

Dominique Durrer, Yves Schmutz

Ansatzpunkte bei der Betreuung von adipösen Patienten in der Praxis

Zur Adipositas, ihren Ursachen, Folgen und Behandlung ist schon sehr viel Tinte geflossen. Es ist schwierig geworden, sich in dieser Fülle von Information zurechtzufinden. Wohl findet man in den Fachzeitschriften unzählige nationale oder europäische Konsensusstatements [1–9]. Praktisch anwendbare und gut illustrierte Leitlinien für praktizierende Ärztinnen und Ärzte sind aber nach wie vor kaum greifbar. Im folgenden Beitrag möchten wir anhand eines Fallbeispiels die verschiedenen Mittel («tools») darstellen, mit deren Hilfe der Arzt in der Praxis seine Patienten mit Adipositas wirksam betreuen kann. Dazu gehören diagnostische Abklärungen, Motivationsarbeit, Ernährungsberatung, Beratung zur Lebensführung allgemein und Bewegungsförderung.

Fallbeispiel

Hat man einen Patienten mit Adipositas vor sich, stellt sich erst einmal die Frage, ob es sich hier wirklich lohnt, eine langwierige, schwierige, oft mit Misserfolgen verbundene Behandlung zu beginnen oder ob man nicht lieber lediglich versuchen sollte, wenigstens das aktuelle Gewicht zu halten. Es gibt Methoden, die Praktikerinnen und Praktikern helfen, diese Frage zu beantworten.

Wir möchten deren Nutzen anhand eines konkreten Fallbeispiels, der 58-jährigen Frau B., illustrieren: Die Patientin sucht Sie auf, weil sie in den letzten 20 Jahren 65 kg an Gewicht zugenommen hat, die letzten 20 kg allein nach einer Scheidung im vergangenen Jahr. Der aktuelle BMI beträgt 46,9 kg/m².

Um etwas besser zu verstehen, wie es bei dieser Patientin zu dieser Adipositas gekommen ist, versuchen wir nun etwas genauer in Erfahrung zu bringen, wie sich ihr Gewicht im Laufe der Jahre bis hin zum heutigen Zustand entwickelt hat (diagnostisches Instrument). Mit 25 Jahren hatte Frau B. mit 55 kg bei einer Körperlänge von 160 cm ein normales Gewicht (BMI 21,5 kg/m²). Das dauerte bis zu ihrer ersten Schwangerschaft, während der sie 35 kg zunahm, wovon sie später 15 kg beibehielt. Im Verlauf ihrer zweiten Schwangerschaft nahm sie 18 kg zu und behielt davon 10 kg. Schwierigkeiten in der Ehe und Anorexieprobleme bei einer ihrer Töchter lösten bei der Patientin Essstörungen mit «Binge Eating Disorder» aus.

Dies führte während des 33. bis 37. Altersjahr zu einer erheblichen Gewichtszunahme von 20 kg. Somit nahm die Patientin zwischen dem 25. und 37. Altersjahr vor allem im Gefolge von Essstörungen um 45 kg zu (BMI 39 kg/m²). Als positiv darf gewertet werden, dass die Patientin keinen Yo-Yo-Effekt aufweist, da sie nie strenge Diäten befolgte.

Die letzten 20 kg, mit denen die Patientin nun ihr heutiges Gewicht von 120 kg (BMI 47 kg/m²) erreicht hat, stehen wohl im Zusammenhang mit der Menopause, einem Beruf mit sehr wenig Bewegung (Informatikerin) und wenig aktiver Lebensweise (Auto, kaum physische Aktivität oder Sport). Sie kocht auch nicht selbst und isst fast täglich auswärts. Obschon sie derzeit weniger Krisen durchmacht, nimmt sie nach wie vor jeden Nachmittag Snacks gegen den Stress zu sich.

Diagnostische Hilfsmittel

In diesem kurzen Beitrag können wir nicht im Detail auf alle verfügbaren diagnostischen Tools wie genaue Gewichtsanamnese, frühere Behandlungsversuche, Komplikationen, Erwartungen usw. eingehen. Informationen darüber kann man aus den Basiswerken zum Thema [10] entnehmen.

Wir müssen bei unserer Patientin aber auch die mit dem Übergewicht oder der Fettleibigkeit verbundenen Risikofaktoren bewerten. Auch dies muss unser therapeutisches Verhalten beeinflussen. Mit anderen Worten, eine Schlüsselfrage für die weitere Behandlung ist der Entscheidung, ob eine Intervention zur Gewichtsreduktion hier wirklich nötig ist. In diese Entscheidung fliesst einmal der Eindruck des behandelnden Arztes, aber auch eine Reihe von objektiven Kriterien ein:

- anthropometrische Befunde (Body Mass Index = BMI, Bauchumfang, eventuell Zusammensetzung der Körpermasse zur Beurteilung der Fettgewebsmasse),
- die Anamnese (Lebensgewohnheiten, familiäre Belastung),
- Risiken aufgrund des Lebensstils,
- Risiko für kardiale und metabolische Komplikationen (Tab. 1),
- Bereitschaft zu Veränderungen des Lebensstils.

Bei metabolischem Syndrom ist eine Behandlung immer angezeigt.

Tabelle 1

Risiko für kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen in Abhängigkeit von BMI und Bauchumfang [10].

Gesundheitliches Risiko in Abhängigkeit von BMI und Bauchumfang	BMI (kg/m ²)	Grad	Risiko*	
			≤94 cm	Männer >102 cm
			≤80 cm	Frauen >88 cm
Untergewicht	<18,5		–	–
Normal	18–24,9		–	–
Übergewicht	25–29,9	Übergewicht	mässig	erhöht
Adipositas	30–34,9	I	erhöht	stark erhöht
	35–39,9	II	stark erhöht	stark erhöht
	≥40	III	extrem erhöht	extrem erhöht

Eine Intervention rechtfertigt sich unter folgenden Voraussetzungen:

- BMI >30 kg/m²
- BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m² bei einem Bauchumfang >102 cm bei Männern oder >88 bei Frauen,
- BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m² bei mindestens zwei konkomitierenden kardiovaskulären oder metabolischen Risikofaktoren,
- bei Diabetes.

Ist der Patient nicht dazu bereit, seinen Lebensstil zu ändern, arbeitet man mit Vorteil zuerst an der Motivation und an zugrundeliegenden psychischen Problemen und stellt die Behandlung der Adipositas selbst zunächst zurück, um dem Patienten einen voraussehbaren Misserfolg zu ersparen. Aber auch in dieser ersten Phase müssen kardiovaskuläre und metabolische Risikofaktoren wie auch Komplikationen der Adipositas unbedingt behandelt werden. Darüber hinaus muss unbedingt das Gewicht schon jetzt stabilisiert werden.

Nachdem die Diagnose gestellt und die Indikation zur Behandlung abgeklärt wurde, gilt es, als nächstes die Motivation des Patienten abzuklären. Ohne diese ist kein therapeutischer Erfolg denkbar.

Motivation

Kehren wir zu Frau B. zurück. Ein wichtiges Element beim Entscheid, ob wir bei dieser Patientin eine Behandlung beginnen wollen, muss ihre Motivation zur Veränderung ihres Lebensstils sein. Hat sie sich von sich aus gemeldet? Oder wurde sie von ihrer Familie, Arbeitskollegen oder Freunden dazu aufgefordert?

Abbildung 1

Test für den zu erwartenden therapeutischen Erfolg [10].

Die Erfolgchancen Ihres Patienten testen

Der Text kann (in französischer Sprache) aus dem Internet unter www.eurobesitas.ch und www.medhyg.ch heruntergeladen werden (unter «Livres» → «Obésité, les outils pour le praticien»).

1	Ist der Patient von sich aus in Ihre Sprechstunde gekommen mit dem Wunsch, sein Gewicht zu reduzieren, oder wurde er von einer Drittperson geschickt?				
	+	-			
		Auf eigene Initiative	Durch Drittperson		
2	Wie wichtig ist es dem Patienten, sein Gewicht zu reduzieren?				
	-	+	++	+++	
		Überhaupt nicht wichtig		Sehr wichtig	
3	Welches ist der Motivationsstatus des Patienten?				
	-	+	++	+++	
		Pre-contemplation (Absichtslosigkeit)	Contemplation (Absichtsbildung)	Preparation (Vorbereitung)	+++ Action (Handlung)
4	A) Wie viel Gewicht sollte der Patient verlieren?				
	+	-	--		
	(5-15 kg)	(15-30 kg)	(über 30 kg)		
	B) Was für zusätzlichen Nutzen kann der Patient erwarten?				
	-	+			
		(wenig)	(viel)		

Mehrheitlich +: Gute Erfolgsaussichten. Gleich viele + wie -: Mässige Erfolgschancen, Mehrheitlich -: Geringe Erfolgschancen. Sucht der Patient den Arzt auf eigene Initiative auf, ist dies ein gutes prognostisches Zeichen. Der Patient wird vermutlich bereit zum Stadium «action» (gemäss Prochaska) sein. Das muss allerdings überprüft werden. Wurde er dagegen von einer Drittperson (Familie, Hausarzt, Freunde) geschickt, muss man das Motivationsstadium überprüfen. Geht man falsch vor, ist ein Misserfolg zu erwarten. Wenn es dem Patienten wichtig ist, sein Gewicht zu reduzieren, und er zuversichtlich ist, dieses Ziel erreichen zu können (++ oder +++), ist die Prognose eher gut. Wenn die Wichtigkeit gross, die Zuversicht aber gering ist, muss man mit dem Patienten vor allem seine Probleme betreffend Selbstachtung und Selbstsicherheit bearbeiten. Muss der Patient mehr als 10 bis 15 kg abnehmen, dann sind die langfristigen Erfolgchancen zurückhaltend zu beurteilen.

Will sie wirklich ihr Leben verändern? Ein einfacher Test (Abb. 1) kann Ihnen helfen, die Erfolgchancen besser abzuschätzen. Die Motivation ist das A und O für einen langfristigen Erfolg bei jeder Verhaltensänderung. Sie ist die Grundvoraussetzung für einen Behandlungserfolg bei der Gewichtsreduktion und die Durchführung der nötigen Massnahmen. Ein wenig motivierter Patient wird die mit dem Arzt vereinbarten Ziele kaum erreichen.

Zunächst kann das Motivationsstadium des Patienten anhand der aufsteigenden Prochaska-&-Di Clemente-Skala bestimmt werden (Tab. 2).

Werten Sie nun den Test aus. Ist er positiv, ist eine Behandlung erfolgversprechend. Ist Ihre Patientin dagegen zu wenig motiviert, sollten Sie zuerst ein Motivationsgespräch durchführen. Das Motivationsgespräch ist eine wirksame Methode, um beim Patienten nach und nach eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Es sei noch darauf hingewiesen, dass ein neuer Kurs («Medical Motivation») von drei Halbtagen erarbeitet worden ist, der speziell auf Hausärzte zugeschnitten ist und diese ab 2009 in die Technik des Motivationsgesprächs einführen soll.

Tabelle 3 fasst noch einmal zusammen, welche Elemente bei der Abklärung der Motivation des Patienten zu berücksichtigen sind.

Ernährung

Die eingenommenen Nahrungsmengen relativ genau (+/- 50 kcal/Tag) abschätzen zu wollen, bleibt in der Arztpraxis illusorisch, speziell bei adipösen Patienten und Patientinnen. Die Fehler sind riesig, die zugeführten Energiemengen werden bei der quantitativen Buchführung quasi systematisch unterschätzt, wie Dutzende von Studien haben nachweisen können.

In der Klinik verwendet man, um die Ernährungsprobleme in den Griff zu bekommen, einen den persönlichen Vorlieben und Gewohnheiten des Patienten angepassten Ernährungsplan. Die meisten anerkannten Spezialisten auf dem Gebiet empfehlen heute dieses Vorgehen.

Tabelle 2

Verhalten dem Patienten gegenüber in Abhängigkeit von dessen Motivationsstadium [11].

Stadium	Verhalten
Absichtslosigkeit (Precontemplation)	Aktuelle Situation anerkennen Zweifel wecken Schwergewicht auf Analyse, nicht auf Aktion Vorteile und Risiken darstellen
Absichtsbildung (Contemplation)	Unter Zuhilfenahme der noch ambivalenten Einstellung des Patienten den Entscheid nach und nach in Richtung Handlung beeinflussen
Vorbereitung (Preparation)	Widerstände und Fallstricke identifizieren; ein soziales Netz zur Unterstützung organisieren Ein Aktionsprogramm in kleinen Schritten planen
Handlung (Action)	Das soziale Netz zur Unterstützung strukturieren Das Selbstvertrauen des Patienten konkret stärken Vor allem langfristige Bedürfnisse in den Vordergrund stellen
Aufrechterhaltung (Maintenance)	Hilfe bieten, um geeignete Strategien zu erkennen und anzuwenden Nachsorge planen; Rückfällen vorbeugen
Rückfall	Helfen, wieder zum Stadium der Absichtsbildung zurückzukehren; Schuldgefühle vermeiden Mit dem Patienten die Einflüsse, die den Rückfall ausgelöst haben, analysieren und bearbeiten

Tabelle 3

Worauf bei der Beurteilung der Motivation eines Patienten zu achten ist [10].

1	Gründe und eigentliche Motivation des Patienten zur Gewichtsabnahme (vgl. Fragebogen zur Evaluation des Motivationsstadiums, Tab. 2).
2	Frühere Versuche zur Gewichtsabnahme, Erfolge und Misserfolge.
3	Gibt es in Familie und Freundeskreis psychologische und soziale Unterstützung?
4	Versteht der Patient das Problem? Ist er sich der Risiken für seine Gesundheit bewusst? Weiss er um den Nutzen einer Gewichtsabnahme?
5	Kann und will der Patient sich die nötige ZEIT zur Veränderung seines Lebensstils lassen?
6	Einstellungen zu und Glauben an körperliche Betätigung, frühere Erfahrungen (gute und schlechte).
7	Mögliche Hindernisse gegen Veränderungen.

Als Basis für einen solchen Plan lässt man den Patienten während sieben Tagen (inkl. Wochenende) seine Nahrungszufuhr semiquantitativ festhalten. So lassen sich Fehler in der Verteilung der Mahlzeiten (Auslassen des Frühstücks, kalorisch zu knappe Mahlzeiten, was in der Folge zu dauerndem Knabbern führt usw.) und Fehler in der Zusammensetzung der Speisen (zu viele fette und süsse oder fette und salzige Speisen, zu wenig Früchte und Gemüse, zu wenig oder zu viel stärkehaltige Speisen, zu viele sichtbare Fette, die in Form von Butter, Ölen oder Mayonnaise zugesetzt werden) feststellen. Der Arzt sollte überdies nach Heisshungerattacken, zwanghaftem Essverhalten und weiteren Essstörungen wie «Binge Eating Disorder», eigentlicher Bulimie und «Night Eating Syndrom» fahnden.

Das Ziel ist es, den Patienten dazu zu erziehen, sich bei der Nahrungsaufnahme wieder von seinem physiologischen Hunger- und Sättigungsgefühl leiten zu lassen und es zu vermeiden, bestimmte Speisen zu tabuisieren oder sich allzu restriktive Essregeln aufzulegen, da dies oft kompensatorisch zu einem zwanghaften Verhalten führen und den Patienten in eine Spirale zunehmend schwerer Störungen des Essverhaltens ziehen kann.

Ein weiteres Ziel besteht darin, das Tempo beim Essen zu reduzieren. So gelingt es dem Patienten eher, auf sein natürliches Sättigungsgefühl zu achten und ganz einfach die Freude am Geschmack der Speisen und am Essen zurückzugewinnen.

CARNET ALIMENTAIRE DE : Anna...					
Dimanche	Où	Quoi ? (Description du repas)	Entre deux repas	Avec qui ?	Remarques
Petit déjeuner : 10h30	Salon sans TV	1 Bol de café + 2 Sucres 1 Pain au chocolat + 2 Croissants 1 Yaourt Grecque + 4 c à café de sucre		Parents	15min
Déjeuner : 15h00	Salon devant TV	RIEN 1 Sandwich de Tarama ~100g + ½ Baguette 2 tartines (~50g) de gruyère (~60g) fondu au four micro-onde 1 Paquet de Gâteau : Cookies 1 Cannelle de Sprite		Seule	Partie se promener Devant TV
18h00	Devant TV		4 Verres de Fanta 4x200ml + 1Magnum	Seule	5min
19h00	Devant TV		1 Paquet de saucisse cocktail + Mayonnaise		5min
Dîner : 20h00	Salon sans TV	2 Assiettes de salade composée (Riz, Tomate, Thon, Œufs durs, Gruyère) + mayonnaise ~ 4 C à S 3 Verres de Jus de fruits + ½ Baguette		Parents	10 min
21h30	Devant TV	1 Yaourt Grecque à la pêche + 1 Pqet de Mikado + 1 Tisane + 2 sucres			5 min

Abbildung 2

Ernährungstagebuch der im Text beschriebenen Patientin [10]

Um die Nahrungszufuhr von Frau B. beurteilen zu können, bitten wir sie, in einem Heft fortlaufend festzuhalten, was sie im Laufe von sieben Tagen (inkl. Wochenende, da die Essgewohnheiten an Wochenenden oft anders sind als unter der Woche) alles zu sich genommen hat. Abbildung 2 zeigt das von der Patientin ausgefüllte Heft.

Was können wir aus diesem Beispiel entnehmen?

- **Mahlzeitenstruktur:** Frau B. ernährt sich völlig unstrukturiert. Das Mittagessen lässt sie aus und isst dafür um 15 Uhr. Zwischen 18 und 19 Uhr nimmt sie Snacks zu sich und nimmt ihre nächste richtige Mahlzeit erst um 20 Uhr zu sich.
- **Zeitliche Verteilung der Energiezufuhr:** Die Energiezufuhr ist ungeordnet und ohne sinnvollen Rhythmus. Viele Kalorien morgens, am Mittag nichts, hernach um 15 Uhr herum ein Kontrollverlust mit einer enormen Kalorienzufuhr bis 21.30 Uhr.
- **Nahrungsbestandteile:** Vorzugsweise gesättigte Fette und Kohlehydrate als Stärke und Zucker. Diese Diät enthält zu wenig Vitamine und Fasern, die das Sättigungsgefühl fördern.
- **Essverhalten:** Frau B. isst nicht, weil sie Hunger hat, sondern aus Lust oder weil sie etwas kompensieren will. Wir müssen uns bei der Arbeit mit dieser Patientin vor allem mit den emotionalen Aspekten befassen und Frau B. helfen, an Stelle ihres Esszwangs geeignete Alternativstrategien zur Überwindung ihrer emotionalen Probleme zu entwickeln. Sie muss auch wieder lernen, ihr Sättigungsgefühl wahrzunehmen, damit sie den Moment, wo sie natürlicherweise mit Essen aufhören würde, nicht verpasst. Das wird eine langwierige und langsam vorangehende Arbeit, bei der ein Spezialist wird mithelfen müssen.

In weniger komplexen Fällen, bei denen das Problem vor allem darin besteht, die Zusammensetzung der Nahrung zu verbessern, lässt sich manchmal eine Gewichtsreduktion durch eine bessere zeitliche Verteilung der Mahlzeiten erreichen, wodurch zu starke Hungergefühle zwischendurch vermieden werden können.

In anderen, einfach gelagerten Fällen liegt es daran, dass der Patient zu wenig über eine gesunde Ernährung weiss. In diesen Fällen geht es also darum, die Patienten zu informieren und nach und nach die Einnahme von Zucker und Fetten zu reduzieren.

Nachdem wir uns mit der Nahrungszufuhr befasst haben, wenden wir uns nun der anderen Seite der Energiebilanz zu: dem Energieverbrauch.

Wenn wir den Energieverbrauch abschätzen, können wir den Kalorienbedarf unserer Patientin ausrechnen. Der Energieverbrauch setzt sich zusammen aus dem Umsatz in Ruhe und dem Verbrauch durch körperliche Aktivität. Die erste Komponente wird anhand von Gewicht und Geschlecht geschätzt (Tab. 4). Die zweite Komponente schätzt man grob aufgrund eines vereinfachten Fragebogens zur körperlichen Aktivität, der speziell für Hausärzte entwickelt worden ist (Abb. 3).

Mit der Schätzung des Energieverbrauchs verfolgen wir mehrere wichtige Ziele:

- Der Energiebedarf soll laufend dem jeweiligen Gewichtsniveau angepasst werden. Wenn unsere Patientin 55 kg wiegt, liegt ihr Energiebedarf unter 1900 kcal/Tag. Bei ihrem Höchstgewicht von 120 kg beträgt ihr Energiebedarf, um dieses Gewicht halten zu können, etwa 2500 kcal/Tag, auch wenn man die geringere körperliche Aktivität bei diesem hohen Gewicht in Rechnung stellt. (Derzeit wiegt die Patientin 98 kg, ihr Energiebedarf wird auf 2200 kcal pro Tag geschätzt.)
- Der Patientin muss bewusst gemacht werden, dass sie, wenn sie ein tieferes Gewicht erreicht hat, ihre Energiezufuhr langfristig reduzieren muss, um ihr neues Gewicht zu halten.

Das Essverhalten

Es gibt eine Reihe von Instrumenten, mit denen wir Verhaltensweisen, die leicht zu einer Gewichtszunahme führen, untersuchen können. Zunächst das Essverhalten selbst. Isst Frau B. im Kreis einer Familie, in einer angenehmen, warmen, geselligen Umgebung, in der sie sich täglich mit anderen austauschen kann? Bereitet sie ihre Mahlzeiten selbst zu? Nein, aufgrund der Angaben in ihrem Ernährungstagebuch isst Frau B. allein und oft in Restaurants. Das macht die Prognose ungünstig. Frau B. sollte ermuntert werden, mehr selbst zu kochen und, falls nötig, einen Kochkurs zu besuchen. Damit kann sie in einem Veränderungsprozess aktiver und selbständiger werden; mit der Zeit wird sie ihre selbst zubereiteten Mahlzeiten geniessen.

Tabelle 4

Bestimmung des Energieverbrauchs in Ruhe je kg Körpergewicht bei Männern und Frauen zwischen 20 und 60 Jahren (die am nächsten liegende Gewichtskategorie benutzen) [10].

Gewichtskategorie (kg)	Frau kcal/kg x Tag	Mann kcal/kg x Tag
50	25	29
55	23	27
60	22	26
65	21	25
70	20	24
75	19	23
80	18	22
85	18	22
90	18	22
95	17	21
100	17	21

Tabelle 5

Vorschläge an Ihre Patientin zum Vermeiden oder Hinauszögern einer Attacke von Esszwang [10].

- Das Haus verlassen
- Dusche oder Bad nehmen
- Eine Freundin oder einen Freund anrufen
- Sich ausruhen, schlafen
- Freunde besuchen
- Ins Kino gehen
- Zähne putzen
- Musik hören
- Tanzen
- Mit dem Hund spazieren
- Lesen
- Nähen
- Ausstellung besuchen
- Malen
- Zeichnen
- Meditieren, sich auf sich selbst konzentrieren
- Sich einen Moment Zeit nehmen, sich auf die eigene Atmung, seine Tagesziele zu konzentrieren
- Eine Wanderung machen, Sport treiben

Ihre Mahlzeiten sind unstrukturiert. Wenn sie nur soviel isst, dass ihr Hunger gestillt ist, und dabei drei feste Mahlzeiten einhält, wird sie eher Erfolg haben.

Frau B. isst oft, um ihren Stress zu lindern. Der nächste Schritt ist also, dass Frau B. lernt, sich beim Essen durch ihr Hunger- und Sättigungsgefühl leiten zu lassen und geeignete alternative Strategien zur Stressreduktion zu entwickeln (Selbsthypnose, Yoga, Entspannungsmassagen, ein Spaziergang usw.).

Frau B. entscheidet sich für Yoga und Selbsthypnose zur Förderung ihres Wohlbefindens. Wichtig wird schliesslich auch sein, mit der Patientin an einer Strategie zu arbeiten, um ihre Gewohnheit, ab 16 Uhr Snacks zu sich zu nehmen, abzulegen. Isst sie genug zu Mittag? Strategien, die Sie Ihren Patienten zur Vermeidung oder Verzögerung von zwanghaften Essattacken anbieten können, sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität stellt einen wichtigen Pfeiler der Adipositasbehandlung dar. Sie hilft, sich an einen bestimmten Ernährungsplan zu halten. Sie lässt das Erscheinungsbild schlanker werden (indem

Questionnaire activité physique (semi-quantitatif) simplifié pour médecins généralistes/praticiens

(téléchargeable sur www.eurobesitas.ch et www.medhyg.ch)

I. Activité physique (+)		
1 Profession		
a) Quelle est votre profession (cf. tableau 20) ?		
Active = A	Moyennement active = B	Sédentaire = C
b) A quel pourcentage travaillez-vous ?		
< 50% = C	50-80% = B	80-100% = A
2 Transports		
Comment vous rendez-vous au travail (plus de 30 min aller et retour) ?		
A pied = A	En vélo = A	En voiture ou transport publique = C
3 Activité physique quotidienne/loisirs et sports		
a) En moyenne, combien de temps marchez-vous à l'extérieur chaque jour (en incluant les transports/déplacements) ?		
10-30 min. = C	30-60 min. = B	> 60 min. = A
b) Pratiquez-vous un sport ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Si oui, le(s)quel(s)		
Fréquence moyenne /semaine (si durée > 30 min.)		
1-2/sem. = A	3-4/sem. = AA	> 4/sem. = AAA
Indiquez le total des A, B, C : ___ A ___ B ___ C		
II. Inactivité physique (-)		
4 En moyenne, combien de temps passez-vous chaque jour, en dehors du travail, devant la TV /ordinateur /vidéo ?		
0-2h (ne rien soustraire)	2-4h enlever A (ou B si pas de A)	4-8h enlever AA (ou BB si pas de AA)
5 En moyenne, combien de temps passez-vous en position assis(e)/couché(e) chaque jour du lever au coucher ?		
4-6h enlever A (ou B si pas de A)	6-8h enlever AA (ou BB si pas de AA)	> 8h enlever AAA (ou BBB si pas de AAA)
Evaluation globale		
Nombre majoritaire de : A = activité physique élevée B = activité physique moyenne C = activité physique faible (sédentaire)		
Nombre majoritaire de B ou C → élaborer une stratégie avec le patient pour :		
1) Augmenter la durée (éventuellement l'intensité) de l'activité physique quotidienne et sportive.		
2) Réduire la durée de l'inactivité physique.		

Abbildung 3

Semiquantitativer Fragebogen zur körperlichen Aktivität [10].

Tabelle 6

Die Hauptpunkte, die man sich merken sollte.

1	Diagnose stellen, Risikofaktoren für kardiovaskuläre und metabolische Krankheiten beurteilen, Motivation des Patienten abschätzen.
2	Hat man sich mit dem Patienten zusammen zu einer Strategie entschieden, soll man bei jeder Konsultation kleine Veränderungsschritte vereinbaren.
3	Der Patient muss unbedingt eine aktive Rolle in seiner eigenen Behandlung übernehmen und selbst geeignete Strategien entwickeln. Der Arzt wird dem Patienten dabei behilflich sein, die nötigen Mittel für die Umsetzung zu finden.
4	Nimmt der Patient aktuell deutlich an Gewicht zu, dann muss man zunächst versuchen, das Gewicht zu stabilisieren, bevor man an eine Gewichtsabnahme herangehen kann.

Fett reduziert und dafür mehr Muskelgewebe gebildet wird). Physische Aktivität erhöht überdies den Energieverbrauch.

Zunächst wollen wir uns die physische Aktivität von Frau B. anhand des Fragebogens «Körperliche Aktivität» (Abb. 3) anschauen. Aus ihrem Fragebogen geht hervor, dass sie keinen Sport treibt und ihre alltäglichen Ortsverschiebungen vornehmlich mit dem Auto zurücklegt.

Frau B. ist damit einverstanden, ein Pedometer zu tragen, um abzuklären, wie viel sie sich im Rahmen ihrer alltäglichen örtlichen Verschiebungen bewegt. Im Wochendurchschnitt legt sie 3800 Schritte pro Tag zurück, also sehr wenig. Sie ist sehr motiviert, ihre Schrittzahl nach und nach auf den Zielwert von 10000 pro Tag zu erhöhen, dies in Stufen von plus 1000 täglichen Schritten jede Woche.

Frau B. willigt auch ein, einmal wöchentlich einen Wassergymnastikkurs zu besuchen. Schliesslich war sie früher eine sehr gute Schwimmerin gewesen. Sie liebt das Wasser.

Kurz: Frau B. hat nach und nach alle diese Veränderungen effektiv in die Tat umgesetzt und damit im Laufe von 1,5 Jahren 22 kg abgenommen. Das ist also ein Erfolg. Natürlich kann es nicht Ziel der Behandlung sein, ihr Gewicht, das sie mit 28 hatte, nämlich 55 kg, wieder zu erreichen! Das Ziel in ihrem Alter dürfte es sein, auf einen BMI in der Grössenordnung von 28 bis 30 kg/m², d.h. auf ein Gewicht zwischen 72 und 80 kg zu kommen und dabei körperlich aktiv zu bleiben. Wir möchten betonen, dass ein fitter Adipöser ein geringeres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen hat als ein Normalgewichtiger, der sich kaum bewegt.

Schlussfolgerungen

Tabelle 6 stellt nochmals die entscheidenden Punkte zusammen, auf die es bei der Betreuung von Patienten mit Adipositas ankommt. Eine gesamtheitliche Behandlung ist komplex. Praktisch einsetzbare Hilfsmittel können dem Arzt dabei helfen, die Aktivitäten in den verschiedenen Teilbereichen besser aufeinander abzu-

stimmen [10]. Der Patient bleibt im Zentrum der Therapie. Er legt selbst Schritt für Schritt diejenigen Veränderungen seines Lebensstils fest, die er realisieren möchte. Der praktizierende Arzt hat dabei eine entscheidende Partnerrolle und hilft dem Patienten, die nötige Motivation zu finden, zu verstärken und aufrechtzuerhalten. Er unterstützt ihn in seiner Wahl.

Literatur

- 1 WHO Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva, WHO Technical Report Series 894; 2000.
- 2 Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E et al. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. Obesity Facts. 2008; 1:106–16.
- 3 Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse. Schweiz Med Wochenschr. 1999;129 (suppl 114):21S–36S. Revised version 2006 to be downloaded on www.asemo.ch.
- 4 Lauterbach K, Wirth A, Westenhofer J, Hauner H. Evidenz-basierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland. Köln: Hauser 1998.
- 5 Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France. Diabetes Metab. 2002; 28:146–50.
- 6 The NICE Clinical Guideline CG43. Obesity: the Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children. December 2006. www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=11000.
- 7 National Institutes of Health (NIH), National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Bethesda, National Institutes of Health, 2000; NIH publication 00–4084. www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.htm.
- 8 Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. For members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. Executive summary. CAMJ 2007; 176 (suppl 8):1–13.
- 9 Australian National Health and Medical Research Council, Australian guidelines of obesity for practitioners. Overweight and obesity in adults and in children and adolescents: a guide for general practitioners, September 2003: <http://www.findweb.com>.
- 10 Durrer D, Schutz Y. Obésité: les outils pour le praticien. Genève: Ed. Médecine & Hygiène 2008.
- 11 Prochaska JO, Di Clemente CC. Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller WR, Heather N: Treating Addictive Behaviours in Process of Change. New York: Plenum Press 1986.

Korrespondenz:

Dr. med. Dominique Durrer

Eurobesitas

Quai Perdonnet 14

1800 Vevey

dominique.durrer@bluewin.ch