahmen in diesem Rahmen entwickelt. Durch nachfolgender Forschungsprojekte sollte evaluiert werden, wie sich die Sichtweise der Hausärzt:innen auf das hausärztliche Gewichtsmanagement, das DMP Adipositas sowie die interdisziplinäre Therapie nach Umsetzung dieser Maßnahme verhält und inwiefern dies aus ihrem Blickwinkel die Versorgung verändert.

6 Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertationsarbeit „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting – eine Interviewstudie mit Hausärzt:innen in Rheinland-Pfalz und Hessen“ beschäftigt sich mit der Einstellung von Hausärzt:innen zu einer strukturierten Adipositas-therapie im hausärztlichen Setting. Für die vorliegende Arbeit wurde ein exploratives Design verwendet. Es wurden 22 halbstandardisierte Expert:inneninterviews mit Hausärzt:innen geführt, die im Anschluss mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Gesamtheit der befragten Ärzt:innen ist hausärztlich tätig, wobei 6 von 22 zusätzlich eine diabetologische Qualifikation haben oder in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis arbeiten.

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt in Deutschland in den letzten Jahren an. Adipositas ist als Erkrankung selbst und durch assoziierte Begleit- und Folgeerkrankungen eine relevante Belastung für Patient:innen und das Gesundheitssystem. Die hausärztliche Praxis befindet sich an einer zentralen Position für das Adipositasmanagement im ambulanten Bereich, was auch durch die Sichtweise und Einstellung der hier befragten Hausärzt:innen verdeutlicht wird.

Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung findet die Stellung der Diagnose Adipositas häufig im Rahmen einer sogenannten „Check-up-Untersuchung“ statt. Die daraus folgenden Therapieempfehlungen der befragten Hausärzt:innen sind sowohl in Qualität als auch Umfang heterogen. Die Aspekte Ernährung und Bewegung haben für alle Interviewten bei der Beratung zur Gewichtsreduktion einen hohen Stellenwert. Die Bewegungsempfehlungen der Hausärzt:innen konzentrieren sich auf aerobe Sportarten und Sport in der Gruppe, wie beispielsweise beim Rehabilitationssport. Insbesondere anhand der Ernährungsempfehlungen lässt sich allerdings auch die Heterogenität der Beratung verdeutlichen: Eine einfache Ernährungsempfehlung zu Beginn einer Gewichtsreduktion können alle Befragten ihren Patient:innen geben. Einige Ärzt:innen im Sample haben Ernährungsmedizin als zusätzliche Qualifikation erlangt und können dadurch spezieller und umfassender beraten. Dagegen übernimmt in diabetologischen Schwerpunktpraxen eine in der Praxis tätige Fachkraft die Ernährungsberatung.

Bei den diabetologisch qualifizierten Interviewpartner:innen lässt sich eine Expertise sowohl für die Therapie von Diabetes mellitus Typ 2 als auch für Adipositas erkennen, da es ätiologische Zusammenhänge dieser Erkrankungen gibt. Die strukturellen Besonderheiten diabetologischer Schwerpunktpraxen grenzen diese deutlich zu den hausärztlichen Praxen ab; zu nennen sind beispielsweise Möglichkeiten zur ausführlichen metabolischen Diagnostik und Ernährungs- und Bewegungstherapie sowie psychologische Unterstützung direkt in der Schwerpunktpraxis. Diese Expertise und die Versorgungsstrukturen für Diabetiker:innen sind ebenso wünschenswert für die Versorgung von adipösen Patient:innen. Allerdings ist zu

berücksichtigen, dass die Schwerpunktpraxen Diabetes mit ihrer Kapazität auf die an Diabetes erkrankten Patient:innen ausgerichtet sind. Es ist also nicht unbedingt davon auszugehen, dass Patient:innen mit Adipositas dort zukünftig ebenfalls angebunden werden können.

Weiterhin sind einige sehr engagierte Hausärzt:innen in der Stichprobe, die „Best-Practice-Beispiele“ für das ambulante Adipositasmanagement aufzeigen. So haben sie eigenständig Programme oder Gruppen ins Leben gerufen, um das Versorgungsangebot für Patient:innen mit Adipositas zu verbessern. Einer der Befragten hat beispielsweise eine Rückenschule mit Kursen zu Gewichtsreduktion und Ernährungsberatung gegründet, wo neben Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche Zielgruppe der Maßnahmen waren. Allerdings ließ sich beobachten, dass einige Hausärzt:innen ihr Engagement zwar eine Weile durchführten, es dann aus Zeitgründen oder bei ausbleibendem langfristigen Erfolg auch wieder ruhen ließen.

Herausforderungen, die von den Hausärzt:innen im Praxisalltag erlebt werden, sind der Zeitmangel im Versorgungsalltag und auch die mangelnde Vergütung für Leistungen im Rahmen des Adipositasmanagements. Aktuell besteht nur für einen Teil der Maßnahmen, die für eine leitliniengerechte konservative Adipositas therapie notwendig sind, die Möglichkeit, diese über die gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

Als Entwicklungsperspektiven nennen die Hausärzt:innen eine gesicherte Vergütung für therapeutische Leistungen im Rahmen des Adipositasmanagements, aber auch die Notwendigkeit des Ausbaus der ambulanten Strukturen für die Adipositasversorgung. Insbesondere evidenzbasierte und durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierte multimodale Gewichtsreduktionsprogramme sind aktuell nicht flächendeckend verfügbar. Als weiteres Beispiel werden krankenkassenfinanzierte Rehabilitationssportprogramme speziell für die Diagnose Adipositas als wünschenswert bezeichnet. Weiterhin sei ein klarer Fokus auf die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Primärprävention von Übergewicht und Adipositas essenziell, sodass junge Menschen gar nicht erst zu adipösen Patient:innen werden.

Für das zukünftige Adipositasmanagement befindet sich ein DMP Adipositas in Vorbereitung bzw. Umsetzung. Die befragten Hausärzt:innen sind grundsätzlich offen für ein solches DMP und sehen es als hilfreich für die Strukturierung der ambulanten Adipositasversorgung an. Allerdings stehen sie dem geplanten DMP nicht völlig kritiklos gegenüber. Es wurde von den Interviewten angemerkt, dass ein DMP Adipositas ausreichend gegenfinanziert, interdisziplinär angelegt und mehrere Versorgungsebenen umfassend sein sollte. Beispielsweise sei als weitere Ebene eine Struktur vergleichbar mit der Schwerpunktpraxis Diabetes bzw. die Stärkung ernährungsmedizinischer Praxen denkbar. Weiterhin sollten Schulungsmöglichkeiten für Ärzt:innen und nicht-ärztliches Personal zum Adipositasmanagement verfügbar sein. Nur dann könne man ein qualitativ hochwertiges Programm durchführen, das zielführend und effektiv ist und eine Strukturierung und Verbesserung für die Versorgung darstellt.

Letztlich befinden sich die Hausärzt:innen an einer Schlüsselstelle für das ambulante Adipositasmanagement, die für die zukünftige Versorgung adipöser Patient:innen berücksichtigt werden sollte. Das aktuelle Therapieangebot im ambulanten Bereich ist heterogen, insbesondere fehlen evidenzbasierte multimodale Gewichtsreduktionsprogramme, die flächendeckend verfügbar werden sollten. Das DMP Adipositas wird als Möglichkeit für die Strukturierung des hausärztlich basierten Adipositasmanagements und als Potenzial für die qualitative Verbesserung der Versorgung wahrgenommen. Dabei ist die Einbindung vorhandener Expertise, beispielsweise mittels diabetologischer und ernährungsmedizinischer Schwerpunktpraxen, sofern auch dort die finanziellen und personellen Ressourcen verfügbar sind, denkbar. Ein DMP Adipositas kann weiterhin einen Beitrag zur Prävention von Folgeerkrankungen leisten, indem es Adipositas nicht nur als eigenständige Erkrankung, sondern auch als Risikofaktor für weitere chronische Krankheiten adressiert. Neben der Sicherung der Vergütung leitliniengerechter therapeutischer Maßnahmen spielt auch die Vergrößerung des ambulanten Angebotes für adipöse Patient:innen eine wichtige Rolle.

Die Erkrankungen Übergewicht und Adipositas inklusive der assoziierten Folgeerkrankungen werden für das deutsche Gesundheitssystem auch in den folgenden Jahren wichtige Themen darstellen. Es bleibt zu evaluieren, wie sich die Versorgung nach Einführung des DMP Adipositas im ambulanten Bereich gestaltet und wie die zu erwartenden Veränderungen durch Hausärzt:innen und Patient:innen wahrgenommen werden.

7 Literaturverzeichnis

1. Schienkiewitz A, Kuhnert R, Blume M, Mensink GBM, Robert Koch-Institut: Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (Hrsg.). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*. 2022;7(3):23-31.
2. Klein S, Krupka S, Behrendt S, Pulst A, Bleß H. Weißbuch Adipositas: Versorgungssituation in Deutschland. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2016.
3. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V., Berg A, Bischoff SC, et al. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0. AWMF online. 2014;AWMF-Register NR. 050/001.
4. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Hrsg., Uebel T. Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas/Übergewicht. DEGAM-Praxisempfehlung Nr 2. 2016.
5. World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO Consultation. WHO Technical Report Series. 2000;894.
6. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 5.0. AWMF online. 2024 AWMF-Register Nr. 050/001.
7. Wangler J, Jansky M. Betreuungsbedürfnisse von Patienten mit Übergewicht und Adipositas in der Hausarztpraxis – Ergebnisse einer Interviewstudie. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2020;16:273-81.
8. Kroll MMC. Adipositasmanagement in der Hausarztpraxis aus der Sicht Betroffener: eine qualitative Analyse von Patienteninterviews [Dissertation]. Berlin: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2014.
9. Wangler J, Jansky M. Einstellungen von Hausärzten zum Adipositasmanagement: Ergebnisse einer qualitativen Interviewreihe in Rheinland-Pfalz und Hessen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2020;96 (4).
10. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Pressemitteilung: Disease-Management-Programme. Neues Gesundheitsangebot bei Adipositas: G-BA schafft Voraussetzungen für DMP [Internet]. 2023 [zitiert am 06.02.2024]. Available from: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1149/>.
11. Deutsches Ärzteblatt. Disease Management Programm Adipositas freigegeben [Internet] 03.04.2024 [zitiert am: 09.01.2025]. Available from:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150395/Disease-Management-Programm-Adipositas-freigegeben>.

12. Garrow JS. Obesity and related diseases. Edinburgh (U.K.): Churchill Livingstone; 1988. 340 p.
13. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Publishing; 2019.
14. Robert Koch-Institut (Hrsg). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut. 2012:116-9.
15. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C, Robert Koch-Institut: Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (Hrsg.). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring. 2017;2 (2):21-8.
16. König H. Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Internet] 2022 [zitiert am: 16.01.2025]. Available from: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i048-2.0>.
17. DESTATIS Statistisches Bundesamt. Krankheitskostenrechnung Adipositas und sonstige Überernährung [Internet]. 2020 [zitiert am 15.01.2025]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankheitskosten/Tabellen/tabellen-innen-krankheitskosten-diagnosen.html>.
18. Effertz T, Engel S, Verheyen F, Linder R. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. Eur J Health Econ. 2016;17(9):1141-58.
19. Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. Obes Rev. 2009;10(3):313-23.
20. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. J Acad Nutr Diet. 2014;114(10):1557-68.
21. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004;351(26):2683-93.
22. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) (Hrsg.), Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM), Deutsche Gesellschaft für

Endoskopie und bildgebende Verfahren e.V. (DGE-BV), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), et al. S3-Leitlinie Chirurgie der Adiposits und metabolischer Erkrankungen. Version 2.3. AWMF online. 2018;AWMF-Register-Nr. 088-001.

23. Deutscher Bundestag. Start einer Nationalen Diabetes-Strategie – Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland und Versorgung des Diabetes mellitus zielgerichtet weiterentwickeln: Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Berlin: Bundesanzeiger Verlag GmbH; 2020.

24. Rebscher H, Hrsg., Nolting H-D, Krupka S, Sydow H, Tisch T. Versorgungsreport Adipositas: Chancen für mehr Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. 2016;(15).

25. Blüher M. Adipositas Disease Management Programm? Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie. 2021;15(03):138-42.

26. Frenzel SV, Bach S, Ahrens S, Hellbardt M, Hilbert A, Stumvoll M, et al. Ausweg aus der Versorgungslücke: Voll Krankenkassen-finanzierte konservative Adipositas-Therapie. Prospektive Auswertung klinischer Real-World-Daten eines großen Adipositas-Programms. Dtsch Med Wochenschr. 2020;145(14):e78-e86.

27. Schwalm SV, Hilbert A, Stumvoll M, Striebel R, Sass U, Tiesler U, et al. Das Leipziger Adipositasmanagement. Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie. 2015;09(02):87-92.

28. Bundesamt für Soziale Sicherung. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme - DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung [Internet] 2024 [zitiert am 15.01.2024]. Available from: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/#:~:text=Sinn%20und%20Zweck,den%20betroffenen%20Versicherten%20vermieden%20werden.>

29. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Pressemitteilung: Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 34. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 (DMP Adipositas) und der Anlage 24 (Adipositas Dokumentation) [Internet]. 2023 [zitiert am 25.02.2025]. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas_BAnz.pdf.

30. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V [Internet]. 2024 [zitiert am 25.02.2025].

Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3583/DMP-A-RL_2024-04-18_iK-2024-10-01.pdf.

31. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2005;48(12):1365-73.
32. Schwenke M. Versorgungssituation von Personen mit Adipositas im hausärztlichen Setting [Dissertation]. Leipzig: Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig; 2022.
33. Schwenke M, Welzel FD, Luck-Sikorski C, Pabst A, Kersting A, Blüher M, et al. Psychometric properties of the Patient Assessment of Chronic Illness Care measure (PACIC-5A) among patients with obesity. BMC Health Serv Res. 2019;19:61.
34. Schwenke M, Lupp M, Pabst A, Welzel FD, Löbner M, Luck-Sikorski C, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. BMC Family Practice. 2020;21(1):169.
35. Brinck AGSL. Betreuung übergewichtiger Patienten in der Hausarztpraxis - eine qualitative Analyse von Interviews mit Hausärzten aus Berlin und Brandenburg [Dissertation]. Berlin: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2012.
36. Critchlow N, Rosenberg G, Rungay H, Petty R, Vohra J. Weight assessment and the provision of weight management advice in primary care: a cross-sectional survey of self-reported practice among general practitioners and practice nurses in the United Kingdom. BMC Family Practice. 2020;21(1):111.
37. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Missing an opportunity: the embedded nature of weight management in primary care. Clin Obes. 2015;5(6):325-32.
38. Heintze C. Prävention von Adipositas in der Hausarztpraxis [Habilitationsschrift]. Berlin: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin 2012.
39. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev. 2015;16(4):319-26.
40. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes Rev. 2016;17(1):43-55.
41. Hansson LM, Rasmussen F, Ahlstrom GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. BMC Family Practice. 2011;12(1):7.

42. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity—a qualitative study. *European Journal of General Practice*. 2012;18(1):9-14.
43. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *Br J Gen Pract*. 2005;55(519):750-4.
44. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29(9):1100-6.
45. Warr W, Aveyard P, Albury C, Nicholson B, Tudor K, Hobbs R, et al. A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring GPs' and nurses' perspectives on discussing weight with patients with overweight and obesity in primary care. *Obes Rev*. 2021;22(4):e13151.
46. Kebbe M, Jebb SA, Begh R, Christian-Brown A, Wheat H, Farley A, et al. General practitioner views on addressing weight opportunistically in primary care: An embedded sequential mixed-methods study. *Patient Educ Couns*. 2022;105(3):512-23.
47. Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N, van Weel C, Douglas K. Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2017;7:e014314.
48. Bundesgesundheitsministerium. Gesundheits-Check-up [Internet]. 2024 [zitiert am: 14.02.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/checkup.html>.
49. Henkel JD. Hausärztliche Lebensstilberatung von übergewichtigen und adipösen Patienten am Beispiel des Check-Up-35 [Dissertation]. Berlin: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Charité- der Universitätsmedizin Berlin; 2012.
50. 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. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2009;103(7):439-44.
51. Wiesner J. Die Check up-Untersuchung übergewichtiger Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis - eine qualitative Analyse von Beratungsgesprächen [Dissertation]. Berlin: Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2009.
52. Heintze C, Metz U, Hahn D, Niewöhner J, Schwantes U, Wiesner J, et al. Counseling overweight in primary care: An analysis of patient–physician encounters. *Patient Education and Counseling*. 2010;80(1):71-5.
53. Heintze C, Metz U, Dieterich A, Schwantes U, Wiesner J. Ursachen von Übergewicht: Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen im Kontext der hausärztlichen Gesundheitsuntersuchung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2008;3(4):289-95.

54. Glauser TA, Roepke N, Stevenin B, Dubois AM, Ahn SM. Physician knowledge about and perceptions of obesity management. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2015;9(6):573-83.
55. Zevin B, Martin M, Dalgarno N, Chan L, Sivapalan N, Houlden R, et al. Survey of perceptions and educational needs of primary care providers regarding management of patients with class II and III obesity in Ontario, Canada. *BMC Family Practice*. 2021;22(1):14.
56. Oshman L, Othman A, Furst W, Heisler M, Kraftson A, Zouani Y, et al. Primary care providers' perceived barriers to obesity treatment and opportunities for improvement: A mixed methods study. *PLoS One*. 2023;18(4):e0284474.
57. Nordmo M, Danielsen YS, Nordmo M. The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obes Rev*. 2020;21(1):e12949.
58. Flick U. *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Originalausgabe, 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019.
59. Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2016.
60. Diekmann A. *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen [E-Book]*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2023.
61. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2015.
62. Mayer HO. *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung [E-Book]*. 6., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Verlag; 2013.
63. McKinlay J. Towards appropriate levels: Research methods and healthy public policies. In: Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U, editors. *Quality of Life and Health: Concepts Methods and Applications* Berlin: Basil Blackwell. Berlin: Basil-Blackwell; 1995. p. 161-82.
64. Mey G, Mruck K. *Qualitative Interviews [E-Book]*. In: Naderer G, Balzer E, editors. *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis Grundlagen, Methoden und Anwendungen*. Wiesbaden: Gabler; 2007. p. 249-78.
65. Meuser M, Nagel U. *ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht*. In: Bogner A, Littig B, Menz W, editors. *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2002. p. 71-93.
66. Bogner A, Menz W. *Das theoriegenerierende Experteninterview*. In: Bogner A, Littig B, Menz W, editors. *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2002. p. 33-70.

67. Kuckartz U, Rädiker S. Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt [E-Book]. Wiesbaden: Springer VS; 2020.
68. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Altersstruktur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten Rheinland-Pfalz [Internet]. 2024 [zitiert am: 25.02.2025]. Available from: <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=3071&token=9092e04123ae2f9edee1584c6d1cd4e4e50c3909>.
69. Mainous AGI, Xie Z, Dickmann SB, Medley JF, Hong YR. Documentation and Treatment of Obesity in Primary Care Physician Office Visits: The Role of the Patient-Physician Relationship. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(2):325-32.
70. Evans EH, Sainsbury K, Kwasnicka D, Bolster A, Araujo-Soares V, Sniehotta FF. Support needs of patients with obesity in primary care: a practice-list survey. *BMC Family Practice*. 2018;19(1):6.
71. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):19.
72. Albury C, Webb H, Ziebland S, Aveyard P, Stokoe E. What happens when patients say "no" to offers of referral for weight loss? - Results and recommendations from a conversation analysis of primary care interactions. *Patient Educ Couns*. 2022;105(3):524-33.
73. Dicker D, Alfadda AA, Coutinho W, Cuevas A, Halford JCG, Hughes CA, et al. Patient motivation to lose weight: Importance of healthcare professional support, goals and self-efficacy. *European Journal of Internal Medicine*. 2021;91:10-6.
74. Kaufer-Horwitz M, Villa M, Pedraza J, Domínguez-García J, Vázquez-Velázquez V, Méndez J, et al. Knowledge of appropriate foods and beverages needed for weight loss and diet of patients in an Obesity Clinic. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2014;69:68-72.
75. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. [Internet] 2024 [zitiert am: 25.02.2025]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztostatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf.
76. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12):1941-62.
77. Abbott S, Parretti HM, Greenfield S. Experiences and perceptions of dietitians for obesity management: a general practice qualitative study. *J Hum Nutr Diet*. 2021;34(3):494-503.
78. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Strukturqualität diabetologisch besonders qualifizierter Versorgungssektor gemäß § 4 (Ebene C) [Internet]. 2023 [zitiert am:

12.02.2025]. Available from: <https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2687&token=8180e9fe24b059654245cc7b8e7c8be3a41d2775>.

79. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) [Internet]. 2025 [zitiert am 25.02.2025]. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3676/HeilM-RL_2024-10-29_iK-2025-01-01.pdf.
80. Oliveira A, Monteiro A, Jácome C, Afreixo V, Marques A. Effects of group sports on health-related physical fitness of overweight youth: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2017;27.
81. Wang T, Yang L, Xu Q, Dou J, Clemente F. Effects of recreational team sports on the metabolic health, body composition and physical fitness parameters of overweight and obese populations: A systematic review. *Biology of Sport*. 2024;41:243-66.
82. Petridou A, Siopi A, Mougios V. Exercise in the management of obesity. *Metabolism Clinical and Experimental*. 2019;92:163-9.
83. Chen J, Kaur H, Jaques J, Rock Z, Dean CM, Lord RV, et al. Association of clinically significant weight loss with number of patient visits and months of attendance at an Australian multidisciplinary weight management clinic. *Clinical Obesity*. 2022;12:e12520.
84. Compher C, Hanlon A, Kang Y, Elkin L, Williams N. Attendance at Clinical Visits Predicts Weight Loss After Gastric Bypass Surgery. *Obesity Surgery*. 2012;22:927-34.
85. Shen R, Dugay G, Rajaram K, Cabrera I, Siegel N, Ren C. Impact of Patient Follow-Up on Weight Loss after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 2004;14:514-9.
86. Dutton GR, Perri MG, Dancer-Brown M, Goble M, Van Vesslem N. Weight loss goals of patients in a health maintenance organization. *Eat Behav*. 2010;11(2):74-8.
87. Magkos F, Fraterrigo G, Yoshino J, Luecking C, Kirbach K, Kelly SC, et al. Effects of Moderate and Subsequent Progressive Weight Loss on Metabolic Function and Adipose Tissue Biology in Humans with Obesity. *Cell Metab*. 2016;23(4):591-601.
88. Morris E, Jebb SA, Oke J, Nickless A, Ahern A, Boyland E, et al. Effect of weight loss on cardiometabolic risk: observational analysis of two randomised controlled trials of community weight-loss programmes. *Br J Gen Pract*. 2021;71(705):e312-e9.
89. Tahrani A, Morton J. Benefits of weight loss of 10% or more in patients with overweight or obesity: A review. *Obesity*. 2022;30:802-40.
90. Wangler J, Rusert R, Jansky M. Leitlinienorientierung in der hausärztlichen Versorgung – Befunde einer quantitativen und qualitativen Studienreihe zur Leitliniennutzung von niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2024.
91. Wang T, Tan J, Liu X, Zhao I. Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*. 2023;13:e062158.

92. Qumseya B, Goddard A, Qumseya A, Estores D, Draganov P, Forsmark C. Barriers to Clinical Practice Guideline Implementation Among Physicians: A Physician Survey. *International Journal of General Medicine*. 2021;14:7591-8.
93. Blane DN, Macdonald S, O'Donnell CA. What works and why in the identification and referral of adults with comorbid obesity in primary care: A realist review. *Obes Rev*. 2020;21(4):e12979.
94. Jung FU, Luck-Sikorski C, Stroh C, Riedel-Heller SG. Zuweisungsverhalten der Hausärzte bei Patienten mit Adipositas. *Der Chirurg*. 2018;89(8):577-82.
95. Von Dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. *BMC Family Practice*. 2019;20.
96. Konrad T, Link C, Shackelton R, Marceau L, Von Dem Knesebeck O, Siegrist J, et al. It's About Time: Physicians' Perceptions of Time Constraints in Primary Care Medical Practice in Three National Healthcare Systems. *Medical Care*. 2010;48:95-100.
97. Bundesgesundheitsministerium. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) [Internet]. 2024 [zitiert am: 12.02.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/igel.html>.
98. Tudor K, Jebb SA, Manoharan I, Aveyard P. Brief interventions for obesity when patients are asked to pay for weight loss treatment: an observational study in primary care with an embedded randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2020;70(694):e348-e55.
99. Goetschmann M, Nickolai B, Hegar K, Fäh D, Kiss C. Das Behandlungsprogramm bei Adipositas mit den Schwerpunkten Essverhalten und Lebensstiländerung (BASEL) ist effektiv, aber nicht kostendeckend. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2020;45(03):172-81.
100. Aboueid S, Bourgeault I, Giroux I. Nutrition care practices of primary care providers for weight management in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada - a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):69.
101. Adipositas Netzwerk. Willkommen beim Adipositas Netzwerk [Internet] 2025 [zitiert am 25.02.2025]. Available from: <https://www.adipositas-netzwerk.org>.
102. Brooks JV, Kimminau KS, McCrea-Robertson S, Befort C. Rural Family Medicine Clinicians' Motivations to Participate in a Pragmatic Obesity Trial. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(5):736-44.
103. Gstettner A, Holzapfel C, Stoll J, Hauner H. Gewichtsreduktion: Evaluation der Möglichkeiten auf hausärztlicher Versorgungsebene und der Patientenzufriedenheit. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2013;138(19):989-94.
104. Ambrosini GL, Solis-Trapala I, Ahern AL, Fuller NR, Holzapfel C, Hauner H, et al. Greater improvements in diet quality among overweight participants following a group-based commercial weight loss programme than those receiving support to lose weight in primary care. *Nutr J*. 2018;17(1):64.

105. Rodriguez-Cristobal JJ, Alonso-Villaverde C, Panisello JM, Travé-Mercade P, Rodriguez-Cortés F, Marsal JR, et al. Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice*. 2017;18(1):74.
106. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin Obes*. 2014;4(1):39-44.
107. Bundesärztekammer. Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für die Zusatz-Weiterbildung Diabetologie [Internet]. 2023 [zitiert am: 10.02.2025]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/ZWB/20230413_14_FEWP_ZWB_Diabetologie_1.pdf.
108. Ruze R, Liu T, Zou X, Song J, Chen Y, Xu R, et al. Obesity and type 2 diabetes mellitus: connections in epidemiology, pathogenesis, and treatments. *Frontiers in Endocrinology*. 2023;14.
109. Chandrasekaran P, Weiskirchen R. The Role of Obesity in Type 2 Diabetes Mellitus—An Overview. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024;25(1882).
110. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022: Die Bestandsaufnahme. [Internet] 2021 [zitiert am 25.02.2025]. Available from: https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/Gesundheitsbericht_2022_final.pdf.
111. Heidemann C, Scheidt-Nave C. Prevalence, incidence and mortality of diabetes mellitus in adults in Germany - A review in the framework of the Diabetes Surveillance. *J Health Monit*. 2017;2(3):98-121.
112. Berufsverband deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM). Schwerpunktpraxis für Fachkreise - Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM - Inhalte und Anforderungen [Internet] 2025 [zitiert am: 03.02.2025]. Available from: <https://www.bdem.de/fachkreise/schwerpunktpraxen/>.
113. Berufsverband deutscher Ernährungsmediziner e.V. (BDEM). Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin - Präsidium und Vorstand des BDEM informieren. *Ernährungs Umschau*. 2010;11:624-5.
114. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Positionspapier zu Prävention und Therapie von Adipositas [Internet]. 2023 [zitiert am: 10.08.2024]. Available from: https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2023_pp_adipositas.pdf.
115. Lehnert T, Konnopka A, König H-H. Gesundheitsökonomische Aspekte von Übergewicht und Adipositas: Krankheitskosten und Kosteneffektivität am Beispiel von

Werberegulierungen. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie.* 2022;16(02):76-84.

116. Effertz T, Adams M. Effektive Prävention von Adipositas durch Kindermarketingverbote und Steuerstrukturänderungen. *Prävention und Gesundheitsförderung.* 2014.

117. Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ). Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. AWMF online. 2019;AWMF-Register Nr. 050-002.

118. Fitzgerald JD, Andrade JM, Curl SL, Smith EB, Torna E, Nelson DS. Development of nutrition counselling resources for family medicine using the knowledge to action framework. *Fam Pract.* 2021;38(1):32-7.

119. Wharton S, Macklin D, Morin M-P, Blavignac J, Menzies S, Garofalo L, et al. The i-ACT™ in Obesity educational intervention: a pilot study on improving Canadian family physician care in obesity medicine. *BMC Primary Care.* 2022;23(1):101.

120. Osunlana AM, Asselin J, Anderson R, Ogunleye AA, Cave A, Sharma AM, et al. 5As Team obesity intervention in primary care: development and evaluation of shared decision-making weight management tools. *Clin Obes.* 2015;5(4):219-25.

121. Campbell-Scherer DL, Asselin J, Osunlana AM, Fielding S, Anderson R, Rueda-Clausen CF, et al. Implementation and evaluation of the 5As framework of obesity management in primary care: design of the 5As Team (5AsT) randomized control trial. *Implement Sci.* 2014;9:78.

122. Ogunleye A, Osunlana A, Asselin J, Cave A, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team intervention: bridging the knowledge gap in obesity management among primary care practitioners. *BMC Res Notes.* 2015;8:810.

123. Luig T, Wicklum S, Heatherington M, Vu A, Cameron E, Klein D, et al. Improving obesity management training in family medicine: multi-methods evaluation of the 5AsT-MD pilot course. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):5.

124. Welzel FD, Bär J, Stein J, Löbner M, Pabst A, Luppä M, et al. Using a brief web-based 5A intervention to improve weight management in primary care: results of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):61.

125. Srivastava G, Buffington C. Early weight loss outcomes from a newly established hospital-affiliated specialized obesity care delivery model in Central Florida. *Int J Obes (Lond).* 2019;43(1):132-8.

126. Jebb SA, Ahern AL, Olson AD, Aston LM, Holzapfel C, Stoll J, et al. Primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment versus standard care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2011;378(9801):1485-92.

127. Oberänder N, Weimann A. Bewegung und Ernährung bei multimodalen Adipositasprogrammen- wie unterscheiden sich die angebotenen Programme und welche Ergebnisse sind zu erwarten? Aktuelle Ernährungsmedizin. 2022;47(03):183-7.
128. Tapsell LC, Lonergan M, Batterham MJ, Neale EP, Martin A, Thorne R, et al. Effect of interdisciplinary care on weight loss: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2017;7(7):e014533.
129. Jennings A, Hughes CA, Kumaravel B, Bachmann MO, Steel N, Capehorn M, et al. Evaluation of a multidisciplinary Tier 3 weight management service for adults with morbid obesity, or obesity and comorbidities, based in primary care. Clin Obes. 2014;4(5):254-66.
130. Feigenbaum A, Pasternak S, Zusk E, Sarid M, Vinker S. Influence of intense multidisciplinary follow-up and orlistat on weight reduction in a primary care setting. BMC Fam Pract. 2005;6(1):5.
131. van Dillen SME, Hiddink GJ. To what extent do primary care practice nurses act as case managers lifestyle counselling regarding weight management? A systematic review. BMC Family Practice. 2014;15(1):197.
132. Griauzde DH, Turner CD, Othman A, Oshman L, Gabison J, Arizaca-Dileo PK, et al. A Primary Care-Based Weight Navigation Program. JAMA Netw Open. 2024;7(5):e2412192.
133. Aboueid S, Jasinska M, Bourgeault I, Giroux I. Current Weight Management Approaches Used by Primary Care Providers in Six Multidisciplinary Healthcare Settings in Ontario. Can J Nurs Res. 2018;50(4):169-78.
134. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. Clin Obes. 2016;6(2):124-32.
135. Bundesgesundheitsministerium. Die ePA für alle [Internet]. 2025 [zitiert am: 21.02.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle.html#collapse-control-8589>.
136. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., de Zwaan M. Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG für das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 23.10.2020 [Internet] 2020 [zitiert am 10.08.2024]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/GVWG/DAG.pdf.
137. Verband der deutschen Diabetes-Beratungs und -schulungsberufe (VDBD) e.V. VDBD-Positionspapier: Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas. [Internet] 2021 [zitiert am: 01.08.2023]. Available from:

https://www.vdbd.de/fileadmin/portal/redaktion/PDFs/211109_VDBD_Positionspapier_DMP_Adipositas_F.pdf.

138. Wangler J, Jansky M. Anderthalb Dekaden Disease-Management-Programme – Eine Bilanz zum Status quo aus hausärztlicher Sicht. Dtsch Med Wochenschr. 2020;145(06):e32-e40.
139. Wangler J, Jansky M. Disease-Management-Programme: Haben sie die Prävention in der Primärversorgung vorangebracht? Prävention und Gesundheitsförderung. 2024.
140. Kushner RF, Ryan DH. Assessment and Lifestyle Management of Patients With Obesity: Clinical Recommendations From Systematic Reviews. JAMA. 2014;312(9):943-52.
141. Slater S, Lambkin D, Schumacher T, Williams A, Baillie J. Testing the effectiveness of a novel, evidence-based weight management and lifestyle modification programme in primary care: the Healthy Weight Initiative. J Prim Health Care. 2022;14(1):64-73.
142. Miksch A, Trieschmann J, Ose D, Rölz A, Heiderhoff M, Szecsenyi J. DMP und Praxis: Stellungnahme von Hausärzten und Veränderung von Praxisabläufen zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2011;105(6):427-33.
143. Osmundsen TC, Dahl U, Kulseng B. Enhancing knowledge and coordination in obesity treatment: a case study of an innovative educational program. BMC Health Serv Res. 2019;19:278.
144. Bretschneider MP, Schwarz PEH. Digitale Gesundheitsanwendungen – digitale Adipositas therapie (Fortsetzung). DiGA Oviva Direkt für Adipositas. 2023;21(03):110-1.
145. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Diga Verzeichnis: Zanadio [Internet]. 2025 [zitiert am: 10.02.2025]. Available from: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/00294>.
146. Wangler J, Jansky M. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Primärversorgung – Erfahrungen und Beobachtungen von Hausärzt*innen hinsichtlich der Anwendung von DiGA. Prävention und Gesundheitsförderung. 2022.
147. Haag M. Wirksamkeit von internetbasiertem Lebensstil-Coaching zur Gewichtsreduktion in der Hausarztpraxis - eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie [Dissertation]. München: Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München - Klinikum rechts der Isar; 2018.
148. Noreik M, Madigan CD, Astbury NM, Edwards RM, Galal U, Mollison J, et al. Testing the short-term effectiveness of primary care referral to online weight loss programmes: A randomised controlled trial. Clin Obes. 2021;11(6):e12482.
149. Hasenberg T, König B. Die Adipositas therapie in der Hausarztpraxis. MMW - Fortschritte der Medizin. 2022;164(14):58-61.

8 Anhang

8.1 Einladung zum Expert:inneninterview im Rahmen einer Dissertation

Adipositasmanagement im hausärztlichen Setting – ein explorativ-qualitatives Interview mit Hausärztinnen und Hausärzten

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Mit Ihrer breiten Erfahrung und Expertise als Hausarzt bzw. Hausärztin sind Sie bei der Beleuchtung des Themas Adipositas aus Sicht der allgemeinmedizinischen Forschung von großer Wichtigkeit. Viele der von Ihnen betreuten Patient:innen sind übergewichtig oder adipös. Ihre Erfahrung und der Umgang mit dieser speziellen Patient:innengruppe, Ihre Sichtweisen und Einstellungen zum Management von Übergewicht im hausärztlichen Setting sind für diese Interviewstudie sehr wertvoll. Deshalb würde ich mich freuen, Sie als Interviewpartner:in zu gewinnen.

Derzeit bin ich Studentin der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und promoviere im Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz (Direktor Prof. Dr. Michael Jansky). Meine Doktorarbeit hat den Arbeitstitel: „Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements im hausärztlichen Setting – eine explorativ-qualitative Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Hessen und Rheinland-Pfalz“. In diesem Rahmen untersuche ich mit qualitativen Expert:inneninterviews die hausärztliche Wahrnehmung der aktuellen Versorgungssituation von adipösen Patient:innen.

Ablauf der Studie:

- Bei den Interviews handelt es sich um qualitative Leitfadengespräche. Es werden offene Fragen gestellt, bei denen grundsätzlich alles angesprochen werden soll, was für Sie im Praxisalltag wichtig und relevant ist.
- Aufgrund der offenen Gesprächssituation sind ca. 30-60 Minuten Gesprächsdauer für ein Interview vorgesehen.
- Unter Berücksichtigung der aktuellen Pandemie-Situation besteht neben einem persönlichen Gespräch die Möglichkeit, die Interviews auf Wunsch telefonisch durchzuführen.
- Die Interviews werden im Zeitraum August 2021 bis Ende 2021 stattfinden und zur späteren Auswertung aufgezeichnet. Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt.
- Bei Interesse schicke ich Ihnen nach Vollendung meiner Doktorarbeit die entsprechenden Passagen zu.
-

Ich würde mich sehr darüber freuen, wenn Sie Interesse an meinem Projekt haben und sich Zeit für ein Interview nehmen würden, sodass ich mein Promotionsvorhaben erfolgreich abschließen kann.

Mit freundlichen Grüßen,
Victoria Bogon

8.2 Interview- und Datenschutzeinwilligung

1. Hintergrund und Ziel des Interviews

Immer mehr Patientinnen und Patienten sind von Adipositas und den damit assoziierten Ko- und Folgeerkrankungen betroffen. Häufig sind Hausärztinnen und -ärzte die ersten Ansprechpartner für diese Patient:innengruppe und beginnen daher gegebenenfalls ein Diagnose- und Therapiemanagement. Zur Einbindung weiterer Versorgungsteilnehmer und zum hausärztlichen Therapiemanagement der Adipositas gibt es bisher nur wenige Studien. Ziel dieses qualitativ-explorativen Interviews ist es, die aktuelle Versorgungssituation aus hausärztlicher Sichtweise anhand der Erfahrungen und Expertise der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu erfassen.

2. Organisation und Ablauf der Interviews

Es sollen ca. 20 hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte zum Themenkomplex befragt werden. Die Gesprächspartner:innen werden anhand verschiedener soziodemographischer Kriterien (z.B. Geschlecht, Praxisumgebung) ausgewählt, um eine ausgeglichene Verteilung in der Stichprobe zu erreichen. Die Befragung erfolgt in Form eines halbstandardisierten leitfadengestützten Interviews. Das Gespräch kann entweder persönlich oder alternativ als Telefoninterview geführt werden. Den Befragten steht natürlich offen, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Für die Befragung ist ein zeitlicher Rahmen von 30-60 Minuten vorgesehen. Zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der Interviews werden die Gespräche aufgezeichnet, anschließend verschriftlicht und ausgewertet.

3. Anonymität

Die Dokumentation und Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse erfolgen ausschließlich in pseudonymisierter Form, ohne namentliche Nennung der Gesprächspartner:innen und ohne Angaben von Informationen, die einen Rückschluss auf die befragte Person zulassen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt durchgehend in aufbereiteter, aggregierter Form. Die Erhebung und Auswertung der personenbezogenen Daten werden nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes durchgeführt.

4. Verwendung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der Interviewstudie dieses Dissertationsprojektes werden in diesem Rahmen und ggf. auf Fachtagungen vorgestellt und in einer allgemeinmedizinisch relevanten Fachzeitschrift publiziert. Weiterhin sollen die Erkenntnisse dieser qualitativen Befragung als Grundlage für tiefere und weiterführende Forschung dienen und im Ergebnis einen Beitrag zur Effektivierung des hausärztlichen Adipositasmanagements leisten. Auf Wunsch werden die Ergebnisse der Interviews den Gesprächspartner:innen gerne zur Verfügung gestellt.

5. Kenntnisnahme und Einwilligung

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und stimme der Erhebung, Nutzung und Verarbeitung der Interviewinhalte sowie der Angaben innerhalb des Kurzfragebogens im bezeichneten Umfang zu.

Name

Ort, Datum, Unterschrift

8.3 Kurzfragebogen zur Datenerfassung der Befragten

Alter in Jahren: ____

Sie sind...

weiblich männlich divers

In welchem Bundesland befindet sich Ihr Praxisstandort?

Rheinland-Pfalz Hessen

Wie viele Einwohner:innen umfasst ihr Praxisstandort?

unter 5.000 5.000-20.000 20.000-100.000 > 100.000

Welche Niederlassungsform trifft auf Ihre Praxis zu?

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ

Sonstige

Wie viele Patient:innen behandelt Ihr Praxis im Durchschnitt pro Quartal?

500-750 750-1.000 1.000-1.500 1.500-2.000

über 2.000

Welche Gebietsbezeichnung haben Sie?

Allgemeinmedizin Innere Medizin Sonstige

Welche Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen haben Sie (max. 3)?

Seit wie vielen Jahren sind Sie als Hausärzt:in tätig?

Seit Jahren.

8.4 Interviewleitfaden

Wie häufig sehen Sie sich im Praxisalltag mit übergewichtigen Patient:innen konfrontiert? Kommen Patient:innen speziell wegen ihrer Adipositas zu Ihnen oder **sprechen** Sie diese eher von sich aus **auf einen problematischen Gewichtsverlauf an**?

Für wie wichtig halten Sie ein **vertrautes Ärzt:in-Patient:innen-Verhältnis** beim Ansprechen einer **Gewichtsproblematik**?

Inwiefern schätzen Sie Ihre Position als **Hausärzt:in als Schlüsselstelle** für Diagnose, Therapie und Prävention der Adipositas ein? Was kann die Hausärzt:in aus Ihrer Sicht bewirken, um adipöse Patient:innen zu unterstützen?

Strukturierung der Therapie

Wenn Sie die Diagnose Adipositas gestellt haben, inwiefern sind Sie auch in die **Therapie der Adipositas eingebunden**? Sehen Sie sich eher als Überweiser:in zum Spezialisten? Oder nehmen Sie die Betreuung von adipösen Patient:innen auch proaktiv selbst in die Hand? Erstellen Sie z.B. einen **Therapieplan** oder legen Sie Ziele mit den Patient:innen fest?

Kennen Sie die **S3-Leitlinie Adipositas und / oder die DEGAM Praxisempfehlung** zum Thema Adipositas? Falls ja, wie hilfreich schätzen Sie diese zur Strukturierung des Behandlungsgeschehens ein?

Wenn Sie im weiteren Verlauf mit den Patient:innen eine Gewichtsreduktion anstreben, wo legen Sie die **Schwerpunkte in der Therapieplanung**?

- Welchen Stellenwert hat die **Ernährung**? Inwiefern können Sie die Patient:innen zu einer Umstellung der Ernährung beraten?
- Welche Bedeutung hat mehr **Bewegung**? Können Sie Ihren Patient:innen bestimmte Sportarten oder -angebote empfehlen?
- Welches Potenzial sehen Sie in der Benutzung von **Sport- und Gesundheits-Apps**? Inwiefern können Sie und Ihre Patient:innen von Daten / Unterstützung via App profitieren?
- Für wie wichtig halten Sie **psychologische Unterstützung**?
- Wie **motivieren** Sie Ihre Patient:innen? Bestellen Sie die Patient:innen regelmäßig zur Wiedervorstellung ein?

Inwieweit lässt sich eine Beratung zum **Adipositasmanagement in den Praxisalltag integrieren**? Vereinbaren Sie bspw. **gesonderte Beratungstermine** mit den Patient:innen?

Welche **Hindernisse oder Limitationen** sehen Sie bei der Umsetzung der strukturierten Therapieplanung **im Praxisalltag**? Gibt es zeitliche und / oder personelle Begrenzungen?

Welche **Herausforderungen** sehen Sie beim therapeutischen Management von adipösen Patient:innen? Welche Probleme sind eher **patient:innenbedingt**? Welche Probleme entstehen durch das **Gesundheitssystem**?

Versorgungsnetz im Praxisumfeld

Inwiefern **überweisen** Sie Patient:innen zur Lebensstil- und Gewichtsberatung bzw. zur Therapie der Adipositas an eine Fachärzt:in oder eine weitere Einrichtung?

Kennen Sie Versorgungsstrukturen in Ihrem Praxisumfeld speziell für Adipositas-Patient:innen? Auf welche lokalen Akteure im Gesundheitswesen können Sie zurückgreifen?

- Gibt es **Ernährungsberater:innen**, an die Sie Ihre Patient:innen überweisen können?
- Sind in der Praxisumgebung **Physiotherapeuten:innen** verfügbar? Gibt es weitere Bewegungsangebote wie **Sportvereine** oder Reha-Sportgruppen?
- Inwiefern ist **psychologische Unterstützung** im Praxisumfeld verfügbar? Können Sie an Psychotherapeut:innen überweisen? **Gibt es Selbsthilfegruppen?**
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit Ihrer Hausarztpraxis mit weiteren **Fachärzt:innen** (Ernährungsmediziner:innen, Diabetolog:innen, Chirurg:innen)?
- Empfehlen Sie Programme der **Krankenkassen** oder weitere lokale Angebote von **kommerziellen Gewichtsreduktionsprogrammen** (z. B. Weight Watchers)?
- Auf welche **weiteren Hilfs- und Unterstützungsangebote** können Sie verweisen?

Wie oft arbeiten Sie mit Dritten aus Ihrer Praxisumgebung zur Adipositas-therapie zusammen?

- **Wen** binden Sie besonders häufig oder gerne in ihr Therapiekonzept ein?
- Gibt es eine Art regionales Netzwerk oder feststehende Kooperationen zur Versorgung von Adipositas-Patient:innen?
- Inwiefern können **Mehrwerte aus einer guten Zusammenarbeit** entstehen?

Falls es wenig weitere Versorgungsteilnehmer:innen gibt: **Wie könnte ein lokales/ interdisziplinäres Netzwerk aussehen?** Was würden Sie sich für eine Kooperation mit weiteren Versorgungsteilnehmer:innen speziell für das Management von Adipositas-Patient:innen wünschen?

Welche **Veränderungen** sind aus Ihrer Sicht erforderlich bzw. sinnvoll, um die **Therapie** von Patient:innen mit Adipositas in der allgemeinmedizinischen Praxis **zu vereinfachen und besser zu strukturieren?**

Inwiefern könnte ihrer Einschätzung nach ein DMP Adipositas ein hilfreicher Beitrag sein, um die hausärztliche Versorgung von Adipositaspatient:innen effektiver zu machen?

Was sollte bei der Ausgestaltung eines **Disease Management Programms Adipositas** aus Ihrer Sicht als Hausärzt:in beachtet werden?

Möchten Sie noch etwas hinzufügen? Wurde aus Ihrer Sicht etwas Bedeutsames noch nicht thematisiert?

8.5 Transkriptionssystem

- I: Interviewer:in
 - B: Befragte:r
 - es wird möglichst vollständig und wörtlich transkribiert.
 - der umgangssprachliche Ausdruck wird transkribiert und die Grammatik der Sprecher beibehalten
 - Orte und Personennamen sind anonymisiert: Stadt XY, Professor A
 - (unverständlich): Markierung von Stellen, die in der Audiodatei nicht verständlich sind und sich damit der Transkription entziehen
 - Hm, ja, genau: Bestätigungslaute werden teilweise transkribiert
- nonverbale Anteile, die zum inhaltlichen Verstehen wichtig sind
- ähm, äh, also, eben, halt: Füllwörter werden eher nicht transkribiert, da der Inhalt des Interviews im Vordergrund steht (und nicht die Analyse der Gesprächssituation an sich)
 - (beide lachen): Lacher, Seufzer und Gesprächspausen werden markiert, wenn sie markant sind
 - Bei durch die Sprecher verwendeten Abkürzungen wird die Bedeutung dahinter in Klammern ergänzt. Beispiel: AED (automatischer externer Defibrillator)
 - Wenn der Bezug der Sprecher nicht deutlich ist, wird der Bezugsgegenstand/-person in Klammern dahinter ergänzt: „...sie (die Patient:innen) ...“
 - Zahlwörter werden als Zahlen geschrieben (also nicht zwei, sondern 2)
 - Gängige Abkürzungen, wie z.B. = zum Beispiel, werden verwendet
 - Wenn der Sprecher darüber redet, was er in einer bestimmten Situation sagen würde, ist das Gesagte in Anführungszeichen gesetzt.

Beispiel: Da sag ich immer: „Fragen Sie mal ihre Krankenkasse.“

- Einschübe in langen Sätzen werden mit 2 Gedankenstrichen - und dem eingeschobenen Satzteil dazwischen - markiert.
- 2 Punkte.. oder 3 Punkte... Kleine Sprechpausen / Sätze die ins Leere laufen
- Unterbrechungen und Durcheinander reden sind meist nicht extra markiert, sondern werden meist unter einer Zeitmarke zusammengefasst

Beispiel für Transkription (aus Interview E-18-m)

B: Das ist einzelfallabhängig. Also verordnen im Sinne der formellen Verordnung mit Formular kann man das nicht. Was man, lassen Sie mich überlegen, wir haben hier im Landkreis eine ambulante Reha-Einrichtung. Das „Reha-Med Zentrum“ in Herxheim. Die hatten Mal ein Projekt für Kinder gemacht. Das hieß "kinderleicht". Da ist.. Das hat sich also an adipöse Kinder gewandt, ist aber jetzt in den letzten Jahren nicht mehr in Erscheinung getreten. Ich glaube das haben sie eingestampft.

I: Schade. Gibt es denn weitere Sportvereine oder Reha-Sportgruppen, die was in die Richtung...

B: ...ja, ja, ja natürlich. Also wir haben hier am Ort eine Atemwegs- und Herzsportgruppe. Da war ich bis September dieses Jahres 2. Vorstand. Hab es aber aus Überlastungsgründen aufgegeben. Aber da gibt es eine Reha-Sportgruppe und Reha-Sport kann man ja verordnen. Da gibt es sogar den speziellen Punkt Reha-Sport in Herzgruppen. Und in der.. im „Reha-Med Zentrum“ in Herxheim, das ist also gute 10 km weg von hier, kann man also auch Reha-Sport verordnen. Da gibt es ja ein Verordnungsformular. Also bei Reha-Sport, nur um es mal zu sagen, ist es so: Indikation und Ziel legt der Arzt fest. Auch die bevorzugte Reha-Sportart und da kann man mit einer Erstverordnung bis zu 50 Sitzungen verordnen, die innerhalb von 18 Monaten wahrgenommen werden müssen. Die Krankenkassen haben aber in der Regel einen Genehmigungs-Vorbehalt. Bei der Erstverordnung habe ich eigentlich noch nie Schwierigkeiten erlebt. Bei Folgeverordnungen sind sie dann manchmal schon hartnäckiger.

I: Okay. Und kann man das jetzt auch speziell für Adipositas verordnen? Oder geht es da eher um die Folgeerkrankungen?

B: Also, wohl eher um die Folgeerkrankungen.

I: Also, ich kann jetzt nicht sagen: "Ich habe hier jemanden, der ist übergewichtig, der möchte gerne Gewicht reduzieren. Ich tue den mit in eine Reha-Sportgruppe rein und tue dem was Gutes."

B: Also den.. derjenige, der adipös ist, Gewicht reduzieren will, aber ansonsten noch keine nennenswert Folgebmorbidität hat, den würde ich dann eher in so ein "Bella-Vitalis-Zentrum" verfrachten.

I: Das meint diese Fitnessstudios eher?

B: Ja, die haben ein ganz engagiertes Programm. Nebenbei, die schicken mir ja dauernd irgendwelche Einladungen zum Probe-Training und so. Aber wenn ich hier um 21 Uhr oder später aus der Praxis komme, haben die auch schon zu. Habe ich auch keine Energie mehr für Probetraining. Ich habe selbst, ich bin 58 und habe selbst so ein bisschen, Mitte meiner 30er Lebensjahre zum Teil richtig aktiv so in Fitness-Studios trainiert.

8.6 Kodierleitfaden

Kategorienkomplex 1: Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement

Kategorienkomplex 1	Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
Primärärztliche Koordination	<p>Hier sollen Informationen über die Bedeutung der primärärztliche Funktion von Hausärzt:innen im Gesundheitssystem im Allgemeinen und bei der Adipositastherapie im Besonderen gesammelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adipositas ist ein absolut hausärztliches Thema! Hausärztliches Setting als Schlüsselstelle, als Eingang in die Therapieebene und Controlling im Verlauf: man sieht die Patient:innen so wieso immer wieder - Diagnosestellung, ggf. Einleitung Therapie: ist überhaupt Änderungsmotivation da? - Überversorgung vermeiden (wer braucht überhaupt Therapie?) - Instanz vor den Fachärzt:innen <p>→ Hier sollen Informationen über den "technischen" Aspekt der Schlüsselstelle hausärztliches Setting, Diagnosestellung und Koordination der Therapie gesammelt werden.</p>	<p>I: „Und inwiefern schätzen Sie Ihre Position als Hausärztin als Schlüsselstelle ein, bei der Diagnose und Therapie der Adipositas?“</p> <p>B: „Ja ist auf jeden Fall ein Schlüsselstelle. (...) Deswegen sehen wir uns auch als Schlüsselrolle und Vermittler zu den Fachärzten.“ (M-23-w; Pos. 12-13 und 21)</p> <p>B: „Wir versuchen hier ganz klar, Weizen von der Spreu zu trennen.“ (A-19-w ; Pos. 10)</p>	Niedrigschwelligkeit in der Kommunikation und im Zugang zu den Patient:innen soll in der Kategorie „hausärztlicher Zugang zu den Patient:innen (Kommunikation) gesammelt werden.
Hausärztlicher Zugang zu Patient:innen	<p>Aussagen über...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation, Niedrigschwelligkeit im Sinne der Kommunikation - Zugang zu Patient:innen (Vertrauen, jahrelang kennen, familiäre Hintergründe kennen) - Ärzt:in-Patient:innen-Beziehung - schambehaftetes Thema Adipositas - Aussagen über Stigmatisierungserfahrungen der Patient:innen und Umgang damit - (stigmatisierende) Erfahrung der Patient:innen mit Ärzt:innen 	<p>I: „Ja. Für wie wichtig halten Sie denn ein Vertrautes Arzt-Patienten-Verhältnis in dem Rahmen?“</p> <p>B: „Ist sehr wichtig, ja. Da kann man auch nicht gleich mit der Tür ins Haus fallen. Sonst fühlen die Patienten sich oft auf den Schlipps getreten... Also, die Patienten fühlen sich bei uns schon weniger beschämt, als wenn jetzt ein Facharzt darüber redet. (M-23-w; Pos. 7-8 und 13)</p>	
Therapeutische Möglichkeiten hausärztliches Setting	<p>Allgemeine therapeutische Möglichkeiten in der hausärztlichen Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gespräch, Beratung - Wiegen, BMI/BIA - Ernährungsberatung und -protokollen (kein Inhalt) - medikamentöse Therapie - Wiedereinbestellung, Frequenz - Therapiepläne - Stufenmodell in der Therapie, verschiedene Elemente in der Therapieplanung - Grundsatz vermitteln: Gewicht ist eine Kombination aus Bewegung und Ernährung 	<p>I: Und wenn Sie dann die Diagnose Adipositas gestellt haben, inwiefern sind Sie da auch in ein Therapiekonzept mit ihren Patienten als Hausärzt:in eingebunden?</p> <p>B: Ähm ja, Therapiekonzept ist jetzt vielleicht vom Begriff ein bisschen hochgegriffen. Natürlich so allgemeine Grundsätze was Ernährung angeht, was Bewegung angeht, was langfristige Gewichtsabnahme angeht. (S-10-m; Pos. 5-6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - konkrete inhaltliche Ernährungs/Sportempfehlungen sollen auch in den jeweiligen Kategorien erfasst werden - besondere Dinge, die nicht jede:r Ärzt:in anbietet (zusätzlich noch als Kategorie GELB = "Best Practice Bsp.") - besonderen Möglichkeiten, in den Diabetes-Schwerpunktpraxen = LILA - teilw. klingen auch die Grenzen an → Limitationen im Praxisalltag

<p>Ernährungsempfehlung durch die Hausärzt:innen</p>	<p>Informationen über konkrete inhaltliche Ernährungsempfehlungen der Hausärzt:innen. Inhalt der Beratung, was den Patient:innen mit auf den Weg gegeben wird. (Der Inhalt soll gar nicht so sehr ausgewertet werden, wird aber trotzdem von den Hausärzt:innen genannt und kann so kategorisiert werden.)</p>	<p>„B: Und 3-Finger-Regel bedeutet: keine Zwischenmahlzeiten, weil wir ja nur 3 Finger am Start haben und 3 Mal essen und nicht 5 Mal oder 7 Mal. Und kein Snacken vor dem Fernseher! Und ein wichtiger Teil der 3-Finger-Regel ist die Hand. Ich sage dann immer: "Gucken Sie sich Ihre Handfläche an. Wenn Sie abends essen" - weil die meisten Menschen essen sich abends dick - dann sage ich: "Wenn Sie abends Essen, dann dürfen Sie das essen, was Sie auf Ihre Handfläche kriegen." (S-14-m, Pos. 32)</p>	<p>- Informationen über Möglichkeiten der Ernährungsberatung in der hausärztlichen Praxis sollen unter der Kategorie "Therapeutische Möglichkeiten hausärztliches Setting" gesammelt werden. - Informationen über externe Ernährungsberatung unter "Ernährungsberatung"</p>
<p>Bewegungsempfehlungen der Hausärzt:innen</p>	<p>Bewegungs- und Sportempfehlungen der Hausärzt:innen</p>	<p>„B: Naja, auch das ist ja sehr individuell. Also ich probiere davon auszugehen, was der Patient gerne mag oder was er vielleicht schon Mal gemacht hat, um daran anzuknüpfen. Also ich kann jetzt ja nicht so was ganz Fremdes empfehlen, womit der Patient so gar nichts anfangen kann. Er soll ja auch bei der Stange bleiben. Das macht ja dann nur Sinn, wenn es den Patienten auch Spaß macht. Ähm, prinzipiell ist es natürlich sinnvoll, dass er eine Ausdauersportart macht. Ähm aber auch in Verbindung mit so ein bisschen Krafttraining, weil ja auch Muskulatur da oftmals auch gar nicht vorhanden ist oder wenig nur.“ (N-03-w, Pos. 28)</p>	<p>-</p>
<p>S3-Leitlinie/DEGAM-Praxisempfehlung</p>	<p>Bekanntheit und Verwendung von S3-Leitlinie und DEGAM-Praxisempfehlung in der Praxis zur Strukturierung der Therapie von adipösen Patienten.</p>	<p>I: Ähm. Kennen Sie die DEGAM Praxisempfehlung oder haben Sie schonmal in die Leitlinie zum Thema Adipositas reingeschaut? B: Ich hab da schonmal reingeguckt, das ist aber auch schon ein bisschen her. Ich könnte die jetzt nicht mehr aufsagen. I: Aufpassen sowieso nicht. Ähm ja ging halt drum, inwiefern Sie das hilfreich einschätzen würden zur Strukturierung vom Behandlungsgeschehen. Aber ähm ja. B: Könnte ich jetzt glaube ich wenig zu sagen. (N-03-w; Pos. 55-58)</p>	<p>-</p>

Kategorienkomplex 2: strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement

Kategorienkomplex 2	Limitationen	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
Limitationen Gesundheitssystem	Informationen über die Limitationen bei Integration des Adipositasmanagements in den Praxisalltag, fehlende Zeit, Geld, strukturelle Limitationen im Gesundheitssystem.	B: Das einmal die Zeit fehlt. Dass zum anderen entsprechende Strukturen - wir hatten ja eben schon angesprochen, dass wir von Seiten der Krankenkassen irgendwelche Schulungsprogramme oder ähnliches gäbe. Dass da nichts existiert. Und dass es natürlich auch in unserer Gebührenordnung nicht abgebildet ist. (S-10-m; Pos. 53)	Hier werden alle Limitationen kodiert, die nicht patient:innen-bedingt sind! Außer Integration von Beratungsterminen in den Praxisalltag → eigene Kategorie
Limitationen auf Patient:innenseite	Hier sollen Informationen darüber gesammelt werden, welche Herausforderungen und Limitationen aus Sicht der Hausärzt:innen für die Patient:innen bestehen. - Bildung, Intelligenz - sozioökonomischem Status (auch fehlende finanzielle Mittel auf Patient:innenseite!) - fehlende Zeit - fehlende Motivation - Probleme bei der Verhaltensänderung im Alltag, Compliance - Disziplin und Jojo-Effekt, frustrane Abnehmversuche	„Der ganze Alltag ist im Prinzip schon schwierig, ja, um Gewicht zu reduzieren. Es wird einfach sehr viel Angeboten.“ (M-23-w; Pos. 77) „Also das Ernährungsverständnis ist unfassbar gering. Und das ist schon eines der Probleme von Adipositas.“ (S-14-m; Pos. 20)	eng an GRÜN dran, gemeinsam auswerten
Beratungstermine Praxisalltag	- Aussagen über die Integration von Beratungsterminen in den Praxisalltag - möglich, wenn ja in welchem Rahmen oder nicht möglich	I: Okay. Wenn wir schon beim Thema lange Gespräche oder intensive Gespräche sind: Inwieweit lässt sich denn eine Beratung zum Adipositasmanagement in den Praxisalltag integrieren? B: Seufzt. Eigentlich lausig schlecht. Aber naja, wenn ich es nicht mache, macht es keiner. I: Machen Sie gesonderte Beratungstermine mit den Patienten aus? B: Prinzipiell ja. Also oft ist für uns der Aufhänger die GU (S-11-w; Pos.41-44)	-

Kategorienkomplex 3: multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement

Kategorienkomplex 3:	Verfügbarkeit / Netzwerk mit ambulanten Kolleg:innen	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
Verfügbarkeit/ Netzwerk mit ambulanten Kolleg:innen	<p>Allgemeine Aussagen über die Bekanntheit und Verfügbarkeit von weiteren Versorgungsteilnehmer:innen bezüglich Adipositas in der Praxisumgebung, Zusammenarbeit mit und Überweisung zu Fachärzt:innen und weiteren Versorgungsteilnehmer:innen (Diabetologie, Ernährungsmedizin, Orthopädie, ...).</p> <p>Zusätzlich sollen hier Aussagen über bestehende und persönlich erwachsene Netzwerke und Kontakte mit diesen Fachärzt:innen gesammelt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussagen über bestehende und persönlich erwachsene Netzwerke und Kontakte mit diesen Fachärzt:innen gesammelt werden. - über das Fehlen von professionellen interdisziplinären Netzwerken <p>Diabetologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn Hausärztinnen sich der Vorteile der Diabetes-Schwerpunktpraxen bewusst sind, dorthin überweisen - wenn Hausärzt:innen irgendwelche Verbindungen zu Schwerpunktpraxen Diabetes / Qualifikationen im Rahmen der Diabetologie haben <p>Subkategorien: persönliche Kontakte statt professionelle Netzwerke, gutes eigenes Netz, Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen, wenig Zusammenarbeit, Rolle Diabetologie, Adipositas hausärztliches Thema, Sonstiges</p>	<p>Gibt es da Ansprechpartner, die Sie als Praxis haben?</p> <p>B: Jaja, wir haben ja unser Netzwerk sozusagen, auf das wir uns da verlassen können. Was jetzt über Jahre oder Jahrzehnte entstanden ist. Also das klappt hier gut.</p> <p>I: Okay, also ist das so eine Art regionales Netzwerk oder feststehende Kooperation zu Versorgung?</p> <p>B: Nee, also jetzt nicht im Sinne einer fest existierenden Organisationsform. Sondern man kennt ja seine Kollegen und weiß: Wie kriege ich den Kollegen? Oder wo schicke ich den Patienten mit der Sache am besten hin?</p> <p>I: Also sind das im Prinzip Ihre persönlich erwachsenen Kontakte, die Sie da für Ihre Patienten nutzen können?</p> <p>B: Genau! (S-10-m; Pos. 41-46)</p>	<p>Aussagen über bariatrische Chirurgie sollen in der Kategorie "bariatrische Chirurgie" erfasst werden.</p> <p>Aussagen über das Vorhandensein, über Wünsche und Visionen für ein professionelles interdisziplinäres Netzwerk sollen in der Kategorie "Potenziale interdisziplinäres professionelles Netzwerk" gesammelt werden.</p>
Ernährungsberatung	<p>Informationen darüber, ob die Hausärzt:innen über die Verfügbarkeit von Ernährungsberatung im Praxisumfeld Bescheid wissen, ob sie diese aktiv empfehlen, auch Aspekte Indikation Ernährungsberatung.</p>	<p>I: Gibt es den Ernährungsberaterinnen, an die sie Ihre Patienten überweisen können?</p> <p>B: Ja. Ähm, das ist allerdings mit dem Kostenträger nicht immer so einfach. Das kommt immer auf die Krankenkasse an. Äh, wir haben da jemanden an der Hand, mit dem wir auch gerne zusammenarbeiten. Das ähm geben wir den Patienten auch immer weiter. Allerdings müssen sich die Patienten natürlich mit der Krankenkasse in Verbindung setzen, oder das aus eigener Tasche zahlen, ob die eine Kostenübernahme machen.</p> <p>(N-03-w; Pos. 25-26)</p>	-

<p>Bewegungsangebote</p>	<p>Informationen und Empfehlungen der Hausärzt:innen über Physiotherapie, Rehabilitationssport und andere Bewegungsmöglichkeiten oder Sportprogramme in der Praxisumgebung.</p>	<p>I: Und das ist verordnebar und auch verfügbar in der Praxisumgebung? B: Jajaja, also Fitness-Studio gibt es ja im Moment wirklich jede Menge. I: Und gibt es auch Sportvereine oder Reha-Sportgruppen? B: Also Sportvereine, die sich speziell mit Adipositas beschäftigen, habe ich hier noch nicht gehört. (S-14-m; Pos. 27-30)</p>	<p>-</p>
<p>Psychotherapie/psychologische Unterstützung</p>	<p>Hier sollen Informationen darüber gesammelt werden, - wie Hausärzt:innen zu professioneller psychologischer Unterstützung bei Adipositas stehen - wann psychotherapeutische Begleitung bei Adipositas sinnvoll (Indikation) - Verfügbarkeit von Psychotherapeut:innen im Praxisumfeld/Praxis - Aussagen über psychische Koerkrankungen, die mit der Adipositas in Zusammenhang stehen können (Depression, Angst, Stress, Essstörung)</p>	<p>psychologische Unterstützung beim Thema Adipositasmanagement? B: Auch wichtig! Ja, sehr wichtig. Kommt ein bisschen darauf an, wie es jetzt zu diesem.. zu dieser Gewichtszunahme gekommen ist. Es gibt ja Patienten, die auch angeben, dass sie immer so "Frustfresser" sind. Oder "Binge Eating" haben wir viele, also das unkontrollierte Essen. Und da biete ich denen schon auch psychotherapeutische Unterstützung an. Wobei das mit den Terminen sehr schwierig ist im Moment, durch Corona. Warten viele Wochen und Monate.. (M-23-w; Pos. 58-59)</p>	<p>Kodier-Regel: Stigmatisierungserfahrungen der Patient:innen sollen unter „hausärztlicher Zugang (Kommunikation)“ gesammelt werden</p>
<p>Bariatrische Zentren</p>	<p>- Bekanntheit bariatrischer Zentren im Umkreis - Empfehlung zur bariatrischen Chirurgie - weitere Aussagen zur bariatrischen Chirurgie</p>	<p>I: Bariatrische Chirurgie auch oder ist das weiter von hier? B: So. Ja das ist eher in dem Raum XY. Da schicken wir viel, XY. Ich habe ja früher in Z gearbeitet. Und da haben wir entweder nach XY auch geschickt. Jetzt hier weiß ich es gar nicht. Also ich bin immer noch irgendwie auf XY, wenn ich... wenn ich da empfehle. I: Ja, okay. B: Weil die das auch gut machen. (M-23-w; Pos. 92-95) Aber mich brauchen Sie da nicht fragen! Ich halte davon gar nichts. I: Also Sie empfehlen das auch nicht für Ihre Patienten. B: Nee. Also wenn ein Patienten zu mir kommt und sagt: "Soll ich mich operieren lassen?" Sag ich: "Nee. Sie sollen, wenn dann mit mir zusammen mal da drüber nachdenken, was man alles machen kann. Selber. (aus S-14-m; Pos. 50-52)</p>	
<p>Weitere Angebote</p>	<p>- Angebote der Krankenkassen - Empfehlung zur Nutzung von Weight Watchers - Bekanntheit Selbsthilfegruppen Adipositas</p>	<p>Also, ich sage den Patienten immer, sie sollen sich mal an die Krankenkasse wenden, weil die haben ja auch oft bestimmte Partner mit denen sie zusammenarbeiten. (aus M-23-w; Pos. 45) B: Ja! Ja, es gibt hier Weight Watchers. Es gibt auch Leute, die mit Weight Watchers abgenommen haben. (S-14-m; Pos. 53-56)</p>	

GELB Best-Practice-Beispiele	Informationen über Initiativen, die von Hausärzt:innen zur Therapie von adipösen Patient:innen ergriffen wurden. Was über den normalen Praxisalltag hinausgeht und schon Realität ist. Besondere Qualifikationen/ Umgang mit adipösen Patient:innen.	„...ich in "Motivational Interviewing" geschult“, „Dann laden Sie die ein, das hab ich ja sehr lange gemacht, Dienstags Nachmittags die Leute geschult. Das ist alles super zäh, wenig ergiebig.“ (S-14-m; Pos. 20 und 84)	- schneidet sich teilweise mit "Therapeutische Möglichkeiten " (deswegen nur GELBE Kategorie) - was die Diabetes-Schwerpunktpraxen machen, wird mit VIOLETT Textmarker markiert, die GELBE Kategorie ist für die "normalen" Hausärzt:innen
VIOLETT Besonderheiten Schwerpunktpraxis Diabetes Limit	- Behandlungsmöglichkeiten in der Adipositas therapie, die in der Schwerpunktpraxis Diabetes möglich sind - Besonderheiten der Schwerpunktpraxis Diabetes gegenüber einer "normalen" hausärztlichen Praxis	„B: Ja ich habe ja Ernährungsberaterin. Bei mir läuft das ja nicht über eine Hausarztpraxis. Ja, Sie müssen, da müssen Sie schon differenzieren. In dem Fall mache ich ja das, was der Diabetologe macht und nicht, was der Hausarzt macht. Wir haben ja gezielt Arbeitskräfte die dafür für Schulungen, wir haben sogar einen Bewegungstherapeuten. Wir haben alles! Ja. Das ist natürlich nicht der Schnitt der Allgemeinärzte.“ (G-13-m, Pos. 14)	- bei "normalen" hausärztlichen Praxen wird besonderes Engagement unter Best-Practice-Beispiele (GELB) gesammelt

Kategorienkomplex 4: Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements

Kategorienkomplex 4:	Potenziale einer strukturierten Versorgung	Ankerbeispiel	Kodier-Regel
Wünsche, Ideen, Veränderungen	Ideen für notwendige Veränderungen und Wünsche der Hausärzt:innen für eine besser strukturierte und effektivere Versorgung von Adipositaspatient:innen. Inklusive Aussagen und Forderungen zur Prävention von Adipositas.	B: Naja, so das strukturelle Umfeld. Was ich eben schon sagte, es wäre ja toll, wenn es eine Reha-Sportgruppe gäbe für speziell Adipositas z.B.. Wenn es da einfach Strukturen für gäbe. (N-03-w; Pos. 66) B: Ja, es wäre schon... Wie so ein Adipositaszentrum oder so was wäre halt schon gut. Dass man irgendwie sagt: Okay, da sitzt jetzt ein irgendetwas ambulant, wo eben mehrere Disziplinen angebunden sind und die Patienten, ja, sind da eben wie beim Facharzt angebunden in so einem Zentrum. (M-23-w; Pos. 123)	Forderungen bezüglich besserer Vergütung sollen bei „(finanziellen) Limitationen Gesundheitssystem“ codiert werden.
Professionelles interdisziplinäres Netzwerk	Aussagen über das Vorhandensein, über Wünsche und Visionen für ein professionelles interdisziplinäres Netzwerk	B: Ja, irgendwie so eine Ernährungsberatung wäre schon ganz nett. Diätassistenten gibt es ja auch, dass man so was irgendwie noch hat. Psychologische Unterstützung ist natürlich auch total wichtig. Ja. Und eben so Richtung Reha-Sport, Sport, Motivation. Gibt ja auch so Personal Trainer oder so was, aber die sind natürlich sauteuer. Das leisten sich die Patienten nicht. Aber so was wäre natürlich ganz schön. Dass man da so jemanden noch einbinden könnte. (M-23-w; Pos. 113)	Aussagen über vorhandene informelle und persönliche Kontakte zu weiteren (Fach)-ärzt:innen und Versorgungsteilnehmer:innen sollen in der Kategorie „Verfügbarkeit/Zusammenarbeit ambulante Kolleg:innen“ gesammelt werden.

<p>Einstellung zum DMP Adipositas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Einstellung zu einem zukünftigen DMP Adipositas - Sicht auf dieses weitere DMP - Aussagen über Nutzen und Schwierigkeiten mit einem solchen DMP 	<p>B: Ja, wir nutzen ja DMPs schon in anderen - also bei anderen Diagnosen. Und ich finde es schon sehr hilfreich. Also weil man einfach eben so ein strukturiertes Follow-Up auch hat, dokumentiert und den Patienten auch noch eine Unterstützung geben kann. (M-23-w; Pos. 116-117)</p>	
<p>Ausgestaltung DMP Adipositas</p>	<p>Ideen und Anmerkungen der Hausärzt:innen zur</p> <ul style="list-style-type: none"> - inhaltlichen Ausgestaltung - Bestandteile des DMP - interdisziplinärer Ansatz 	<p>B: Ja, Gewicht ist halt die eine Sache. Bauchumfang, so was finde ich halt wichtig. BIA-Messung finde ich eigentlich auch wichtig, aber ich weiß nicht, ob man das in die Hausarztpraxen integrieren kann. Da bräuchte man so ein Gerät noch. Und dann eben, dass man eben sagt: Sport, Psychologie, gegebenenfalls medikamentöse Therapie, bariatrische Chirurgie. Dass man da eben schaut. Und eben Gewicht Follow-Up. Wobei Gewicht ist ja auch nicht alles und BMI. Ja, Medikamentenanamnese so was. (M-23-w; Pos. 119)</p> <p>Also wie gesagt, zum einem ebenso ein Informations-/Schulungsprogramm für die Patienten, so wie ich den Diabetiker zur Diabetesschulung schicke. Sodass ich den Patienten da auch eine Ernährungsberatung strukturiert im Rahmen dieses Programmes zuteilkommen lasse oder zukommen lassen kann. Dass der Patient dadurch mehr Hintergrundwissen hat, wie wichtig das ist, was er da tut. Dass es nicht darum geht, dass die Waage ihn jetzt den und den Wert anzeigen soll. Sondern dass das eben mit der langfristigen Perspektive verbunden ist. Ich entscheide jetzt, wie gesund ich in 10 Jahren bin. (S-10-m; Pos. 66)</p>	

Der Kodierleitfaden wurde entwickelt mit den Interviews M-23-w, A-19-w, S-14-m, S-10-m und N-03-w.

8.7 Übersicht über das Kategoriensystem

Kategorienkomplex 1: Bedeutung und Rolle des hausärztlichen Settings für das Adipositasmanagement

- 1.1 Primärärztliche Funktion der Hausärzt:innen für das Adipositasmanagement
- 1.2 Therapeutische Möglichkeiten im hausärztlichen Setting
 - 1.2.1 Versorgungsstufen des Adipositasmanagements
 - 1.2.2 Hausärztlich zentriertes Adipositasmanagement
 - 1.2.3 Diagnosestellung Adipositas
 - 1.2.4 Therapie der Adipositas im hausärztlichen Setting
 - 1.2.5 Vereinbarung eines Therapieziels
- 1.3 Strukturierung der Therapie mittels S3-Leitlinie

Kategorienkomplex 2: Strukturelle Limitationen beim Adipositasmanagement

- 2.1 Versorgungssituation in den hausärztlichen Praxen allgemein
- 2.2 Versorgungssituation speziell für das Adipositasmanagement
- 2.3 Integration von Adipositas-Beratungsterminen in den Praxisalltag

Kategorienkomplex 3: multimodale Zusammenarbeit zum Adipositasmanagement

- 3.1 aktuelle interdisziplinäre Zusammenarbeit
- 3.2 Best Practice Beispiele
- 3.3 Besonderheiten diabetologischer Schwerpunktpraxen

Kategorienkomplex 4: Potenziale eines strukturierten Adipositasmanagements

- 4.1 Wünsche und Ideen für das zukünftige Adipositasmanagement
 - 4.1.1 Prävention der Adipositas
 - 4.1.2 Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebots zur Adipositastherapie
- 4.2 Potenziale multimodaler Netzwerkarbeit
- 4.3. DMP Adipositas
 - 4.3.1 Einstellung der Hausärzt:innen zu einem DMP Adipositas
 - 4.3.2 Inhaltliche Ausgestaltung eines zukünftigen DMP Adipositas

8.8 Transkripte

Die Transkripte der Interviews können Sie bei Bedarf bei der Verfasserin der Arbeit über folgende E-Mail-Adresse anfordern: victoria.bogon@gmx.de.

9 Danksagung

Ich danke meinem Erstgutachter Univ.-Prof. Dr. med. Michael Jansky und meinem Betreuer Dr. Julian Wangler für die gute und zielführende Betreuung bei der Erstellung der Dissertation. Ein Dankeschön außerdem an meine Arbeitsgruppe am Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie an der Universitätsmedizin Mainz. Ebenfalls möchte ich mich bei meiner Zweitgutachterin Dr. rer. physiol. Dipl.-Psych. Sabine Fischbeck bedanken.

Ich möchte mich beim „Hausärztinnen- und Hausärzteverband Rheinland-Pfalz“ bedanken, insbesondere Frau Dr. Barbara Römer, die der Einladung zur Interviewstudie die entsprechende Reichweite verliehen hat. Ich danke dem StudiumPlus-Campus Bad Hersfeld für einen guten Arbeitsplatz kurz vor Abschluss der Arbeit. Ein großes Dankeschön geht an Renée Chiara Matthes und Hans-Christian Otto für das konzentrierte Lesen und Korrigieren meiner Arbeit. Ich danke meinen Kommiliton:innen Marlene Oechler, Anna-Lena Seebald und Alexander Vietinghoff für die vielen gemeinsamen Doktorarbeitstage und Kaffeepausen an der Universitätsmedizin Mainz. Ein Dankeschön an Tony Petzold für die Hilfe bei der Arbeitsorganisation und der Freizeitgestaltung an der frischen Luft.

Last but not least danke ich meiner Familie und meinem Ehemann Lukas Bogon. Vielen Dank für die großartige Unterstützung und Motivation auf meinem gesamten Weg.

10 Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Victoria Bogon
geb. am 22.07.1996 in Kassel

Schulbildung

2013 Modellschule Obersberg, Bad Hersfeld

2016 Abitur (Note 1,1)

Praktika und Berufsausbildung

2016 Ausbildung zur Rettungssanitäterin

2017 FSJ bei der Rettungsdienst Waldhessen gGmbH,
Aushilfstätigkeit während des Studiums

2022 studentische Nachtwache, Palliativstation Universitätsmedizin Mainz

Studium

2017 Beginn des Medizinstudiums, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

2018 Pflegepraktikum Intensivstation Klinikum Bad Hersfeld GmbH

2019 1. Staatsexamen (Note 2,5)

2020 Famulatur Allgemeinmedizin, Praxis Rühlmann, Ronshausen
Famulatur Innere Medizin, Kreiskrankenhaus Rotenburg an der Fulda

2021 Famulatur Anästhesie, Kreiskrankenhaus Rotenburg an der Fulda

2022 Famulatur Allgemeinmedizin, Praxis Lenhard und Römer, Saulheim
Famulatur Palliativmedizin, Universitätsmedizin Mainz

2023 2. Staatsexamen (Note 2)
1. PJ-Tertial Innere Medizin, Klinikum Bad Hersfeld GmbH

2024 2. PJ-Tertial Palliativmedizin, Universitätsmedizin Mainz
3. PJ-Tertial Chirurgie, Klinikum Bad Hersfeld GmbH
3. Staatsexamen (Note 2)

2025 Assistenzärztin Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Bad Hersfeld GmbH

Wissenschaftliche Tätigkeit

2021	Beginn der medizinischen Dissertation im Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, Prof. Jansky, Dr. Wangler
2023	Posterpräsentation von Ergebnissen, 57. DEGAM Kongress, Berlin
2026	Promotion und Erlangung des Doktorgrades der Medizin



Victoria Bogon