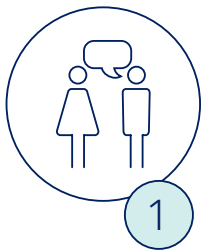




5 Schritte bei Adipositas

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



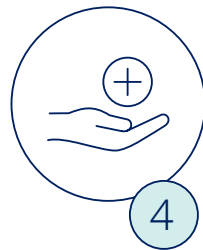
1
Initiieren



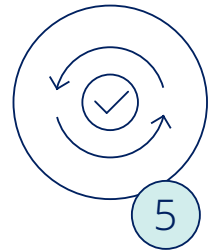
2
Diagnostizieren



3
Besprechen



4
Behandeln



5
Nachsorge

Weitere Informationen zu Adipositas finden Sie unter [NovoNordisk.de](https://www.novonordisk.de)
oder [Mein-Weg-zum-Wunschgewicht.de](https://www.meinwegzumwunschgewicht.de)

[Rethink-Obesity.de](https://www.rethink-obesity.de)

Rethink Obesity®



5 Schritte bei Adipositas

Es kann schwierig sein, mit Ihren Patient*innen über Adipositas zu sprechen, da das Gewicht ein sensibles Thema ist.

Diese 5 Schritte können Ihnen helfen, das Gespräch zu beginnen und fortzuführen, um die richtigen Behandlungsoptionen für Ihre Patient*innen zu finden.



1. Initiieren

1.A Um Zustimmung bitten



2. Diagnostizieren

2.A BMI (Body-Mass-Index) bestimmen

2.B Messung des Taillenumfangs



3. Besprechen

3.A Gespräch beginnen

3.B Gewichtshistorie erheben

3.C Realistische und erreichbare Ziele setzen



4. Behandeln

Besprechen Sie einen vielschichtigen Ansatz:

4.A Lebensstiltherapie

4.B Pharmakotherapie

4.C Bariatrische Chirurgie



5. Nachsorge

5.A Fortschritt festhalten

5.B Behandlung anpassen

5.C Neuen Termin vereinbaren



1 Initiieren

1.A Um Zustimmung bitten

Bei der Eröffnung des Gesprächs ist es wichtig, um Zustimmung zu bitten, da ein Gespräch über Gewicht ein sensibles Thema sein kann.^{1,2}

Wäre es in Ordnung, wenn wir heute über Ihr Gewicht sprechen?

Sobald Sie die Zustimmung haben, über das Gewicht zu sprechen, sollten Sie stets versuchen, eine positive, motivierende und patientenorientierte Sprache zu verwenden.³

Im Folgenden finden Sie zwei Beispiele dafür, wie Sie mit Ihren Patient*innen über Adipositas sprechen können. Gezeigt wird ein gutes Beispiel und eines, das eine Sprache verwendet, die Sie vermeiden sollten.³



Hätten Sie etwas dagegen, wenn wir heute über Ihr Gewicht sprechen und einen Plan zum Gewichtsmanagement erstellen?



Ich habe festgestellt, dass Sie adipös sind. Haben Sie versucht, weniger zu essen und sich mehr zu bewegen?

Mit dem Gespräch beginnen:

Wie wirkt sich Ihr Gewicht auf Ihr Leben und Ihre Freizeitaktivitäten aus?

Wie wichtig ist es für Sie, an Ihrem Gewicht zu arbeiten?

Wenn ein*e Patient*in nicht zustimmt und kein Gespräch über das Gewicht führen möchte, drängen Sie nicht weiter und verdeutlichen Sie, dass Sie auch in Zukunft für ein Gespräch zur Verfügung stehen.¹



2 Diagnostizieren

2.A BMI (Body-Mass-Index) bestimmen

2.B Messung des Taillenumfangs

BMI und Taillenumfang sind wichtige Messgrößen für die Bewertung der mit Adipositas verbundenen Gesundheitsrisiken.⁴

Es gibt einige Dinge, die Sie als Arzt/Ärztin tun können, um diese Erfahrung für Ihre Patient*innen so angenehm wie möglich zu gestalten.

Bevor Sie den BMI bestimmen, müssen Sie Ihre Patient*innen wiegen.

Wenn Sie Ihre Patient*innen wiegen:



Stellen Sie sicher, dass sich die Waage in einem Bereich befindet, der Privatsphäre bietet.



Stellen Sie sicher, dass die Waage > 200 kg misst.



Vermeiden Sie, das Gewicht in einem nicht-privaten Bereich zu thematisieren.





2.A BMI (Body-Mass-Index) bestimmen

Die Diagnose von Adipositas beginnt mit der Bestimmung des BMI Ihrer Patient*innen – eine einfache Messung des Gewichts (kg) Ihrer Patient*innen geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern.⁵

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

Auf der letzten Seite dieses Dokuments finden Sie eine BMI-Tabelle, mit der Sie den BMI Ihrer Patient*innen anhand des Gewichts und der Körpergröße berechnen können.

BMI-Klassifikationen

Die Weltgesundheitsorganisation hat ein BMI-zentriertes Klassifizierungssystem entwickelt, das Empfehlungen klinischer Strategien auf Bevölkerungsebene ermöglichen soll.⁵

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

2.B Messung des Taillenumfangs

Der Taillenumfang ist ein wichtiges Maß für die Bewertung von Gesundheitsrisiken. Im Folgenden finden Sie einen Leitfaden, wie Sie diese Messung für Ihre Patient*innen angenehmer gestalten können:⁴



1. Bitten Sie die Person, sich Ihnen gegenüberzustellen.
2. Geben Sie ihr ein Ende des Maßbandes und bitten Sie sie, es am Bauchnabel zu halten.
3. Bitten Sie die Person, sich einmal umzudrehen, sodass sich das Maßband um die Taille wickelt.
4. Fassen Sie beide Enden des Bandes und stellen Sie es so ein, dass das Band auf Höhe der oberen Hüftknochen liegt, und notieren Sie den Taillenumfang.

Grenzwerte für den Taillenumfang zur Ermittlung eines deutlich erhöhten relativen Risikos für die Entwicklung adipositasbedingter Komplikationen⁶

| | |
|--------|----------|
| Männer | > 102 cm |
| Frauen | > 88 cm |



3 Besprechen

3.A Gespräch beginnen

3.B Gewichtshistorie erheben

3.C Realistische und erreichbare Ziele setzen

3.A Gespräch beginnen

Im Folgenden finden Sie einige Beispiele dafür, wie Ihre Gespräche über das Gewicht beginnen könnten.

Lassen Sie uns kurz Ihre bisherigen Testergebnisse Revue passieren. Ich denke, es könnte von Vorteil sein, darüber zu sprechen, wie eine Verbesserung Ihrer Gesundheit und eine Gewichtsreduktion dabei helfen können, einige dieser Ergebnisse in Zukunft zu verbessern.

Übergewicht kann eine Ursache für einige Ihrer gesundheitlichen Probleme sein. Können wir besprechen, wie eine Gewichtsreduktion Ihre Gesundheit verbessern kann?

Erklären Sie, dass Ihre Patient*innen keine Schuld an der Erkrankung Adipositas haben. Wenn Sie mit Ihren Patient*innen über Adipositas sprechen, ist es wichtig, dass Sie ihnen klarmachen, dass das Körpergewicht von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird, dazu gehören beispielsweise Genetik, Umweltfaktoren und Hormone. Deshalb kann es für Menschen, die mit Adipositas leben, schwierig sein, ihr Gewicht zu verlieren und zu halten.^{7,8}

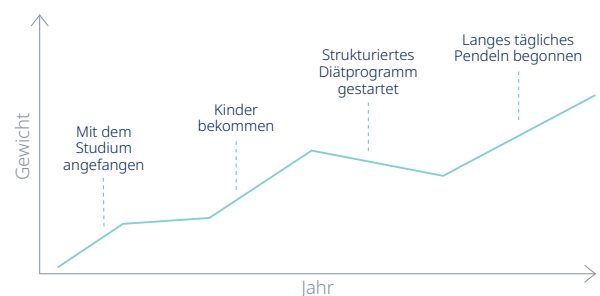
3.B Gewichtshistorie erheben

Erwägen Sie bei Ihrem Gespräch über das Gewichtsmanagement, die Gewichtshistorie Ihrer Patient*innen zu erheben. Dies ermöglicht es Ihnen, mögliche Auslöser für die Gewichtszunahme und die bisherigen Abnehmversuche zu verstehen und etwaige Probleme zu erörtern, auf die Sie gestoßen sind. Auf [Rethink-Obesity.de](https://www.rethink-obesity.de) finden Sie dazu weitere hilfreiche Informationen und Services.

Nachfolgend finden Sie einige Beispiele für Fragen, die Sie bei Ihrem Gewichtsanamnesegespräch mit Ihren Patient*innen unterstützen können.

*Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gewicht in der Vergangenheit ein Problem war?
Wie lange schon?*

Erzählen Sie mir von Ihren Bemühungen, die Sie in der Vergangenheit unternommen haben, um abzunehmen.





3.C Realistische und erreichbare Ziele setzen

Sobald Sie ein gutes Verständnis für die bisherige Gewichtsentwicklung der Patient*innen haben, können Sie gemeinsam Ziele besprechen und festlegen.

Nachfolgend finden Sie einige Beispiele für Fragen, die das Gespräch über die Zielsetzung mit Ihren Patient*innen unterstützen können.

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

Mit welcher Art von Änderungen wären Sie bereit zu beginnen?

Beginnen Sie damit, die Ziele Ihrer Patient*innen zu erfragen. Auf diese Weise können Sie dazu beitragen, realistische und erreichbare Ziele festzulegen. Berücksichtigen Sie Folgendes:

- kurzfristige Ziele
- langfristige Ziele

Als Nächstes sollten Sie gemeinsam mit Ihren Patient*innen überlegen, wie diese Ziele erreicht werden können. Die Schritte sollten messbar sein und im Laufe der Zeit aufeinander aufbauen.

Schließlich sollten Sie realistische Termine festlegen, wann Ihre Patient*innen ihre kurz- und langfristigen Ziele erreichen wollen, und vor allem die Erwartung wecken, dass die Behandlung der Adipositas ein langfristiger Prozess ist.¹

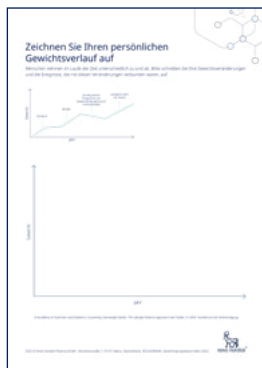
Ressourcen zur Unterstützung von Gesprächen mit Ihren Patient*innen über Adipositas

1. Gespräch beginnen



Verwenden Sie das Handout **Abnehmen ist schwer. Darüber zu reden muss es nicht sein**, um Ihren Patient*innen zu helfen, die Ursachen von Adipositas zu verstehen

2. Gewichtshistorie erheben



Um Ihr Gespräch über das Gewicht der Patient*innen zu unterstützen, verwenden Sie das Handout **Ihre Gewichtshistorie aufzeichnen**, um den Gewichtsverlauf Ihrer Patient*innen zu skizzieren

3. Zielsetzung und Tipps zur Erreichung der Ziele



Verwenden Sie das Handout **Zielsetzung** zur Erstellung von SMART-Zielen mit Ihren Patient*innen: Spezifisch, Messbar, Erreichbar, Relevant, Zeitgerecht



Verwenden Sie das Handout **Ansätze für eine gesündere Ernährung und mehr körperliche Bewegung**, um Ihren Patient*innen bei einer erreichbaren Lebensstiltherapie zu helfen (Seite 2 des Handouts **Zielsetzung**)

Ressourcen zur Unterstützung von Gesprächen mit Ihren Patient*innen finden Sie unter [Rethink-Obesity.de](https://rethink-obesity.de). Außerdem können Sie Ihre Patient*innen auf die Seite [Mein-Weg-zum-Wunschgewicht.de](https://mein-weg-zum-wunschgewicht.de) verweisen, um weitere Informationen zu erhalten.





4 Behandeln

Besprechen Sie einen vielschichtigen Ansatz:

4.A Lebensstiltherapie

4.B Pharmakotherapie

4.C Bariatrische Chirurgie

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, bei der die Behandlung sowohl auf gewichtsbedingte Komplikationen als auch auf die Adipositas abzielt, um die allgemeine Gesundheit und Lebensqualität zu verbessern. Sie kann durch eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten wirksam behandelt werden, je nach individueller Patientencharakteristik und dem Schweregrad der Erkrankung.⁹

Die Hauptziele bei der Behandlung der Adipositas bestehen darin, Komplikationen zu verhindern, indem versucht wird, den Stoffwechsel der Patient*innen zu erhalten (wenn möglich) und Komplikationen zu verhindern oder bereits bestehende zu behandeln. Auch gilt es, gegen eine Stigmatisierung anzukämpfen und das Wohlbefinden, ein positives Körperbild und Selbstwertgefühl wiederherzustellen.⁶

Die interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ gibt Empfehlungen für den Umgang mit Adipositas bei Patient*innen in verschiedenen Stadien des Gewichtsmanagements.⁹



Abrufbar unter:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf

Diagnose und Vorgehen bei der Behandlung von Adipositas

Klinische Praxisempfehlungen für die umfassende medizinische Versorgung von Patient*innen mit Adipositas.

| DIAGNOSE UND MEDIZINISCHES MANAGEMENT VON ADIPOSITAS | | | | |
|--|--|---|--|---|
| DIAGNOSE | | KOMPLIKATIONSSPEZIFISCHES STAGING UND BEHANDLUNG | | |
| Anthropometrische Datenkomponente (BMI kg/m ²) | Klinische Komponente | Krankheitsstadium | Chronische Erkrankung Phase der Prävention | Mögliche Therapie (basierend auf klinischem Urteil) |
| 18,5-24,9 | | Normales Gewicht (keine Adipositas) | Primär | • Gesunde Lebensweise: gesunder Speiseplan/physische Aktivität |
| 25-29,9 | Bewerten Sie das Vorhandensein oder Fehlen von adipositasbedingten Komplikationen und Schweregrad der Komplikationen | Übergewicht (keine Komplikationen) | Sekundär | • Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen |
| ≥ 30 | • Metabolisches Syndrom • Prädiabetes • Typ-2-Diabetes • Dyslipidämie | Adipositas Stadium I (keine Komplikationen) | Sekundär | • Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen • Medikamente zur Gewichtsreduktion: in Betracht ziehen, wenn Lebensstilintervention eine progressive Gewichtszunahme nicht verhindert |
| ≥ 25 | • Bluthochdruck • Kardiovaskuläre Erkrankungen • Nichtalkoholische Fettlebererkrankung • Polyzystisches Ovarialsyndrom • Weibliche Infertilität | Adipositas Stadium II (1 oder mehr leichte bis mäßige Komplikationen) | Tertiär | • Lebensstiltherapie: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen • Medikamente zur Gewichtsreduktion: in Betracht ziehen, wenn die Lebensstiltherapie das therapeutische Ziel nicht erreicht oder gleichzeitig mit Lebensstilintervention einleiten (BMI ≥ 27) |
| ≥ 25 | • Männlicher Hypogonadismus • Obstruktive Schlafapnoe • Asthma/reaktive Atemwegserkrankung • Osteoarthritis • Harnstress • Inkontinenz • Gastroösophageale Refluxkrankheit • Depression | Adipositas Stadium III (mindestens 1 schwere Komplikation) | Tertiär | • Lebensstilinterventionen: kalorienreduzierter, gesunder Speiseplan/physische Aktivität/Verhaltensinterventionen • Zusätzliche Gabe von Medikamenten zur Gewichtsreduktion: gleichzeitig mit einer Lebensstiltherapie einleiten (BMI ≥ 27) • Bariatrische Chirurgie in Betracht ziehen: (BMI ≥ 35) |

a. Alle Patient*innen mit einem BMI ≥ 25 haben entweder Übergewicht oder Adipositas von Grad 1 oder höher, je nach der anfänglichen klinischen Bewertung des Vorhandenseins und der Schwere der Komplikationen. Diese Patient*innen sollten im Laufe der Zeit beobachtet und auf Veränderungen sowohl der anthropometrischen als auch der klinischen Diagnosekomponenten untersucht werden. Die Diagnosen Übergewicht/Adipositas Grad 1, Adipositas Grad II und Adipositas Grad III sind nicht statisch, und ein Fortschreiten der Erkrankung kann in Zukunft eine aggressivere Therapie zur Gewichtsreduktion rechtfertigen.

b. Die Stadien werden anhand von Kriterien bestimmt, die für jede adipositasbedingte Komplikation spezifisch sind; Stadium 0 = keine Komplikation; Stadium 1 = leicht bis mittelschwer; Stadium 2 = schwer

c. Die Behandlungspläne sollten individuell angepasst werden; die vorgeschlagenen Maßnahmen sind geeignet, um einen ausreichenden Gewichtsverlust zu erreichen, der in der Regel erforderlich ist, um die mit der Adipositas zusammenhängenden Komplikationen zu behandeln, sowie für das jeweilige Stadium des Schweregrads.

d. Ein BMI ≥ 27 entspricht den Empfehlungen der US Food and Drug Administration für Medikamente zur Gewichtsreduktion.

Abkürzung: BMI = Body-Mass-Index
 modifiziert nach Garvey WT et al., Endocrine Practice, Vol 22, 1–203, 2016. Verfügbar unter <https://journals.aace/dol/10.4158/EP161365.GL>.



4.A Lebensstiltherapie

Lebensstiltherapien sind der Eckpfeiler jeder Adipositasbehandlung und sollten stets die erste Wahl sein. Wichtig ist, dass Änderungen des Lebensstils Teil jeder Maßnahme zur Gewichtsreduktion sind. Viele Leitlinien zur Behandlung von Adipositas empfehlen, dass die Lebensstiltherapie bei Adipositas die folgenden drei Komponenten umfassen sollte: Ernährungsplan, physische Aktivität und Verhaltensänderung.⁹ Diese Maßnahmen reichen jedoch nicht immer aus, um die Gewichtsabnahme aufrechtzuerhalten.^{10,11}

Weitere Empfehlungen zur Lebensstiltherapie finden Sie in der interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ ab Seite 42.⁹



4.B Pharmakotherapie

Die pharmakologische Behandlung sollte als Teil einer umfassenden Strategie der Krankheitsbewältigung betrachtet werden.¹² Die Pharmakotherapie kann Patient*innen helfen, die Adhärenz bei der Durchführung von Lebensstiltherapien aufrechtzuerhalten, adipositasbedingte Gesundheitsrisiken zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern. Sie kann auch dazu beitragen, die Entwicklung von Adipositas-Komorbiditäten (z. B. Typ-2-Diabetes) zu vermeiden.¹² Eine Pharmakotherapie kann bei Patienten mit einem BMI ≥ 28 kg/m² und zusätzlichen Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten bzw. mit einem BMI ≥ 30 kg/m² in Betracht gezogen werden.⁹

Medikamente gegen Adipositas können direkt auf das zentrale Nervensystem einwirken und so eine Gewichtsabnahme durch eine Verringerung des Appetits bewirken, oder sie wirken peripher und bewirken eine Gewichtsabnahme, indem sie die Fettaufnahme aus dem Magen-Darm-Trakt beeinträchtigen.¹³

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

Weitere Empfehlungen zu den medikamentösen Behandlungsoptionen finden Sie in der interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ ab Seite 63.⁹



4.C Bariatrische Chirurgie

Die bariatrische Chirurgie ist der drittwichtigste und effizienteste Eingriff zur Behandlung von Adipositas. Relevant ist ein solcher Eingriff insbesondere für Patient*innen mit einem BMI ≥ 40 kg/m² oder einem BMI ≥ 35 kg/m² und mindestens einer oder mehreren adipositasbedingten Komorbiditäten (wie Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Schlafapnoe und andere Atemwegserkrankungen, nichtalkoholische Fettlebererkrankung, Osteoarthritis, Dyslipidämie, Magen-Darm-Erkrankungen oder Herzkrankheiten).¹⁶ Ziel eines bariatrischen Eingriffs sind vorwiegend die Verbesserung von Komorbiditäten und die Steigerung der Lebensqualität.⁹

Die bariatrische Chirurgie kann malabsorptiv oder restriktiv sein, wobei beide Arten unterschiedliche Änderungen des Lebensstils erfordern.¹⁷

Weitere Empfehlungen zu chirurgischen Eingriffen finden Sie in der interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 ab Seite 66⁹ und in der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ 2018 ab Seite 28.



5 Nachsorge

- 5.A Fortschritt festhalten
- 5.B Behandlung anpassen
- 5.C Neuen Termin vereinbaren



Es gibt Hinweise darauf, dass häufige Konsultationen zur Gewichtserhaltung einen signifikant positiven Einfluss auf die Gewichtskontrolle haben können.¹⁸

Sprechen Sie beim Folgetermin mit Ihren Patient*innen darüber, was gut funktioniert hat und auf welche Herausforderungen sie gestoßen sind. Achten Sie darauf, dass Sie die drei Hauptbereiche auf der nächsten Seite während des Nachsorgetermins abdecken.



5.A Fortschritt festhalten

- Berechnen Sie den BMI und den Taillenumfang Ihrer Patient*innen.
- Bewerten Sie die Fortschritte, indem Sie das Erreichte anerkennen und die Ziele bei Bedarf anpassen.
- Machen Sie Ihren Patient*innen klar, dass die Gewichtsmessung nicht der einzige Grund des Besuchs ist: Erkennen Sie auch andere Leistungen als die Gewichtsabnahme an, z. B. mehr zu Fuß zu gehen oder sich gesund zu ernähren.



5.B Behandlung anpassen

- Es ist wichtig, die Behandlung bei Bedarf zu modifizieren oder zu intensivieren, um nach einer Gewichtswiederzunahme gegenzusteuern. Berücksichtigen Sie die Gewichtshistorie und die aktuelle Situation, um einen Nachsorgeplan für die Behandlung festzulegen.
- Sobald sich der Gewichtsverlust stabilisiert hat, sind die gewichtsbedingten Komplikationen neu zu bewerten.
- Erklären Sie Ihren Patient*innen, dass die Vermeidung einer erneuten Gewichtszunahme der Eckpfeiler eines lebenslangen Gewichtsmanagements ist. Dies gilt für alle Techniken zur Gewichtsabnahme, die angewandt werden.
- Besprechen Sie weitere mögliche Behandlungen, die über Lebensstiltherapien hinausgehen, sofern diese für Ihre Patient*innen geeignet sind. Dazu gehört beispielsweise eine fortgesetzte Pharmakotherapie oder andere Interventionen.¹⁹



5.C Neuen Termin vereinbaren

- Achten Sie auf häufige Nachsorgetermine mit Ihren Patient*innen, um sie auf ihrem Weg zur Gewichtsabnahme zu unterstützen.

Um mehr zu erfahren, besuchen Sie **Rethink-Obesity.de**. Dort können Sie sich druckbare Informationen herunterladen und finden zudem Videos von Adipositas-Experten mit Tipps zur bestmöglichen Unterstützung Ihrer Patient*innen mit Adipositas.



Weitere Services zur Unterstützung von Gesprächen mit Ihren Patient*innen finden Sie auf **Rethink-Obesity.de**

Zusätzlich können Sie Ihre Patient*innen auf **Mein-Weg-zum-Wunschgewicht.de** verweisen, um weitere Informationen zu erhalten

BMI-Tabelle^{20,21}

Body-Mass-Index Gewicht in Kilogramm (kg)

| | 45 kg | 50 kg | 54 kg | 59 kg | 63 kg | 68 kg | 73 kg | 77 kg | 82 kg | 86 kg | 91 kg | 95 kg | 100 kg | 104 kg | 109 kg | 113 kg | | | | |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|----|----|----|----|
| 1,46 m | 22 | 25 | 26 | 29 | 31 | 34 | 36 | 38 | 40 | 43 | 45 | 47 | 49 | 52 | 54 | 56 | | | | |
| 1,47 m | 22 | 24 | 26 | 28 | 30 | 33 | 35 | 37 | 39 | 41 | 43 | 45 | 48 | 50 | 52 | 54 | | | | |
| 1,49 m | 21 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 48 | 50 | 52 | | | | |
| 1,50 m | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 49 | 51 | | | | |
| 1,52 m | 20 | 22 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 | 39 | 41 | 43 | 45 | 47 | 49 | | | | |
| 1,55 m | 19 | 21 | 23 | 25 | 26 | 28 | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 45 | 47 | | | | |
| 1,57 m | 18 | 20 | 22 | 24 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | | | | |
| 1,60 m | 18 | 20 | 21 | 23 | 25 | 27 | 28 | 30 | 32 | 34 | 35 | 37 | 39 | 41 | 43 | 44 | | | | |
| 1,63 m | | 19 | 21 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 | 33 | 34 | 36 | 38 | 40 | 41 | 43 | | | | |
| 1,65 m | | 18 | 20 | 22 | 23 | 25 | 27 | 28 | 30 | 32 | 33 | 35 | 37 | 38 | 40 | 42 | | | | |
| 1,67 m | | 18 | 19 | 21 | 23 | 24 | 26 | 27 | 29 | 31 | 32 | 34 | 36 | 37 | 39 | 40 | | | | |
| 1,70 m | | | 19 | 20 | 22 | 24 | 25 | 27 | 28 | 30 | 31 | 33 | 35 | 36 | 38 | 39 | | | | |
| 1,73 m | | | | 18 | 20 | 21 | 23 | 24 | 26 | 27 | 29 | 30 | 32 | 34 | 35 | 37 | 38 | | | |
| 1,75 m | | | | 18 | 19 | 21 | 22 | 24 | 25 | 27 | 28 | 30 | 31 | 33 | 34 | 35 | 37 | | | |
| 1,78 m | | | | | 19 | 20 | 22 | 23 | 24 | 26 | 27 | 29 | 30 | 32 | 33 | 35 | 36 | | | |
| 1,80 m | | | | | 18 | 20 | 21 | 22 | 24 | 25 | 27 | 28 | 29 | 31 | 32 | 34 | 35 | | | |
| 1,83 m | | | | | | 16 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 24 | 26 | 27 | 28 | 30 | 31 | 33 | 34 | |
| 1,85 m | | | | | | | 16 | | 19 | 20 | 21 | 23 | 24 | 25 | 26 | 28 | 29 | 30 | 32 | 33 |



■ Normal
 ■ Übergewicht
 ■ Adipositas

Referenzen

- Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma A, et al. Modified 5As. Canadian Family Physician. 2013; 59:27-31.
- Caterson I, Alfadda A, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: misalignment between perception, reality, and action in obesity. Diabetes Obes Metab. 2019; 21:1914-1924.
- Wadden T and Didie E. What's in a Name? Patients' Preferred Terms for Describing Obesity. Obesity Research. 2003; 11:1140-1146.
- NHLBI. The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Abrufbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/>. Letzter Zugriff: Februar 2022
- WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Abrufbar unter: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42330>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 2019; 12:40-66.
- Wright SM and Aronne LJ. Causes of obesity. Abdominal Imaging. 2012; 37:730-732.
- National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Abrufbar unter: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- AWMF. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (abgelaufen). Letzter Zugriff: Februar 2022.
- Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. Am Psychol. 2007; 62:220-233.
- Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation. 2014; 129:S102-138.
- Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity Facts. 2015; 8:402-424.
- Li M and Cheung BM. Pharmacotherapy for obesity. Br J Clin Pharmacol. 2009; 68:804-810.
- Busetto L, Dicker D, Azran C, et al. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. Obesity Facts. 2017; 10:597-632.
- Bariatric surgery procedures. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) website. Abrufbar unter: <https://asmbs.org/patients/bariatric-surgery-procedures>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- ASMBS. Bariatric surgery misconceptions. Abrufbar unter: <https://asmbs.org/patients/bariatric-surgery-misconceptions>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- Obesity Action Coalition. Bariatric surgery. Abrufbar unter: <http://www.obesityaction.org/obesity-treatments/bariatric-surgery>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- Hall K and Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. Med Clin North Am. 2018; 102:183-197.
- Soleymani T, Daniel S and Garvey WT. Weight maintenance: challenges, tools and strategies for primary care physicians. Obes Rev. 2016;17:81-93.
- National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services. Classification of overweight and obesity by BMI, Waist Circumference, and Associated Disease Risks. Bethesda, MD: National Institutes of Health. Abrufbar unter: https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/bmi_dis.htm. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services. Do You Need To Lose Weight? Healthy Hearts, Healthy Homes. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2008. NIH publication 08-6354.