

EINLEITUNG

We shouldn't have had to write this book.

Obwohl Adipositas die zweithäufigste vermeidbare Todesursache in der entwickelten Welt ist, wird dem Thema Adipositasstherapie in der ärztlichen Ausbildung leider nur sehr wenig Zeit gewidmet.

Der Plan, unsere praktischen Erfahrungen beim Gewichtsmanagement zu veröffentlichen, zwang uns dazu, die von uns entwickelten Ansätze nochmals genauer zu überdenken. Als wir uns dann 2005 zum ersten Mal auf dem jährlichen Kongress der Adipositas-Gesellschaft trafen, wurde schnell deutlich, dass sich, trotz unseres unterschiedlichen medizinischen Backgrounds, unsere Ansätze und Philosophien rund um das Gewichtsmanagement gut ergänzten und die Schnittstellen von spezialisierter Hochschulmedizin und Hausarztmedizin an der Front widerspiegeln.

Ausgehend von unserer zusammengekommen über 30-jährigen Erfahrung in der Arbeit mit übergewichtigen Patienten haben wir uns vorgenommen das Buch zu schreiben, das sich jeder von uns zu Beginn seiner Arbeit gewünscht hätte. Unser Ziel war nicht ein trockenes Lehrbuch mit einer erschlagenden Menge an Einzelheiten, sondern vielmehr ein schnell verfügbarer Überblick über die praktischen Aspekte der klinischen Adipositasstherapie – von der Ausstattung der Praxisräume bis hin zur fundierten Beratung und Betreuung der Patienten.

Für einige kann dieses Buch als Sprungbrett dienen, um eine evidenzbasierte Vorgehensweise beim Gewichtsmanagement zu entwickeln, während es anderen vielleicht nur hilft, sich sicherer zu fühlen bei der Behandlung von übergewichtigen und adipösen Patienten. Am meisten hoffen wir, dass dieses Buch hilft, alle im Gesundheitswesen Tätigen an eines zu erinnern: Das ist die Wirklichkeit und kein „Reality-TV“! Die Idee eines „Best Weight“ beinhaltet ganz andere Werte als irgendeinen unrealistischen „idealen“ Body Mass Index (BMI). Vor dem Hintergrund, dass Übergewicht eines der letzten sozial akzeptierten Ziele von Spott, Verachtung und Diskriminierung darstellt, hat es Dr. Mickey Stunkard vielleicht am besten ausgedrückt:

„Here is a golden opportunity. As with any chronic illness, we rarely have the opportunity to cure. But we do have the opportunity to treat the patient with respect. Such an experience may be the greatest gift that a

doctor can give an obese patient; it compares favorably with the modest benefits of our programs of weight reduction.”¹

„Hier ist die goldene Möglichkeit. Es ist wie mit einigen chronischen Krankheiten, bei denen wir selten die Möglichkeit haben, diese zu heilen. Aber wir haben die Möglichkeit, die Patienten mit Respekt zu behandeln. Dies ist eine Erfahrung und vielleicht das beste Geschenk, das ein Arzt seinen übergewichtigen Patienten geben kann – vergleichbar mit einem moderaten Gewichtsverlust innerhalb unserer Programme“.

Lassen Sie sich diese Gelegenheit nicht entgehen.

Dr. Yoni Freedhoff

Dr. med. Arya M. Sharma, MD, PhD

¹ Stunkard, 1993; *Obesity: Theory and Therapy*.

VORWORT DER DEUTSCHEN FASSUNG

Die Gründe übergewichtiger und adipöser Patienten, sich für eine Gewichtsreduktion zu entscheiden, sind vielfältig und spiegeln sich in den Aussagen aus Anamnesen zur Frage, warum sie abnehmen möchten, wider.

„Ich fühle mich immer eingeschränkt und gefangen in meinem Körper.“

„Ich möchte ohne Einschränkungen und ohne Schamgefühl am Leben teilnehmen. Natürlich an erster Stelle, gesund zu werden und Sport treiben zu können, ohne mich zu schämen. Die Klamotten zu kaufen, die ich mag, und nicht die, die ich tragen muss. Und ich will endlich schmerzfrei leben!“

„Ich möchte wieder selbstbewusster sein, wieder mehr Freude im Leben haben, mich nicht isoliert fühlen!“

Diese Sätze² vermitteln einen Einblick in den Alltag von Patienten mit massivem Übergewicht und illustrieren den Leidensdruck der Patienten. Es wird zudem deutlich, dass hinter dem „Gewicht“ ein Mensch mit Ängsten, Bedürfnissen, Unsicherheiten, Mut, Verletzungen, Wünschen, Hoffnungen und Zielen steht. Lassen sich auch die körperlichen und psychischen Folgen eines massiven Übergewichts so beschreiben – die Frage nach den Ursachen für diese Gewichtsentwicklung bleibt vielfach offen. Welche Einflüsse gab es im Leben der Patienten, die bisher eine nachhaltige Gewichtsreduktion verhindert haben? Was ist die Ursache der Gewichtszunahme?

Im Gespräch mit betroffenen Patienten ist einerseits Einfühlsamkeit und Verständnis des Therapeuten gefragt, andererseits bedarf es jedoch auch der Vorgabe einer klaren Richtung im Sinne der Selbstverantwortung. Die Basis einer erfolgreichen therapeutischen Intervention bildet das uneingeschränkte Interesse an übergewichtigen und adipösen Menschen. Diese begeben sich zur Behandlung ihrer chronischen Erkrankung Adipositas in fachliche Behandlung und benötigen dauerhafte Hilfe.

² Die zitierten Sätze sind den Anamnesebögen von Patienten unter Diättherapie entnommen. Es sind Antworten auf die Frage: Warum möchten Sie abnehmen?

Dass Übergewicht und Adipositas erhebliche metabolische, physische und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen sowie soziale Beeinträchtigungen nach sich ziehen, ist wissenschaftlich belegt und unbestritten. Demnach sind eine effektive Therapie der Erkrankung und die Behandlung der entsprechenden Ursachen dringend notwendig.

Dieses Skript soll ein kleiner Handlungsleitfaden sein für das interdisziplinäre Team aus Ärzten, Diätassistenten/Oecotrophologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und anderen in der multimodalen Therapie der Adipositas tätigen Fachgruppen. Es erhebt keinerlei wissenschaftlichen Anspruch. Vielmehr kann es Begleiter auf dem Weg zu anderen Sichtweisen und Therapieansätzen in der Behandlung der Adipositas sein.

Mario Hellbardt B.Sc.

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann

Dr. med. Patricia M. Haberl

KAPITEL 1

PRAXISAUSSTATTUNG

Bevor das Warum und Wozu einer Gewichtskontrolle betrachtet wird, widmen wir uns dem Umfeld, in dem die Patienten betreut werden.

DAS WARTEZIMMER

Das Wartezimmer ist der erste Raum, den die Patienten sehen, wenn sie in eine Praxis kommen, und dieser Eindruck bestimmt die Atmosphäre der Beratungen. Vertrauen und Zuversicht sind wichtige Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung. Patienten, die spüren, dass ihre Bedürfnisse bei der Gestaltung des Wartezimmers berücksichtigt wurden, fühlen sich wohler und lassen sich besser auf ein Gespräch über die Gewichtsproblematik ein. In Bezug auf das Gewicht eines Patienten sind daher drei wesentliche Punkte bei der Gestaltung des Wartezimmers von Bedeutung: Bestuhlung, Lesematerial und Privatsphäre.

Bestuhlung

Sitzmöglichkeiten mit Stühlen, die schmale Sitze und Armlehnen haben, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten sich eingeengt und unwohl fühlen. Dies kann sie demotivieren. Für die schwereren Patienten sollte deshalb mindestens eine Bank mit breiter Sitzfläche ohne Armlehnen bereitgestellt werden. Während in den meisten Fällen Sitze ohne Armlehnen ausreichend sind, kann es sich lohnen, ein oder zwei spezielle bariatrische Stühle mit doppelter Sitzbreite und robusten Armlehnen, die als Abstützhilfe beim Aufstehen dienen, anzubieten.

Lesematerial

In einem Wartezimmer blättern die Patienten verschiedene Zeitschriften durch. Aber was lesen die Patienten? Adipositas ist ein sehr brisantes Thema in den Medien. In vielen Artikeln werden neue Wunderdiäten und Produkte zur Gewichtsreduktion angepriesen. Die Patienten gehen stillschweigend davon aus, dass diese Ansätze und Produkte zur Gewichtskontrolle in dieser Praxis angeboten werden. Artikel und Zeitschriften, die ungesunde Ernährung und Diäten fördern oder falsche Körperideale vermitteln, sollten aus dem Wartezimmer entfernt werden.

Am besten geeignet sind allgemeine Tageszeitungen und Zeitschriften mit Themen wie Autos, Reisen oder Natur neben seriösen Gesundheitsmagazinen.

Privatsphäre

Für die meisten Patienten ist das Gewicht eine sehr intime Angelegenheit. Für manche ist das Übergewicht ein lebenslanger Feind und eine unerschöpfliche Quelle der Angst. Das Behandlungszimmer sollte deshalb möglichst abseits vom sonstigen Praxisbetrieb liegen, vom Wartezimmer aus nicht einsehbar sein und sich außerhalb der Hörweite von anderen Patienten und dem Personal befinden. Nur so ist ein Minimum an Privatsphäre gewährleistet.

Wenn die Patienten von Mitarbeitern gewogen werden, sollten sie die Patienten immer erst um Erlaubnis bitten. Eine Frage wie: „Wäre es in Ordnung, wenn ich Sie wiege?“ schafft die Atmosphäre, die man dem Patienten vermitteln möchte – dass Arzt und Team die Bedürfnisse und Empfindsamkeiten des Patienten verstehen und ihr Bestes tun, ihnen gerecht zu werden. So wird die Grundlage gelegt für einen rücksichts- und verständnisvollen Umgang miteinander.

SPRECHZIMMER/UNTERSUCHUNGSRÄUME

Der Untersuchungsraum sollte über eine Ausstattung für adipöse Patienten verfügen. Einige Punkte bedürfen der besonderen Berücksichtigung.

Waage

Für die Messung des Körpergewichtes wird eine Waage von mindestens 300 kg Tragkraft benötigt. Obwohl diese Waagen teuer sind, sind sie notwendig, wenn in der Praxis massiv adipöse Patienten, die das höchste Risiko für Folgeerkrankungen aufweisen, betreut werden. Der Informationsaustausch unter Betroffenen, dass die Praxis nicht einmal dafür ausgerüstet ist sie zu wiegen, untergräbt ernsthaft die Zusammenarbeit. Die Waage sollte über eine breite, stabile Grundplatte für einen sicheren Stand des Patienten verfügen und das Ablesen für Mitarbeiter und Patienten ermöglichen.

Paketwaagen sind eine günstigere Alternative zu den medizinischen Waagen und genau genug für die klinischen Belange.

Blutdruckmanschetten

Manschetten der Größe Large sind für die meisten Patienten ausreichend. Die relativ geringe Investition in eine Oberschenkel-Manschette stellt jedoch sicher, dass der Blutdruck von wirklich jedem adipösen Patienten gemessen werden kann. Sind die Manschetten zu klein, kann dies zu falschen Messergebnissen führen und daraus resultierend zu einer unnötigen Verordnung oder Erhöhung der antihypertensiven Medikation.

Die für Handgelenke konzipierten Blutdruckmessgeräte sind, bei korrekter Anwendung, für adipöse Patienten besser geeignet als zu kleine Manschetten von Oberarmmessgeräten.

Untersuchungsliege

Mindestens eine sehr breite, lange und ausreichend stabile Liege sollte in der Praxis für die schwersten Patienten vorhanden sein. Eine spezielle Aufstiegshilfe für die Liege erleichtert den Patienten den Zugang.

Die Liege sollte zudem ein paar Zentimeter von der Wand entfernt stehen, damit die Patienten sich nicht eingeengt fühlen. Eine höhenverstellbare Liege erleichtert den Patienten auf die Liege zu kommen und ermöglicht dem Arzt eine optimale Untersuchung.

GENERELLE ÜBERLEGUNGEN

Flure

Wenn die Möglichkeit in der Praxis besteht, denken Sie an die Erweiterung der Durchgänge, sodass übergewichtige/bariatrische Patienten nicht das Gefühl haben, sich an die Wand drängen zu müssen. Spezielle Rollstühle, Gehhilfen und Rollatoren für adipöse Patienten benötigen eine Türbreite von mindestens 91,5 cm (durchschnittliche Tür: 75 cm).

Toiletten

Alle Sanitäreinrichtungen in der Praxis können mit „Haltegriffen“, wie diese in behindertengerechten Toiletten installiert sind, ausgestattet werden. Da die Standardtoiletten eine niedrige Sitzhöhe aufweisen, benötigen einige übergewichtige Patienten diese Haltegriffe, um wieder aufstehen zu

können. Zu erwägen wäre die Installation einer Toilette auf einem Podest. Es gibt nichts Schlimmeres für den adipösen Patienten, als dass eine Toilette aus der Wandhalterung bricht. Es empfiehlt sich daher ein Stand-WC zu installieren oder eine Verstärkung unterhalb der Wandhalterung anzubringen.

KAPITEL 2

SPRECHEN WIR ÜBER IHR GEWICHT

Es gibt viele Möglichkeiten, Patienten zu helfen, ihr Gewicht zu reduzieren, wobei einige besser funktionieren als andere. Viele Patienten werden das Thema „Abnehmen“ nicht von sich aus ansprechen und fürchten sich davor, dass ihr Arzt es thematisiert. Unter diesen Umständen ist es der erste Schritt, das Thema „Gewichtsreduktion“ mit Einfühlungsvermögen anzusprechen.

Dieses Kapitel befasst sich mit guten und schlechten Ansätzen, sich dem Thema Gewichtsmanagement zu nähern. Es beginnt mit drei üblichen Ansätzen, die nicht zu empfehlen sind, und zeigt anschließend einen offenen, kooperativen Gesprächseinstieg auf, der hilft, ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Arzt aufzubauen.

FALSCHER ANSATZ 1: ANGST MACHEN

„Wenn Sie Ihr Gewicht nicht schnell verlieren, werden Sie sich selbst umbringen!“

Die Patienten wissen, dass sie ihr Gewicht in Gefahr bringt. Sie erleben die Auswirkungen auf ihre Gesundheit jeden Tag. Deshalb kommen sie in die Praxis. Den Patienten Angst zu machen, erhöht nur die Unsicherheit, mit der sie gekommen sind, und wird sie nicht positiv motivieren, ihre Situation zu verändern. Willensstärke nimmt mit dem Gefühl des Versagens ab und selbst der engagierteste Patient wird anfangs vor einem Gewichtsreduktionsprogramm zurückscheuen aus einem Gefühl der Unzulänglichkeit heraus. Selbstvertrauen ist der Schlüssel zum Erfolg. Panikmache wirkt nie vertrauenserweckend. Sie kann den Patienten sogar lähmen bis hin zu völliger Passivität. Angesichts der drastischen Anstrengungen, die erforderlich sind, um Gewicht zu reduzieren, ist so eine Lähmung das Letzte, was man auslösen will.

FALSCHER ANSATZ 2: SLOGANS UND PHRASEN

„Essen Sie weniger und bewegen Sie sich mehr!“

Slogans mögen in der Massenwerbung erfolgreich sein, für den Einzelnen klingen sie abgedroschen. Niemand möchte bevormundet werden und dies ist das einzige, was Slogans erreichen. Durch sie wird dem Patienten vermittelt, dass absolut kein Verständnis für die Komplexität seiner Situation vorhanden ist. Wenn es so einfach wäre, würden alle Patienten dünn sein und dieses Buch wäre überflüssig.

FALSCHER ANSATZ 3: SCHULD

„Kümmern Sie sich nicht um Ihre Gesundheit?“

Wenn Patienten in die „Schuldecke“ gedrückt werden, dient es nur dazu, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verschlechtern. Schuldgefühle haben stark Übergewichtige bereits im Überfluss.

GEMEINSCHAFTLICHER ANSATZ

„Ich bin mir sicher, Sie sind sich bewusst, dass Ihr Gewicht Ihre Gesundheit stark beeinträchtigt. Machen Sie sich wegen Ihres Gewichts und Ihrer Gesundheit Sorgen und möchten Sie gerne darüber sprechen?“

Hier ist die Herangehensweise gemeinschaftlich. Der Einstieg für ein Gespräch wird eröffnet, aber es bleibt dem Patienten überlassen, das Gespräch zu lenken. Ein Großteil der stark übergewichtigen Patienten möchte Gewicht verlieren, aber nicht alle sind wirklich bereit, etwas zu verändern. Mit der Einstiegsfrage kann abgeschätzt werden, in welchem Stadium zur Veränderung sich der Patient befindet. Für die Patienten, die noch nicht an Veränderung denken, kann diese Herangehensweise zum ersten Stadium der Veränderung führen. Diejenigen, die schon ernsthaft in Erwägung gezogen haben, einen Versuch zur Gewichtsabnahme zu starten, gehen dadurch vielleicht den nächsten Schritt in Richtung Umsetzung.

Was besagen Worte? – Beschreibung von Übergewicht durch Patienten³

Welche Wörter sollten verwendet werden, um über das Gewicht des Patienten zu sprechen? Wir wissen alle, dass der Begriff „fett“ dafür ungeeignet ist. Aber ist der Begriff „fettleibig“ besser?

Die Definition von Adipositas aus Sicht der Patienten ist wahrscheinlich anders als die fachliche ($\text{BMI} > 30$). Wenn ein Patient den Begriff „fettleibig“ oder „adipös“ hört, stellt er sich einen extrem adipösen Menschen vor, der eher einem $\text{BMI} > 50 \text{ kg/m}^2$ entspricht.

WADDEN und DIDIE von der University of Pennsylvania und der Drexel University beschäftigten sich mit der Frage, wie sich übergewichtige und adipöse Patienten selbst bezeichnen würden. In ihrer Studie, die 2003 im „Obesity Research“ publiziert wurde, baten sie 167 übergewichtige Frauen 11 Begriffe zur Adipositas auf einer Skala von sehr unerwünscht bis sehr wünschenswert einzuschätzen. Am wenigsten wünschenswert war der Begriff „fett“, gefolgt von „zu viel Fett“ und „fettleibig“. „Gewicht“ war der einzige Ausdruck, der von den Teilnehmern positiv bewertet wurde.

Auf der anderen Seite ist „Adipositas“ nun mal die medizinische Bezeichnung der Krankheit, die für die Dokumentation und zur Kommunikation in Fachkreisen verwendet werden sollte.

Ob nun Patienten auf Initiative des Arztes hin Interesse an einer Gewichtsreduktion zeigen oder die Patienten selbst das Thema angesprochen haben, sie müssen immer erst einmal ermutigt werden, um dann vorsichtig ihre Motive und Ziele zu erkunden. Dabei kann gut eingeschätzt werden, ob der Patient realistische Erwartungen und einen Plan hat, wie er diese Ziele erreichen kann.

Die Frage nach dem „Warum“ für den Wunsch nach Gewichtsabnahme wird die Patienten zunächst überraschen, aber auf eine konstruktive Weise. In den allermeisten Fällen werden sie ihre Gründe darlegen oder mit einer Gegenfrage wie „Meinen Sie nicht, ich sollte?“ kontern. Diese Art der Gesprächsführung bietet Gelegenheit, mehr über die Motive und Ziele der Patienten zu erfahren.

Motivation: Ästhetik versus Gesundheit

Ästhetik ist für viele Patienten eine starke Motivation, Gewicht zu reduzieren. Jedoch darf der ästhetische Aspekt als Motivationsgrund nicht als oberflächlich bewertet werden, bevor die Motive nicht genauer bekannt

³ Wadden T. & Didie, E. (2003). What's in a Name? Patients' Preferred Terms for Describing Obesity. *Obes Res*, 11 (9): 1140-1146.

sind. Zu einer Hochzeit gehen oder in einen neuen Badeanzug passen zu wollen, sind vielleicht nicht die günstigsten Grundlagen für eine dauerhafte Motivation. Ästhetische Gesichtspunkte wie mehr Selbstbewusstsein, erfüllteres Sexualleben, sich attraktiver kleiden zu können oder leichter einen Partner zu finden, stellen dagegen starke Beweggründe für den Start der Gewichtsreduktion dar.

Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass durch den Gewichtsverlust zwar ästhetische Ziele erreicht werden können, er jedoch kein Allheilmittel für Beziehungsprobleme oder psychische Schwierigkeiten ist. Ein Patient, der in erster Linie von dem Wunsch geleitet wird, seine Beziehung zu verbessern oder das Selbstwertgefühl zu steigern, hat geringere Chancen, die Ziele seiner Gewichtsabnahme zu erreichen als einer, der durch gesundheitliche Gründe motiviert wird.

Wenn der Wunsch, Gewicht zu reduzieren, hauptsächlich durch die Sorge in Bezug auf das Körperbild und Selbstwertgefühl motiviert ist, dann müssen diese Themen angesprochen werden. Dabei kann es hilfreich sein, diesen Patienten klarzumachen, dass ständiges Ab- und Zunehmen, „Weight Cycling“, der todsichere Weg zu einer dauerhaften Gewichtszunahme ist.

Patienten, die eine Verbesserung der Gesundheit als ihr primäres Ziel angeben, sollten konkrete Beispiele aufzeigen, was besser werden soll, wie zum Beispiel mehr Energie oder weniger Kniebeschmerzen. Erst danach kann versucht werden, objektive Ziele im Hinblick auf Lebensqualität oder Gesundheit festzulegen, die in einem realistischen Zeitrahmen erreichbar sind.

Die Ziele können dabei ganz unterschiedlich ausfallen: Für den einen ist das Ziel, eine Runde um den Block laufen oder einkaufen gehen zu können, während für einen anderen die Reduktion von Blutdruck- oder Schmerzmitteln im Vordergrund stehen kann. Für einen Gewichtsverlust in kurzer Zeit kann manchmal ein medizinischer Grund ein gutes Ziel darstellen, wie zum Beispiel eine anstehende Knie-Operation.

In allen Fällen sollte der Erfolg nicht an der Höhe des Gewichtsverlustes gemessen werden. In der Tat können einige dieser Ziele wie beispielsweise das Laufen um den Block oder das Treppensteigen ohne jeglichen Gewichtsverlust erreicht werden, einfach durch die verbesserte Fitness. Diese Erfolge sollten besonders hervorgehoben werden.

Es ist nicht das alleinige Ziel der Gewichtsabnahme, die Zahlen auf der Waage zu reduzieren, sondern vielmehr, gesundheitliche Risiken zu minimieren und die Lebensqualität zu verbessern.

Motivation: Intrinsisch versus Extrinsisch

Wichtig ist herauszufinden, ob die Motivation zur Gewichtsabnahme von dem Patienten selbst oder von jemand anderem, also von außen, kommt. Sofern die Entscheidung zur Gewichtsreduktion nicht vom Patienten selbst stammt, wäre zu erfragen, warum der Patient denkt, andere Personen wollten, dass er Gewicht verliere.

Wenn der Patient nicht selbst davon überzeugt ist, sein Gewicht reduzieren zu müssen, ist eine erfolgreiche Behandlung der Adipositas unwahrscheinlich. Das Gewicht zu reduzieren, um jemand anderem zu gefallen, stellt keine ausreichende Motivation dar und kann sogar ins Gegenteil umschlagen.

Wenn die Motivation vom Patienten selbst, also von innen heraus kommt, ist es wichtig zu wissen, auf welche Unterstützung der Patient bauen kann. Werden die Bemühungen zu Hause unterstützt oder sabotiert? Wie stark engagiert sich der Partner bei der Unterstützung der Behandlung? Ist die Familie bereit für Veränderungen? Aussagen wie „wir haben immer Limonade und Chips für die Kinder im Haus“, „meine Schwiegermutter bringt uns immer Essen mit“ oder „mein Mann verlangt drei gekochte Mahlzeiten täglich“, deuten auf eine geringe Unterstützung im familiären Umfeld des Patienten hin.

Freunde können auch eine wichtige Rolle spielen. Wenn sich der Freundeskreis des Patienten regelmäßig zum gemeinsamen Kochen und/oder Essen trifft, wird dies mit Sicherheit einen Einfluss auf den Erfolg der Gewichtsreduktion haben.

Bei einer Gewichtsreduktion sollte den Patienten klar sein, dass sich oft positive medizinische und physische Veränderungen einstellen, diese jedoch alles andere als garantiert sind. Daher ist es ratsam den Patienten zu sagen, dass die einzig garantierte Veränderung darin besteht, dass sich ihre Kleidergröße reduzieren wird, alles andere ist ein Bonus. Einem Patienten unrealistische Erwartungen zuzugestehen, ist das sichere Rezept für Enttäuschungen.

Warum gerade jetzt das Gewicht reduzieren?

Es sollte versucht werden zu verstehen, warum der Patient gerade diesen Zeitpunkt gewählt hat. Ist jetzt wirklich die beste Zeit? Abnehmen erfordert erhebliche psychische und physische Anstrengungen. Es ist nicht günstig und kann nicht vom Patienten erwartet werden, mit dem Gewichtsmanagement zu beginnen, wenn Stress oder Immobilität anstehen. Auf der anderen Seite können Lebensumstände wie eine neue berufliche Tätigkeit oder eine neue Beziehung eine gute Gelegenheit bieten, um jahrelang etablierte Verhaltensmuster und Gewohnheiten, die zur Gewichtszunahme führten, zu verändern.

Bereitschaft für Veränderungen

Für die Patientenberatung beim Gewichtsmanagement bietet das Modell der Bereitschaft zur Veränderung nach Prochaska eine gute Basis. Danach macht es wenig Sinn, jemanden zu einer Gewichtsreduktion überreden zu wollen, wenn dieser sich in der Phase der **Absichtslosigkeit** befindet. Dagegen sind gut formulierte Ratschläge bei Patienten, die sich in den Phasen der **Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung** und **Aufrechterhaltung/Stabilisierung** befinden, hoch effektiv.

Der Patient, der sein Gewicht reduzieren will, hat zumindest das Stadium der Vorbereitung erreicht und ist bereit, in das Stadium der Handlung einzutreten. Zu wissen, in welchem Stadium der Bereitschaft zur Veränderung sich der Patient befindet, ist für die Beratung und Motivation des Patienten entscheidend.