

ADIPOSITAS BEI ERWACHSENEN

**Ein Leitfaden für Gespräche über das
Gewicht mit Ihren Patient:innen**

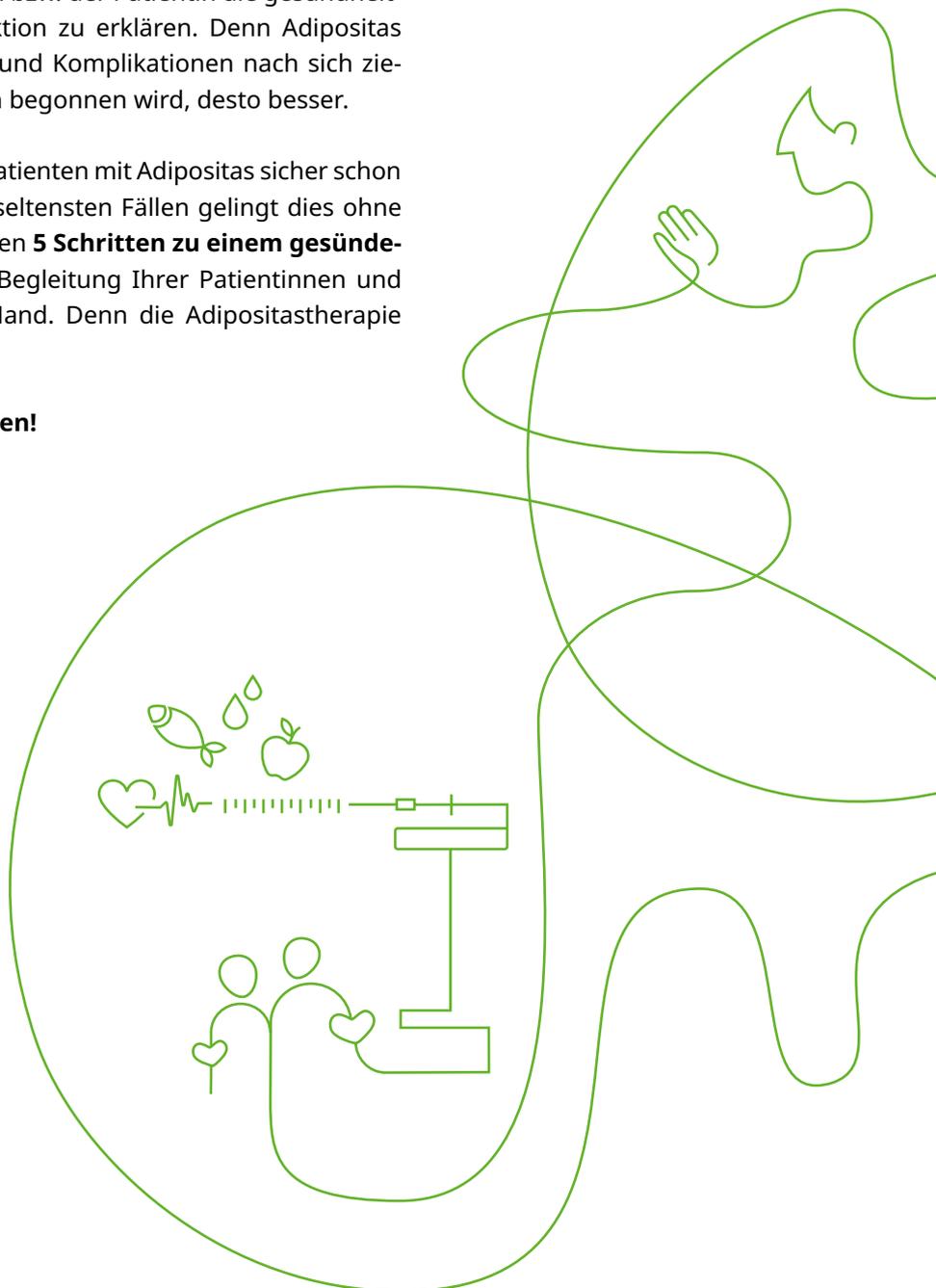
ES BEGINNT MIT IHNEN ...

Haben Sie sich schon öfter gefragt, wie Sie Ihre Patientinnen und Patienten mit Übergewicht und Adipositas auf ihr Gewicht ansprechen sollen? Und zwar so, dass es auch Erfolg hat?

Das eigene Gewicht ist für viele ein sehr sensibles Thema – umso mehr, wenn man unter Übergewicht leidet. Daher sollten Sie behutsam das Gespräch suchen, um dem Patienten bzw. der Patientin die gesundheitlichen Vorteile einer Gewichtsreduktion zu erklären. Denn Adipositas kann über 200 Folgeerkrankungen und Komplikationen nach sich ziehen, je früher die Gewichtsreduktion begonnen wird, desto besser.

Allein haben Ihre Patientinnen und Patienten mit Adipositas sicher schon mal probiert, abzunehmen. In den seltensten Fällen gelingt dies ohne professionelle Begleitung. Mit unseren **5 Schritten zu einem gesünderen Gewicht** geben wir Ihnen zur Begleitung Ihrer Patientinnen und Patienten einen Leitfaden an die Hand. Denn die Adipositastherapie fängt bei Ihnen an.

Sie können den Unterschied machen!



1_ INITIIEREN

Um Zustimmung bitten
Erstgespräch beginnen

2_ DIAGNOSTIZIEREN

Patientinnen und Patienten wiegen
BMI (Body-Mass-Index) bestimmen
Messung des Taillenumfangs

3_ BESPRECHEN

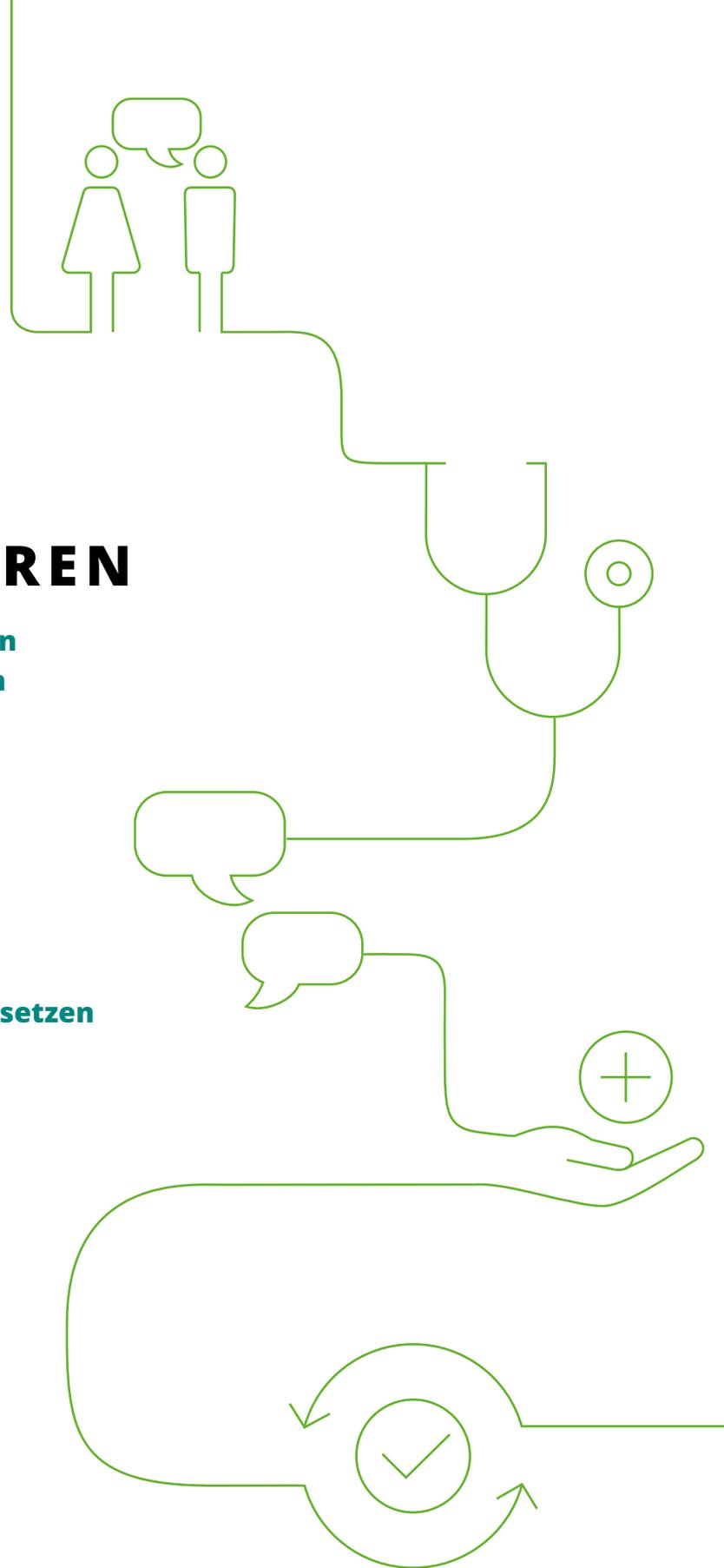
Folgegespräch beginnen
Gewichtshistorie erheben
Realistische und erreichbare Ziele setzen

4_ BEHANDELN

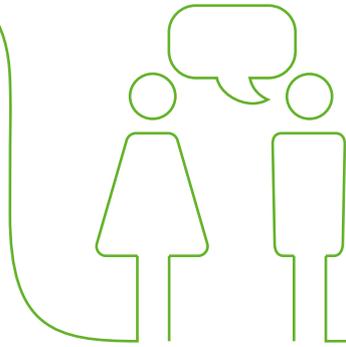
Lebensstiltherapie
Pharmakotherapie
Bariatrische Chirurgie

5_ NACHSORGE

Fortschritte festhalten
Behandlung anpassen
Neuen Termin vereinbaren



1_INITIIEREN



Um Zustimmung bitten

Auch wenn das Gespräch über Gewicht für Sie notwendig erscheint, heißt das nicht, dass Ihre Patientin, Ihr Patient offen dafür ist. Daher ist es wichtig, dass Sie Ihr Gegenüber zunächst um die Erlaubnis bitten, mit ihr, ihm darüber zu sprechen.^{1,2}

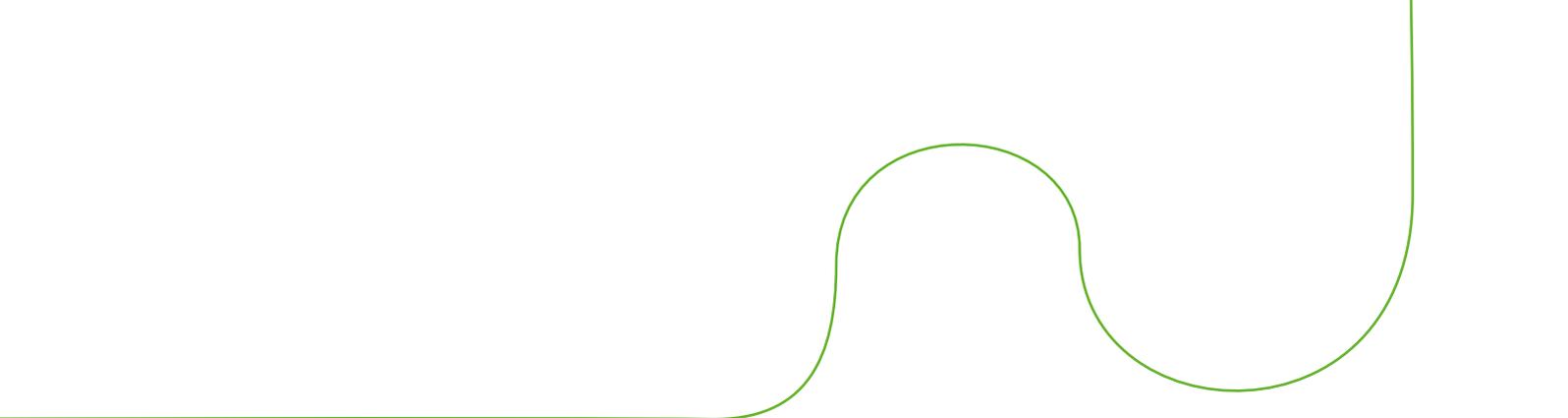
Beispielfrage für den Einstieg:

„Ist es für Sie in Ordnung, wenn ich mit Ihnen über Ihr Gewicht spreche?“

So legen Sie mit Ihrer Initiative den ersten Grundstein für eine gut begleitete Adipositas-therapie und damit auch für den weiteren Verlauf dieser. Denn je mehr sich Ihre Patientin bzw. Ihr Patient bei Ihnen angenommen fühlt, umso eher werden diese bereit sein, eine langfristige Gewichtsreduktion und alle damit verbundenen Veränderungen umsetzen zu wollen. Versuchen Sie zu ergründen, wie Ihre Patientin bzw. Ihr Patient „tickt“. Welche Hindernisse, Schwächen, aber auch Motivationsfaktoren können Sie erkennen?

Tipps für ein gutes Erstgespräch:

- ▶ Vermitteln Sie durch aktives Zuhören Verständnis und Offenheit.
- ▶ Stellen Sie offene Fragen, um zu verstehen.
- ▶ Bleiben Sie in Ihrer Wortwahl positiv und motivierend.³



Erstgespräch beginnen

Eine positive und motivierende Ansprache Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten gestattet es Ihnen, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.³ Wenn möglich, beziehen Sie auch die Angehörigen mit ein. Auf dieser Basis kann es gelingen, die Gewichtsreduktion erfolgreich und kontinuierlich zu begleiten. Eine nachhaltige Änderung des Lebensstils ist so insgesamt erfolgreicher.

Hier finden Sie einige Beispielsätze, die Ihnen den Gesprächseinstieg erleichtern:

„Vielen Dank, dass Sie mir erlauben, mit Ihnen über Ihr Gewicht zu sprechen.“

„Ich möchte gerne wissen, wie Sie darüber denken.“

Die Techniken des Aktiven Zuhörens wie Fragen stellen und das Gesagte nochmal mit eigenen Worten zusammenfassen können Ihre Unterstützung ausdrücken. Ihr Gegenüber fühlt sich gehört und die Gewichtsreduktion wird so zum gemeinsamen Anliegen.

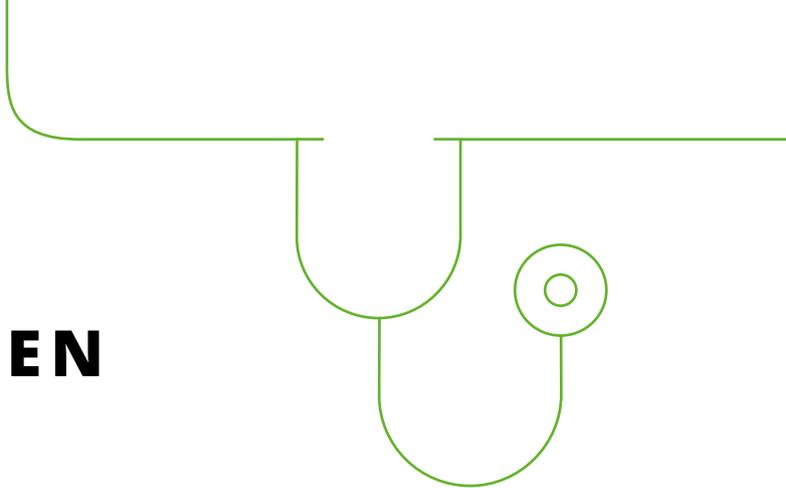
„Ich kann Ihnen helfen, Ihr Gewicht zu reduzieren. Wollen wir gemeinsam überlegen, was Sie brauchen?“

„Was erhoffen Sie sich von einer Gewichtsreduktion?“

Wenn eine Patientin oder ein Patient keine Zustimmung zu dem Gespräch erteilt, drängen Sie sie bitte nicht. Signalisieren Sie Ihre Bereitschaft, da zu sein, wenn Ihre Patientin bzw. Ihr Patient die Meinung ändert.¹

Sie finden einen ► **Leitfaden Erstgespräch** im Ordner sowie im Downloadbereich von ► **rethink-obesity.de**

2_DIAGNOSTIZIEREN



Patientinnen und Patienten wiegen

Mit dem BMI (Body-Mass-Index) steht Ihnen eine wichtige Messgröße für die mit Adipositas verbundenen Gesundheitsrisiken zur Verfügung.⁴ Hierfür bestimmen Sie zunächst das aktuelle Gewicht Ihrer Patientin bzw. Ihres Patienten (siehe rechts).

BMI (Body-Mass-Index) bestimmen

Nun berechnen Sie den BMI Ihres Patienten, Ihrer Patientin:

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{[\text{Größe (m)}]^2}$$

Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der BMI wie folgt klassifiziert:⁴

Klassifikation	BMI	Risiko für Folgeerkrankungen
Übergewicht	25–29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30–34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35–39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥ 40	sehr hoch

Tipps für diskretes Wiegen:⁵

- ▶ Ihre Waage steht am besten in einem geschützten Bereich ohne Einblick.
- ▶ Ihre Waage sollte auch Gewicht über 200 kg anzeigen können.
- ▶ Die Gewichtsangabe sollte Bestandteil des vertraulichen Gesprächs in Ihrem Sprechzimmer sein.

BMI-Tabelle

- ▶ In der Innenlasche des Ordners vorn finden Sie eine Tabelle, in der Sie den BMI Ihrer Patientinnen und Patienten anhand des Gewichts und der Körpergröße bequem ablesen können.

Messung des Taillenumfangs

Der Taillenumfang ist für Sie ein wichtiges Maß für die Bewertung von Gesundheitsrisiken für Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten. Zusammen mit dem BMI bildet das Taillenmaß eine wichtige Grundlage, auf der Sie gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin die Gewichtsreduktion planen können.⁵

Die Grenzwerte für den Taillenumfang, ab dem ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung adipositasbedingter Komplikationen besteht, sind für Frauen und Männer unterschiedlich.

Grenzwerte für den Taillenumfang⁵

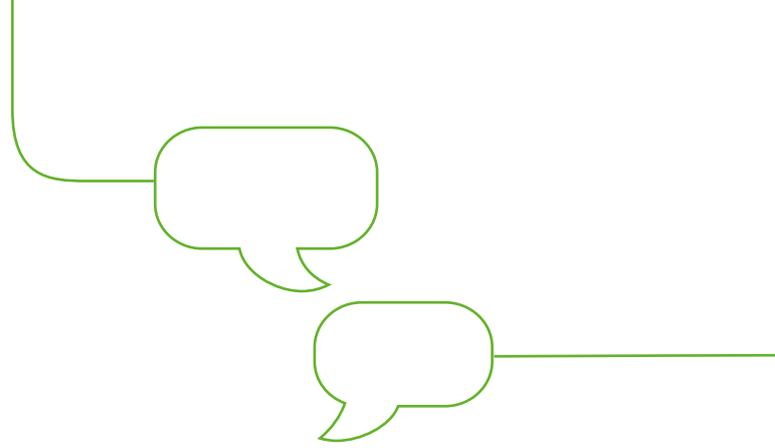
Frauen	> 88 cm
--------	---------

Männer	> 102 cm
--------	----------

So messen Sie den Taillenumfang richtig:⁵

- ▶ Bitten Sie Ihre Patientin, Ihren Patienten, sich Ihnen gegenüberzustellen.
- ▶ Geben Sie ihr bzw. ihm ein Ende des Maßbandes und bitten Sie sie bzw. ihn, es am Bauchnabel festzuhalten.
- ▶ Bitten Sie die Patientin, den Patienten, sich einmal umzudrehen, sodass sich das Maßband um die Taille wickelt.
- ▶ Fassen Sie beide Enden des Bandes und stellen Sie es so ein, dass das Band auf Höhe der oberen Hüftknochen liegt. Notieren Sie den Taillenumfang.

3_BESPRECHEN



Folgegespräch beginnen

Nachdem Sie den BMI erhoben und die Diagnose Adipositas gestellt haben, gilt es nun, mit dem Folgegespräch einen schmalen Grat zu bewandern. Dieser liegt bei Ihrer Patientin, Ihrem Patienten zwischen dem Erkennen der ernststen Gewichtsproblematik und der Motivation zum Mitmachen. Beginnen Sie das Gespräch daher behutsam und achten Sie darauf, von „wir“ zu sprechen. So vermitteln Sie das Gefühl, bei der notwendigen Gewichtsreduktion gemeinsam an einem Strang zu ziehen.

Erklären Sie Ihrer Patientin, Ihrem Patienten, dass sie keine Schuld an der Erkrankung Adipositas haben. Das Körpergewicht wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst, dazu gehören neben Bewegungsmustern und Ernährung beispielsweise auch Genetik, Umweltfaktoren und Hormone. Deshalb kann es für Menschen, die mit Adipositas leben, schwierig sein, Gewicht zu verlieren und das neue zu halten.^{7,8}

Eventuell stellen Sie ziemlich schnell fest, dass Ihre Patientin, Ihr Patient entmutigt wirkt. Versuchen Sie mithilfe der erfragten Motivationsgründe, die Entschlossenheit Ihrer Patientinnen und Patienten zu aktivieren. Sie können anhand des ► **Leitfadens Folgegespräch** mögliche schwache Momente bereits vorab ansprechen und gemeinsam Lösungen finden.

Beispiele für den Einstieg in das Folgegespräch:

„Ich möchte heute mit Ihnen über Ihre Testergebnisse sprechen und darüber, was wir gemeinsam tun können, damit Sie gesünder und fitter werden und langfristig bleiben können.“

„Übergewicht kann eine Ursache für einige Ihrer gesundheitlichen Probleme sein. Ich kenne ein paar Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, damit Sie sich mit Ihrem Gewicht wohler fühlen und gesünder werden. Darf ich Ihnen diese vorstellen?“

Gewichtshistorie erheben

Erwägen Sie bei Ihrem Gespräch über das Gewichtsmanagement, die Gewichtshistorie Ihrer Patientinnen und Patienten zu erheben. Dies ermöglicht es Ihnen, mögliche Auslöser für die Gewichtszunahme und die bisherigen Abnehmversuche zu verstehen und etwaige Probleme mit Ihrer Patientin, Ihrem Patienten zu erörtern.

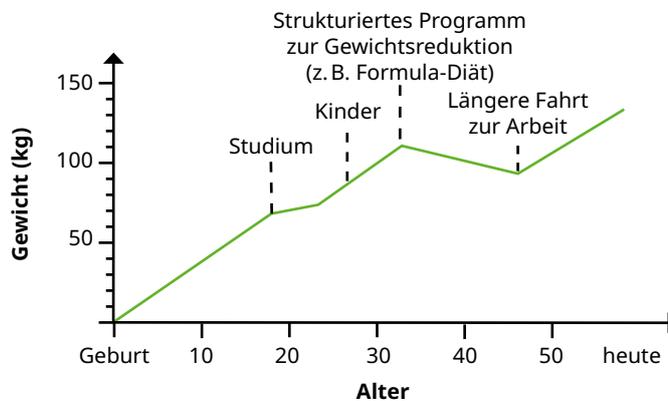
Nachfolgend finden Sie einige Beispiele für Fragen, die Sie bei Ihrem Gewichtsanamnesegespräch unterstützen können:

„War Ihr Gewicht auch in der Vergangenheit schon ein Thema?
Wie lange ist das schon so?“

„Erzählen Sie mir davon, was Sie bereits alles versucht haben,
um Gewicht abzunehmen.“

Sie finden das ► **Handout Gewichtsverlauf** im Ordner sowie im Downloadbereich von ► **rethink-obesity.de**

Beispiel eines Gewichtsverlaufs:





Realistische und erreichbare Ziele setzen

Sobald Sie ein gutes Verständnis für die bisherige Gewichtsentwicklung Ihrer Patientin, Ihres Patienten haben, können Sie gemeinsam Ziele besprechen und festlegen. Beginnen Sie zunächst damit zu erfragen, was Ihre Patientin, Ihr Patient erreichen möchten. Auf diese Weise können Sie gemeinsam realistische und erreichbare Ziele festlegen – kurzfristige und langfristige Ziele.

Als Nächstes sollten Sie zusammen überlegen, wie diese Ziele erreicht werden können. Die Schritte sollten messbar sein und im Laufe der Zeit aufeinander aufbauen. Schließlich sollten Sie realistische Termine festlegen, wann Ihre Patientinnen bzw. Patienten ihre kurz- und langfristigen Ziele jeweils erreicht haben wollen.¹

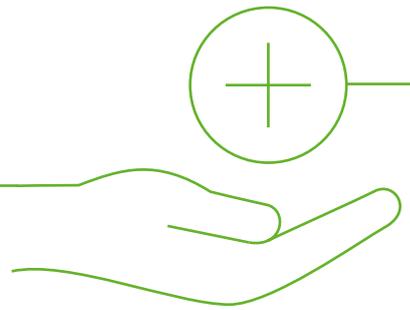
Nutzen Sie für das Gespräch zur Zielsetzung auch das ► **Handout für Patientinnen und Patienten**. Weitere Ressourcen für Ihre Gespräche zu Adipositas und notwendigen Behandlungen finden Sie unter ► **rethink-obesity.de**

Nachfolgend finden Sie Beispielfragen für das Gespräch über die Zielsetzung:

„Was sind einige erreichbare Ziele, die Sie sich in Bezug auf Ihr Gewicht setzen können?“

„Mit welcher Art von Änderungen wären Sie bereit zu beginnen?“

4_BEHANDELN



Diagnose und Vorgehen bei der Behandlung von Adipositas

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Deshalb sollte Ihre Behandlung sowohl auf gewichtsbedingte Komplikationen als auch auf die Adipositas abzielen, um die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Sie können Adipositas durch eine Kombination von Behandlungsmöglichkeiten wirksam behandeln, je nach individueller Patientencharakteristik und dem Schweregrad der Erkrankung.⁹ Ihre Hauptziele bei der Behandlung der Adipositas Ihrer Patientinnen und Patienten sollten darin bestehen, Komplikationen zu verhindern. Das kann durch den Erhalt der natürlichen Stoffwechselfunktionen des Patienten, der Patientin gelingen. Eins sollten Sie auch im Blick behalten: Menschen mit Adipositas sind vielfachen Anfeindungen und Stigmatisierungen ausgesetzt, die Verbesserung oder Wiederherstellung eines positiven Körperbildes, des Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls ist begleitend auch wichtig.⁶

Die interdisziplinäre ► **S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“** gibt Ihnen hilfreiche Empfehlungen für den Umgang mit Adipositas bei Patientinnen und Patienten in verschiedenen Stadien des Gewichtsmanagements.⁹

Im Folgenden finden Sie die Klinischen Praxisempfehlungen für die Diagnose und das medizinische Management von Adipositas bei Ihren Patientinnen und Patienten mit Adipositas.

► Abrufbar unter:

<https://adipositas-gesellschaft.de/dag/leitlinien/>



Diagnose und medizinisches Management von Adipositas

Diagnose		Komplikationsspezifisches Staging und Behandlung		
Anthropometrische Datenkomponente ^a (BMI kg/m ²)	Klinische Komponente	Krankheitsstadium ^b	Chronische Erkrankung Phase der Prävention	Mögliche Therapie ^c (basierend auf klinischem Urteil)
18,5–24,9		Normales Gewicht (keine Adipositas)	Primär	▶ Gesunde Lebensweise: gesunder Speiseplan/physische Aktivität
25–29,9	Bewerten Sie das Vorhandensein oder Fehlen von adipositasbedingten Komplikationen und Schweregrad der Komplikationen:	Übergewicht (keine Komplikationen)	Sekundär	▶ Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen
≥ 30	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Metabolisches Syndrom ▶ Prädiabetes ▶ Typ 2 Diabetes ▶ Dyslipidämie ▶ Bluthochdruck ▶ Kardiovaskuläre Erkrankungen 	Adipositas Stadium I (keine Komplikationen)	Sekundär	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen ▶ Medikamente zur Gewichtsreduktion: in Betracht ziehen, wenn Lebensstilintervention eine progressive Gewichtszunahme nicht verhindert
≥ 25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nichtalkoholische Fettlebererkrankung ▶ Polyzystisches Ovarialsyndrom ▶ Weibliche Infertilität ▶ Männlicher Hypogonadismus ▶ Obstruktive Schlafapnoe ▶ Asthma/reaktive Atemwegserkrankung 	Adipositas Stadium II (1 oder mehr leichte bis mäßige Komplikationen)	Tertiär	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen ▶ Medikamente zur Gewichtsreduktion: in Betracht ziehen, wenn die Lebensstiltherapie das therapeutische Ziel nicht erreicht oder gleichzeitig mit Lebensstilintervention einleiten (BMI ≥ 27)
≥ 25	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Osteoarthritis ▶ Harnstress ▶ Inkontinenz ▶ Gastroösophageale Refluxkrankheit ▶ Depression 	Adipositas Stadium III (mindestens 1 schwere Komplikation)	Tertiär	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebensstilinterventionen: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen ▶ Zusätzliche Gabe von Medikamenten zur Gewichtsreduktion: gleichzeitig mit einer Lebensstiltherapie einleiten (BMI ≥ 27) ▶ Bariatrische Chirurgie in Betracht ziehen: (BMI ≥ 35)

^a Alle Patient:innen mit einem BMI ≥ 25 haben entweder Übergewicht oder Adipositas von Grad 1 oder höher, je nach der anfänglichen klinischen Bewertung des Vorhandenseins und der Schwere der Komplikationen. Diese Patient:innen sollten im Laufe der Zeit beobachtet und auf Veränderungen sowohl der anthropometrischen als auch der klinischen Diagnosekomponenten untersucht werden. Die Diagnosen Übergewicht/Adipositas Grad I, Adipositas Grad II und Adipositas Grad III sind nicht statisch und ein Fortschreiten der Erkrankung kann in Zukunft eine aggressivere Therapie zur Gewichtsreduktion rechtfertigen. ^b Die Stadien werden anhand von Kriterien bestimmt, die für jede adipositasbedingte Komplikation spezifisch sind; Stadium 0 = keine Komplikation; Stadium 1 = leicht bis mittel-schwer; Stadium 2 = schwer. ^c Die Behandlungspläne sollten individuell angepasst werden; die vorgeschlagenen Maßnahmen sind geeignet, um eine ausreichende Gewichtsreduktion zu erreichen, die in der Regel erforderlich ist, um die mit der Adipositas zusammenhängenden Komplikationen zu behandeln, sowie für das jeweilige Stadium des Schweregrads.

Modifiziert nach Garvey WT et al. Endocrine Practice 2016;22:1–203. Verfügbar unter <https://journals.aace/doi/10.4158/EP161365.GL>.



Lebensstiltherapie

Im Folgegespräch sollten Sie vor allem Lebensstiländerungen ansprechen und mit der Patientin, dem Patienten planen. Denn diese sind der Eckpfeiler jeder Adipositasbehandlung und sollten die erste Wahl sein. Viele Leitlinien zur Behandlung von Adipositas empfehlen, dass die Lebensstiltherapie bei Adipositas die folgenden drei Komponenten umfassen sollte: Ernährungsplan, physische Aktivität und Verhaltensänderung.⁹ Diese Maßnahmen reichen jedoch nicht immer aus, um die Gewichtsreduktion aufrechtzuerhalten.^{10,11}

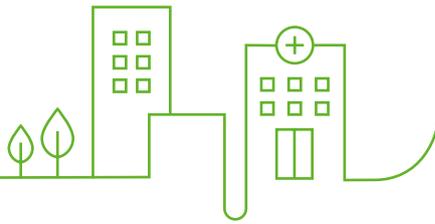
► **Weitere Empfehlungen** zur Lebensstiltherapie finden Sie in der interdisziplinären **S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“**.⁹

Pharmakotherapie

Betrachten Sie die pharmakologische Behandlung als Teil einer umfassenden Strategie der Krankheitsbewältigung.¹² Medikamente gegen Adipositas können direkt auf das zentrale Nervensystem einwirken und so eine Gewichtsreduktion durch eine Verringerung des Appetits bewirken. Oder sie bewirken eine Gewichtsreduktion, indem sie die Fettaufnahme aus dem Magen-Darm-Trakt beeinträchtigen.¹³ Mit der Pharmakotherapie können Sie Patientinnen und Patienten helfen, die Adhärenz bei der Durchführung von Lebensstiländerungen aufrechtzuerhalten, adipositasbedingte Gesundheitsrisiken zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Eine Medikation kann auch dazu beitragen, die Entwicklung von Komorbiditäten bei Adipositas (z. B. Typ 2 Diabetes) zu vermeiden.¹² Sie können die Pharmakotherapie insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem BMI ≥ 27 kg/m² und zusätzlichen Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten bzw. mit einem BMI ≥ 30 kg/m² in Betracht ziehen.⁹

► **Weitere Empfehlungen** zu den medikamentösen Behandlungsoptionen finden Sie in der interdisziplinären **S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“**.⁹

Auch nach bariatrischen Eingriffen kann die Pharmakotherapie eine Rolle spielen, denn 10–20% aller Patientinnen und Patienten nehmen das durch die bariatrische Operation verlorene Gewicht wieder zu.¹⁴ In diesen Fällen wird eine Pharmakotherapie von der European Association for the Study of Obesity für Patientinnen und Patienten empfohlen, die nur teilweise auf die Gewichtsreduktion reagiert haben oder die nach einer bariatrischen Operation wieder zunehmen.¹⁵

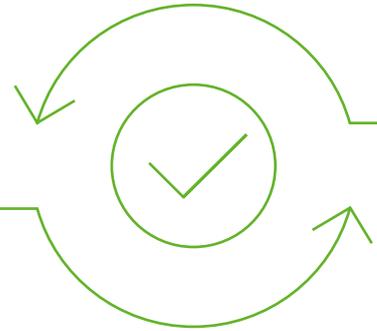


Bariatrische Chirurgie

Die bariatrische Chirurgie ist der drittwichtigste und effizienteste Eingriff zur Behandlung von Adipositas. Relevant ist ein solcher Eingriff insbesondere für Ihre Patientinnen und Patienten mit einem BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ oder einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ und mindestens einer oder mehreren adipositasbedingten Komorbiditäten (wie Typ 2 Diabetes, Hypertonie, nicht-alkoholische Fettlebererkrankung, Osteoarthritis, Dyslipidämie, Herzkrankheiten, Schlafapnoe und andere Atemwegserkrankungen oder Magen-Darm-Erkrankungen).¹⁶ Ziel eines bariatrischen Eingriffs sind vorwiegend die Verbesserung von Komorbiditäten und die Steigerung der Lebensqualität.⁹ Die bariatrische Chirurgie kann malabsorptiv oder restriktiv sein, wobei beide Arten unterschiedliche Änderungen des Lebensstils erfordern.¹⁷

► **Weitere Empfehlungen** dazu und zu chirurgischen Eingriffen finden Sie in der interdisziplinären **S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“** 2014⁹ und in der **S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“** 2018¹⁸.

5_NACHSORGE



Häufige Konsultationen zur Gewichtserhaltung können einen signifikant positiven Einfluss auf die Gewichtskontrolle haben.¹⁹ Sprechen Sie daher beim Folgetermin mit Ihren Patientinnen und Patienten darüber, was gut funktioniert hat und was nicht. Für die Folgegespräche können Sie unseren ► **Leitfaden Folgegespräch** dafür dem Ordner entnehmen oder sich diese auf ► **rethink-obesity.de** herunterladen.

Während Ihres Nachsorgegesprächs sollten Sie die drei folgenden Hauptbereiche abdecken:

Fortschritte festhalten

Zunächst berechnen Sie den aktuellen BMI und den Taillenumfang. Mithilfe dieser Ergebnisse können Sie die Fortschritte anerkennen und/oder die Ziele bei Bedarf anpassen. Doch die Gewichtsmessung ist nicht der einzige Grund für den Besuch bei Ihnen: Erkennen Sie auch andere gelungene Änderungen an, wie z. B. mehr Bewegung und gesündere Ernährung. Lassen Sie sich davon berichten und ermutigen Sie Ihre Patientinnen und Patienten, weiterzumachen.

Behandlung anpassen

Sind die Ziele nicht erreicht worden oder die schwachen Momente und Rückfälle zu viele, dann sollten Sie die Behandlung bei Bedarf modifizieren oder auch intensivieren. Behalten Sie dabei die Gewichtshistorie und die aktuelle Situation Ihrer Patientin, Ihres Patienten im Blick, um einen Nachsorgeplan für die Behandlung festzulegen.



Gewichtsmanagement begleiten

Erklären Sie Ihren Patientinnen und Patienten, dass die Vermeidung einer erneuten Gewichtszunahme das Hauptziel ihres lebenslangen Gewichtsmanagements sein sollte.

Besprechen Sie weitere mögliche Behandlungen, die über Lebensstiltherapien hinausgehen, sofern diese für Ihre Patientin, Ihren Patienten geeignet sind. Dazu gehört beispielsweise eine fortgesetzte Pharmakotherapie oder andere Interventionen.²⁰

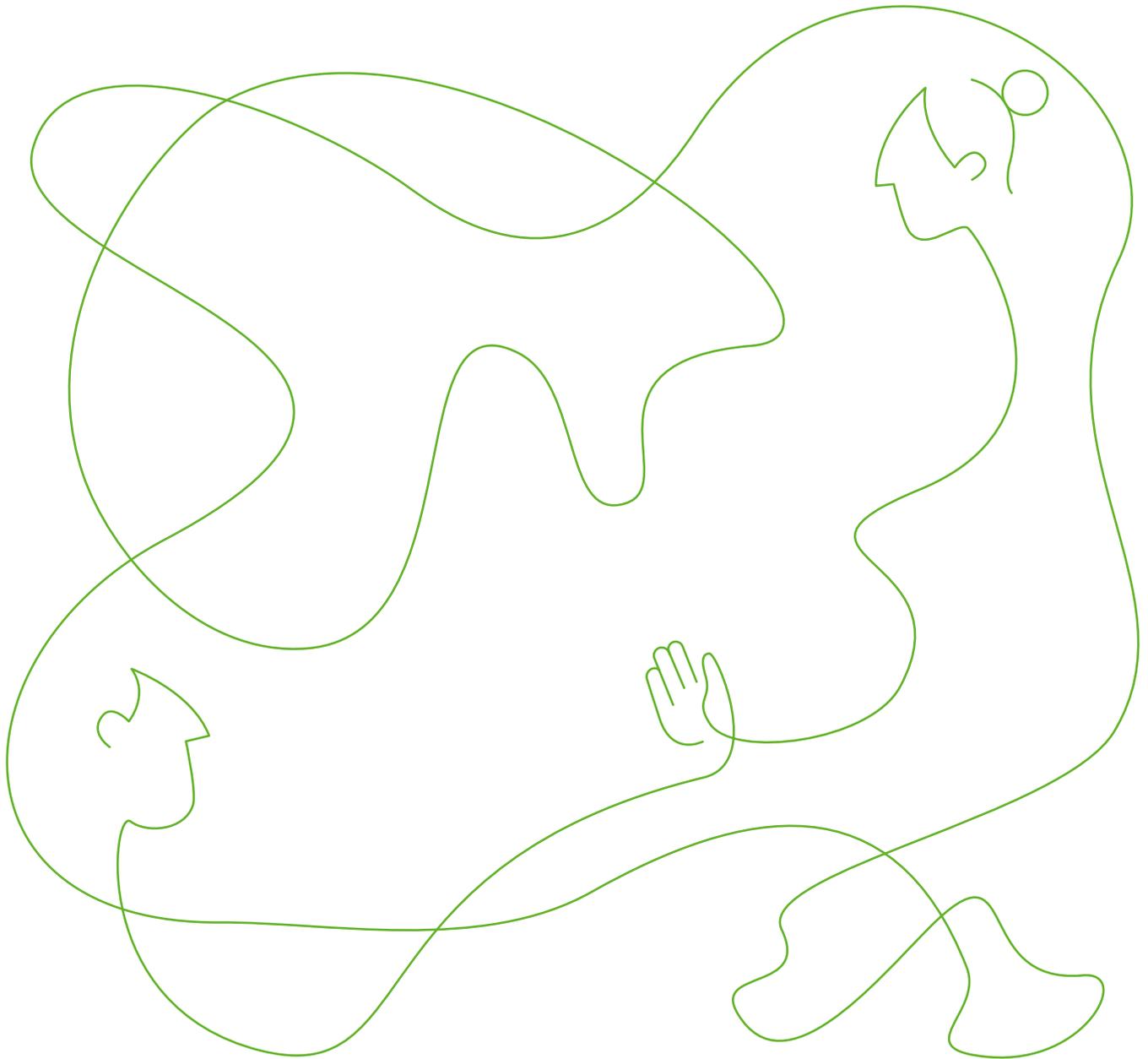
Sobald sich die Gewichtsreduktion stabilisiert hat, ist Ihre erneute Bewertung der gewichtsbedingten Komplikationen wichtig.

Neuen Termin vereinbaren

Achten Sie auf regelmäßige Nachsorgetermine, um Ihre Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg zur Gewichtsreduktion gut zu begleiten.

- ▶ Weitere Services zur Unterstützung von Gesprächen mit Ihren Patient:innen finden Sie auf **rethink-obesity.de**
- ▶ Zusätzlich können Sie Ihre Patient:innen auf **über-gewicht.de** verweisen, um weitere Informationen zu erhalten.





Referenzen

1 Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma A et al. Modified 5As. Canadian Family Physician 2013;59:27-31. 2 Caterson I, Alfadda A, Auerbach P et al. Gaps to bridge: misalignment between perception, reality, and action in obesity. Diabetes Obes Metab 2019;21:1914-1924. 3 Wadden T and Didie E. What's in a Name? Patients' Preferred Terms for Describing Obesity. Obesity Research 2003;11:1140-1146. 4 WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Abrufbar unter: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42330>. Letzter Zugriff: März 2023. 5 NHLBI. The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/>. Letzter Zugriff: März 2023. 6 Durrer-Schutz D, Busetto L, Dicker D et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts 2019;12:40-66. 7 Wright SM and Aronne LJ. Causes of obesity. Abdominal Imaging 2012;37:730-732. 8 National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Abrufbar unter: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Letzter Zugriff: März 2023. 9 AWMF. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgelaufen). Letzter Zugriff: März 2023. 10 Mann T, Tomiyama AJ, Westling E et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. Am Psychol 2007;62:220-233. 11 Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation 2014;129:S102-138. 12 Yumuk V, Tsigos C, Fried M et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity Facts 2015;8:402-424. 13 Li M and Cheung BM. Pharmacotherapy for obesity. Br J Clin Pharmacol 2009;68:804-810. 14 Busetto L, Dicker D, Azran C et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. Obesity Facts 2017;10:597-632. 15 Bariatric surgery procedures. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) website. Abrufbar unter: <https://asmbs.org/patients/bariatricsurgery-procedures>. Letzter Zugriff: März 2023. 16 ASMBS. Bariatric surgery misconceptions. Abrufbar unter: <https://asmbs.org/patients/bariatricsurgery-misconceptions>. Letzter Zugriff: März 2023. 17 Obesity Action Coalition. Bariatric surgery. Abrufbar unter: <http://www.obesityaction.org/obesity-treatments/bariatric-surgery>. Letzter Zugriff: März 2023. 18 AWMF. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. Abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/088-001>. Letzter Zugriff: März 2023. 19 Hall K and Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Med Clin North Am 2018;102:183-197. 20 Soleymani T, Daniel S and Garvey WT. Weight maintenance: challenges, tools and strategies for primary care physicians. Obes Rev 2016;17:81-93.