

# Drei Fragen zu Ihrem Körpergewicht

P. Ackle<sup>a</sup>, K. Bamert<sup>a</sup>,  
R. Blöchlinger<sup>a</sup>, M. Enz Kuhn<sup>a</sup>,  
K. Kaspar<sup>a</sup>, H. P. Keller<sup>a</sup>,  
B. Libsig<sup>a</sup>, R. Mahler<sup>a</sup>,  
G. Probst<sup>a</sup>, W. Hess<sup>a</sup>,  
R. Rüegg<sup>a</sup>, J. H. Beer<sup>b</sup>

Alle von der PrimaryCare-Redaktion akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit 500.– SFr. honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare Heft 23/2002 [<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>]). Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.

## Adipositas-Prävalenz und Leidensdruck bei 1100 Hausarztpatienten

**Hintergrund:** Die Zahl der Übergewichtigen und der Folgekrankheiten des Übergewichts nimmt ungebremst zu. Ziel der Studie waren die Bestandesaufnahme in unseren Praxen und die Analyse der Interventionsbereitschaft bzw. des subjektiven Handlungsbedarfs.

**Methode:** Prospektive Analyse von 1100 Patienten in 11 Grundversorger-Praxen nach einem vorgegebenen Raster mittels anonymisiertem Fragebogen. Analysiert wurden nebst BMI die demographischen Daten, die Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht, die Motivation zur Reduktion bzw. die konkreten Massnahmen. An den Hausarzt ging die Frage der Einschätzung des Behandlungserfolges.

**Resultate:** Der Rücklauf betrug 98%, der Frauenanteil war 50,5%. Ein BMI von >25 fand sich bei 57% der Patienten, ein BMI von >30 bei 20%. Bei 10% der unter 30jährigen Patienten war der BMI >30 und stieg bis auf 27% bei den über 60jährigen. Beim Schritt von 40–50 auf 50–60 Jahre zeigte sich eine Zunahme der Patienten mit einem BMI >30 um 53%. Die Bereitschaft, aktuell etwas zu unternehmen, lag bei 55% (BMI 25–27), 71% (BMI 28–30) und 87% (BMI >30), hier vorwiegend wegen körperlicher Beschwerden. Aus hausärztlicher Sicht wurden interessanterweise die Aussichten auf eine erfolgreiche Intervention bei 80% der Patienten mit BMI >30 als ordentlich bis gut eingeschätzt.

**Schlussfolgerungen:** Ein Viertel unserer >50-jährigen Patienten hat einen BMI >30, 75% sind motiviert für eine Intervention. Da die Zahl der Übergewichtigen im Alter um 50 Jahre besonders stark zunimmt, liegt ein vielversprechendes Interventionsalter in diesem Bereich. Der BMI der unsere Praxen konsultierenden Population scheint wesentlich höher zu liegen als der BMI der Durchschnittsbevölkerung.

## Einleitung

Die Adipositas ist als «Volksseuche» der industrialisierten Länder zu betrachten [1]. Sie geht mit erhöhter Mortalität und Morbidität einher [2] – insbesondere mit Krankheiten des Bewegungsapparates, mit akzelerierter koronarer Herzkrankheit [3], Herzinsuffizienz [4], Hypertonie, Diabetes, Schlafapnoe-Syndrom, Depression und anderen mehr. Die durch die Adipositas verursachten Kostenfolgen sind ausserordentlich [5]. Die bereits hohe Prävalenz nimmt in raschem Tempo weiter zu [1]. In den USA stieg der Anteil der Einwohner mit einem BMI >25 von 44% im Jahr 1960 auf 61% im Jahr 1999. Einen BMI >30 wiesen 13% (1960) bzw. 27% (1999) auf [1, 2, 4, 6].

Bei einfachster Diagnostik ist die Therapie ausserordentlich anforderungsreich [7–9] und für Arzt und Patient derart schwierig, dass oft eine fatalistische Grundhaltung gegenüber therapeutischen Interventionen bei Adipositas eingenommen wird. Andererseits geben erfolgreiche Lifestyle-Interventionsstudien, beispielsweise bei Diabetes mellitus Typ II, Anlass zu Optimismus [9].

Die Ziele des Qualitätszirkels für diese Studie wurden folgendermassen definiert:

- Analyse der Prävalenz und der Altersverteilung der übergewichtigen Patienten in unseren Praxen; Vergleich mit nationalen und internationalen Daten.
- Analyse des Leidensdrucks bzw. der Unzufriedenheit der Patienten mit ihrem Körpergewicht.
- Analyse der Interventionsbereitschaft der Patienten bzw. Analyse des persönlichen Zielgewichtes.
- Überprüfung des Erfolges einer potentiellen Intervention aus der Sicht des eigenen Hausarztes, der die Patienten in der Regel über Jahre kennt.

Ein internes Teilziel des Qualitätszirkels bestand auch in der Fragestellung, ob unsere Praktikergruppe in der Lage ist, eine relativ komplexe und umfangreiche Studie logistisch innerhalb einer vorgegebenen Zeit durchzuführen und methodisch korrekt auszuwerten.

<sup>a</sup> Qualodoc-Hausarzt-Zirkel Baden

<sup>b</sup> Departement Innere Medizin, Kantonsspital Baden

Korrespondenz:  
Dr. Margot Enz Kuhn  
FMH Allgemeinmedizin  
Kurplatz 3  
CH-5400 Baden  
Margot.EnzKuhn@hin.ch

## Methoden

**Ärzte:** Eine Grundversorgerin und 10 Grundversorger des Qualodoc-Hausarzt-Zirkels aus der Region Baden führten mittels anonymisiertem Fragebogen bei je 100 Patienten nach vordefiniertem Raster eine Erhebung durch. Am Treffen nimmt der Chefarzt der Inneren Medizin des Kantonsspitals Baden regelmässig als Gast teil.

**Erhobene Daten:** Neben den demographischen Daten (Alter, Geschlecht, Grösse, Gewicht, BMI) wurden zusätzlich folgende Fragen beantwortet:

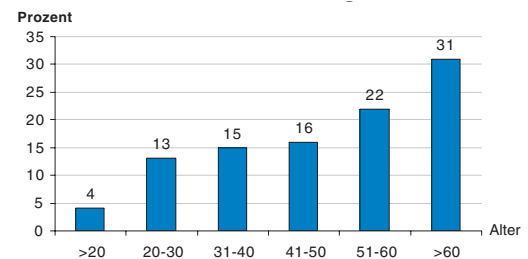
- Bin ich mit meinem Körpergewicht unzufrieden?  
Falls ja: wegen körperlicher Beschwerden? Aus anderen Gründen (zum Beispiel: Aussehen, Beziehungen, Sport etc.)?
- Bin ich motiviert, etwas dagegen zu unternehmen? Welches ist mein Zielgewicht?
- Sind nach Ansicht des behandelnden Hausarztes Massnahmen erfolgversprechend? (Analogskala 1–10).

## Resultate

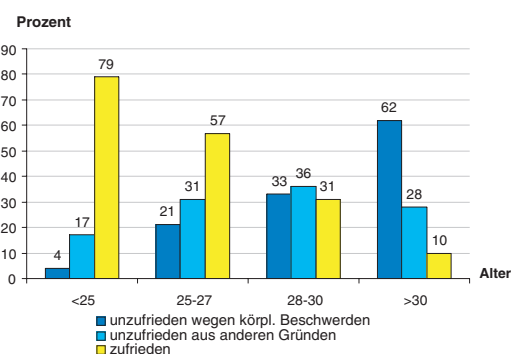
Der *Rücklauf* der Fragebogen betrug 98%. Der *Frauenanteil* lag bei 50,5%. Die *Altersverteilung* entsprach den Erwartungen in einer Allgemeinpraxis. Die erheblichen Unterschiede innerhalb der Praxen sind bedingt durch die Altersunterschiede der Praxisinhaber sowie die unterschiedlichen Ausrichtungen in bezug auf medizinische Angebote (Abb. 1).

Tabelle 1 zeigt die BMI-Verteilung in Abhängigkeit der verschiedenen Altersgruppen in Prozent aller eingeschlossenen Patienten und in Prozent der konsultierenden Altersgruppe. Sie bestätigt unsere Vermutung, dass ein hoher Prozentsatz unserer Patienten einen

**Abbildung 1.**  
Altersverteilung der Adipositas.



**Abbildung 2.**  
Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht.



BMI über 25 erreicht hat (57%) und dass 20% einen BMI von über 30 aufweisen. Nach dem 40. bis 50. Altersjahr ist die Zunahme besonders ausgeprägt. So steigt der Prozentwert der Patienten mit BMI über 25 in dieser Altersgruppe von 47 auf 72% (+53%).

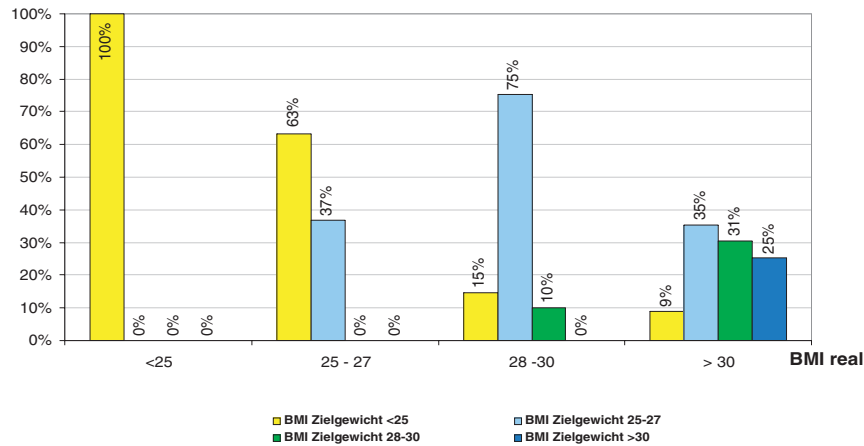
Von speziellem Interesse ist auch die Gruppe der unter 30jährigen. Obwohl sie lediglich 17% der Patienten ausmachen, haben bereits 28% dieser Altersgruppe einen BMI über 25. Dies weist auf eine Selektion adipöser Patienten in diesem Alter hin, welche ärztlichen Rat suchen/brauchen.

Die Unzufriedenheit der Patienten mit ihrem Körpergewicht steigt mit zunehmenden

Alter	Total Patienten		Prozent aller eingeschlossenen Patienten					Prozent der konsultierenden Altersgruppen	
	Absolut	%	BMI 25–27	BMI 28–30	BMI >30	Total BMI >25 n	%	Mit BMI >25	Mit BMI >30
<20	40	4	<1%	<1%	<1%	7	~1	18%	10%
20–30	138	13	2%	1%	2%	43	4	31%	10%
31–40	157	15	2%	2%	2%	67	6	43%	14%
41–50	168	16	4%	1%	3%	79	7	47%	15%
51–60	238	22	7%	4%	5%	172	16	72%	23%
>60	338	31	10%	4%	8%	243	23	72%	27%
<b>Total</b>	<b>1079</b>	<b>100</b>	<b>27%</b>	<b>12%</b>	<b>20%</b>	<b>611</b>	<b>57</b>	<b>57%</b>	<b>20%</b>

**Tabelle 1.** BMI-Verteilung und Altersgruppen.

**Abbildung 3.**  
Vergleich des aktuellen BMI mit dem Ziel.



dem BMI an (Abb. 2). Bis zu einem BMI von 28 dominieren als Ursache der Unzufriedenheit Aussehen, Sport und Beziehungen. Ab einem BMI von 30 sind eindeutig die Beschwerden und Erkrankungen im Vordergrund. Abbildung 3 illustriert interessanterweise durchaus realistische BMI-Zielwerte aus der Sicht unserer Patienten. So wird zu meist lediglich die nächst tiefere Stufe und kein überzogenes Ziel angestrebt. Analog der Unzufriedenheit scheint die Bereitschaft für eine Intervention einzustufen zu sein: Bereits

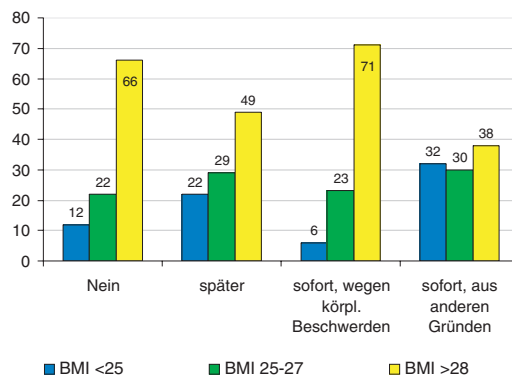
bei einem BMI >28 sind in der überwiegenden Zahl der Patienten die körperlichen Beschwerden die Hauptmotivation zur Intervention (Abb. 4). Von besonderem Interesse ist die Erfolgsbeurteilung der Bemühungen einer Gewichtsreduktion durch den Hausarzt (Abb. 5). Gerade bei den Patienten mit BMI >30 scheint keineswegs eine resignative Haltung vorzuliegen, werden doch die Chancen auf einen Erfolg in 80% als ordentlich bis sehr gut beurteilt.

### Diskussion

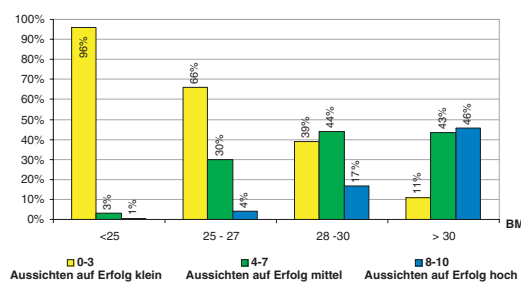
Die hohe Prävalenz der Adipositas unserer Patienten erreicht vergleichbare Werte wie in der amerikanischen Durchschnittsbevölkerung. Tabelle 1 illustriert, dass 57% unserer Patienten einen BMI über 25 aufweisen (60% in der eingangs zitierten amerikanischen Quelle) [6]. In der Gruppe mit einem BMI über 30 scheinen unsere Patienten mit 20% (27% in den USA) noch etwas besser dazustehen. Allerdings kann die den Hausarzt konsultierende Population nicht mit der Durchschnittsbevölkerung gleichgesetzt werden. So sind bereits bis 30% der unter 30-Jährigen, welche bei uns den Hausarzt aufsuchen, übergewichtig. Diese Altersgruppe ist jedoch unter den konsultierenden Patienten verschwindend klein, so dass hier bereits eine relevante Selektion von übergewichtigen Patienten vorliegt. Die Daten weisen auch darauf hin, dass eine Prävention sehr früh beginnen sollte [10].

Die Analyse von Übergewicht und Adipositas von 30000 Zürichern, welche in den Jahren 1993 bis 1998 den «Luftibus» der Zürcher Lungenliga besuchten [8], bestätigt den

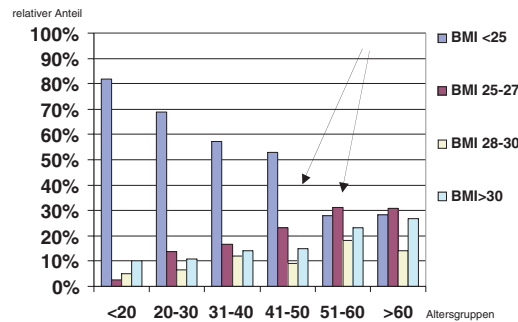
**Abbildung 4.**  
Bereitschaft der Patienten für eine Intervention.



**Abbildung 5.**  
Erfolgsbewertung durch den Arzt.



**Abbildung 6.**  
Altersverteilung und BMI.



vermuteten Unterschied zwischen «Praxispopulation» und Normalbevölkerung. Diese Population wies lediglich in 7% einen BMI von über 30 und in ca. 30% einen BMI von 25–30 auf. Deshalb liegt die Schlussfolgerung nahe, dass adipöse Patienten bedeutend mehr Konsultationen benötigen. Diese liegen in der Grössenordnung von Faktor 2.

Die Daten zeigen zudem eine Akzeleration der Körpergewichtszunahme bei unseren Patienten um das 50. Altersjahr, so dass ein interventioneller Schwerpunkt nebst präventiven Massnahmen im Kindesalter auf die Altersgruppe von 40 bis 50 Jahren fokussieren sollte.

Entgegen der landläufigen Meinung zeigte sich überraschend eine Mehrzahl unserer Patienten motiviert zur Intervention. Die Hausärzte sind in der Mehrzahl der Meinung, dass gerade bei einem BMI von über 30 die Aussichten auf einen Erfolg durchaus intakt sind (Abb. 4–6).

Oft scheinen die Patienten den Ansatz der Kalorienrestriktion kombiniert mit mindestens rund 150 Minuten körperlicher Freizeitaktivität wöchentlich nicht oder unvollständig anzuwenden [6–7, 9]. Andererseits kann die durch den Hausarzt und/oder die Diätberaterin geführte traditionelle «Lifestyle-Intervention/Kalorienrestriktion» bei Risikopatienten für chronische Erkrankungen durchaus erfolgreich sein [11].

Interessante pathophysiologische Interventionen und vor allem therapeutische Ansätze zur Behandlung der Fettleibigkeit sind noch weit von der klinischen Anwendung entfernt, z.B. Leptine in der Adipositas-Behandlung [12].

Aus unserer Arbeit ziehen wir folgende Schlussfolgerungen:

Die Prävalenz der Adipositas in unseren Patienten hat «US-amerikanische Verhältnisse» erreicht: 57% der 1100 Patienten wiesen einen

BMI über 25 und 20% gar einen BMI über 30 auf.

Ein starker Anstieg erfolgt zwischen dem 40. und 50. Altersjahr.

Dass die meisten Patienten interventionsbereit sind und die Aussicht auf einen Behandlungserfolg durch den behandelnden Grundversorger durchaus positiv beurteilt wird, gibt Anlass zu Optimismus.

Eine Folgestudie mit gezielter Intervention bei den 40- bis 50jährigen Patienten wäre von Interesse.

#### Dank

Wir danken Herrn Dr. Andreas Bühler (Blue Care) für das Datenmanagement, Frau Karin Zehnder für die Niederschrift des Manuskriptes und Prof. Dr. J. H. Beer für die wissenschaftlichen Daten zu unserer Untersuchung.

Präsentation an der Jahrestagung 2002 der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin und als Abstract publiziert in: Schweiz Med Forum 2002;2 (Suppl. 8): 65S.

#### Literatur

- McTigue KM, Garrett JM, Popkin BM. The natural history of the development of obesity in a cohort of young U.S. adults between 1981 and 1998. *Ann Intern Med* 2002;136:857–64.
- Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama* 1999;282:1523–9.
- McGill HC Jr, McMahan CA, Herderick EE, Zieske AW, Malcom GT, et al. Obesity accelerates the progression of coronary atherosclerosis in young men. *Circulation* 2002;105:2712–8.
- Massie BM. Obesity and heart failure – risk factor or mechanism? *N Engl J Med* 2002;347:358–9.
- Thompson D, Edelsberg J, Colditz GA, Bird AP, Oster G. Lifetime health and economic consequences of obesity. *Arch Intern Med* 1999;159:2177–83.
- Statistics, N. C. f. H. in Health, United States 1232–1 (U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Hyattsville, 2000).
- Serdula MK, Mokdad AH, Williamson DF, Galuska DA, Mendlein JM, et al. Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *Jama* 1999;282:1353–8.
- Egger S, Wieland R, Ludin M, Brandli O, Vetter W, et al. Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich. *Praxis* 2001;90:531–8.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
- Suter PM, Bettoni M, Erba D, Guzzi M, Vetter W. Häufigkeit und Determinanten der Adipositas im Kindesalter: Adipositasprävention beginnt im Kindesalter. *Swiss Med Forum* 2002;8:13.
- Ashley JM, St Jeor ST, Schrage JP, Perumean-Chaney SE, Gilbertson MC, et al. Weight control in the physician's office. *Arch Intern Med* 2001;161:1599–604.
- Friedman JM, Halaas JL. Leptin and the regulation of body weight in mammals. *Nature* 1998;395:763–70.