

MEET&LEARN

Fortbildung für Praxisteams



Adipositas, ein zunehmendes Problem in der Praxis

Lerneinheit für Teilnehmende

(begleitend zum Slide-Deck und Video)

Referent: Prof. Keck

Zielgruppe: Medizinische Fachangestellte (MFA) und Praxisteams, Praxisleitung, Praxisärzte

Stand: 11. Februar 2026

Hinweis zur Rolle von Exeltis: Exeltis unterstützt diese Fortbildung als Sponsor; die inhaltliche Verantwortung liegt beim Referenten.

Inhaltsverzeichnis

SO NUTZEN SIE DIESE LERNEINHEIT.....	5
LERNZIELE DER GESAMTEN EINHEIT	5
KAPITEL 1 – EINORDNUNG: WARUM ADIPOSITAS IN DER PRAXIS ANGEKOMMEN IST	6
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	6
WARUM DIESES THEMA RELEVANT IST	6
ADIPOSITAS ALS CHRONISCHE ERKRANKUNG	6
STIGMA VERMEIDEN: WARUM SPRACHE UND HALTUNG ENTSCHEIDEND SIND	7
TAKE-HOME MESSAGES	7
SELBSTCHECK	7
KAPITEL 2 – DEFINITIONEN UND DIAGNOSTIK: EINORDNUNG UND BASISDIAGNOSTIK	8
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	8
GRUNDBEGRIFFE: BMI UND ADIPOSITASGRADE	8
ERGÄNZENDE MESSWERTE: FETTVERTEILUNG IST ENTSCHEIDEND	9
KLINISCHE BASISDIAGNOSTIK UND SCREENING	10
DOKUMENTATION, DATENSCHUTZ UND PRAXISORGANISATION	10
WIE ERKLÄRE ICH DEN BMI DER PATIENTIN?	10
TAKE-HOME MESSAGES	11
SELBSTCHECK	11
KAPITEL 3 – URSACHEN UND MECHANISMEN: WARUM ADIPOSITAS MEHR IST ALS KALORIEN	12
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	12
DAS GRUNDPRINZIP – UND WARUM ES ALLEIN NICHT REICHT	12
HUNGER UND SÄTTIGUNG: WICHTIGE SIGNALWEGE	12
FETTGEWEBE ALS ENDOKRINES ORGAN: HORMONELLE VERÄNDERUNGEN BEI ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS	13
DIE GEGENREGULATION NACH GEWICHTSABNAHME	13
INSULINRESISTENZ UND STOFFWECHSEL.....	13
WEITERE EINFLUSSFAKTOREN, DIE WIR MITDENKEN SOLLTEN	13
TAKE-HOME MESSAGES	14
SELBSTCHECK	14
KAPITEL 4 – KOMORBIDITÄTEN: BEGLEITERKRANKUNGEN SYSTEMATISCH ERKENNEN	15
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	15
WARUM KOMORBIDITÄTEN SO HÄUFIG SIND	15
ADIPOSITAS ALS RISIKO FÜR KOMORBIDITÄTEN IN VERSCHIEDENEN ORGANSYSTEMEN	15
HÄUFIGE KOMORBIDITÄTEN – PRAXIS-ÜBERBLICK.....	16
SCREENING IM PRAXISALLTAG (TEAM-AUFGABE)	16
TAKE-HOME MESSAGES	16
SELBSTCHECK	17
KAPITEL 5 – ADIPOSITAS UND KREBSRISIKO: ONKOLOGISCHE RELEVANZ	18
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	18
WARUM ERHÖHT ADIPOSITAS DAS KREBSRISIKO?	18
GYNÄKOLOGISCH BESONDERS RELEVANT: ENDOMETRIUM (GEBÄRMUTTERSCHLEIMHAUT).....	18
PRÄVENTION UND BERATUNG: FOKUS AUF UMSETZBARE SCHRITTE	18
TAKE-HOME MESSAGES	19
SELBSTCHECK	19
KAPITEL 6 – GYNÄKOLOGISCHER SCHWERPUNKT: PCOS, ZYKLUS UND HYPERANDROGENISMUS	20

WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	20
WAS IST PCOS – KURZ ERKLÄRT	20
ÜBERGEWICHT, INSULINRESISTENZ UND FETTVERTEILUNG BEI PCOS.....	20
DIAGNOSTIK: WELCHE INFORMATIONEN SIND WICHTIG?	20
WARUM GEWICHTSREDUKTION OFT VIEL BEWIRKT.....	21
THERAPIEPRINZIPIEN IM ÜBERBLICK	21
TAKE-HOME MESSAGES	21
SELBSTCHECK	22
KAPITEL 7 – KINDERWUNSCH, IVF UND SCHWANGERSCHAFT: RISIKEN UND KONSEQUENZEN	23
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	23
EINFLUSS AUF FERTILITÄT UND KINDERWUNSCH	23
TYPISCHE RISIKEN IN DER SCHWANGERSCHAFT.....	23
PRAXISABLAUF: WAS IST BESONDERS WICHTIG?	24
NACH DER GEBURT: CHANCE FÜR LANGFRISTIGE PRÄVENTION.....	24
TAKE-HOME MESSAGES	24
SELBSTCHECK	25
KAPITEL 8 – LEBENSSTILTHERAPIE: WAS WIRKT UND WIE ES ALLTAGSTAUGLICH WIRD	26
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	26
REALISTISCHE ZIELE UND ERWARTUNGEN.....	26
ERNÄHRUNG: PRINZIPIEN, DIE IM ALLTAG FUNKTIONIEREN.....	26
BEWEGUNG: WARUM KRAFTTRAINING SO WICHTIG IST	26
VERHALTEN, SCHLAF, STRESS – DIE UNTERSCHÄTZTEN HEBEL.....	26
RÜCKFALLMANAGEMENT	27
TAKE-HOME MESSAGES	27
SELBSTCHECK	27
KAPITEL 9 – MEDIKAMENTÖSE THERAPIE: INKRETIN-BASIERTE OPTIONEN UND PRAXISALLTAG.....	28
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	28
WANN KOMMEN MEDIKAMENTE ÜBERHAUPT INFRAGE?.....	28
WIE WIRKEN INKRETIN-BASIERTE THERAPIEN (VEREINFACHT)?	28
NEBENWIRKUNGEN – WAS IST HÄUFIG, WAS IST EIN WARNZEICHEN?	29
PRAXISORGANISATION: VERLAUF UND ADHÄRENZ.....	29
BESONDERE SITUATIONEN (HINWEISE FÜR DEN ALLTAG)	29
TAKE-HOME MESSAGES	29
SELBSTCHECK	29
KAPITEL 10 – BARIATRISCHE/METABOLISCHE CHIRURGIE: INDIKATIONEN UND NACHSORGE.....	30
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	30
WARUM CHIRURGIE? – METABOLISCHER EFFEKT.....	30
TYPISCHE VERFAHREN (ÜBERBLICK)	30
VORBEREITUNG: WAS VOR EINER OP GEKLÄRT WIRD.....	31
NACHSORGE: DIE DREI GROSSEN SÄULEN	31
HÄUFIGE THEMEN NACH OP (PRAXISRELEVANT).....	31
KINDERWUNSCH NACH BARIATRISCHER OP	31
TAKE-HOME MESSAGES	32
SELBSTCHECK	32
KAPITEL 11 – GESPRÄCHSFÜHRUNG OHNE STIGMA: KOMMUNIKATION, DIE WIRKT	33
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	33
WARUM SPRACHE SO VIEL VERÄNDERT.....	33

GRUNDPRINZIPIEN EINER WERTSCHÄTZENDEN KOMMUNIKATION MIT PATIENTINNEN.....	33
MINI-MOTIVATIONAL-INTERVIEWING (FÜR DIE PRAXIS, 2 MINUTEN)	33
UMGANG MIT RÜCKFÄLLEN	33
TAKE-HOME MESSAGES	34
SELBSTCHECK	34
KAPITEL 12 – UMSETZUNG IM PRAXISABLAUF: CHECKLISTEN UND TEAM-ROLLEN	35
WAS SIE IN DIESEM KAPITEL LERNEN.....	35
WARUM STRUKTUR ENTLASTET	35
PRAXIS-WORKFLOW (BEISPIEL) – VON DER ANMELDUNG BIS ZUR KONTROLLE	35
TEAM-ROLLEN – WER MACHT WAS?	35
QUALITÄT & WIRKUNG SICHTBAR MACHEN	35
TAKE-HOME MESSAGES	36
SELBSTCHECK	36
GESAMT-TAKE-HOME UND NÄCHSTE SCHRITTE	36
SCHLUSSWORT	37
GLOSSAR (BEGRIFFE KURZ ERKLÄRT)	38
ANTWORTEN ZUM SELBSTCHECK – LERNEINHEIT ADIPOSITAS	40

So nutzen Sie diese Lerneinheit

Diese Unterlage ist mehr als ein Manuskript: Sie ist als Lerntext aufgebaut. Sie können jedes Kapitel einzeln lesen (z. B. als Team-Meeting) oder die Kapitel nacheinander durcharbeiten.

Empfohlene Vorgehensweise:

- Video/Slides ansehen und die wichtigsten Punkte markieren.
- Kapitel lesen: zuerst die Lernziele, dann den Inhalt, am Ende die Take-Home Messages.
- Selbstcheck-Fragen kurz beantworten (allein oder im Team).
- Praxis-Tools und Checklisten direkt in den eigenen Ablauf übertragen (z. B. als Standard-Operating-Procedure).

Merke

Adipositas ist eine chronische, multifaktorielle Erkrankung.

Erfolgreiche Versorgung bedeutet: wertschätzende Kommunikation + strukturierte Diagnostik + realistische Ziele + konsequente Nachsorge.

Lernziele der gesamten Einheit

- Sie können Adipositas als chronische Erkrankung einordnen und Stigmatisierung vermeiden.
- Sie kennen die wichtigsten Messgrößen (BMI, Taillenumfang) und können Basis-Screenings im Praxisalltag unterstützen.
- Sie erkennen häufige Komorbiditäten sowie gynäkologisch relevante Folgen (PCOS, Fertilität, Schwangerschaftsrisiken, Krebsrisiko).
- Sie verstehen die Grundzüge moderner Therapieoptionen: Lebensstil, medikamentöse Therapie (Inkretin-basiert) und bariatrische Verfahren.
- Sie können mit Checklisten, Gesprächsbausteinen und Team-Rollen eine praxisnahe Versorgung mitgestalten.

Kapitel 1 – Einordnung: Warum Adipositas in der Praxis angekommen ist

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie können Adipositas als chronische Erkrankung einordnen (nicht als „Lifestyle-Problem“).
- Sie verstehen, warum Adipositas in allen Fachrichtungen die Versorgung beeinflusst.
- Sie kennen die wichtigsten Gründe, warum reine „Willenskraft-Tipps“ oft nicht ausreichen.
- Sie können eine wertschätzende Grundhaltung im Team formulieren.

Warum dieses Thema relevant ist

Adipositas ist häufig: In vielen Patientengruppen sind mehr als die Hälfte übergewichtig oder adipös. Damit ist Adipositas kein Sonderfall, sondern Alltag – auch in der gynäkologischen Praxis.

Adipositas wirkt auf nahezu alle Bereiche der Medizin: von Blutdruck und Stoffwechsel bis hin zu Operationen, Bildgebung, Medikamentendosierung und Schwangerschaft.

Für Praxisteam bedeutet das: Wir brauchen sichere Abläufe, passende Ausstattung und eine Kommunikation, die medizinisch klar ist, aber nicht beschämt.

Zusätzlich prägt der gesellschaftliche Blick auf Körpergewicht viele Erwartungen: In sozialen Medien und TV-Formaten werden extreme Körperideale und schnelle „Vorher-Nachher“-Erfolge gezeigt. Formate wie „Germany’s Next Topmodel“ oder „The Biggest Loser“ vermitteln oft, Gewichtsreduktion sei vor allem eine Frage der Willenskraft – medizinisch ist Adipositas jedoch eine chronische Erkrankung mit komplexen Ursachen.

Im Vortrag wurden beispielhaft Zahlen zur Häufigkeit bei Frauen in Deutschland genannt (je nach Erhebung/Definition):

- Übergewicht: von ca. 41,5 % (2005) auf ca. 42,5 % (2021) – also dauerhaft sehr häufig.
- Adipositas: Anstieg von ca. 12,8 % (2005) auf ca. 14,8 % (2021).
- Für 2025/2026 wurde daraus als Gesamtbild abgeleitet: rund 56 % der Frauen sind übergewichtig oder adipös.

Warum das so relevant ist: Adipositas ist nicht nur „ein paar Kilo zu viel“, sondern mit erhöhter Krankheitslast und Sterblichkeit verbunden. Im Vortrag wurden u. a. folgende Größenordnungen genannt:

- Rund 2,5 Millionen Todesfälle pro Jahr werden weltweit Adipositas zugeschrieben.
- Erhöhtes Mortalitätsrisiko (in den dargestellten Daten in der Größenordnung 6- bis 12-fach).
- Verkürzte Lebenserwartung: bei Männern etwa 12 Jahre, bei Frauen etwa 9 Jahre; bei BMI über 40 sogar um etwa 20 Jahre.

Adipositas als chronische Erkrankung

Moderne Leitlinien beschreiben Adipositas als chronische, komplexe Erkrankung mit biologischen, psychischen und sozialen Ursachen. Nach einer Gewichtsabnahme versucht der Körper oft, das Gewicht wieder „zurückzugewinnen“ (u. a. über mehr Hunger und einen geringeren Energieverbrauch).

Deshalb sind Rückfälle normal. Ziel ist nicht Perfektion, sondern ein langfristiger, gut begleiteter Prozess mit realistischen Etappen.

Stigma vermeiden: Warum Sprache und Haltung entscheidend sind

Viele Betroffene haben in Gesundheitssystemen Stigmatisierung erlebt. Das kann dazu führen, dass Kontrollen gemieden werden – genau dann steigt das Risiko für Komplikationen.

Eine hilfreiche Haltung ist: Gewicht als medizinischer Faktor, nicht als Charakterfrage. Fragen Sie um Erlaubnis („Darf ich das Gewicht als Risikofaktor ansprechen?“) und arbeiten Sie mit Zielen, die Patientinnen selbst mittragen.

- Person-zentriert sprechen: „Patientin mit Adipositas“ statt „adipöse Patientin“.
- Fokus auf Gesundheit und Beschwerden (z. B. Zyklus, Blutdruck, Müdigkeit), nicht nur auf Kilogramm.
- Kleine Schritte würdigen: 5 bis 10 % Gewichtsreduktion kann medizinisch viel bewirken.

Praxis-Tool: Team-Statement (30 Sekunden)

„Wir wissen, dass Gewicht viele Ursachen hat. Uns ist wichtig, Sie medizinisch gut zu begleiten – ohne Vorwürfe. Wir schauen gemeinsam, welche Schritte für Sie realistisch sind.“

Nutzen: setzt sofort einen respektvollen Rahmen und erhöht die Gesprächsbereitschaft.

Take-Home Messages

- Adipositas ist eine chronische Erkrankung mit hoher Praxisrelevanz – kein Randthema.
- Biologie und Gegenregulation erklären, warum Abnehmen langfristig schwer ist.
- Wertschätzende Kommunikation verbessert Adhärenz und Vorsorge.
- Realistische Ziele (z. B. 5 bis 10 %) sind medizinisch bedeutsam.
- Adipositas ist mit deutlich erhöhter Sterblichkeit und verkürzter Lebenserwartung assoziiert – Prävention und Behandlung sind daher Hochrisiko-Themen.

Selbstcheck

1. Welche Formulierung nutzen wir im Team, um Gewicht als medizinischen Faktor anzusprechen – ohne zu beschämen?
2. Nennen Sie zwei Gründe, warum der Körper nach Gewichtsabnahme häufig „gegenreguliert“.
3. Welche 2 praktischen Anpassungen (Ausstattung/Ablauf) sind in unserer Praxis kurzfristig umsetzbar?
4. Welche Kernaussage zur Häufigkeit und zur Auswirkung auf die Lebenserwartung wurde im Vortrag genannt?

Kapitel 2 – Definitionen und Diagnostik: Einordnung und Basisdiagnostik

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie können BMI und Taillenumfang korrekt einordnen und dokumentieren.
- Sie wissen, warum Fettverteilung (viszerales Fett) für Risiken besonders wichtig ist.
- Sie kennen Basis-Screenings und typische Laborparameter bei Adipositas.
- Sie können typische Stolpersteine bei Messung, Ausstattung und Dokumentation vermeiden.

Grundbegriffe: BMI und Adipositasgrade

Der Body-Mass-Index (BMI) ist eine einfache Kennzahl aus Gewicht und Körpergröße: $\text{BMI} = \text{kg} / \text{m}^2$.

Der BMI misst damit nicht direkt Körperfett, sondern „Gewicht im Verhältnis zur Körpergröße“. Deshalb kann der BMI bei bestimmten Personengruppen irreführend sein – z. B. bei sehr muskulösen Personen (hoher Anteil an Muskelmasse) oder bei älteren Menschen mit geringer Muskelmasse.

BMI-Klassifikation (Erwachsene)

Untergewicht:	$< 18,5 \text{ kg/m}^2$
Normalgewicht:	$18,5\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$
Übergewicht:	$25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad I:	$30,0\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad II:	$35,0\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$
Adipositas Grad III:	$\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$

Wichtig: Bei Kindern und Jugendlichen werden keine festen BMI-Grenzen verwendet, sondern BMI-Perzentile (alters- und geschlechtsabhängige Kurven).

Merke:

BMI ist ein Startpunkt, aber nicht die ganze Wahrheit (z. B. bei sehr muskulösen Personen).

Ergänzende Messwerte: Fettverteilung ist entscheidend

Taillenumfang (Bauchfett/viszerales Fett)

Der Taillenumfang ist ein wichtiger Marker für viszerales Fett (Bauchfett). Dieses Fett ist besonders stark mit Insulinresistenz, Typ-2-Diabetes und kardiovaskulären Risiken verbunden. Daher sollte bei vielen Patient:innen neben dem BMI auch der Taillenumfang erhoben werden.

Risikogrenzen (häufig in Europa verwendet):

- Frauen: erhöhtes Risiko ab ≥ 80 cm, deutlich erhöht ab ≥ 88 cm
- Männer: erhöhtes Risiko ab ≥ 94 cm, deutlich erhöht ab ≥ 102 cm

Messanleitung (praxisnah):

1. Maßband waagerecht anlegen
2. Messpunkt: mittig zwischen unterem Rippenbogen und Beckenkamm
3. Messung am Ende einer normalen Ausatmung
4. Maßband soll anliegen, aber nicht einschnüren
5. Patient:in steht entspannt, Bauch nicht einziehen

Waist-to-Height Ratio (WHtR) – „Taille im Verhältnis zur Größe“

Eine leicht verständliche Ergänzung ist die WHtR:

WHtR = Taillenumfang / Körpergröße: z.B.: 90 cm Taille, Körpergröße 165 cm $\rightarrow$ **0,55**

Als Faustregel gilt: $> 0,5$ = erhöhtes Risiko

„Die Taille sollte weniger als die Hälfte der Körpergröße betragen.“

Merke:
BMI allein kann täuschen, z. B. bei: • sehr muskulösen Personen (BMI hoch, Körperfett niedrig) • älteren/fragilen Personen (BMI „normal“, aber hoher Fettanteil bei wenig Muskelmasse)
Praxislösung • BMI immer mit klinischem Eindruck kombinieren und bei Bedarf ergänzen durch Taillenumfang (und ggf. WHtR) • Bei Unklarheit Körperzusammensetzung (z. B. BIA) bzw. ärztliche Beurteilung

Klinische Basisdiagnostik und Screening

Bei Adipositas sollten Begleiterkrankungen aktiv mitgedacht werden. Welche Diagnostik nötig ist, hängt von Alter, Symptomen und Vorerkrankungen ab. Häufige Basisbausteine sind:

- Blutdruck (passende Manschette), ggf. Verlauf/Heimmessung oder Langzeit-RR.
- Blutzuckerstoffwechsel: Nüchtern-Glukose und/oder HbA1c (bei Risikokonstellation ggf. oGTT nach ärztlicher Entscheidung).
- Lipidprofil: Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride.
- Leberwerte (z. B. ALT/AST, Gamma-GT) als Hinweis auf Fettleber.
- Je nach Situation: TSH (Schilddrüse), Nierenwerte, CRP, ggf. Mikronährstoffe (vor allem bei OP-Vorbereitung).

Dokumentation, Datenschutz und Praxisorganisation

Messwerte sollten sachlich erfasst werden (z. B. „BMI 36, Taillenumfang 112 cm“). Wichtig ist eine diskrete Wiegesituation (kein Durchgangsbereich).

Ausstattung: Waage mit ausreichender Traglast, stabile Stühle ohne enge Armlehnen, XL-Blutdruckmanschetten, geeignete Liegen/Lagerungshilfen.

Praxis-Tool: Schnell-Check Adipositas-Basis (1 Minute)

- 1) BMI dokumentiert?
- 2) Blutdruck mit passender Manschette gemessen?
- 3) Diabetes-/Lipid-Risiko bedacht?
- 4) Hinweise auf Schlafapnoe (Schnarchen, Tagesmüdigkeit) erfragt?
- 5) nächster Kontrolltermin vereinbart?

Wie erkläre ich den BMI der Patientin?

Hier sind zwei Textbausteine, die im Patientinnengespräch genutzt werden können:

„Der BMI ist ein guter erster Orientierungswert, aber er sagt nicht alles aus – zum Beispiel kann viel Muskelmasse den BMI erhöhen. Deshalb schauen wir zusätzlich auf den Taillenumfang, weil Bauchfett für den Stoffwechsel besonders wichtig ist. So können wir Ihr Gesundheitsrisiko besser einschätzen.“

„Wir nutzen den BMI als ersten Richtwert, weil er schnell berechnet ist. Er unterscheidet aber nicht zwischen Fett- und Muskelmasse. Bei sehr trainierten Menschen kann der BMI deshalb höher ausfallen, ohne dass ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht. Darum messen wir ergänzend den Taillenumfang (und bei Bedarf weitere Werte), da Bauchfett eng mit Blutzucker, Blutdruck und Herz-Kreislauf-Risiken zusammenhängt. So erhalten wir eine faire und medizinisch aussagekräftige Einschätzung.“

Take-Home Messages

- BMI ist hilfreich, aber Fettverteilung (Taillenumfang) ergänzt die Risikoeinschätzung.
- Strukturiertes Screening (RR, Zucker, Lipide, Leber) verhindert das „Übersehen“ von Komorbiditäten.
- Diskrete Messung und passende Ausstattung sind Teil guter Versorgung.
- Wertneutrale Dokumentation schützt Patient:innen und Team.

Selbstcheck

5. Wie und wo messen wir den Taillenumfang korrekt?
6. Nennen Sie drei typische Basisparameter, die bei Adipositas häufig kontrolliert werden.
7. Welche Ausstattung (mindestens 2 Punkte) benötigen wir, um Messungen sicher und würdevoll durchzuführen?

Kapitel 3 – Ursachen und Mechanismen: Warum Adipositas mehr ist als Kalorien

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie verstehen die wichtigsten biologischen Steuerungen von Hunger, Sättigung und Energieverbrauch.
- Sie können erklären, warum der Körper Gewichtsabnahme häufig „verteidigt“.
- Sie kennen häufige Einflussfaktoren: Schlaf, Stress, Medikamente, Psyche, soziale Umwelt.
- Sie können daraus ableiten, warum multimodale Therapie sinnvoll ist.

Das Grundprinzip – und warum es allein nicht reicht

Grundsätzlich entsteht Gewichtszunahme, wenn über längere Zeit mehr Energie aufgenommen als verbraucht wird. In der Realität wird dieses Gleichgewicht aber durch ein komplexes System reguliert: Hormone, Nervensystem, Darm-Hirn-Achse und Belohnungssystem beeinflussen, wie stark Hunger empfunden wird und wie gut Sättigung „ankommt“.

Hunger und Sättigung: wichtige Signalwege

Im Körper wirken verschiedene Botenstoffe: GLP-1 (aus dem Darm) fördert Sättigung und verlangsamt die Magenentleerung; Ghrelin (v. a. aus dem Magen) steigert Hunger; Leptin (aus Fettgewebe) signalisiert Energie-„Fülle“.

Bei langfristiger Gewichtszunahme können solche Systeme aus dem Gleichgewicht geraten (z. B. Leptin-Resistenz). Das bedeutet: Trotz „voller Energiespeicher“ kommt das Sättigungssignal im Gehirn nicht ausreichend an.

Im Vortrag wurden in diesem Zusammenhang auch sogenannte Adipokine aus dem Fettgewebe genannt – insbesondere Adiponectin und Leptin. Diese Botenstoffe werden in Fettzellen gebildet und beeinflussen Entzündungsprozesse, Appetitregulation und den Stoffwechsel.

- Adiponectin wirkt eher „schützend“ (u. a. günstig für Insulinsensitivität). Bei Adipositas sind die Spiegel häufig erniedrigt.
- Leptin signalisiert dem Gehirn Energie-„Fülle“. Bei Adipositas ist Leptin häufig erhöht, das Sättigungssignal wird aber schlechter verarbeitet (Leptinresistenz).

Außerdem wurden Insulin und der insulinähnliche Wachstumsfaktor IGF-1 als wichtige Mitspieler hervorgehoben: Bei vielen adipösen Menschen liegen höhere Spiegel vor. Diese Faktoren können Zellwachstum fördern und tragen mit dazu bei, warum Adipositas mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Krebserkrankungen assoziiert ist.

Merke:

Viele moderne Medikamente setzen genau an diesen biologischen Signalwegen an (z. B. GLP 1 basiert)

Fettgewebe als endokrines Organ: Hormonelle Veränderungen bei Übergewicht und Adipositas

Fettgewebe übernimmt im Körper nicht nur die Funktion eines Energiespeichers, sondern wirkt auch als endokrines Organ. Das bedeutet, es produziert und beeinflusst verschiedene Hormone, die den Stoffwechsel und andere Körperfunktionen regulieren.

Bei Übergewicht und Adipositas, insbesondere bei Frauen, treten typische Veränderungen im Hormonhaushalt auf. In den entsprechenden Folien werden folgende Konstellationen beschrieben:

- Erhöhte Östrogene: Vor allem nach den Wechseljahren kommt es zu einem Anstieg der Östrogenwerte. Dies geschieht unter anderem durch die Aktivität des Enzyms Aromatase, das im Fettgewebe vorhanden ist und die Umwandlung von Androgenen zu Östrogenen fördert.
- Erhöhte Androgene: Zusätzlich werden bei Übergewicht erhöhte Werte männlicher Sexualhormone (Androgene) beobachtet.
- Erniedrigtes SHBG (Sexualhormon-bindendes Globulin): SHBG ist ein Protein, das Sexualhormone im Blut bindet und deren Wirkung reguliert. Bei Übergewicht und Adipositas sind die SHBG-Werte typischerweise verringert, was zu einer erhöhten Verfügbarkeit der freien Sexualhormone führt.

Diese hormonellen Veränderungen sind Teil der komplexen Auswirkungen von Fettgewebe auf den Körper und verdeutlichen, warum Übergewicht und Adipositas nicht nur eine Frage des Energiehaushalts, sondern auch der Hormonregulation sind.

Die Gegenregulation nach Gewichtsabnahme

Nach Gewichtsabnahme reagiert der Körper häufig mit Gegenregulation: Hunger steigt, Sättigung nimmt ab und der Energieverbrauch sinkt (sparsamere Stoffwechsellaage).

Das ist ein wichtiger Grund, warum „Jojo-Effekte“ nicht nur an fehlender Motivation liegen. Für die Praxis heißt das: langfristige Begleitung und Rückfallmanagement einplanen.

Insulinresistenz und Stoffwechsel

Insulin hilft, Zucker aus dem Blut in die Zellen zu bringen. Bei Insulinresistenz reagieren Zellen schlechter – der Körper produziert mehr Insulin. Chronisch hohe Insulinspiegel begünstigen u. a. Fettaufbau und erschweren Gewichtsabnahme. Insulinresistenz ist eng mit viszeralem Fett (Bauchfett) verbunden.

Hinweise im Alltag:
zunehmender Taillenumfang, Müdigkeit nach Mahlzeiten, Prädiabetes/Diabetes, PCOS (bei Frauen).

Weitere Einflussfaktoren, die wir mitdenken sollten

Schlafmangel verändert Hunger-/Sättigungshormone und steigert oft Heißhunger. Stress (Cortisol) kann Essverhalten und Fettverteilung beeinflussen. Auch Medikamente können eine Rolle spielen (z. B. bestimmte Antidepressiva, Antipsychotika, Kortikosteroide).

Psychische Faktoren (z. B. Binge-Eating, emotionale Belastung) sind häufig und sollten ohne Bewertung angesprochen und bei Bedarf weiter abgeklärt werden.

Praxis-Tool: 4-Fragen-Screening (kurz und respektvoll)

- 1) Schlaf: „Wie erholt fühlen Sie sich morgens?“
- 2) Stress: „Gibt es aktuell Belastungen, die Essen/Bewegung erschweren?“
- 3) Medikamente: „Haben sich Medikamente in den letzten Monaten geändert?“
- 4) Essmuster: „Gibt es Situationen mit Kontrollverlust/Heißhunger, die Sie belasten?“

Take-Home Messages

- Adipositas wird biologisch reguliert – nicht nur durch „Willenskraft“.
- Nach Abnahme kommt es häufig zu Gegenregulation (mehr Hunger, weniger Energieverbrauch).
- Viszerales Fett und Insulinresistenz sind zentrale Treiber für Komorbiditäten.
- Schlaf, Stress, Medikamente und psychische Faktoren gehören in die Anamnese.
- Adipokine (z. B. Adiponectin, Leptin) sowie Insulin/IGF-1 helfen zu verstehen, warum Adipositas auch Entzündung und Krebsrisiken beeinflussen kann.

Selbstcheck

8. Was bedeutet „Gegenregulation“ nach Gewichtsabnahme in einfachen Worten?
9. Nennen Sie zwei Faktoren außerhalb von Ernährung, die Gewicht beeinflussen können.
10. Welche Rolle spielen Leptin/Adiponectin sowie Insulin/IGF-1 im (vereinfachten) Vortragsmodell?
11. Welche Frage würden Sie stellen, um Hinweise auf Binge-Eating respektvoll zu erfassen?

Kapitel 4 – Komorbiditäten: Begleiterkrankungen systematisch erkennen

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie kennen die häufigsten Begleiterkrankungen bei Adipositas und typische Hinweise im Alltag.
- Sie wissen, welche Screenings und Messungen im Praxisablauf besonders wichtig sind.
- Sie können Warnzeichen (Red Flags) erkennen und richtig weiterleiten.
- Sie können Patient:innen strukturiert zur Verlaufskontrolle motivieren.

Warum Komorbiditäten so häufig sind

Adipositas erhöht das Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Viele Komorbiditäten entwickeln sich schleichend. Ein strukturiertes Vorgehen verhindert, dass relevante Risiken übersehen werden.

Adipositas als Risiko für Komorbiditäten in verschiedenen Organsystemen

Adipositas stellt ein bedeutendes Risiko für die Entstehung zahlreicher Komorbiditäten dar, die verschiedene Organsysteme betreffen. Im Folgenden werden die wichtigsten Bereiche und ihre typischen Folgeerkrankungen systematisch dargestellt:

Kardiovaskuläres System

- Arteriosklerose
- Hypertonie
- Vorhofflimmern
- Herzinsuffizienz

Metabolisches System

- Typ-2-Diabetes
- Fettleber
- Dyslipidämie
- Gallensteine
- Gicht

Pulmonales System

- Schlafapnoe
- Asthma
- COPD

Gerinnungssystem

- Thrombosen
- Lungenembolie

Bewegungsapparat

- Arthrose
- Rücken- und Gelenkschmerzen
- Körperliche Einschränkung

Psychische Gesundheit

- Depressionen
- Angst- und Panikstörungen
- ADHS (assoziiert)

Urogenitales und Fortpflanzungssystem

- Inkontinenz und Infektionen
- PCOS (Polyzystisches Ovarsyndrom)
- Hypogonadismus
- Infertilität beim Mann

Dermatologischer Bereich

- Psoriasis

Onkologischer Bereich

- Erhöhtes Risiko für verschiedene Tumoren, beispielsweise:
 - Endometriumkarzinom
 - Zervixkarzinom
 - Ovarialkarzinom
 - Mamakarzinom
 - Gallenblasenkarzinom
 - Kolonkarzinom
 - Nierenzellkarzinom

Diese Übersicht verdeutlicht die weitreichenden gesundheitlichen Folgen der Adipositas und unterstreicht die Bedeutung einer frühzeitigen Erkennung und gezielten Behandlung von Begleiterkrankungen.

Häufige Komorbiditäten – Praxis-Überblick

Die folgende Übersicht hilft, typische Beschwerden schnell einzuordnen:

Hinweis/ Symptom	Mögliche Komorbidität	Praxis-Next Step (Beispiele)
Tagesmüdigkeit, Schnarchen	Schlafapnoe	Ansprechen, ggf. ärztliche Abklärung/Schlaflabor
Durst, häufiges Wasserlassen	Diabetes/Prädiabetes	BZ/HbA1c nach Plan, Verlaufskontrolle
Oberbauchdruck, erhöhte Leberwerte	Fettleber (NAFLD/NASH)	Labor/Ultraschall nach ärztlicher Entscheidung
Belastungsdyspnoe, Ödeme	Herzinsuffizienz	RR/SpO2, zeitnahe ärztliche Beurteilung
Gelenkschmerz Knie/Hüfte	Arthrose/Überlastung	Schmerzassessment, Bewegungstherapie/Physio anregen
Niedergeschlagenheit, Kontrollverlust-Essen	Depression/Binge-Eating	wertfrei ansprechen, ggf. psychologische Mitbehandlung

Screening im Praxisalltag (Team-Aufgabe)

Je nach Setting werden Screening-Intervalle ärztlich festgelegt. Aus MFA-Sicht ist wichtig: Messungen standardisieren, Ergebnisse dokumentieren und Kontrolltermine aktiv unterstützen.

- Blutdruck: korrekte Manschettengröße, ggf. Wiederholungsmessung nach Ruhe.
- Blutzucker: HbA1c/Glukose gemäß Plan; bei Schwangerschaft separate Standards (Gestationsdiabetes-Screening).
- Lipide und Leberwerte: Verlauf sichtbar machen (Werte über Zeit).
- Schlafapnoe-Hinweise: gezielt erfragen, weil Patient:innen das oft nicht von selbst berichten.

Red Flags – sofort ärztlich Rücksprache halten

- Brustschmerz, ausgeprägte Luftnot, neu aufgetretene neurologische Ausfälle.
- Starke Ödeme, rapide Gewichtszunahme in kurzer Zeit (z. B. Herz-/Nierenproblem).
- Schwere Hypoglykämie-Symptome bei Diabetes-Therapie (z. B. Zittern, Schweiß, Verwirrtheit).
- Schwere Bauchschmerzen, anhaltendes Erbrechen (Differenzialdiagnosen, ggf. Medikamentennebenwirkung).

Take-Home Messages

- Komorbiditäten sind bei Adipositas häufig und entwickeln sich oft unbemerkt.
- Struktur schlägt Bauchgefühl: Standardisierte Screenings verbessern Sicherheit.
- Schlafapnoe, Fettleber, Diabetes und Hypertonie sind besonders praxisrelevant.
- Red Flags früh erkennen und konsequent eskalieren.

Selbstcheck

12. Welche 3 Komorbiditäten sehen wir in unserer Praxis am häufigsten – und wie screenen wir sie?
13. Woran denken Sie bei Tagesmüdigkeit und Schnarchen?
14. Nennen Sie 2 Red Flags, bei denen Sie sofort ärztlich Rücksprache halten würden.

Kapitel 5 – Adipositas und Krebsrisiko: Onkologische Relevanz

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie verstehen, warum Adipositas das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen erhöht.
- Sie kennen gynäkologisch besonders relevante Zusammenhänge (v. a. Endometrium).
- Sie können Warnsymptome (z. B. Blutungsstörungen) sicher einordnen und weiterleiten.
- Sie wissen, welche Präventionsbotschaften ohne Schuldzuweisung funktionieren.

Warum erhöht Adipositas das Krebsrisiko?

Mehrere Mechanismen werden diskutiert: chronische Entzündung, Insulinresistenz mit erhöhten Wachstumsfaktoren, hormonelle Veränderungen durch Fettgewebe (u. a. Umwandlung von Hormonen) sowie Veränderungen des Mikrobioms.

Im Vortrag wurden diese Mechanismen konkretisiert:

- Insulin und IGF-1: Bei Insulinresistenz liegen oft höhere Spiegel vor. Beide können Zellwachstum und Teilungsreize verstärken.
- Fettgewebe als endokrines Organ: Über Enzyme wie die Aromatase kann Fettgewebe Androgene in Östrogene umwandeln – dadurch können hormonabhängige Gewebe (z. B. Endometrium) stärker stimuliert werden.
- Adipokine (z. B. Leptin/Adiponectin) und niedriggradige chronische Entzündung: Sie beeinflussen das Milieu im Körper und gelten als Mitfaktoren bei der Krebsentstehung.

Adipositas erhöht das Risiko für verschiedene Krebsarten, darunter Endometrium-, Schilddrüsen-, Nieren-, Gallenblasen-, Leber-, Kolon-, Zervix-, Ovarial- und postmenopausales Mammakarzinom. Mit jedem Anstieg des BMI um 5 kg/m² steigen die relativen Risiken für diese Tumoren unterschiedlich stark an. Prämenopausales Mammakarzinom und Prostatakarzinom sind von diesem Zusammenhang weniger betroffen.

Wichtig für die Praxis:

Es geht nicht um Angst, sondern um gezielte Früherkennung und Risikominimierung.

Gynäkologisch besonders relevant: Endometrium (Gebärmutterschleimhaut)

Adipositas ist ein wichtiger Risikofaktor für Endometriumveränderungen und Endometriumkarzinom. Bei anhaltender hormoneller Dysbalance (z. B. Anovulation bei PCOS) kann die Schleimhaut länger unopponiert Östrogen-ähnlichen Einflüssen ausgesetzt sein.

Für MFAs ist entscheidend: Blutungsstörungen ernst nehmen, sauber dokumentieren und zeitnah zur ärztlichen Beurteilung weiterleiten.

- Warnsymptome: Zwischenblutungen, sehr starke oder verlängerte Blutungen, unregelmäßige Blutungen bei Risikoprofil.
- Postmenopausenblutung ist immer abklärungsbedürftig.

Prävention und Beratung: Fokus auf umsetzbare Schritte

Risikosenkung funktioniert oft über mehrere kleine Stellschrauben: Bewegung, Gewichtsreduktion, Behandlung von Prädiabetes/Diabetes, Rauchstopp, Schlaf verbessern.

Kommunikativ hilfreich ist, die Patientin nicht auf Gewicht zu reduzieren, sondern den Nutzen zu betonen: „Schon kleine Verbesserungen senken Risiken messbar.“

Praxis-Tool: Blutungs-Checkliste (für die Anmeldung)

- 1) Seit wann?
- 2) Wie stark (Binden/Tampons pro Tag)?
- 3) Zyklusregelmäßigkeit?
- 4) Schmerzen/Fieber?
- 5) Schwangerschaft möglich?
- 6) Postmenopausal?
- 7) Gerinnungs-/Hormonmedikation?

Dokumentation erleichtert ärztliche Entscheidung (z. B. Sonographie, Endometriumabklärung).

Take-Home Messages

- Adipositas kann Krebsrisiken erhöhen – besonders relevant ist in der Gynäkologie das Endometrium.
- Blutungsstörungen sind ein zentrales Warnsignal und gehören strukturiert erfasst.
- Prävention gelingt besser über kleine, konkrete Schritte statt Schuldzuweisung.
- Teamarbeit (Dokumentation, Terminmanagement) verbessert Früherkennung.
- Insulin/IGF-1 und hormonelle Effekte des Fettgewebes (u. a. Östrogene) sind zentrale Erklärungsbausteine für erhöhte Risiken.

Selbstcheck

15. Welche Blutung ist immer abklärungsbedürftig (Stichwort Lebensphase)?
16. Nennen Sie zwei Mechanismen, die das Krebsrisiko bei Adipositas erklären können.
17. Welche 3 Fragen aus der Blutungs-Checkliste würden Sie immer stellen?
18. Welche Rolle spielen Insulin/IGF-1 und hormonelle Effekte des Fettgewebes bei der Erklärung des erhöhten Krebsrisikos?

Kapitel 6 – Gynäkologischer Schwerpunkt: PCOS, Zyklus und Hyperandrogenismus

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie kennen typische PCOS-Symptome und warum PCOS oft mit Insulinresistenz zusammenhängt.
- Sie verstehen die diagnostische Logik (typische Kriterien) und welche Daten in der Praxis helfen.
- Sie können Patientinnen alltagstauglich zu Zyklus, Haut/Haar-Symptomen und Stoffwechsel begleiten.
- Sie kennen zentrale Therapiebausteine (Lebensstil, Zyklusregulation, metabolische Therapie, Kinderwunsch-Optionen).

Was ist PCOS – kurz erklärt

PCOS (Polyzystisches Ovarialsyndrom) ist ein häufiges hormonelles Syndrom. Typisch sind Zyklusunregelmäßigkeiten, Zeichen erhöhter Androgene (z. B. Akne, Hirsutismus) und/oder typische Ultraschallbefunde. Nicht jede Patientin hat alle Merkmale.

PCOS ist oft mit Insulinresistenz und Gewichtszunahme verbunden, kann aber auch bei normalem BMI auftreten.

Übergewicht, Insulinresistenz und Fettverteilung bei PCOS

In den begleitenden Folien wird hervorgehoben, dass ein Großteil der Frauen mit PCOS – bis zu etwa 76 % – übergewichtig oder adipös ist. Dieses Übergewicht spielt eine entscheidende Rolle: Es verstärkt sowohl die Insulinresistenz als auch den Hyperandrogenismus, welche zu den zentralen Merkmalen des PCOS gehören. Allerdings ist Übergewicht nicht die alleinige Ursache für diese Stoffwechseleränderungen.

Bemerkenswert ist, dass auch normalgewichtige Frauen mit PCOS eine ungünstige Fettverteilung aufweisen können, insbesondere im viszeralen Bereich. Diese viszerale Fettansammlung begünstigt ebenfalls die Entwicklung einer Insulinresistenz. Das bedeutet, dass metabolische Risikofaktoren bei PCOS nicht ausschließlich an den Body-Mass-Index (BMI) gekoppelt sind, sondern auch bei Patientinnen mit Normalgewicht auftreten können, wenn die Fettverteilung entsprechend ungünstig ist.

Im Vortrag wurde PCOS als häufige Diagnose eingeordnet: Es betrifft grob etwa 8 bis 12 % der Frauen (je nach Kriterien und Population).

Typisch ist, dass gynäkologische Symptome (Zyklus, Haut/Haar, Kinderwunsch) und metabolische Aspekte (Insulinresistenz, Gewichtsentwicklung, Taillenumfang) gemeinsam betrachtet werden sollten – daher ist PCOS ein klassisches „Schnittstellenthema“ zwischen Gynäkologie und Stoffwechselmedizin.

Diagnostik: Welche Informationen sind wichtig?

Die Diagnose wird ärztlich gestellt. Für die Praxis hilfreich sind strukturierte Angaben zu:

- Zyklus: Häufigkeit, Dauer, Ausbleiben, Blutungsstärke.
- Haut/Haar: Akne, vermehrte Körperbehaarung, Haarausfall.
- Gewichtsentwicklung, Taillenumfang, Hinweise auf Insulinresistenz.
- Medikamente (z. B. Hormone), Kinderwunsch, Schwangerschaften.
- Labor/Ultraschall nach ärztlichem Plan (z. B. Androgene, SHBG, ggf. Ausschluss anderer Ursachen).

Warum Gewichtsreduktion oft viel bewirkt

Schon 5 bis 10 % Gewichtsabnahme kann den Zyklus stabilisieren, Ovulationen fördern und metabolische Parameter verbessern. Gleichzeitig ist Abnehmen bei PCOS oft besonders schwer, weil Insulinresistenz und hormonelle Regulation dagegenarbeiten können. Das spricht für Geduld und realistische Etappenziele.

Therapieprinzipien im Überblick

Die Therapie richtet sich nach dem Hauptziel der Patientin: Zyklusregulation, Haut/Haar, metabolische Gesundheit oder Kinderwunsch.

- Lebensstil: Ernährung/Bewegung, Schlaf, Stress – als Basis.
- Zyklusregulation: häufig hormonelle Optionen (ärztlich), auch zum Endometriumschutz bei Anovulation.
- Metabolischer Fokus: Behandlung von Prädiabetes/Diabetes, ggf. medikamentöse Unterstützung (ärztlich).

Metformin als Beispiel (aus dem Vortrag): Metformin ist ursprünglich zur Behandlung des Diabetes mellitus zugelassen, wird in der Praxis aber auch bei Insulinresistenz/PCOS als metabolische Unterstützung eingesetzt (ärztliche Entscheidung, häufig off-label).

- Im Vortrag wurde als orientierende Dosierung genannt: bei BMI 25–30 häufig 850 mg 2× täglich; bei BMI über 30 häufig 1.000 mg 2× täglich (Einschleichen nach ärztlichem Plan).
- Kostenhinweis im Vortrag: ca. 15 € pro Monat.
- Häufige Nebenwirkungen: Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Übelkeit, Durchfall) – langsames Aufdosieren und Einnahme zu Mahlzeiten kann helfen (ärztlich abstimmen).
- In einer Metaanalyse wurde unter Metformin ein kleiner, aber messbarer Rückgang von BMI/Gewicht beschrieben (Größenordnung: moderat).
- Kinderwunsch: Gewichtsoptimierung, ggf. ovulationsfördernde Maßnahmen (ärztlich/reproduktionsmedizinisch).

Praxis-Tool: PCOS in 60 Sekunden (Erklärung für Patientinnen)

„PCOS bedeutet, dass Eierstöcke und Hormonsystem nicht immer im Gleichgewicht sind. Dadurch kann der Zyklus unregelmäßig sein und es können Akne oder stärkere Behaarung auftreten. Oft spielt auch der Stoffwechsel eine Rolle. Wir schauen gemeinsam, was Ihr wichtigstes Ziel ist und welche Schritte dazu passen.“

Take-Home Messages

- PCOS ist häufig und oft eng mit Insulinresistenz und zentraler Fettverteilung verknüpft.
- Für die Praxis sind strukturierte Angaben zu Zyklus, Haut/Haar und Gewichtsentwicklung entscheidend.
- Therapie richtet sich nach Ziel der Patientin (Zyklus, Symptome, Stoffwechsel, Kinderwunsch).
- Kleine Gewichtsreduktionen können große klinische Effekte haben.
- PCOS betrifft grob 8 bis 12 % der Frauen – daher lohnt sich ein strukturierter Praxisablauf.

- Metformin kann bei Insulinresistenz/PCOS eine Option sein (ärztlich; häufig off-label) – Teamaufgabe ist v. a. Nebenwirkungs- und Verlaufskontrolle.

Selbstcheck

19. Welche drei Informationsbereiche (Anamnese) sind bei Verdacht auf PCOS besonders wichtig?
20. Warum ist der Endometriumschutz bei anovulatorischen Zyklen relevant?
21. Welche Formulierung hilft, PCOS ohne Angst und ohne Schuldzuweisung zu erklären?
22. Wie häufig ist PCOS ungefähr (Größenordnung), und warum ist diese Information für den Praxisalltag relevant?

Kapitel 7 – Kinderwunsch, IVF und Schwangerschaft: Risiken und Konsequenzen

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie verstehen, wie Adipositas Fertilität und reproduktionsmedizinische Erfolgchancen beeinflussen kann.
- Sie kennen typische Schwangerschaftsrisiken bei erhöhtem BMI.
- Sie wissen, welche Kontrollen/Screenings im Ablauf besonders wichtig sind.
- Sie können Patientinnen im Praxisalltag strukturiert begleiten (Termine, Prävention, Motivation).

Einfluss auf Fertilität und Kinderwunsch

Adipositas kann die Fertilität vermindern – z. B. über Zyklusstörungen, Anovulation (häufig bei PCOS) und metabolische Faktoren. Bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen werden bei höherem BMI in Studien häufig geringere Erfolgsraten und höhere Fehlgeburtsraten beschrieben.

Praktisch heißt das: Bereits vor einer Therapie ist eine Phase zur Gesundheitsoptimierung sinnvoll (Gewicht, Stoffwechsel, Blutdruck, Rauchstopp).

Reproduktionsmedizin/IVF (Beispiel aus dem Vortrag): Auch wenn moderne Techniken (z. B. IVF) eingesetzt werden, ist die Geburtenrate bei adipösen Frauen in der dargestellten Auswertung niedriger – als Größenordnung wurde eine etwa 12 % geringere Geburtenrate genannt.

Außerdem wurde gezeigt, dass das Risiko für Fehlgeburt („Miscarriage“) mit steigendem Körpergewicht zunimmt. Das unterstreicht die Bedeutung einer präkonzeptionellen Gesundheitsoptimierung (so weit realistisch umsetzbar).

Typische Risiken in der Schwangerschaft

Bei Adipositas steigen Risiken für Mutter und Kind. Dazu gehören u. a. Gestationsdiabetes, Schwangerschaftshypertonie/Präeklampsie, größere Kaiserschnittwahrscheinlichkeit, Komplikationen unter der Geburt sowie bestimmte neonatalen Risiken (z. B. Makrosomie).

Im Vortrag wurden zusätzlich konkrete Risiken und diagnostische Herausforderungen betont:

- Intrauteriner Fruchttod (IUFT): In der dargestellten Auswertung war das Risiko für Totgeburt/Kindstod im Uterus bei Übergewicht etwa vierfach höher als bei normalem Gewicht.
- Fehlbildungen: Es wurde auf ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen hingewiesen (z. B. Neuralrohrdefekte). Als Beispiel wurde ein etwa 30 % höheres Risiko für angeborene Herzfehler genannt.
- Schwangere mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für verschiedene Fehlbildungen beim Kind, darunter Neuralrohrdefekte, Herzfehler, Hydrozephalie, Fehlbildungen der Gliedmaßen und anorektale Malformationen. Das Risiko liegt je nach Fehlbildung etwa 1,3- bis 1,9-fach höher als bei normalgewichtigen Schwangeren.
- Ultraschall-Diagnostik: Bei normalgewichtigen Schwangeren können schwere Fehlbildungen in etwa zwei Dritteln der Fälle erkannt werden (ca. 66 %). Bei sehr ausgeprägter Adipositas (im Vortrag: BMI > 40) sinkt die Erkennungsrate in der dargestellten Auswertung auf ca. 25 %.

Für die Praxis heißt das: Je höher der BMI, desto wichtiger sind gute Terminplanung, ggf. frühzeitige Zuweisung zu spezialisierten Ultraschalluntersuchungen (je nach regionalem Ablauf) und eine klare, beruhigende Risiko-Kommunikation.

Wichtig:

Risiken bedeuten nicht „es geht schief“, sondern „wir kontrollieren enger und früher“.

Praxisablauf: Was ist besonders wichtig?

Im Praxisablauf ist v. a. Termin- und Screeningmanagement entscheidend. Die genauen Zeitpunkte richten sich nach ärztlichen Standards und Leitlinien.

- Frühzeitige Blutdruckkontrollen und Dokumentation (Heimmessung sinnvoll).
- Diabetes-Screening nach Plan (bei hohem Risiko ggf. früher).
- Auf Schlafapnoe achten (kann Schwangerschaftsverlauf beeinflussen).
- Anästhesie-/Geburtsplanung bei sehr hohem BMI rechtzeitig mitdenken (je nach Setting).

Nach der Geburt: Chance für langfristige Prävention

Postpartum ist ein guter Zeitpunkt, um langfristige Prävention zu starten: Gewichtsentwicklung, Blutdruck, Glukosestoffwechsel (v. a. nach Gestationsdiabetes) und Unterstützungsangebote (Bewegung, Ernährung, Schlaf) gehören dazu.

Praxis-Tool: Preconception-Check (für MFA als Reminder-Liste)

- 1) BMI/Blutdruck dokumentiert
- 2) HbA1c/Glukose nach Plan
- 3) Medikamente auf Schwangerschaftstauglichkeit prüfen lassen (ärztlich)
- 4) Folsäure-Präparate nach ärztlicher Empfehlung
- 5) Impfstatus/Allgemeinprävention anstoßen
- 6) realistischer Zeitplan und nächste Schritte vereinbaren

Take-Home Messages

- Adipositas kann Fertilität und IVF-Erfolg beeinflussen – Gesundheitsoptimierung vor Therapiebeginn lohnt sich.
- In der Schwangerschaft zählen frühere und engmaschigere Screenings (RR, Diabetes).
- Neben klassischen Risiken (GDM, Präeklampsie) wurden auch IUFT (im Vortrag: etwa 4x) und Fehlbildungen betont – inkl. erschwerter Ultraschall-Erkennbarkeit bei sehr hohem BMI.
- Bei Kinderwunsch/IVF wurde eine niedrigere Geburtenrate und ein höheres Fehlgeburtsrisiko mit steigendem BMI dargestellt.
- Gute Terminsteuerung durch das Team verbessert Sicherheit und reduziert Stress.
- Postpartum ist ein präventives „Zeitfenster“ für Stoffwechsel- und Gewichtsmanagement.

Selbstcheck

23. Nennen Sie drei Schwangerschaftsrisiken, die bei Adipositas häufiger sind.
24. Welche zwei Bereiche sollte der Preconception-Check mindestens abdecken?
25. Wie würden Sie erklären, warum engmaschigere Kontrollen sinnvoll sind, ohne Angst zu machen?
26. Welche Größenordnungen zur Ultraschall-Erkennungsrate schwerer Fehlbildungen wurden im Vortrag genannt (Normalgewicht vs. BMI > 40)?

Kapitel 8 – Lebensstiltherapie: Was wirkt und wie es alltagstauglich wird

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie kennen realistische Ziele und warum schon kleine Veränderungen klinisch relevant sind.
- Sie verstehen die Bausteine Ernährung, Bewegung, Schlaf und Verhalten als Paket.
- Sie können Patient:innen bei Zielsetzung, Selbstbeobachtung und Rückfallmanagement unterstützen.
- Sie kennen typische Stolpersteine und wie man sie praktisch löst.

Realistische Ziele und Erwartungen

Lebensstiltherapie ist die Basis jeder Behandlung. Entscheidend ist nicht die „perfekte Diät“, sondern die langfristige Umsetzbarkeit. Schon 5 bis 10 % Gewichtsreduktion kann Blutdruck, Blutzucker und Zyklusparameter verbessern.

Für viele Patient:innen sind zusätzlich Ziele sinnvoll, die nicht nur auf Gewicht zielen: bessere Kondition, weniger Schmerzen, stabilerer Schlaf oder bessere Laborwerte.

Ernährung: Prinzipien, die im Alltag funktionieren

Statt strikter Verbote empfiehlt sich ein Fokus auf einfache Grundregeln: mehr Eiweiß und Ballaststoffe, mehr unverarbeitete Lebensmittel, weniger süße Getränke und eine feste Mahlzeitenstruktur.

Besonders vorteilhaft zeigt sich ein mediterran geprägtes Ernährungsmuster mit viel Gemüse, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten, Fisch, hochwertigen Fetten und wenig stark verarbeiteten Lebensmitteln.

Studien und Metaanalysen verdeutlichen, dass verschiedene Diätformen bei ähnlicher Kalorienreduktion oft vergleichbare Ergebnisse erzielen. Entscheidend für den Erfolg sind jedoch die dauerhafte Umsetzung und die Kombination aus Ernährungsanpassung und regelmäßiger Bewegung.

- Protein-Orientierung: z. B. Joghurt/Quark, Hülsenfrüchte, Eier, Fisch, mageres Fleisch (je nach Präferenz).
- Getränke: Wasser/ungesüßter Tee, zuckerhaltige Getränke sind „versteckte Kalorien“.
- Portions-Strategien: Teller-Regel (1/2 Gemüse, 1/4 Protein, 1/4 Sättigungsbeilage).

Bewegung: warum Krafttraining so wichtig ist

Bewegung unterstützt Gewichtsreduktion und ist unabhängig davon gesundheitswirksam. Krafttraining schützt Muskelmasse (Grundumsatz) und verbessert Insulinsensitivität. Ausdauer verbessert Herz-Kreislauf-Fitness. Beides zählt.

- Start niedrigschwellig: 2 x pro Woche 15 Minuten ist besser als „ab Montag täglich 60 Minuten“.
- Alltagsbewegung (Treppen, Wege, Stehzeiten) kann ähnlich wichtig sein wie Sporteinheiten.

Verhalten, Schlaf, Stress – die unterschätzten Hebel

Viele Rückfälle passieren nicht wegen fehlendem Wissen, sondern wegen Alltag: Schichtarbeit, Stress, Essen „nebenbei“, emotionale Belastung. Hier helfen Routinen, Planung und kleine Umgebungsänderungen (z. B. Einkauf, Snack-Strategien).

Schlaf ist ein „Stoffwechsel-Medikament“: Wer dauerhaft zu wenig schläft, hat oft mehr Hunger und weniger Energie für Bewegung.

Rückfallmanagement

Rückfälle sind normal. Entscheidend ist die schnelle Rückkehr zur Routine. Hilfreich ist ein „Plan B“: Was mache ich, wenn Zeit/Stress hoch ist?

- Nicht „alles oder nichts“: eine schlechte Mahlzeit macht keine schlechte Woche.
- Erfolge sichtbar machen: z. B. Schrittzahl, Blutdruck, Taillenumfang, Wohlbefinden.

Praxis-Tool: SMART-Ziel (Beispiel)

Spezifisch: „Ich gehe nach dem Abendessen 10 Minuten spazieren.“

Messbar: „3-mal pro Woche“

Attraktiv: „mit Musik/Partner“

Realistisch: „10 Minuten, egal bei welchem Wetter – zur Not im Treppenhaus“

Terminiert: „für die nächsten 2 Wochen, dann Rückmeldung beim Termin“

Praxis-Tool: „Plan B“-Liste (für stressige Wochen)

Schnelle Mahlzeiten: Tiefkühlgemüse + Proteinquelle, Salat + Thunfisch, Skyr + Beeren, Vollkornbrot + Ei.

Bewegung: 5 Minuten Treppen + 5 Minuten Dehnen zählen.

Getränke: 1 Flasche Wasser sichtbar auf den Arbeitsplatz.

Take-Home Messages

- Lebensstiltherapie wirkt, wenn sie alltagstauglich und langfristig ist.
- Ernährung: einfache Prinzipien schlagen komplexe Regeln.
- Bewegung: Kraft + Ausdauer; Alltagsbewegung ist ein großer Hebel.
- Schlaf und Stressmanagement sind Teil der Therapie, nicht „nice to have“.
- Rückfallmanagement gehört von Anfang an dazu.

Selbstcheck

27. Nennen Sie zwei Ziele, die nicht nur auf Gewicht abzielen, aber medizinisch sinnvoll sind.
28. Welche einfache Teller-Regel können Sie erklären?
29. Welche 2 Ideen aus der „Plan B“-Liste wären für unsere Patient:innen besonders passend?

Kapitel 9 – Medikamentöse Therapie: Inkretin-basierte Optionen und Praxisalltag

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie verstehen das Grundprinzip inkretin-basierter Therapien (z. B. GLP-1) bei Adipositas.
- Sie kennen typische Nebenwirkungen, praktische Tipps und Warnzeichen für die Praxis.
- Sie wissen, welche Fragen Patient:innen häufig stellen (Injektion, Essen, Übelkeit).
- Sie können Verlaufskontrollen und Adhärenz im Team strukturiert unterstützen.

Wann kommen Medikamente überhaupt infrage?

Ob und welche medikamentöse Therapie geeignet ist, entscheidet die Ärztin/der Arzt. Typischerweise wird sie erwogen bei höherem BMI und/oder relevanten Komorbiditäten, wenn Lebensstilmaßnahmen allein nicht ausreichen oder die Risiken hoch sind.

Wichtig: Medikamente ersetzen Lebensstil nicht, sondern unterstützen ihn – insbesondere über Sättigung und Appetit.

Wie wirken inkretin-basierte Therapien (vereinfacht)?

Inkretine sind körpereigene Signale aus dem Darm, die nach dem Essen Sättigung fördern und den Stoffwechsel beeinflussen. GLP-1-basierte Therapien nutzen diese Achse: Sie steigern Sättigung, reduzieren Appetit und verlangsamen häufig die Magenentleerung. Dadurch essen viele Menschen automatisch kleinere Portionen.

Je nach eingesetztem Medikament und der begleitenden Unterstützung konnten in Studien signifikante Gewichtsabnahmen erzielt werden. Der Effekt ist besonders ausgeprägt, wenn die Behandlung über einen längeren Zeitraum erfolgt und fest in ein umfassendes Therapiekonzept integriert ist.

Zu den GLP-1-basierten Arzneimitteln zählen unter anderem Wegovy, Ozempic, Mounjaro und Saxenda. In der ärztlichen Praxis ist entscheidend, dass die Indikationsstellung durch die Ärztin oder den Arzt erfolgt und die Medikation stets Bestandteil eines ganzheitlichen Ansatzes bleibt.

Die vorgestellten Studiendaten zeigten – abhängig vom gewählten Präparat und der Form der Begleitung – eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von etwa 10–20 %. Die Anwendung variiert: Wegovy, Ozempic und Mounjaro werden überwiegend einmal wöchentlich verabreicht, während Saxenda täglich injiziert wird. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass Ozempic bei Adipositas außerhalb der zugelassenen Indikation („off-label“) eingesetzt wird und für Mounjaro zum Zeitpunkt des Vortrags keine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung bestand.

GLP-1-basierte Medikamente sollten nicht für rein kosmetische Zwecke, wie das Verlieren von 2–3 Kilo, eingesetzt werden sollten. Ihre Anwendung ist ausschließlich für medizinisch begründete Indikationen vorgesehen, beispielsweise bei einem erhöhten BMI und relevanten gesundheitlichen Risiken. Zudem sind die Kosten für eine Therapie mit diesen Präparaten sehr hoch und können je nach Auswahl schnell zwischen 100 und 200 Euro pro Zeitraum liegen. Ob und wie diese Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden, muss jeweils individuell geklärt werden.

Einige Präparate sind für Diabetes zugelassen und werden dennoch in der öffentlichen Diskussion als „Abnehm-Spritze“ wahrgenommen – das erhöht den Beratungsbedarf im Praxisalltag.

Nebenwirkungen – was ist häufig, was ist ein Warnzeichen?

Häufig sind Magen-Darm-Beschwerden, besonders zu Beginn oder bei Dosissteigerung: Übelkeit, Völlegefühl, Aufstoßen, Verstopfung oder Durchfall.

Viele Beschwerden lassen sich durch langsames Essen, kleinere Portionen, fettarme Mahlzeiten und ausreichende Flüssigkeit reduzieren.

- Warnzeichen (immer ärztlich abklären): anhaltendes starkes Erbrechen, starke Bauchschmerzen, Zeichen von Austrocknung, Kreislaufprobleme.

Praxisorganisation: Verlauf und Adhärenz

Wichtig sind regelmäßige Kontrollen (Gewicht, Taillenumfang, Blutdruck, Labor nach Plan) und eine strukturierte Erfassung von Nebenwirkungen.

Gerade am Anfang hilft ein kurzer telefonischer Check-in nach 1 bis 2 Wochen, um Nebenwirkungen früh zu managen und Abbrüche zu vermeiden.

Besondere Situationen (Hinweise für den Alltag)

Schwangerschaft/Stillzeit: Viele gewichtsreduzierende Medikamente sind dann nicht geeignet. Bei Kinderwunsch sollte die Patientin dies frühzeitig ansprechen (ärztliche Planung).

Begleitmedikation: Bei Diabetes-Therapie kann sich das Hypoglykämierisiko ändern – hier sind ärztliche Anpassungen wichtig.

Take-Home Messages

- Medikamente sind eine Ergänzung zur Lebensstiltherapie, keine „Abkürzung“ ohne Verhalten.
- Inkretin-basierte Therapien wirken v. a. über Sättigung und Appetitregulation.
- Im Praxisalltag wichtig: Indikation und Erwartungsmanagement (nicht für rein kosmetische Ziele) sowie Nebenwirkungs- und Kostenberatung müssen aktiv begleitet werden.
- Nebenwirkungen sind häufig zu Beginn, aber oft gut managbar – frühes Team-Management senkt Abbruchraten.
- Warnzeichen müssen klar kommuniziert werden.
- Kinderwunsch/Schwangerschaft erfordern frühzeitige ärztliche Planung.

Selbstcheck

30. Welche Nebenwirkungen sind zu Beginn häufig, und welche Tipps helfen im Alltag?
31. Nennen Sie zwei Warnzeichen, bei denen ärztlich abgeklärt werden sollte.
32. Welche 1-2 organisatorischen Maßnahmen (z. B. Check-in) könnten wir einführen, um Abbrüche zu vermeiden?
33. Warum wurde im Vortrag betont, dass GLP-1-basierte Therapien nicht „für 2–3 Kilo“ gedacht sind?

Kapitel 10 – Bariatrische/metabolische Chirurgie: Indikationen und Nachsorge

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie kennen die Idee metabolischer Chirurgie und typische OP-Verfahren (überblicksartig).
- Sie wissen, wann eine OP als Option diskutiert wird und warum Vorbereitung wichtig ist.
- Sie verstehen die Nachsorge-Schwerpunkte (Mangelzustände, Supplements, Verlaufskontrollen).
- Sie können typische Beschwerden nach OP einordnen und weiterleiten.

Warum Chirurgie? – Metabolischer Effekt

Bariatrische bzw. metabolische Operationen sind wirksame Therapien bei schwerer Adipositas. Sie wirken nicht nur über „weniger Essen“, sondern verändern auch hormonelle Signalwege und können Stoffwechselerkrankungen (z. B. Typ-2-Diabetes) deutlich verbessern.

Entwicklung (Beispiel aus dem Vortrag): In Deutschland hat die Zahl bariatrischer Eingriffe in den letzten Jahren deutlich zugenommen – als Größenordnung wurden ca. 5.000 Eingriffe (2010) versus ca. 26.300 Eingriffe (2023) genannt. Das spiegelt wider, dass Chirurgie heute als etablierte Therapieoption bei schwerer Adipositas betrachtet wird (bei klarer Indikation und guter Nachsorge).

Wirkung auf die Sterblichkeit: Im Vortrag wurde betont, dass bariatrische/metabolische Operationen – korrekt indiziert und begleitet – die Sterblichkeit durch Adipositas-Folgeerkrankungen in der Größenordnung um etwa 30 % senken können.

Die Reduktion der Sterblichkeit resultiert insbesondere aus weniger Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weniger Krebserkrankungen nach erfolgreicher Operation.

Ob eine Operation geeignet ist, wird interdisziplinär entschieden.

Typische Kriterien sind:

- BMI > 40 kg/m²: Indikation grundsätzlich gegeben (nach ärztlicher/interdisziplinärer Prüfung).
- BMI 35–40 kg/m²: Indikation bei relevanten Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie).
- In der Regel vorher mindestens 6 Monate konservative Therapie (Ernährung / Bewegung / Verhalten) dokumentiert.
- Voraussetzung: kooperationsbereite Patientin; keine unbehandelte schwere psychische Erkrankung oder Abhängigkeit.

Typische Verfahren (Überblick)

Häufige Verfahren sind Schlauchmagen (Sleeve) und Magenbypass-Varianten. Je nach Verfahren unterscheiden sich Essmuster, Dumping-Risiko und Mangelrisiken.

Viele denken bei „Adipositas-OP“ zuerst an das Magenband. Dieses spielt heute jedoch deutlich weniger eine Rolle, u. a. wegen häufiger Komplikationen. Typische Verfahren sind inzwischen vor allem Schlauchmagen („Magentubus“/Sleeve) und Magenbypass-Varianten.

Vorbereitung: Was vor einer OP geklärt wird

Vor einer Operation erfolgen in der Regel Ernährungsberatung, internistische Diagnostik und häufig auch psychologische Mitbeurteilung. Ziel ist, Risiken zu reduzieren und die Patientin auf das Leben nach der OP vorzubereiten.

Nachsorge: die drei großen Säulen

- 1) Ernährung und Essstruktur: kleine Portionen, ausreichend Protein, langsames Essen.
- 2) Mikronährstoffe/Supplemente: je nach Verfahren notwendig, oft lebenslang.
- 3) Kontrollen: regelmäßige Labor- und Verlaufstermine, um Mangelzustände früh zu erkennen.

Beispiele für Substitution nach OP – je nach Verfahren/ärztlichem Plan:

- Multivitaminpräparat inkl. Spurenelemente: 1× täglich
- Vitamin-B-Komplex: ca. 2× pro Woche
- Vitamin B12: z. B. 1.000 µg i.m. alle 3 Monate oder oral 1.000 µg 2–7× pro Woche
- Eisen: nach Magenbypass häufig i.v. (z. B. 500 mg alle 6–18 Monate;); nach Sleeve je nach Bedarf
- Zink: bei Bedarf (häufig 30 mg/Tag)
- Calcium: nach Magenbypass z. B. 3× 500 mg/Tag; nach Sleeve je nach Bedarf
- Vitamin D3: z. B. 1.000–2.500 IE/Tag

Häufige Themen nach OP (praxisrelevant)

Mögliche Beschwerden sind Übelkeit, Unverträglichkeiten, Dumping-Symptome (bei bestimmten Verfahren), Verstopfung sowie Symptome von Mangelzuständen (Müdigkeit, Haarausfall, Neuropathien). Bei starken Beschwerden oder Zeichen der Dehydratation ist eine zeitnahe ärztliche Abklärung wichtig.

Merke:
Nach OP ist die Nachsorge genauso wichtig wie der Eingriff selbst.

Kinderwunsch nach bariatrischer OP

Bei Kinderwunsch ist eine sorgfältige Planung nötig: Stabilisierung des Gewichts, kontrollierter Nährstoffstatus und enge Begleitung. Der genaue Zeitpunkt und das Vorgehen werden ärztlich festgelegt.

Praxis-Tool: Nachsorge-Labor – woran man denken sollte (Beispiele)

Je nach OP-Verfahren und ärztlichem Plan können u. a. relevant sein:

Blutbild, Ferritin/Eisen, Vitamin B12, Folat, Vitamin D, Calcium, Albumin/Proteinstatus, ggf. weitere Vitamine/Spurenelemente.

Wichtig: Supplements konsequent einnehmen und Kontrollen dokumentieren.

Take-Home Messages

- Bariatrische Chirurgie ist eine wirksame Therapie bei schwerer Adipositas mit metabolischen Effekten.
- Im Vortrag wurden eine deutliche Zunahme der Eingriffszahlen (2010 ca. 5.000 → 2023 ca. 26.300) und eine mögliche Sterblichkeitsreduktion um etwa 30 % hervorgehoben (bei korrekter Indikation und Nachsorge).
- Vorbereitung und Nachsorge sind essenziell – Mangelprävention ist Teamarbeit.
- Essstruktur, Supplements und Laborkontrollen sind die Kernpunkte der Nachsorge.
- Bei starken Beschwerden, Dehydratation oder neurologischen Symptomen ist zeitnahe Abklärung nötig.
- Kinderwunsch nach OP erfordert Planung und enges Monitoring.

Selbstcheck

34. Nennen Sie zwei typische OP-Verfahren (Überblick) und warum Nachsorge so wichtig ist.
35. Welche 3 Säulen gehören zur Nachsorge?
36. Welche Entwicklung der bariatrischen Eingriffszahlen wurde im Vortrag genannt (2010 vs. 2023), und welche Aussage zur Sterblichkeit wurde gemacht?
37. Welche Symptome könnten auf einen Mangelzustand hinweisen?

Kapitel 11 – Gesprächsführung ohne Stigma: Kommunikation, die wirkt

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie können Stigma erkennen und vermeiden – auch unbeabsichtigte Formulierungen.
- Sie kennen Gesprächsbausteine für das Ansprechen von Gewicht als medizinischem Faktor.
- Sie können Motivation fördern (kurz, alltagstauglich) statt zu „belehren“.
- Sie wissen, wie man mit Frust, Rückfällen und Scham professionell umgeht.

Warum Sprache so viel verändert

Stigmatisierung führt häufig dazu, dass Patient:innen Termine vermeiden, weniger offen sprechen und weniger Vertrauen in Behandlung haben. Das ist medizinisch relevant, weil es Vorsorge und Therapietreue verschlechtert.

Das Ziel ist eine klare medizinische Kommunikation zwischen Ärzt:in und Patientin ohne Bewertung.

Grundprinzipien einer wertschätzenden Kommunikation mit Patientinnen

- 1) Erlaubnis fragen: „Darf ich das Gewicht als Risikofaktor ansprechen?“
- 2) Person zuerst: „Patientin mit Adipositas“ statt Zuschreibung.
- 3) Ziele der Patientin erfragen: „Was möchten Sie als Erstes verbessern?“
- 4) Kleine Schritte: „Was wäre ein realistischer nächster Schritt bis zum nächsten Termin?“

Mini-Motivational-Interviewing (für die Praxis, 2 Minuten)

Ein pragmatisches Modell ist OARS:

- O - Offene Fragen: „Was hat bisher schon einmal geholfen?“
- A - Anerkennung: „Sie haben schon viel ausprobiert – das ist anstrengend.“
- R - Reflektieren: „Sie wünschen sich mehr Energie, aber der Alltag ist voll.“
- S - Zusammenfassen: „Ihr Ziel ist X, und als erster Schritt wäre Y realistisch.“

Umgang mit Rückfällen

Rückfälle sind normal. Hilfreich ist Entdramatisieren und Fokus auf den nächsten Schritt: „Was hat die letzten Tage erschwert? Was wäre eine kleine Änderung, die wieder machbar ist?“

Vermeiden Sie Schuldzuweisung oder „Alles-oder-nichts“-Denken.

Praxis-Tool: Satzbausteine (sofort einsetzbar)

„Darf ich ein sensibles Thema ansprechen, das medizinisch wichtig ist?“

„Was wäre für Sie ein Erfolg in den nächsten 4 Wochen?“

„Auf einer Skala von 0 bis 10: Wie zuversichtlich sind Sie, diesen Schritt umzusetzen?“

„Was müsste passieren, damit die Zahl um 1 Punkt steigt?“

„Wir sind ein Team – wir schauen gemeinsam, was realistisch ist.“

Take-Home Messages

- Stigma schadet medizinisch – wertschätzende Sprache verbessert Versorgung.
- Erlaubnis fragen und Ziele der Patientin in den Mittelpunkt stellen.
- Mit OARS lassen sich in 2 Minuten motivierende Gespräche führen.
- Rückfälle normalisieren und „Plan B“ entwickeln.

Selbstcheck

38. Welche Formulierung nutzen Sie, um Erlaubnis zum Thema Gewicht zu erfragen?
39. Nennen Sie zwei OARS-Elemente und ein Beispiel dafür.
40. Wie reagieren Sie wertschätzend, wenn eine Patientin sagt: „Ich habe es wieder nicht geschafft“?

Kapitel 12 – Umsetzung im Praxisablauf: Checklisten und Team-Rollen

Was Sie in diesem Kapitel lernen

- Sie können einen einfachen Praxis-Workflow für Adipositas und Komorbiditäten skizzieren.
- Sie kennen typische Team-Rollen (Anmeldung, MFA, Ärzt:in) und wie Übergaben funktionieren.
- Sie wissen, wie man Verlauf und Qualität messbar macht (ohne „Kontrollgefühl“).
- Sie können kleine Verbesserungen als SOP/Checkliste im Team verankern.

Warum Struktur entlastet

Adipositas ist häufig und komplex. Ohne Struktur entsteht leicht Frust: zu wenig Zeit, unzählige Baustellen, „es ändert sich ja doch nichts“. Ein klarer Ablauf entlastet, weil er wiederholbar ist und Aufgaben verteilt.

Praxis-Workflow (Beispiel) – von der Anmeldung bis zur Kontrolle

Ein möglicher, schlanker Ablauf:

- 1) Diskretes Wiegen, BMI dokumentieren (ggf. Taillenumfang nach Standard).
- 2) Kurzscreening Komorbiditäten (RR, Diabetes-Risiko, Schlafapnoe-Hinweise).
- 3) Ärztliche Bewertung und Therapieplan (Lebensstil + ggf. weitere Optionen).
- 4) MFA: Ziele notieren, Checklisten/Infos mitgeben, Kontrolltermin planen.
- 5) Zwischenkontakt bei Bedarf (z. B. nach Start einer medikamentösen Therapie).
- 6) Verlauf: Fortschritt sichtbar machen (Gewicht, Taillenumfang, RR, Labor, Symptome).

Team-Rollen – wer macht was?

Damit es alltagstauglich bleibt, hilft eine Rollenklärung:

- Anmeldung: Diskretion, passende Terminlängen, Blutungs-/Beschwerde-Checklisten.
- MFA: Messungen, Kurzscreening, Patient:innen-Info, Adhärenz/Follow-up, Nebenwirkungscheck.
- Ärzt:in: Diagnostik/Indikation, Therapieentscheidung, Medikation/Überweisung, Risikoauflklärung.
- Praxisleitung: Ausstattung, SOPs, Fortbildung, Kooperationen (Ernährung/Physio/Schlaf Labor).

Qualität & Wirkung sichtbar machen

Einfach messbar (ohne Druck): dokumentierte Screenings, Termin-Compliance, Verlauf von RR/HbA1c, Patient:innen-Feedback. Für Team-Fortbildungen können kurze Vorher-Nachher-Selbstchecks genutzt werden.

Praxis-Tool: SOP-Entwurf in 6 Punkten (zum Aushang im Teamraum)

- 1) Wertschätzender Einstieg + Erlaubnisfrage.
- 2) Standardmessung (Gewicht, Größe, BMI; optional Taillenumfang).

- 3) Kurzscreening Komorbiditäten (RR, Zucker-Risiko, Schlaf).
- 4) Zielvereinbarung (SMART) + Plan B.
- 5) Kontrolltermin + Zwischenkontakt bei Bedarf.
- 6) Verlauf dokumentieren und Erfolge sichtbar machen (auch Nicht-Gewichts-Ziele).

Take-Home Messages

- Struktur macht komplexe Themen alltagstauglich.
- Klare Rollen und kurze Checklisten verbessern Qualität und reduzieren Stress.
- Erfolge sollten breiter gemessen werden als nur über Kilogramm (RR, HbA1c, Schlaf, Beschwerden).
- SOPs und Teamtraining sichern Nachhaltigkeit.

Selbstcheck

41. Welche 3 Schritte unseres Workflows könnten wir sofort standardisieren?
42. Wer übernimmt bei uns welche Rolle – und wo hakt die Übergabe?
43. Welche 2 Kennzahlen würden wir nutzen, um Wirkung zu sehen (ohne Druck zu erzeugen)?

Gesamt-Take-Home und nächste Schritte

Wenn Sie aus dieser Einheit nur wenige Punkte mitnehmen, dann diese: Adipositas ist chronisch und komplex; Struktur und Wertschätzung sind die Grundlage der Zusammenarbeit mit Patientinnen; kleine Fortschritte zählen; und das Team hat einen großen Hebel über Organisation, Kommunikation und Verlaufskontrollen.

- Im Team festlegen: Welche Checkliste/SOP führen wir in den nächsten 2 Wochen ein?
- Welche 2 Gesprächsbausteine üben wir (z. B. Erlaubnisfrage, SMART-Ziel)?
- Welche Kooperationen sind sinnvoll (Ernährungsberatung, Bewegung, Schlafmedizin)?

Schlusswort

Wir von Exeltis schätzen uns sehr glücklich, diese Fortbildung gemeinsam mit Prof. Keck anbieten zu können.

Gleichzeitig möchten wir die zentrale Rolle der MFA und des gesamten Praxisteams ausdrücklich würdigen: Sie sind häufig die erste Anlaufstelle, geben Orientierung, schaffen Vertrauen und tragen mit Ihrer fachlichen Kompetenz und Ihrem Engagement maßgeblich dazu bei, dass Patientinnen sich gut begleitet fühlen und Behandlungspfade im Praxisalltag gelingen.

Gerade in der Betreuung von Patientinnen mit Adipositas kommt es auf ein starkes, eingespieltes Team an – auf Struktur, Empathie und konsequente Umsetzung im Alltag.

Für die Anwendung und Umsetzung der Lerninhalte in Ihrer Praxis wünschen wir Ihnen viel Erfolg und bedanken uns herzlich für Ihren täglichen Einsatz.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Rauch

Head of External Relations, Exeltis

Rechtlicher Hinweis / Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument sowie alle darin enthaltenen Inhalte (einschließlich Texte, Abbildungen, Grafiken, Tabellen und sonstiger Materialien) sind urheberrechtlich geschützt. Copyright: © Prof. Dr. Keck und © Exeltis Germany GmbH. Alle Rechte vorbehalten. Eine Nutzung ist ausschließlich zum persönlichen Gebrauch im Rahmen der Fortbildung gestattet. Jede weitergehende Verwendung – insbesondere Vervielfältigung, Kopie, Weitergabe an Dritte, Veröffentlichung (auch digital), Verbreitung, Bearbeitung oder Auswertung – ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Rechteinhaber ausdrücklich untersagt.

Glossar (Begriffe kurz erklärt)

Adipositas: Chronische Erkrankung mit übermäßiger Fettmasse; meist ab BMI 30 definiert.

BMI (Body-Mass-Index): Kennzahl aus Gewicht und Körpergröße (kg/m^2) zur groben Einordnung von Übergewicht/Adipositas.

Taillenumfang: Maß für Bauchfett; zentrale Fettverteilung ist besonders mit Stoffwechselrisiken verbunden.

Viszerales Fett: Fett im Bauchraum um Organe; erhöht u. a. das Risiko für Insulinresistenz und Typ-2-Diabetes.

Insulinresistenz: Verminderte Wirkung von Insulin an den Zellen; der Körper produziert mehr Insulin, Stoffwechselrisiken steigen.

Inkretine: Darmhormone, die nach Mahlzeiten den Stoffwechsel und die Sättigung beeinflussen (z. B. GLP-1).

GLP-1: Glucagon-like Peptide-1; fördert Sättigung, beeinflusst Blutzuckerregulation und Magenentleerung.

Adipokine: Botenstoffe aus dem Fettgewebe (z. B. Leptin, Adiponectin), die Entzündung, Appetitregulation und Stoffwechsel beeinflussen.

Adiponectin: Adipokin aus Fettgewebe; wirkt u. a. günstig auf Insulinsensitivität. Bei Adipositas sind Spiegel häufig erniedrigt.

Leptin: Adipokin aus Fettgewebe; signalisiert dem Gehirn Energie-„Fülle“ und beeinflusst Hunger/Sättigung. Bei Adipositas häufig erhöht, oft mit Leptinresistenz.

IGF-1 (Insulin-like Growth Factor 1): insulinähnlicher Wachstumsfaktor; kann Zellwachstum beeinflussen. Bei Insulinresistenz/Adipositas häufig erhöht.

IUFT (intrauteriner Fruchttod): Kindstod im Mutterleib; Risikofaktor u. a. starkes Übergewicht/Adipositas.

PCOS: Polyzystisches Ovarialsyndrom: häufiges hormonelles Syndrom mit Zyklusunregelmäßigkeiten und/oder Hyperandrogenismus.

Hyperandrogenismus: Erhöhte Androgenwirkung, z. B. Akne, Hirsutismus, Haarausfall.

Anovulation: Ausbleiben des Eisprungs; kann zu unregelmäßigen Blutungen und Endometriumrisiken beitragen.

Endometrium: Gebärmutter Schleimhaut.

AUB: Abnorme uterine Blutung; Sammelbegriff für Blutungsstörungen.

Gestationsdiabetes: Diabetes, der in der Schwangerschaft erstmals auftritt; erfordert Screening und Nachsorge.

Präeklampsie: Schwangerschaftserkrankung mit Bluthochdruck und Organbeteiligung; Risiko bei Adipositas erhöht.

NAFLD/NASH: Nicht-alkoholische Fettleber (NAFLD) und entzündliche Verlaufsform (NASH).

Schlafapnoe: Atemaussetzer im Schlaf; häufig bei Adipositas, führt oft zu Tagesmüdigkeit und erhöhtem RR-Risiko.

Bariatrische/metabolische Chirurgie: Operationen zur Behandlung schwerer Adipositas (z. B. Sleeve, Bypass) mit Stoffwechselwirkung.

Dumping: Beschwerdebild nach bestimmten Magen-OPs durch schnelle Magenentleerung; kann u. a. Kreislaufsymptome verursachen.

HbA1c: Langzeit-Blutzuckerwert (ca. 8 bis 12 Wochen Rückblick).

SMART-Ziel: Ziel, das spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert ist.

OARS: Gesprächstechnik (Offene Fragen, Anerkennung, Reflektieren, Zusammenfassen) zur motivationsfördernden Kommunikation.

Antworten zum Selbstcheck – Lerneinheit Adipositas

Die Antworten sind in derselben Reihenfolge nummeriert wie die Selbstcheck-Fragen im Dokument.

Kapital 1

1. Beispiel: „Darf ich Ihr Gewicht/Ihren BMI als medizinischen Risikofaktor ansprechen? Mir ist wichtig, das respektvoll zu tun – wir schauen gemeinsam, was für Sie machbar ist.“
2. (1) Der Energieverbrauch sinkt nach Abnahme oft (sparsamere Stoffwechsellaage).
(2) Hunger- und Sättigungssignale verändern sich: Hunger nimmt zu, Sättigung nimmt ab.
3. Beispiele: XL-Blutdruckmanschetten und eine belastbare Waage (mit hoher Traglast) sowie eine diskrete Wiegesituation / stabile Stühle bzw. Liege.
4. Im Vortrag: Insgesamt sind mehr als die Hälfte der Frauen übergewichtig oder adipös; Adipositas ist mit verkürzter Lebenserwartung assoziiert (bei sehr hohem BMI, z. B. > 40, in der Größenordnung bis etwa 20 Jahre).

Kapitel 2

5. Taillenumfang waagrecht, mittig zwischen unterem Rippenbogen und Beckenkamm, am Ende einer normalen Ausatmung; Maßband anliegend, aber nicht einschnürend, Patientin entspannt stehen lassen.
6. Zum Beispiel: Blutdruck, Blutzuckerstoffwechsel (Nüchtern-Glukose/HbA1c) und Lipidprofil (LDL/HDL/Triglyzeride) – häufig ergänzt um Leberwerte.
7. Beispiele: Waage mit ausreichender Traglast, XL-Blutdruckmanschetten, stabile Stühle/Liege und eine diskrete Mess-Situation (nicht im Durchgangsbereich).

Kapitel 3

8. Der Körper „wehrt“ sich gegen Gewichtsverlust: Man hat oft mehr Hunger, ist schneller wieder hungrig und verbraucht gleichzeitig weniger Energie – dadurch nimmt man leichter wieder zu.
9. Beispiele: Schlafmangel und Stress (Cortisol) – auch Medikamente oder psychische Belastungen können eine Rolle spielen.
10. Leptin/Adiponectin: Leptin signalisiert eigentlich „Satt“, ist bei Adipositas oft hoch, wirkt aber schlechter (Leptinresistenz); Adiponectin wirkt eher schützend und ist bei Adipositas häufig niedriger. Insulin/IGF-1: Bei Insulinresistenz sind Spiegel/Wirkung oft erhöht; das fördert Stoffwechselrisiken und kann Zellwachstum begünstigen (Erklärungsmodell für erhöhtes Krebsrisiko).
11. „Gibt es Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, beim Essen die Kontrolle zu verlieren – also in kurzer Zeit deutlich mehr zu essen, als Sie eigentlich möchten?“ (wertfrei, ohne Vorwurf).

Kapitel 4

12. Beispiel-Antwort: (1) Hypertonie – Blutdruck standardisiert messen.
 (2) Prädiabetes/Diabetes – HbA1c/Nüchtern-Glukose nach Plan.
 (3) Fettleber – Leberwerte (ggf. Ultraschall nach ärztlicher Entscheidung).
13. An Schlafapnoe denken (Schnarchen, Tagesmüdigkeit, nicht erholsamer Schlaf) – gezielt ansprechen und ärztliche Abklärung anstoßen.
14. Beispiele: Brustschmerz oder ausgeprägte Luftnot; neu aufgetretene neurologische Ausfälle (z. B. Lähmung/Sprachstörung). (Alternativ: anhaltendes starkes Erbrechen/starke Bauchschmerzen).

Kapitel 5

15. Postmenopausenblutung ist immer abklärungsbedürftig.
16. Beispiele: (1) Insulinresistenz mit erhöhtem Insulin/IGF-1 (Wachstumsreize).
 (2) Hormonelle Veränderungen durch Fettgewebe
 (Aromatase: mehr Östrogenwirkung) oder chronische Entzündung/Adipokine.
17. Beispiele: Seit wann besteht die Blutung? Wie stark ist sie (z. B. Binden/Tampons pro Tag)? Ist die Patientin postmenopausal bzw. könnte eine Schwangerschaft möglich sein?
18. Insulin/IGF-1 können Zellteilung und Wachstumssignale verstärken. Fettgewebe ist hormonell aktiv (u. a. Aromatase: Umwandlung zu Östrogenen) und kann hormonabhängige Gewebe wie das Endometrium länger stimulieren; zusammen mit Entzündung/Adipokinen erklärt das das erhöhte Risiko (Vortragsmodell).

Kapitel 6

19. (1) Zyklus: Regelmäßigkeit, Ausbleiben, Blutungsstärke.
 (2) Hyperandrogenismus: Akne, Hirsutismus, Haarausfall.
 (3) Metabolik/Verlauf: Gewichtsentwicklung, Taillenumfang, Hinweise auf Insulinresistenz/Kinderwunsch.
20. Bei anovulatorischen Zyklen fehlt die regelmäßige „Abstoßung“ der Schleimhaut; unopponierte Östrogenwirkung kann zu Endometriumhyperplasie und erhöhtem Karzinomrisiko führen – daher Zyklusregulation/Endometriumschutz (ärztlich) wichtig.
21. Beispiel: „PCOS bedeutet, dass Ihre Eierstöcke und Hormone nicht immer im Gleichgewicht sind. Das kann den Zyklus, Haut/Haar und den Stoffwechsel beeinflussen. Wir schauen gemeinsam, was Ihr wichtigstes Ziel ist und welche Schritte realistisch sind.“

22. Größenordnung: etwa 8–12% der Frauen. Relevanz: häufige Diagnose – daher lohnt ein strukturierter Ablauf (Anamnese, Stoffwechsel-Screening, Verlauf) und klare Team-Kommunikation.

Kapitel 7

23. Beispiele: Gestationsdiabetes, Schwangerschaftshypertonie/Präeklampsie, erhöhte Sectio-Rate; zusätzlich wurden im Vortrag IUFT-Risiko und Fehlbildungsrisiken betont.

24. Mindestens: (1) Stoffwechsel-/Risiko-Check (BMI, Blutdruck, HbA1c/Glukose).
(2) Medikamentencheck + Supplemente/Prävention
(z. B. Folsäure nach ärztlicher Empfehlung, Impfstatus).

25. „Bei höherem BMI sind bestimmte Risiken etwas häufiger. Engmaschigere Kontrollen helfen, Probleme früh zu erkennen und rechtzeitig gegenzusteuern – das erhöht die Sicherheit für Mutter und Kind.“

26. Im Vortrag: Erkennungsrate schwerer Fehlbildungen im Ultraschall ca. 66% bei Normalgewicht vs. ca. 25% bei BMI > 40 (Größenordnung).

Kapitel 8

27. Beispiele: Blutdruck senken, HbA1c/Blutzucker verbessern, Kondition steigern, Schlafqualität verbessern oder Gelenkschmerzen reduzieren (2 nennen).

28. Teller-Regel: 1/2 Gemüse/Salat, 1/4 Protein (z. B. Fisch, Hülsenfrüchte, Joghurt/Quark), 1/4 Sättigungsbeilage (z. B. Vollkorn/ Kartoffeln) – dazu Wasser/ungesüßter Tee.

29. Beispiele: „Schnelle Mahlzeit“ (Tiefkühlgemüse + Proteinquelle / Salat + Thunfisch) und „Mini-Bewegung zählt“ (5 Minuten Treppen + 5 Minuten Dehnen) oder „Wasser sichtbar am Arbeitsplatz“ (2 nennen).

30. Häufig: Übelkeit, Völlegefühl, Aufstoßen, Verstopfung oder Durchfall – v. a. zu Beginn. Tipps: kleine Portionen, langsam essen, fettarme Mahlzeiten, ausreichend trinken, Dosissteigerung schrittweise nach Plan.

Kapitel 9

31. Warnzeichen: anhaltendes starkes Erbrechen, starke Bauchschmerzen, Kreislaufprobleme/Dehydratation (z. B. Schwindel, sehr wenig Urin) – ärztlich abklären.

32. Beispiele: kurzer Telefon-Check-in nach 1–2 Wochen; standardisierte Nebenwirkungs-Checkliste + fester Kontrolltermin (Gewicht/Taille, RR, Labor nach Plan).

33. Weil diese Therapien für medizinisch relevantes Übergewicht/Adipositas mit Gesundheitsrisiko gedacht sind: sie sind wirksam, aber auch kostenintensiv und nebenwirkungsrelevant – daher nicht für rein kosmetische Ziele.

Kapitel 10

34. Typische Verfahren: Schlauchmagen (Sleeve) und Magenbypass. Nachsorge ist wichtig wegen veränderter Nährstoffaufnahme, Mangelrisiken und damit der langfristige Erfolg (Esstruktur, Supplemente, Kontrollen).

35. (1) Ernährung/Esstruktur (kleine Portionen, ausreichend Protein).
 (2) Mikronährstoffe/Supplemente.
 (3) Regelmäßige Kontrollen inkl. Labor und Verlaufstermine.

36. Vortrag: Eingriffe stiegen von ca. 5.000 (2010) auf ca. 26.300 (2023). Zudem wurde eine Sterblichkeitsreduktion in der Größenordnung von etwa 30% (bei korrekter Indikation und Nachsorge) genannt.

37. Mögliche Hinweise: Müdigkeit/Leistungsknick, Haarausfall, Blässe/Anämiezeichen, Kribbeln/Taubheit (Neuropathie), Muskelkrämpfe – je nach Mangelart.

Kapitel 11

38. Beispiel: „Darf ich ein sensibles Thema ansprechen, das medizinisch wichtig ist – Ihr Gewicht als Risikofaktor?“

39. Beispiele: O (Offene Frage) „Was hat Ihnen früher schon einmal geholfen?“ und A (Anerkennung) „Sie haben schon viel versucht – das ist wirklich anstrengend.“ (Alternativ: R=Reflektieren, S=Zusammenfassen).

40. Wertschätzend reagieren: „Danke, dass Sie das ansprechen. Rückschritte sind normal. Was hat es diese Woche schwer gemacht – und welcher kleine Schritt wäre bis zum nächsten Termin realistisch?“

Kapitel 12

41. Beispiele: (1) Standardmessung BMI (ggf. Taille) + diskrete Wiegesituation.
 (2) Kurzscreening Komorbiditäten (RR, Diabetes-Risiko, Schlaf).
 (3) SMART-Ziel + Kontrolltermin/Follow-up festlegen.

42. Beispiel-Rollen: Anmeldung (Diskretion/Terminlänge/Checklisten), MFA (Messungen, Screening, Info & Follow-up), Ärzt:in (Diagnostik/Indikation/Therapieplan). Übergabe hakt oft bei fehlender Dokumentation oder unklaren Zuständigkeiten – daher kurze SOP/Checkliste definieren.

43. Beispiele: (1) Anteil dokumentierter Screenings (RR, HbA1c/Glukose, Lipide).
 (2) Verlauf einer Gesundheitskennzahl (z. B. RR oder HbA1c) bzw. Termin-Adhärenz/Teilnahmerate an Kontrollen (2 wählen).

Rechtlicher Hinweis zur Copy oder weiterverwendung