

Praxis-Leitfaden

# Adipositas-Beratung

in der

# Diabetologischen Schwerpunkt-Praxis

Ein Projekt von Diabetologen Hessen eG

Autoren:

- **Dr. med. Christian Klepzig**, FA Allgemeinmedizin, Diabetologe, Hypertensiologe, MVZ Rodgau, Vorstandsmitglied Diabetologen Hessen eG, Rodgau, Projektleitung [Kapitel 2, 3, 4, 7]
- **Dr. med. Dietrich Tews**, FA Innere Medizin, Diabetologe, Lipidologe, Adiposologe, Vorstandsmitglied Diabetologen Hessen eG, Gelnhausen [Kapitel 1, 5, 6]
- **Dr. med. Jörg Simon**, FA Innere Medizin, Diabetologe, Sport- & Präventionsmedizin, Mitglied Diabetologen Hessen, Fulda [Kapitel 4]

## Inhalt

|          |                                                                                                       |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b><i>Einleitung, Hintergrund &amp; Zielsetzung</i></b>                                               | <b>4</b>  |
| 1.1      | Hintergrund                                                                                           | 4         |
| 1.2      | Rolle der diabetologischen Schwerpunktpraxis                                                          | 4         |
| 1.3      | Aktuelle Herausforderungen                                                                            | 4         |
| 1.4      | Zielsetzung dieses Leitfadens                                                                         | 5         |
| <b>2</b> | <b><i>Leistungsanbieter &amp; Zielgruppe Adipositas-Beratung</i></b>                                  | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b><i>Rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen</i></b>                                        | <b>6</b>  |
| 3.1      | Abgrenzung GKV-Leistung versus individuelle Gesundheitsleistungen                                     | 6         |
| 3.2      | Formale Voraussetzungen für IGeL                                                                      | 7         |
| <b>4</b> | <b><i>Multidisziplinärer Beratungsansatz mit Leistungsmodulen</i></b>                                 | <b>8</b>  |
| 4.1      | Anamnese                                                                                              | 8         |
| 4.2      | Beratung                                                                                              | 8         |
| 4.3      | Schulungen                                                                                            | 8         |
| 4.4      | Lifestyle                                                                                             | 9         |
| 4.5      | Medikamentöse Therapie                                                                                | 10        |
| <b>5</b> | <b><i>Kommunikation gegenüber Menschen mit Adipositas</i></b>                                         | <b>12</b> |
| 5.1      | Bedeutung einer wertschätzenden Kommunikation                                                         | 12        |
| 5.2      | Wie erreiche ich Menschen mit Adipositas?                                                             | 12        |
| 5.3      | Wie spreche ich Patienten in der Praxis an?                                                           | 13        |
| 5.4      | Patienteninformationen                                                                                | 14        |
| <b>6</b> | <b><i>Implementierung einer Adipositas-Sprechstunde in der diabetologischen Schwerpunktpraxis</i></b> | <b>14</b> |
| 6.1      | Von der Idee zur Versorgungsstruktur                                                                  | 14        |
| 6.2      | Projektplanung vor dem Start                                                                          | 15        |
| 6.3      | Entwicklung standardisierter Praxisprozesse                                                           | 15        |
| 6.4      | Standardisierte Diagnostik                                                                            | 15        |
| 6.5      | Termin- & Zeitplanung                                                                                 | 16        |
| 6.6      | Qualifizierung des gesamten Praxisteam                                                                | 16        |
| 6.7      | Interne Fortbildungsstruktur                                                                          | 16        |
| 6.8      | Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke                                                                | 17        |
| 6.9      | Erfolgsfaktoren der Implementierung                                                                   | 17        |
| <b>7</b> | <b><i>Zusammenfassung &amp; Fazit</i></b>                                                             | <b>17</b> |
| <b>8</b> | <b><i>Anhang</i></b>                                                                                  | <b>18</b> |
| 8.1      | Tools zur Unterstützung bei der Adipositas-Beratung / im Praxisalltag                                 | 18        |
| 8.1.1    | Kodierung                                                                                             | 18        |
| 8.1.2    | Leistungsmodule & Preise mit Abgrenzung GKV & PKV vs. IGeL                                            | 19        |

|            |                                                                |           |
|------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>8.2</b> | <b>Formulare Adipositastherapie für den Praxisalltag .....</b> | <b>20</b> |
| 8.2.1      | Erstvorstellung Anamnese .....                                 | 20        |
| 8.2.2      | Jahresverlaufsbogen .....                                      | 23        |
| 8.2.3      | Patientenmappe .....                                           | 24        |
| 8.2.4      | Praxishandbuch – Checkliste.....                               | 26        |
| 8.2.5      | Leitfaden Medikamentöse Therapie .....                         | 27        |
| <b>8.3</b> | <b>Haftungsausschluss .....</b>                                | <b>28</b> |
| <b>8.4</b> | <b>Quellenverzeichnis.....</b>                                 | <b>28</b> |

## **1 Einleitung, Hintergrund & Zielsetzung**

### **1.1 Hintergrund**

Adipositas zählt zu den bedeutendsten gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Nach aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes sind mehr als die Hälfte der erwachsenen Menschen in Deutschland übergewichtig, während nahezu jeder fünfte Erwachsene die Kriterien einer Adipositas erfüllt. Die Prävalenz nimmt seit Jahren kontinuierlich zu und betrifft mittlerweile alle Altersgruppen. Damit stellt Adipositas nicht nur eine individuelle gesundheitliche Belastung dar, sondern auch eine erhebliche gesellschaftliche und gesundheitsökonomische Herausforderung.<sup>1</sup>

Das Verständnis der Erkrankung hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend gewandelt. Während Übergewicht lange Zeit primär als Folge eines ungünstigen Lebensstils betrachtet wurde, wird Adipositas heute international als chronische, multifaktorielle Erkrankung anerkannt. Genetische Veranlagungen, neuroendokrine Regulationsmechanismen, psychosoziale Faktoren, Umweltbedingungen sowie individuelle Lebensumstände beeinflussen die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung in komplexer Weise.<sup>2</sup>

Adipositas ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für zahlreiche Begleit- und Folgeerkrankungen verbunden. Hierzu zählen insbesondere Prädiabetes, manifester Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämien, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlafapnoe-Syndrome, Fettlebererkrankung sowie orthopädische und psychische Erkrankungen. Die enge Verknüpfung zwischen Adipositas und Stoffwechselerkrankungen macht deutlich, dass eine frühzeitige Diagnostik und strukturierte Behandlung nicht nur zur Gewichtsreduktion beitragen, sondern auch Folgeerkrankungen verhindern oder günstig beeinflussen können.<sup>3</sup>

In den vergangenen Jahren hat sich die Adipositastherapie dynamisch weiterentwickelt. Neben etablierten Lebensstilinterventionen stehen mittlerweile hochwirksame medikamentöse Therapieoptionen zur Verfügung, die erstmals Gewichtsreduktionen im zweistelligen Prozentbereich ermöglichen. Parallel dazu wurde mit der Adipositas-Richtlinie (DMP-Adipositas) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein wichtiger Schritt zur strukturierten Versorgung von Menschen mit Adipositas eingeführt, aber noch nicht vollzogen. Diese Entwicklungen führen zu einer steigenden Nachfrage nach qualifizierter Beratung, Diagnostik und langfristiger Betreuung.<sup>4</sup>

### **1.2 Rolle der diabetologischen Schwerpunktpraxis**

Diabetologische Schwerpunktpraxen verfügen über ausgezeichnete Voraussetzungen, um Menschen mit Adipositas umfassend zu betreuen. Die Behandlung chronischer Stoffwechselerkrankungen gehört seit Jahrzehnten zu ihrem Kernauftrag. Hierfür stehen etablierte Versorgungsstrukturen, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Diabetesberaterinnen und Diabetesberater sowie umfangreiche Erfahrungen in der Patientenschulung und Langzeitbetreuung zur Verfügung.

Zwischen Adipositas und Typ-2-Diabetes mellitus besteht eine enge pathophysiologische und klinische Beziehung. Ein großer Teil der Menschen mit Typ-2-Diabetes weist gleichzeitig eine Adipositas auf. Umgekehrt stellt Adipositas den wichtigsten modifizierbaren Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes dar. Viele Betroffene befinden sich daher bereits in regelmäßiger Betreuung diabetologischer Schwerpunktpraxen oder werden dort aufgrund adipositasassoziierter Begleiterkrankungen vorgestellt.

Die Adipositastherapie entwickelt sich zunehmend zu einem eigenständigen Versorgungsschwerpunkt. Erste interessierte Hausärzte, aber auch innerhalb diabetologischer Schwerpunktpraxen und ergänzen deren traditionelle Kernkompetenzen in der Betreuung von Menschen mit Diabetes mellitus in idealer Weise. Moderne Therapiekonzepte erfordern eine strukturierte Diagnostik, langfristige Betreuung, kontinuierliche Motivation sowie eine enge Verzahnung von medizinischer Behandlung, Schulung und Lebensstilinterventionen. Diese Kompetenzen gehören seit vielen Jahren zum Profil diabetologischer Schwerpunktpraxen.

### **1.3 Aktuelle Herausforderungen**

Trotz der hohen Prävalenz der Adipositas bestehen in Deutschland weiterhin erhebliche Versorgungslücken. Spezialisierte Beratungsangebote sind regional unterschiedlich verfügbar und vielerorts begrenzt. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach qualifizierten Beratungs- und Therapieangeboten kontinuierlich an.

Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ergeben sich hierbei zahlreiche praktische Fragestellungen:

- Welche Leistungen können zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden?
- Welche Beratungs- und Betreuungsangebote fallen in den Bereich individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)?
- Welche rechtlichen Anforderungen sind bei Aufklärung, Dokumentation und Therapieplanung zu beachten?
- Wie können strukturierte Praxisabläufe etabliert werden?
- Wie können interdisziplinäre Netzwerke aufgebaut und genutzt werden?

Vor dem Hintergrund der Einführung neuer Versorgungsstrukturen im Rahmen der Adipositas-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der rasanten Weiterentwicklung medikamentöser Therapieoptionen, befindet sich die ambulante Adipositasversorgung in Deutschland in einer Phase grundlegender Veränderungen.

### 1.4 Zielsetzung dieses Leitfadens

Vor diesem Hintergrund haben Diabetologen Hessen eG die Initiative ergriffen und einen praxisorientierten Leitfaden zur Adipositasberatung erstellt.

Ziel des Leitfadens ist es, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie ihren Praxisteams konkrete Hilfestellungen für die Implementierung und Weiterentwicklung strukturierter Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen mit Adipositas an die Hand zu geben.

Im Mittelpunkt stehen dabei:

- praktische Empfehlungen für den Praxisalltag,
- rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen,
- Vorschläge zur Organisation von Praxisprozessen,
- Schulungs- und Beratungsansätze,
- Empfehlungen zur Dokumentation und Qualitätssicherung.

Der Leitfaden verfolgt bewusst keinen wissenschaftlichen Lehrbuchansatz. Vielmehr soll er als praxisnahes Arbeitsinstrument dienen, den Einstieg in die strukturierte Adipositasberatung erleichtern und bereits bestehende Angebote weiterentwickeln.

Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Adipositas geleistet werden.

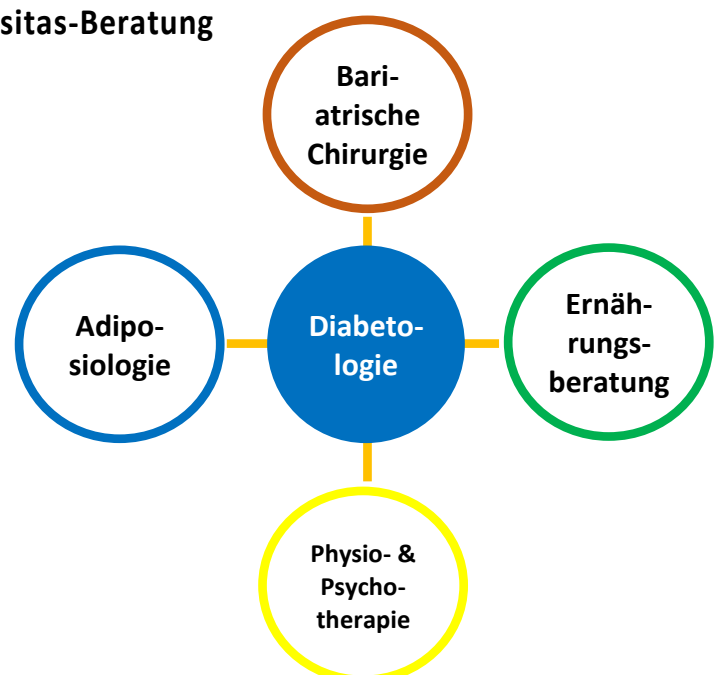
## 2 Leistungsanbieter & Zielgruppe Adipositas-Beratung

Die wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Betreuung von Menschen mit Übergewicht und Adipositas ist das Vorhandensein eines **Kern-Betreuungsnetzwerks** aus nachfolgenden Disziplinen:

Im Einzelfall müssen dieser Kern-Netzwerkstruktur dann weitere Fachdisziplinen wie z.B. Gastroenterologie, Kardiologie, Nephrologie, Orthopädie und plastischer Chirurgie beratend zur Seite stehen.

Keinesfalls darf die Betreuung der an Übergewicht und Adipositas erkrankten Menschen auf die alleinige Verordnung von Medikamenten zur Adipositasbehandlung reduziert werden.

**Die Zielgruppe in der Adipositas-Sprechstunde:**



| Kategorie                                                                                                           | BMI-Grenze<br>(kg/m <sup>2</sup> ) | ICD-10-<br>Codierung |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Übergewicht mit Begleit-/Folge-<br>erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus,<br>Hypertonie, Herzinsuffizienz, Arthrose) | 25,0–29,9                          | E67.8                |
| Adipositas Grad I                                                                                                   | 30,0–34,9                          | E66.00               |
| Adipositas Grad II                                                                                                  | 35,0–39,9                          | E66.01               |
| Adipositas Grad III                                                                                                 | ≥ 40,0                             | E66.06               |
| Adipositas Grad III, BMI 40–49,9                                                                                    | 40,0–49,9                          | E66.07               |
| Adipositas Grad III, BMI ≥ 50                                                                                       | ≥ 50,0                             | E66.08               |

**Hinweis:** Die Tabelle ist als kompakte Praxisübersicht gedacht. Die konkrete Kodierung sollte immer zur dokumentierten Diagnose und zum jeweils gültigen ICD-10-GM-Katalog passen.

### 3 Rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen

#### 3.1 Abgrenzung GKV-Leistung versus individuelle Gesundheitsleistungen

Bis zur Inkraftsetzung der DMP-Richtlinie zum Thema Adipositas (ab 01.10.2025) war Adipositas im GKV-System nicht systematisch als Erkrankung mit Versorgungsanspruch verankert. Mit der neuen Richtlinie ab 01.10.2025 werden erstmals strukturierte Diagnostik, Schulung und Therapieangebote zulasten der gesetzlichen Krankenkassen definiert:

**GKV-Leistungen** können erbracht werden **für Menschen** bei denen

- eine Adipositas Grad 1 (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> –< 35 kg/m<sup>2</sup>) und
- **mindestens eine** der folgenden Komorbiditäten vorliegt:
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Arterielle Hypertonie
  - Obstruktives Schlafapnoe Syndrom
  - Stabile Koronare Herzkrankheit
  - Stabile chronische Herzinsuffizienz
  - Prädiabetes (Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7 % bis < 6,5 %, bei Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie.)

**oder**

- ein Adipositas Grad 2 und größer (BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>).

Zur Standarddiagnostik der Adipositas gehören die im Folgenden genannten Untersuchungen:

- Klinische Untersuchung,
- BMI, zusätzlich Bauchumfang bei einem BMI bis 35 kg/m<sup>2</sup>,
- Blutdruckmessung an beiden Armen
- Laborchemische Diagnostik (vgl. entsprechendes Anamneseformular in der Anlage 8.2.1), sofern nicht in den letzten sechs Monaten bereits erfolgt.

Dabei sind die Befunde einer vorangegangenen Abklärungsdiagnostik sowie die Therapie und der Verlauf insbesondere der vorangegangenen zwölf Monate einzubeziehen.

**Wichtig:**

Eine weiterführende Diagnostik und ggf. sich anschließende Maßnahmen sind in der Zusammenschau aller Befunde bei anamnestischen, klinischen oder laborchemischen Hinweisen auf eine oder mehrere noch nicht erfasste Komorbiditäten zu initiieren.

Eine altersgerechte Krebsfrüherkennung soll empfohlen werden.

**Abgrenzung GKV zu IGeL:**

- Untersuchungen, die über diesen Katalog hinausgehen und für die es weder einen anamnestischen, klinischen oder laborchemisch begründeten Verdacht auf eine noch nicht diagnostizierte Komorbidität gibt, sind keine GKV-Leistung!
- Gleiches gilt für Schulungen der Patienten, solange es dafür keine vertraglich zwischen GKV und KV vereinbarte Schulungen gibt.
- Sämtliche Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der Verordnung medikamentöser Therapien sind IGeL.

**Abgrenzung medikamentöse Therapien**

Der Gesetzgeber hat in § 34 (1) SGB V eine medikamentöse Therapie von Übergewicht und Adipositas als GKV-Leistung ausgeschlossen. Das schließt selbstverständlich alle Beratungen/Schulungen zum Einsatz und Umgang mit diesen Medikamenten sowie die Nachfolgeuntersuchungen ein.

**Wichtig:**

Vor einer medikamentösen Therapie ist eine vollumfängliche Aufklärung und Beratung der Patienten im Bereich der Lebensstilmodifikation - unter Einschluss der individuellen Ernährungsberatung gemäß § 43 (1) SGB V und der Verordnung von Reha-Sport - durchzuführen.<sup>5</sup>

**3.2 Formale Voraussetzungen für IGeL**

Vor Erbringung einer nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbaren Leistung sollte eine schriftliche Behandlungs- und Honorarvereinbarung geschlossen werden. Darin sollten die vorgesehenen Leistungen sowie die voraussichtlich anfallenden Gebühren nach GOÄ einschließlich der angewandten Steigerungsfaktoren transparent dargestellt werden.

Wir empfehlen zusätzlich eine substanzspezifische schriftliche Aufklärung über

- Wirkungen,
- häufige sowie auch seltene und sehr seltene Risiken,
- Kontraindikationen,
- Therapiealternativen sowie
- eine schriftliche Bestätigung durch die Patientin bzw. den Patienten.

Im Rahmen der Aufklärung sollte die Patientin bzw. der Patient über

- den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand,
- den Zulassungsstatus (soweit relevant),
- den zu erwartenden Nutzen und
- die voraussichtlich entstehenden Medikamentenkosten informiert werden.

**Wichtig:**

Aus Gründen der Rechtssicherheit empfehlen wir, der Patientin bzw. dem Patienten ausreichend Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Therapieentscheidung einzuräumen. Soweit medizinisch möglich, sollte die Aufklärung nicht erst unmittelbar vor Therapiebeginn erfolgen. Eine Bedenkzeit von mindestens 24 Stunden stellt eine empfehlenswerte organisatorische Frist dar, ist jedoch keine allgemein gesetzlich vorgeschriebene Frist für die Einleitung einer GLP-1-/GIP-GLP-1-Therapie.

## 4 Multidisziplinärer Beratungsansatz mit Leistungsmodulen

### 4.1 Anamnese

Die Anamneseerhebung ist ein zentraler Bestandteil bei der Beratung zur Adipositastherapi und bildet die Grundlage für eine individualisierte Behandlung. Sie umfasst die Erfassung von Gewichtsentwicklung, Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsverhalten sowie psychosozialen Faktoren. Auch Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme und familiäre Dispositionen werden systematisch berücksichtigt. Besondere Aufmerksamkeit gilt auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren des Übergewichts. Eine strukturierte Anamnese ermöglicht die zielgerichtete Planung multimodaler Therapieansätze. Hilfreich sind hierbei die im Anhang aufgeführten, modularen Formulare, die vom Patient\*innen im Vorfeld bereits vorausgefüllt werden können.

### 4.2 Beratung

Ein multidisziplinärer Beratungsansatz in der Adipositasbehandlung stellt heute einen zentralen Bestandteil einer nachhaltigen und evidenzbasierten Versorgung dar. Adipositas ist eine komplexe, chronische Erkrankung, die durch ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren beeinflusst wird. Entsprechend reicht eine rein einseitige Intervention – etwa ausschließlich diätetische Maßnahmen – in der Regel nicht aus, um langfristige Erfolge zu erzielen. Vielmehr bedarf es einer integrativen Betreuung durch ein Team unterschiedlicher Fachdisziplinen, welches die verschiedenen Dimensionen der Erkrankung berücksichtigt.

Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die enge Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Ernährungsfachkräften, Psychologinnen und Psychologen sowie Bewegungs- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten. Die medizinische Betreuung dient der Diagnostik, der Erfassung von Begleiterkrankungen sowie der Einleitung ggf. notwendiger pharmakologischer oder chirurgischer Maßnahmen. Parallel dazu unterstützt die Ernährungsberatung die Patientinnen und Patienten dabei, individuelle, alltagstaugliche Ernährungsstrategien zu entwickeln, die nicht auf kurzfristige Diäten, sondern auf langfristige Verhaltensänderungen abzielen. Psychologische Interventionen spielen eine zentrale Rolle, insbesondere im Hinblick auf Essverhalten, Motivation, Selbstwirksamkeit und den Umgang mit Rückschlägen. Bewegungsprogramme ergänzen die Therapie, indem sie nicht nur den Energieverbrauch erhöhen, sondern auch positive Effekte auf das Wohlbefinden und die körperliche Leistungsfähigkeit haben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die patientenzentrierte Kommunikation. Die Beratung sollte ressourcenorientiert, wertschätzend und frei von Stigmatisierung erfolgen. Ziel ist es, gemeinsam realistische Ziele zu definieren und die Eigenverantwortung der Betroffenen zu stärken. Dabei ist es entscheidend, individuelle Lebensumstände, kulturelle Hintergründe sowie psychosoziale Belastungen zu berücksichtigen. Regelmäßige Verlaufskontrollen und interdisziplinäre Fallbesprechungen tragen dazu bei, den Therapieplan kontinuierlich anzupassen und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.

Insgesamt ermöglicht der multidisziplinäre Beratungsansatz eine ganzheitliche Betrachtung der Adipositas und erhöht die Wahrscheinlichkeit nachhaltiger Therapieerfolge. Durch die Bündelung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen kann besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingegangen werden, wodurch sowohl die Adhärenz als auch die Lebensqualität langfristig verbessert werden.

### 4.3 Schulungen

Zur Zeit steht seitens der Kostenträger kein akkreditiertes Schulungsprogramm zur Verfügung, was in den meisten Praxen zur Nutzung selbst erstellter Programme führt.

Kurz vor der Evaluation steht das 16-teilige Schulungsprogramm „MOVE“ der FIDAM (Forschungsinstitut Diabetes Bad Mergentheim), das eine Anwendung im geplanten DMP-Adipositas finden soll.

Eine gute Orientierung bietet das 12-teilige, anerkannte Selbstlernprogramm „**Ich nehme ab**“ der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung):

Das **DGE-Selbstlernprogramm** „Ich nehme ab“ ist ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur nachhaltigen Gewichtsreduktion durch langfristige Lebensstiländerungen. Es basiert auf den Prinzipien einer ausgewogenen, vollwertigen Ernährung und verzichtet bewusst auf kurzfristige Diäten. Teilnehmende lernen, ihr Essverhalten zu reflektieren und schrittweise zu verändern.



Ein zentraler Bestandteil ist die Förderung der Selbstbeobachtung, etwa durch Ernährungs- und Bewegungstagebücher. Das Programm vermittelt alltagstaugliche Strategien zur Portionskontrolle und Lebensmittelauswahl. Zudem wird die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für den Gewichtsverlauf hervorgehoben. Psychologische Aspekte wie Motivation, Zielsetzung und der Umgang mit Rückschlägen werden gezielt berücksichtigt. Die Teilnehmenden werden angeleitet, realistische Ziele zu formulieren und ihre Fortschritte kontinuierlich zu überprüfen. Auch soziale Einflüsse und persönliche Gewohnheiten werden in die Verhaltensänderung einbezogen.

Insgesamt verfolgt das Programm das Ziel, eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung und Verbesserung der Gesundheit zu erreichen.

Inhaltlich sollten beim Thema Nährstoffzusammensetzung die Anwendung von Inkretinen einfließen.

Unter einer Inkretintherapie (z.B. mit GLP-1-Rezeptoragonisten wie Semaglutid oder Tirzepatid) ist eine proteinbewusste Ernährung essenziell, um dem durch reduzierte Nahrungsaufnahme bedingten Muskelschwund entgegenzuwirken. Experten empfehlen, den Eiweißanteil der Ernährung hoch anzusetzen, wobei der Fokus auf mageren und hochwertigen Proteinquellen liegen sollte.

Hierbei sollten bei der Ernährung folgende Schwerpunkte gesetzt werden:

- **Muskelerhalt im Fokus:** Ausreichend Protein stellt sicher, dass der Körper beim Abnehmen vor allem Fett und nicht wertvolle Muskelmasse abbaut.
- **Regelmäßiges Timing:** Die Nahrungsaufnahme über den Tag zu verteilen kann helfen, die Aufnahme zu optimieren und den Muskelabbau zu minimieren.
- **Leichte und hochwertige Quellen:** Bevorzugen Sie mageres Eiweiß wie Geflügel, Fisch, Tofu, Hülsenfrüchte, Eier und Milchprodukte, da diese den Magen weniger belasten.
- **Komplementäre Nährstoffe:** Achten Sie zusätzlich auf eine ausreichende Ballaststoffzufuhr, um typische Nebenwirkungen wie Verstopfung zu mildern.
- Bei vorbestehender Nierenerkrankung ist hinsichtlich der Eiweißzufuhr (Nahrungsaufnahme) eine Abstimmung mit einem Nephrologen notwendig.

#### 4.4 Lifestyle

Eine nachhaltige Lifestyleänderung bildet das Fundament jeder erfolgreichen Adipositasberatung und geht weit über das bloße Zählen von Kalorien hinaus. Im Zentrum steht eine langfristige Umstellung der Lebensgewohnheiten, die individuell auf den Alltag, die Vorlieben und die Ressourcen der Betroffenen abgestimmt ist.

Eine ausgewogene, nährstoffdichte Ernährung mit einem moderaten Energiedefizit sorgt für eine gesunde Gewichtsreduktion, ohne den Körper auszuzehren. Dabei gängige Verbote zu vermeiden und stattdessen die Freude an frischen, unverarbeiteten Lebensmitteln zu wecken, stärkt die langfristige Motivation.

Gleichzeitig nimmt die Bewegungstherapie einen hohen Stellenwert ein. Es geht hierbei nicht um Leistungssport, sondern um das schrittweise Integrieren von mehr Aktivitäten in den Alltag – sei es durch Spaziergänge, Treppensteigen oder gelenkschonendes Training, was den Stoffwechsel ankurbelt und wertvolle Muskelmasse schützt.

Neben Ernährung und Bewegung beleuchtet die moderne Beratung intensiv die psychologischen Facetten des Verhaltens. Betroffene lernen, emotionale Essmuster zu erkennen, Stress durch Achtsamkeit oder Hobbys statt durch Nahrung zu bewältigen und für ausreichend erholsamen Schlaf zu sorgen. Da Schlafmangel und chronischer Stress den Hormonhaushalt nachweislich negativ beeinflussen, sind sie entscheidende Stellschrauben für eine erfolgreiche Therapie. Eine professionelle Adipositasberatung begleitet diesen tiefgreifenden Wandel empathisch und ohne Druck. Sie unterstützt Patienten dabei, realistische Teilziele zu setzen, Rückschläge als Teil des Prozesses zu akzeptieren und schrittweise eine neue, gesündere Identität aufzubauen, die Lebensqualität und Wohlbefinden dauerhaft steigert.

Um die Lifestyleänderung optimal für den jeweiligen Patienten zu gestalten, ist eine individuelle Berücksichtigung der Altersgruppe oder Lebensphase, Begleiterkrankungen (bspw. Diabetes oder arterielle Hypertonie), orthopädische Einschränkungen sowie psychische und soziale Faktoren zu berücksichtigen.

## 4.5 Medikamentöse Therapie

Die nachfolgende Darstellung basiert auf der S3-Leitlinie von DAG & DDG ([DZD Diabetesforschung](#)).<sup>6</sup>

### 1. Einordnung und Stellenwert der Pharmakotherapie

Die S3-Leitlinie der DAG und DDG definiert Adipositas als chronische, multifaktorielle Erkrankung, die eine langfristige Therapie erfordert. Zentrale Grundlage bleibt die multimodale Basistherapie bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie.

Die medikamentöse Therapie wird dabei explizit als adjuvante Maßnahme eingeordnet und darf ausschließlich in Kombination mit dieser Basistherapie erfolgen. Sie zielt nicht nur auf eine Gewichtsreduktion, sondern auch auf eine Verbesserung adipositasassoziierter Komorbiditäten sowie eine langfristige Gewichtsstabilisierung.

Die Indikation zur Pharmakotherapie besteht laut Leitlinie bei:

- BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , oder
- BMI  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  mit Begleiterkrankungen, oder
- Bei unzureichendem Erfolg der Basistherapie ( $< 5 \%$  Gewichtsverlust nach 6 Monaten) ([Bayerisches Ärzteblatt](#)).<sup>7</sup>

Damit folgt die Leitlinie einem stufenweisen Therapieansatz („step-up approach“).

### 2. Wirkstoffklassen und pharmakologische Prinzipien

Die medikamentöse Therapie zielt primär auf drei Mechanismen ab:

1. Reduktion der Energieaufnahme (z. B. Lipasehemmung)
2. Appetit- und Sättigungsregulation (zentralnervös oder hormonell)
3. Verbesserung metabolischer Parameter

Während ältere Leitlinien im Wesentlichen Orlistat als Standard aufführten, berücksichtigen aktuelle Aktualisierungen zunehmend inkretinbasierte Therapien (GLP-1-Analoga) sowie Kombinationspräparate.

### 3. Übersicht zugelassener Wirkstoffe (Deutschland/Europa)

| Wirkstoff / Klasse              | Wirkmechanismus                                       | Applikation          | Mittlere Gewichtsreduktion | Wichtige Nebenwirkungen                              | Evidenzgrad / Leitlinienbewertung                                                      |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Orlistat</b>                 | Pankreaslipase-Hemmung<br>→ reduzierte Fettresorption | oral                 | ~3–5 % zusätzlich          | Steatorrhoe, GI-Beschwerden                          | hoch (LoE 1+, starke Empfehlung) ( <a href="#">Bayerisches Ärzteblatt</a> )            |
| <b>Exenatid</b><br>(GLP-1-RA)   | Appetithemmung, verzögerte Magenentleerung            | s. c. 2 x tgl.       | 1.5 – 3.7 kg               | GI-Nebenwirkungen wie Übelkeit, Diarrhoe + Erbrechen | Evidenzgrad A ( <a href="#">IQWiG</a> )                                                |
| <b>Liraglutid</b><br>(GLP-1-RA) | Appetithemmung, verzögerte Magenentleerung            | s.c. täglich         | ~5–10 %                    | Übelkeit, Erbrechen                                  | evidenzbasiert, zunehmend empfohlen                                                    |
| <b>Semaglutid</b><br>(GLP-1-RA) | wie oben, stärker wirksam                             | s.c. wtl / oral tgl. | ~10–15 %                   | GI-NW, selten Pankreatitis                           | neuere Evidenz, in Leitlinien berücksichtigt ( <a href="#">DZD Diabetesforschung</a> ) |

| Wirkstoff / Klasse                    | Wirkmechanismus                                    | Applikation | Mittlere Gewichtsreduktion | Wichtige Nebenwirkungen     | Evidenzgrad / Leitlinienbewertung                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tirzepatid</b><br>(GIP & GLP-1-RA) | wie oben, stärker wirksam                          | s. c. wtl   | über 20 % bis 21,6 %       | GI-NW, selten Pankreatitis  | Patientenrelevante Endpunkte werden mit Tirzepatid insgesamt besser erreicht als mit verfügbaren Optionen d. zweckmäßigen Vergleichstherapie ( <a href="#">DDG</a> ) |
| <b>Naltrexon/Bupropion</b>            | zentral appetit-modulierend                        | oral        | ~5–8 %                     | Übelkeit, Blutdruck-anstieg | moderater Evidenzgrad                                                                                                                                                |
| <b>SGLT2-Inhibitoren*</b>             | Glukoseausscheidung → indirekte Gewichts-reduktion | oral        | ~2–3 %                     | Harnwegs-infekte            | v. a. bei Typ-2-Diabetes ( <a href="#">Bayerisches Ärzteblatt</a> )                                                                                                  |

\* primär Antidiabetika, aber mit Gewichtsreduktionseffekt

Tgl.: täglich

Wtl: wöchentlich

#### 4. Wirksamkeit und klinische Effekte

Die Leitlinie betont, dass medikamentöse Therapien - im Vergleich zur alleinigen Lebensstilintervention - zusätzliche moderate Gewichtsverluste erzielen können:

- Orlistat: signifikante, aber begrenzte Effekte (~3–5 %)
- GLP-1-Analoga: deutlich stärkere Effekte (bis >10 %)
- Kombinationstherapien: intermediäre Wirksamkeit

Neben der Gewichtsreduktion zeigen sich positive Effekte auf:

- HbA1c und Glukosestoffwechsel
- Blutdruck
- Lipidprofil

Diese metabolischen Verbesserungen sind klinisch relevant, da Adipositas eng mit kardiovaskulären und diabetischen Folgeerkrankungen assoziiert ist ([Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.](#))<sup>8</sup>.

#### 5. Indikationsstellung und Therapiedauer

Die S3-Leitlinie empfiehlt eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung. Wichtige Aspekte sind:

- Vorliegen von Komorbiditäten (z. B. Typ-2-Diabetes)
- Patientenpräferenzen und Adhärenz
- Nebenwirkungsprofil

Die Therapie soll beendet werden, wenn nach 3–6 Monaten kein ausreichender Gewichtsverlust (≥ 5 %) erreicht wird.

Zugleich wird Adipositas als chronische Erkrankung verstanden, weshalb eine langfristige Therapieperspektive erforderlich ist.

#### 6. Sicherheit und Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen unterscheiden sich je nach Substanzklasse:

| Wirkstoffklasse      | Typische Nebenwirkungen                           | Klinische Relevanz                         |
|----------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Orlistat</b>      | Fettstühle, Flatulenz, fettlösliche Vitaminmängel | meist harmlos, aber compliance-limitierend |
| <b>GLP-1-Analoga</b> | Übelkeit, Erbrechen, selten Pankreatitis          | dosisabhängig,                             |

| Wirkstoffklasse              | Typische Nebenwirkungen                    | Klinische Relevanz             |
|------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
|                              |                                            | meist transient                |
| <b>GIP- / GLP-1-RA</b>       | Übelkeit, Erbrechen, selten Pankreatitis   | dosisabhängig, meist transient |
| <b>Naltrexon / Bupropion</b> | Übelkeit, Kopfschmerzen, Blutdruckanstieg  | Vorsicht bei Hypertonie        |
| <b>SGLT2-Inhibitoren</b>     | Genitale Infektionen, Ketoazidose (selten) | v. a. bei Diabetes relevant    |

Eine strukturierte ärztliche Kontrolle ist obligat.

#### 7. Stellenwert neuer Therapieansätze

Die aktualisierte Leitlinie hebt hervor, dass insbesondere GLP-1-basierte Therapien eine bedeutende Erweiterung des therapeutischen Spektrums darstellen.

Diese Substanzen greifen in zentrale Regulationsmechanismen des Energiehaushalts ein und ermöglichen erstmals klinisch relevante Gewichtsreduktionen im zweistelligen Prozentbereich, was sie zu einer Brücke zwischen konservativer und chirurgischer Therapie macht.

#### 8. Fazit

Die medikamentöse Adipositastherapie ist gemäß S3-Leitlinie ein integraler Bestandteil eines multimodalen Behandlungskonzepts, jedoch stets sekundär zur Lebensstilintervention. Während klassische Substanzen wie Orlistat weiterhin evidenzbasiert eingesetzt werden, gewinnen moderne inkretinbasierte Therapien zunehmend an Bedeutung.

Die Therapieentscheidung erfordert eine individualisierte Indikationsstellung, regelmäßige Evaluation des Therapieerfolgs und eine langfristige Perspektive im Sinne eines chronischen Krankheitsmanagements.

## **5 Kommunikation gegenüber Menschen mit Adipositas**

### **5.1 Bedeutung einer wertschätzenden Kommunikation**

Die Kommunikation gegenüber Menschen mit Adipositas stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Inanspruchnahme und Akzeptanz therapeutischer Angebote dar. Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen mit Adipositas im Gesundheitswesen häufig Stigmatisierungen, Schuldzuweisungen oder aber auch Vorurteile erleben. Dies kann dazu führen, dass medizinische Angebote später oder gar nicht wahrgenommen werden.

Eine moderne Adipositasversorgung orientiert sich deshalb an den Grundsätzen der personenzentrierten Kommunikation („People First Language“). Dabei steht nicht die Erkrankung, sondern der Mensch im Mittelpunkt. Statt von „Adipösen“ sollte von „Menschen mit Adipositas“ gesprochen werden. Ebenso sollten wertende Begriffe wie „selbstverschuldet“, „Disziplinmangel“ oder „Diätversagen“ vermieden werden.

Ziel jeder Kommunikation sollte es sein, Verständnis für die Erkrankung zu schaffen, Motivation zu fördern und realistische therapeutische Perspektiven aufzuzeigen.

### **5.2 Wie erreiche ich Menschen mit Adipositas?**

Viele Betroffene sprechen das Thema Adipositas nicht aktiv an, obwohl ein hoher Leidensdruck besteht. Umso wichtiger ist eine niederschwellige und professionelle Kommunikation von Beratungsangeboten.

Geeignete Kommunikationskanäle sind:

#### **Homepage der Praxis**

Die Praxis-Homepage stellt häufig den ersten Kontaktpunkt dar.

Empfehlenswert hierbei sind nachfolgende Aspekte:

- eigene Rubrik „Adipositas-Sprechstunde“
- Vorstellung des Behandlungskonzepts
- Informationen zu Diagnostik und Therapie
- Hinweise auf Schulungen und Informationsveranstaltungen
- Möglichkeit zur Online-Terminvereinbarung
- FAQ-Bereich

### Social Media

Über soziale Medien können insbesondere jüngere Zielgruppen erreicht werden.

Ziel ist nicht Werbung für einzelne Medikamente, sondern Aufklärung über die Erkrankung und vorhandene Versorgungsangebote.

Geeignete Inhalte sind:

- Fakten zu Adipositas
- Vorstellung neuer Therapieoptionen
- Patienteninformationen
- Veranstaltungshinweise
- Erfolgsgeschichten (unter Wahrung aller Datenschutzvorgaben)

### Informationsveranstaltungen

Regelmäßige Patientenveranstaltungen haben sich als besonders wirksam erwiesen.

Solche Veranstaltungen können gemeinsam mit Ernährungsfachkräften, Sporttherapeuten oder regionalen Netzwerkpartnern durchgeführt werden.

Mögliche Themen hierbei sind:

- „Adipositas – mehr als nur Übergewicht“
- „Neue Behandlungsmöglichkeiten der Adipositas“
- „Ernährung und Bewegung im Alltag“
- „Medikamentöse Therapie – Chancen und Grenzen“

### Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Regionale Zeitungen, Stadtmagazine und kommunale Medien berichten häufig über Gesundheitsthemen.

Mögliche Formate sind:

- Fachartikel
- Patienteninformationen
- Interviews
- Hinweise auf Informationsabende
- Berichte über neue Praxisangebote

### Netzwerkarbeit

Eine wichtige Rolle spielt die Information zuweisender Kolleginnen und Kollegen.

Neben persönlichen Gesprächen können auch gemeinsame Informationsflyer erstellt oder auch Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden.

Hierzu gehören:

- Hausärzte
- Kardiologen
- Gynäkologen
- Orthopäden
- Pneumologen
- Schlafmediziner
- Psychologen

## 5.3 Wie spreche ich Patienten in der Praxis an?

Die Ansprache sollte sensibel, wertschätzend und lösungsorientiert erfolgen.

Hierbei sollte die Vermittlung, dass Adipositas eine chronische Erkrankung mit wirksamen Behandlungsoptionen ist im Vordergrund stehen.

Geeignete Gesprächseinstiege können sein:

- „Ihr Gewicht könnte Einfluss auf einige Ihrer gesundheitlichen Beschwerden haben. Wären Sie bereit, darüber zu sprechen?“

- „Es gibt heute deutlich mehr Behandlungsmöglichkeiten als noch vor wenigen Jahren. Darf ich Ihnen diese vorstellen?“
- „Viele Menschen erleben Schwierigkeiten bei der Gewichtsregulation. Gemeinsam können wir prüfen, welche Unterstützung für Sie sinnvoll sein könnte.“

Zu vermeidende Formulierungen:

- „Sie müssen einfach weniger essen.“
- „Sie sollten sich mehr zusammenreißen.“
- „Sie sind selbst schuld an Ihrem Gewicht.“

## 5.4 Patienteninformationen

Patienten sollten verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen erhalten.

Zu empfehlen sind:

- Praxisflyer
- Informationsmappen
- Links zu seriösen Internetseiten
- Hinweise auf Selbsthilfegruppen
- Schulungsunterlagen
- Informationsvideos

Wichtige Inhalte hierbei sind:

- Ursachen der Adipositas
- gesundheitliche Folgen
- Therapieziele
- Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen
- medikamentöse Therapieoptionen
- Bedeutung langfristiger Betreuung

Eine transparente Aufklärung verbessert die Therapieadhärenz und unterstützt realistische Erwartungen an den Behandlungsverlauf.

## 6 Implementierung einer Adipositas-Sprechstunde in der diabetologischen Schwerpunktpraxis

### 6.1 Von der Idee zur Versorgungsstruktur

Nachdem im vorherigen Kapitel die medizinischen Grundlagen der Adipositas sowie die Bedeutung einer strukturierten Therapie dargestellt wurden, widmet sich dieses Kapitel der praktischen Implementierung einer Adipositas-Sprechstunde innerhalb einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.

Die Einführung eines neuen Versorgungsangebotes stellt einen komplexen Organisationsprozess dar. Ziel ist es, die Adipositasmedizin als eigenständigen Schwerpunkt in die bestehenden Praxisabläufe zu integrieren, ohne die etablierten Strukturen der diabetologischen Versorgung zu beeinträchtigen. Voraussetzung hierfür sind klar definierte Prozesse, standardisierte Abläufe, geschulte Mitarbeitende sowie ein interprofessionelles Netzwerk. Eine erfolgreiche Implementierung beginnt daher nicht mit der ersten Patientenvorstellung, sondern bereits Monate zuvor mit der strukturierten Planung sämtlicher organisatorischer, personeller und medizinischer Rahmenbedingungen.

## 6.2 Projektplanung vor dem Start

Vor Beginn der Patientenversorgung sollte ein verbindlicher Projektplan erstellt werden.

| Projektphase               | Inhalt                                          | Verantwortlich                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Projektdefinition</b>   | Ziele, Leistungsumfang und Zielgruppe festlegen | Ärztliche Leitung / Praxismanagement |
| <b>Prozessentwicklung</b>  | Erstellung aller SOPs und Ablaufbeschreibungen  | Qualitätsmanagement                  |
| <b>Mitarbeiterschulung</b> | Medizinische und organisatorische Fortbildung   | Ärztliche Leitung                    |
| <b>Infrastruktur</b>       | Räume, Geräte und Materialien                   | Praxismanagement                     |
| <b>Dokumentation</b>       | Anamnesebögen, Arztbriefe, GOÄ-Vorlagen         | Ärztliche Leitung / QM               |
| <b>Netzwerkaufbau</b>      | Kooperationen mit externen Partnern             | Praxisleitung                        |
| <b>Marketing</b>           | Homepage, Flyer, Informationsveranstaltungen    | Praxismanagement                     |

## 6.3 Entwicklung standardisierter Praxisprozesse

Die Qualität einer Adipositas-Sprechstunde wird wesentlich durch standardisierte Abläufe bestimmt und kann sich dabei sehr gut an der Diabetessprechstunde orientieren. Sämtliche Prozesse sollten schriftlich im Qualitätsmanagementsystem hinterlegt und regelmäßig überprüft werden.

Empfohlen wird die Erstellung verbindlicher Standard Operating Procedures (SOPs) für:

- Terminvergabe
- Telefontriage
- Erstkontakt
- Versand von Informationsunterlagen
- Anamnese
- Diagnostik
- Laboranforderung
- BIA-Messung
- Therapieplanung
- Medikamenteneinleitung
- Verlaufskontrollen
- Recall-System
- Dokumentation
- Abrechnung/IGeL Management
- Nebenwirkungsmanagement
- Therapieabbrüche

Jeder Mitarbeitende sollte jederzeit nachvollziehen können, welcher Prozess in welcher Reihenfolge durchzuführen ist.

## 6.4 Standardisierte Diagnostik

Bereits vor dem Arztgespräch sollten sämtliche Basisparameter vollständig erhoben werden.

**Beispiel einer Erstdiagnostik:**

| Untersuchung  | Durchführung                                                                       |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Gewicht       | kalibrierte Personenwaage                                                          |
| Körpergröße   | Erstvorstellung                                                                    |
| BMI           | automatische Berechnung<br>(Körpergewicht (kg)/ Körpergröße in Metern zum Quadrat) |
| Taillenumfang | standardisierte Messung                                                            |

| Untersuchung | Durchführung                 |
|--------------|------------------------------|
| Blutdruck    | Messung an beiden Armen      |
| Puls         | Ruhepuls                     |
| BIA          | Körperzusammensetzung        |
| Labor        | standardisiertes Laborprofil |

## 6.5 Termin- & Zeitplanung

Zur Orientierung können nachfolgende Erfahrungswerte hilfreich sein.

| Aktivität                     | Dauer (min) |                    |        |
|-------------------------------|-------------|--------------------|--------|
|                               | Arzt        | Praxis-Mitarbeiter | Gesamt |
| <b>Adipositas-Ersttermin:</b> | 60          | 30                 | 90     |
| <b>Therapieeinleitung</b>     | 20          | 10                 | 30     |
| <b>Verlauf</b>                | 10          | 10                 | 20     |
| <b>Jahresreview</b>           | 30          | 15                 | 45     |

## 6.6 Qualifizierung des gesamten Praxisteam

Die Einführung einer Adipositas-Sprechstunde betrifft sämtliche Berufsgruppen in der Arztpraxis. Neben den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, müssen auch Medizinische Fachangestellte, Diabetesberaterinnen sowie Ernährungsfachkräfte in das Versorgungskonzept eingebunden werden.

Empfohlen wird daher ein hausinternes Schulungskonzept mit verpflichtenden Basismodulen.

### Mögliche Inhalte von Mitarbeiterschulungen

| Thema                                | Zielgruppe    |
|--------------------------------------|---------------|
| Krankheitsbild Adipositas            | gesamtes Team |
| Leitlinien                           | Ärzte         |
| Wirkmechanismen der Pharmakotherapie | Ärzte / MFA   |
| Injektionstraining                   | MFA           |
| Nebenwirkungsmanagement              | Ärzte / MFA   |
| Gesprächsführung                     | gesamtes Team |
| Stigmatisierungsfreie Kommunikation  | gesamtes Team |
| Dokumentation                        | MFA           |
| GOÄ-Abrechnung                       | Verwaltung    |
| Datenschutz                          | gesamtes Team |

## 6.7 Interne Fortbildungsstruktur

Neben der Grundqualifikation sollten regelmäßige interne Fortbildungen etabliert werden.

### Empfehlenswert sind:

- monatliche Fallkonferenzen,
- Journal Clubs,
- Morbiditätsbesprechungen,
- Medikamentenschulungen,
- Leitlinien-Updates,
- Workshops zur Gesprächsführung,
- Qualitätszirkel.

Hierdurch wird eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsqualität gewährleistet.



## 6.8 Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke

Eine leitliniengerechte Adipositas-therapie erfordert in vielen Fällen die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Die diabetologische Schwerpunktpraxis sollte daher frühzeitig ein regionales Netzwerk aufbauen und kontinuierlich pflegen.

**Mögliche Kooperationspartner hierbei sind:**

| Kooperationspartner                        | Ziel der Zusammenarbeit                                |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Hausärzte                                  | Zuweisung und Nachbetreuung                            |
| Ernährungsfachkräfte                       | Ernährungstherapie                                     |
| Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | Behandlung psychischer Komorbiditäten und Essstörungen |
| Physiotherapeutische Praxen                | Mobilisation und Schmerztherapie                       |
| Fitness- und Gesundheitsstudios            | Bewegungsprogramme                                     |
| Reha-Sportgruppen                          | Langfristige körperliche Aktivität                     |
| Sportvereine                               | Niedrigschwellige Bewegungsangebote                    |
| Selbsthilfegruppen                         | Erfahrungsaustausch und Motivation                     |
| Adipositaszentren                          | Bariatrische Chirurgie                                 |
| Schlafmedizinische Zentren                 | Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe                |
| Krankenkassen                              | Präventions- und Versorgungsprogramme                  |
| Kommunale Gesundheitsförderung             | Bewegungs- und Ernährungsprojekte                      |

Die Kooperation sollte nach Möglichkeit durch feste Ansprechpartner, standardisierte Überweisungswege und regelmäßige Netzwerktreffen effektiv gestaltet werden.

## 6.9 Erfolgsfaktoren der Implementierung

Die nachhaltige Etablierung einer Adipositas-Sprechstunde gelingt insbesondere dann, wenn organisatorische und medizinische Prozesse gleichermaßen standardisiert werden. Klare Verantwortlichkeiten, ein qualifiziertes interprofessionelles Team, verbindliche SOPs, strukturierte Diagnostik sowie ein belastbares regionales Versorgungsnetzwerk bilden die Grundlage für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftlich tragfähige und langfristig erfolgreiche Adipositasversorgung innerhalb einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.

## 7 Zusammenfassung & Fazit

Nachdem über viele Jahre Adipositas sowohl in der Gesellschaft als auch in den Organisationen der Gesundheitsversorgung und der Politik als eine auf Selbstverantwortung und „Lifestyle-Disziplin“ beruhende Problematik gesehen wurde, ist inzwischen angekommen, dass es sich bei Adipositas um eine chronische Erkrankung mit einer Vielzahl an gesundheitlichen und ökonomischen Komplikationen handelt.

Während die gesundheitspolitischen Entscheider bei der Durchsetzung erforderlicher Steuerungsmaßnahmen immer noch sehr verhalten agieren, sind die diabetologischen Schwerpunktpraxen hinsichtlich der strukturierten Versorgung des einzelnen Patienten bereits in der Umsetzung.

Dabei ist das in den Diabetes-Schwerpunktpraxen bereits etablierte Betreuungsteam und die Vernetzung mit anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung, die bei der Erkrankung an Diabetes eine zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche und dauerhaft erfolgreiche Therapie ist, ein ideales Fundament für die Schaffung fachärztlicher Betreuungsstrukturen für die Behandlung von an Adipositas erkrankten Menschen vorhanden.

Mit dem vorliegenden Leitfaden wollen wir Kolleginnen und Kollegen Anregungen und Hilfestellung geben, um eine erfolgreiche adiposilogische Betreuungsstruktur aufzubauen.

## 8 Anhang

### 8.1 Tools zur Unterstützung bei der Adipositas-Beratung / im Praxisalltag

#### 8.1.1 Kodierung

| Code 1.-4. Stelle | Beschreibung<br>(immer endstellig, d.h. mit 5 Stellen zu kodieren, z.B. E66.86)                                                                                             | ggfs Sekundär-Codes |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| E66.0-            | Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr                                                                                                                                  |                     |
| E66.1-            | Arzneimittelinduzierte Adipositas                                                                                                                                           |                     |
| E66.2-            | Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesitas-Hypoventilationssyndrom [OHS]</li> <li>• Pickwick-Syndrom</li> </ul> |                     |
| E66.8-            | Sonstige Adipositas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankhafte Adipositas</li> </ul>                                                                               |                     |
| E66.9-            | Adipositas, nicht näher bezeichnet                                                                                                                                          |                     |

| Code 5. Stelle | Beschreibung                                                                                                                                                                               |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas Grad I (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter;</li> <li>• Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35</li> </ul>  |
| 1              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas Grad II (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter;</li> <li>• Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40</li> </ul> |
| 4              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren [...]</li> </ul>                                                         |
| 5              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extreme Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren [...]</li> </ul>                                                 |
| 6              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter;</li> <li>• BMI von 40 bis unter 50</li> </ul>                  |
| 7              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter;</li> <li>• BMI von 50 bis unter 60</li> </ul>                  |
| 8              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adipositas Grad III (WHO) bei Patientinnen oder Patienten von 18 Jahren und älter;</li> <li>• BMI von 60 und mehr</li> </ul>                      |
| 9              | Grad oder Ausmaß der Adipositas nicht näher bezeichnet (Angaben der jeweiligen Fachinformation zu möglichen Kontraindikationen oder Therapiehinweisen beachten.)                           |

#### Psycho-Diagnostik

| ICD-10 Codes | ICD-11 Codes | Beschreibung                                                                                                                          |
|--------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F32.9        | 6A7Z         | Depression                                                                                                                            |
| F41.9        | 6B0Z         | Angststörungen                                                                                                                        |
| F50.4        | 6B82         | Binge Eating Störung                                                                                                                  |
| F90.9        | 6A05         | Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom (AHDS)                                                                                         |
| F43.1        | 6B40 / 6B41  | Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)                                                                                             |
| F54          | 6E4          | Psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (in Kombination mit jeweiliger Adipositas-Diagnose) |

### 8.1.2 Leistungsmodule & Preise mit Abgrenzung GKV & PKV vs. IGeL

| Preisliste                                       | GKV | GOÄ-Ziffer   | IGeL      | Euro          |
|--------------------------------------------------|-----|--------------|-----------|---------------|
| Telefonische Erstberatung                        |     |              | kostenlos |               |
| <b>6-Monate-Premium-Paket</b>                    |     |              |           |               |
| Anamneseerhebung                                 | X   |              |           |               |
| Gesundheitsuntersuchung                          | X   | 29           |           |               |
| BIA-Messung                                      |     | A650         | X         | 22,15         |
|                                                  |     |              |           | <b>22,15</b>  |
| <b>Basislabor</b>                                |     |              |           |               |
| Blutentnahme                                     | X   | 250          |           |               |
| Cholesterin                                      | X   | 3562.H1      |           |               |
| HDL                                              | X   | 3563.H1      |           |               |
| LDL                                              | X   | 3564.H1      |           |               |
| Triglyceride                                     | X   | 3565.H1      |           |               |
| TSH-O                                            | X   | 4030         |           |               |
| Glukose                                          | X   | 3560         |           |               |
| HbA1c                                            | X   | 3561         |           |               |
| Eingehende Erörterung                            | X   | 34           |           |               |
| <b>Behandlungsplan</b>                           | X   | A78          |           |               |
| Ernährungsberatung in Gruppen                    |     | 20 *12       | X         | 293,58        |
| ICH-nehme-ab-Folder der DGE (Selbstkostenpreis)  |     |              | X         | 68,00         |
| Telefonische Beratung (monatlich)                | X   | 1*4          |           |               |
|                                                  |     |              |           | <b>361,58</b> |
| <b>Kontrolltermin nach 3 Monaten</b>             |     |              |           |               |
| BIA-Messung                                      |     | A650         | X         | 22,15         |
| Organuntersuchung                                | X   | 7            |           |               |
| Beratung                                         | X   | 1            |           |               |
|                                                  |     |              |           | <b>22,15</b>  |
| <b>Kontrolltermin nach 6 Monaten</b>             |     |              |           |               |
| BIA-Messung                                      |     | A650         | X         | 22,15         |
| Organuntersuchung                                | X   | 7            |           |               |
| Beratung                                         | X   | 1            |           |               |
|                                                  |     |              |           | <b>22,15</b>  |
| <b>3-Monate-Verlängerungs-Paket</b>              |     |              |           |               |
| BIA-Messung                                      |     | A650         | X         | 22,15         |
| Betreuungsleistungen                             | X   | 15           |           |               |
| Organuntersuchung                                | X   | 7            |           |               |
| Telefonische Beratung (monatlich)                | X   | 1*2          |           |               |
|                                                  |     |              |           | <b>22,15</b>  |
| <b>Optionale Leistungen außerhalb der Pakete</b> |     |              |           |               |
| Kurztermin (auch telefonisch)                    | X   | 1            |           |               |
| Zusatzlabor                                      |     | nach Aufwand | ggfs. X   |               |

#### Hinweise:

Vorstehende Darstellung versteht sich als mögliche Strukturierung von Leistungsmodulen. Die angegebenen Preise von IGeL dienen zur Orientierung.

## 8.2 Formulare Adipositas-therapie für den Praxisalltag

### 8.2.1 Erstvorstellung Anamnese

**Link Download:** [https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/01\\_Anamnesebogen\\_Adipositas\\_Diabetologen\\_Hessen.pdf](https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/01_Anamnesebogen_Adipositas_Diabetologen_Hessen.pdf)



## 01\_Erstvorstellung Anamnesebogen Adipositas

**Praxis:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

### Patientendaten

|                                                         |                                                                     |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b>                                            | <b>Geburtsdatum:</b>                                                | <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D |
| <b>Beruf:</b><br><input type="checkbox"/> Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet |                                                                                                        |
| <b>Körpergröße (cm)</b>                                 | <b>Gewicht (kg)</b>                                                 | <b>BMI:</b>                                                                                            |
| <b>Blutdruck: Arm rechts: _____ links: _____</b>        | <b>Herzfrequenz:</b>                                                | <b>Bauchumfang:</b>                                                                                    |
| <b>BIA FM: _____ BIA FFM: _____</b>                     | <b>Waist to height Ratio:</b>                                       | <b>Hüftumfang (cm):</b>                                                                                |
| <b>Telefon:</b>                                         | <b>E-Mail:</b>                                                      |                                                                                                        |
| <b>Hausarzt:</b>                                        | <b>Überweisender Arzt:</b>                                          |                                                                                                        |

### 1. Motivation und Therapieziel

☐ Gesundheit ☐ Diabetes ☐ Blutdruck ☐ Herz ☐ Gelenke ☐ Beweglichkeit ☐ Lebensqualität

☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_ Wunschgewicht: 3 / 6 / 12 Monate: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kg

### 2. Gewichtsanamnese

Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Höchstgewicht: \_\_\_\_\_ kg Niedrigstes Erwachsenengewicht: \_\_\_\_\_ kg

Gewicht vor 1 Jahr: \_\_\_\_\_ kg

Übergewicht seit: ☐ Kindheit ☐ Jugend ☐ Erwachsenenalter

Auslöser: ☐ Schwangerschaft ☐ Wechseljahre ☐ Stress ☐ Schichtarbeit

☐ Medikamente ☐ Erkrankung ☐ Raucherentwöhnung ☐ keine

### 3. Begleiterkrankungen

- |                                      |                                            |                                         |                                                                            |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prädiabetes | <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> Hypertonie     | <input type="checkbox"/> Dyslipidämie <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> KHK         | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern | <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Fettleber   |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> PCOS              | <input type="checkbox"/> Reflux         | <input type="checkbox"/> Chronische Nierenerkrankung                       |
| <input type="checkbox"/> Arthrose    | <input type="checkbox"/> Depression        | <input type="checkbox"/> Krebs          | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                            |
| <input type="checkbox"/> Lymphödem   | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden |                                         |                                                                            |

#### 4. Frühere Gewichtsreduktion

- ☐ Ernährungsberatung ☐ Bewegungstherapie ☐ Verhaltenstherapie ☐ Formula-Diät  
☐ Bariatrische Operation

#### 5. Aktuelle Medikamente

- ☐ Dauermedikation ☐ Medikationsplan mitgebracht  
☐ Insulin ☐ Sulfonylharnstoffe ☐ Cortison ☐ Antidepressiva ☐ Neuroleptika ☐ Betablocker

#### Medikamentöse Therapie:

| Medikament | Zeitraum | Erfolg                                                                            |                                                                                   |                                                                                   | Abbruchgrund |
|------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|            |          |  |  |  |              |
| Semaglutid |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
| Tirzepatid |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
| Liraglutid |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
| Sonstige   |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
|            |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
|            |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |
|            |          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |              |

#### 6. Ernährung / Bewegung / Schlaf

Ernährung: ☐ Heißhunger ☐ Emotionales Essen ☐ Essanfälle ☐ Süßigkeiten täglich ☐ Zuckerhaltige Getränke täglich

Bewegung: ☐ <60 Min./Woche ☐ 60–150 Min./Woche ☐ >150 Min./Woche

Schlaf: ☐ Schnarchen ☐ Tagesmüdigkeit ☐ Schlafapnoe ☐ CPAP ☐ Schlaf <6 Stunden

#### 7. Familienanamnese

- ☐ Adipositas ☐ Diabetes ☐ Hypertonie ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall

#### 8. Lebensqualität

Belastung durch das Gewicht (0–10): \_\_\_\_\_  
(0 – niedrig / 10 – sehr hoch)

Schmerzen (0–10): \_\_\_\_\_

9. Labor:

|                                                                               |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Kleines Blutbild                                     |       |       |
| <input type="checkbox"/> TSH-Wert:                                            | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HbA1c                                                | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nüchternblutglukose<br>NaF-Heparin-<br>Röhrchen/POCT | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesamt-Cholesterin                                   | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> LDL-C                                                | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HDL-C                                                | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Triglyzeride                                         | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> GOT                                                  | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> GGT                                                  | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> GPT                                                  | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> FIB4                                                 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Natrium                                              | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kalium                                               | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> eGFR                                                 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure                                            | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> UACR                                                 | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> NT-proBNP                                            | _____ | _____ |

## 8.2.2 Jahresverlaufsbogen

**Link Download:** [https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/02\\_Jahresverlaufsbogen\\_Adipositas\\_Diabetologen\\_Hessen.pdf](https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/02_Jahresverlaufsbogen_Adipositas_Diabetologen_Hessen.pdf)



### 02\_Jahresverlaufsbogen Adipositas

Patient: \_\_\_\_\_ (Name, Adresse) Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ (Name, Ort) Therapiebeginn: \_\_\_\_\_

#### 1. Anthropometrie und Verlauf

| Parameter          | Start | 4 Wo | 8 Wo | 12 Wo | 24 Wo | 36 Wo | 52 Wo |
|--------------------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Gewicht (kg)       |       |      |      |       |       |       |       |
| BMI                |       |      |      |       |       |       |       |
| % Gewichtsverlust  |       |      |      |       |       |       |       |
| Taillenumfang (cm) |       |      |      |       |       |       |       |
| RR (mmHg)          |       |      |      |       |       |       |       |
| Puls               |       |      |      |       |       |       |       |
| HbA1c (%)          |       |      |      |       |       |       |       |
| LDL (mg/dl)        |       |      |      |       |       |       |       |
| eGFR               |       |      |      |       |       |       |       |
| GPT/GGT            |       |      |      |       |       |       |       |

#### 2. Therapie

Aktuelle Therapie: ☐ Ernährung ☐ Bewegung ☐ Verhaltenstherapie ☐ Semaglutid ☐ Tirzepatid ☐ Sonstige \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Adhärenz: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ teilweise ☐ schlecht

Nebenwirkungen: ☐ keine ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Obstipation ☐ Diarrhö ☐ Sonstige \_\_\_\_\_

#### 3. Erfolgskriterien

☐  $\geq 5$  % Gewichtsverlust nach 3–6 Monaten ☐  $\geq 10$  % nach 12 Monaten

SMART-Ziel: ☐ erreicht ☐ teilweise ☐ nicht erreicht Lebensqualität: ☐ verbessert ☐ unverändert ☐ verschlechtert

Körperliche Aktivität: ☐ verbessert ☐ unverändert ☐ verschlechtert

#### 4. Begleitmaßnahmen

☐ Ernährungsberatung ☐ Bewegungstherapie ☐ Verhaltenstherapie ☐ Psychologische Unterstützung

☐ Bariatrisches Zentrum

#### 5. Ärztliche Entscheidung

☐ Therapie unverändert ☐ Dosissteigerung ☐ Medikamentenwechsel ☐ Therapie beenden

☐ Bariatrische Therapie prüfen ☐ Wiedervorstellung in \_\_\_\_\_ Wochen

#### 6. Bemerkungen

---



---

## 8.2.3 Patientenmappe

**Link Download:** [https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/03\\_Patientenmappe\\_Adipositas\\_Diabetologen\\_Hessen.pdf](https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/03_Patientenmappe_Adipositas_Diabetologen_Hessen.pdf)



### 03\_Patientenmappe Adipositas

#### 1. Adipositas verstehen

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Schon 5–10 % Gewichtsverlust können Blutdruck, Blutzucker, Leberverfettung und Gelenkbeschwerden verbessern. Ziel ist eine langfristige Gesundheitsverbesserung – nicht eine kurzfristige Diät.

#### 2. Meine Therapieziele

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Aktuelles Gewicht            | kg |
| Wunschgewicht                | kg |
| Ziel in 3 Monaten            | kg |
| Ziel in 12 Monaten           | kg |
| Meine Motivation             |    |
| Belohnung bei Zielerreichung |    |

#### 3. Ernährungstagebuch (Beispieltag)

| Uhrzeit | Essen/Getränke | Menge | Hunger / Stimmung | 😊 | 😐 | 😞 |
|---------|----------------|-------|-------------------|---|---|---|
|         |                |       |                   |   |   |   |
|         |                |       |                   |   |   |   |
|         |                |       |                   |   |   |   |
|         |                |       |                   |   |   |   |
|         |                |       |                   |   |   |   |
|         |                |       |                   |   |   |   |

#### 4. Bewegungsprotokoll

| Tag | Aktivität | Minuten |
|-----|-----------|---------|
| Mo  |           |         |
| Di  |           |         |
| Mi  |           |         |
| Do  |           |         |
| Fr  |           |         |
| Sa  |           |         |
| So  |           |         |

#### 5. GLP-1-/GIP-Therapie – Häufige Fragen

- Appetit nimmt meist innerhalb weniger Wochen ab.
- Essen Sie langsam und beenden Sie die Mahlzeit bei Sättigung.
- Eiweißreich essen (z. B. Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Fisch, Fleisch).
- 1,5–2 Liter kalorienfreie Getränke pro Tag trinken (wenn medizinisch nichts dagegen spricht).
- Übelkeit bessert sich häufig nach einigen Wochen.



## 6. Was hilft bei Nebenwirkungen?

| Beschwerde  | Empfehlung                                                        |
|-------------|-------------------------------------------------------------------|
| Übelkeit    | kleine Mahlzeiten, langsam essen, fettarme Speisen                |
| Verstopfung | mehr trinken, ballaststoffreiche Kost, Bewegung                   |
| Durchfall   | ausreichend trinken, leichte Kost                                 |
| Erbrechen   | kleine Portionen, bei anhaltenden Beschwerden Praxis kontaktieren |

## 7. Wann sollten Sie die Praxis kontaktieren?

- Starke oder anhaltende Bauchschmerzen
- Wiederholtes Erbrechen
- Flüssigkeitsmangel oder Kreislaufprobleme
- Schwere Unterzuckerungen (bei Diabetestherapie)
- Alle Beschwerden, die Sie verunsichern

## 8. Meine nächsten Schritte

- ☐ täglich mindestens 30 Minuten Bewegung
- ☐ Zuckerhaltige Getränke vermeiden
- ☐ Eiweißreiche Ernährung
- ☐ Medikamente wie verordnet anwenden
- ☐ Kontrolltermine wahrnehmen

## 9. Nächster Termin

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Fragen an das Praxisteam: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 8.2.4 Praxishandbuch – Checkliste

**Link Download:** [https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/04\\_Praxishandbuch\\_Adipositas\\_Diabetologen\\_Hessen.pdf](https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/04_Praxishandbuch_Adipositas_Diabetologen_Hessen.pdf)



# 04\_Praxishandbuch Checklisten & Qualitätsstandards

## 1. Checkliste Erstvorstellung (MFA)

- ☐ Patientenbogen vollständig
- ☐ Größe, Gewicht und BMI erfasst
- ☐ Taillenumfang gemessen
- ☐ Blutdruck und Puls dokumentiert
- ☐ Medikationsplan eingescannt
- ☐ Vorbefunde/Labor vorhanden
- ☐ Einwilligungen unterschrieben

## 2. Checkliste Arzt

- ☐ Adipositasgrad dokumentiert
- ☐ Komorbiditäten bewertet
- ☐ Sekundäre Ursachen ausgeschlossen
- ☐ Therapieziel festgelegt (SMART)
- ☐ Lebensstilmaßnahmen besprochen
- ☐ Indikation GLP-1-/GIP-Therapie geprüft
- ☐ Indikation bariatrische Chirurgie geprüft
- ☐ Kontrolltermin vereinbart

## 3. Therapiealgorithmus (Kurzfassung)

| Schritt | Maßnahme                                       |
|---------|------------------------------------------------|
| 1       | Diagnose, BMI, Komorbiditäten, Motivation      |
| 2       | Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie |
| 3       | Prüfung medikamentöse Therapie nach Leitlinie  |
| 4       | Verlaufskontrolle nach 4–12 Wochen             |
| 5       | Therapieanpassung oder Eskalation              |

## 4. Qualitätsindikatoren

- ☐ Ausgangsgewicht dokumentiert
- ☐ HbA1c erhoben (bei Indikation)
- ☐ Blutdruck dokumentiert
- ☐ Gewichtsverlust nach 3 und 12 Monaten bewertet
- ☐ Lebensqualität erfasst
- ☐ Nebenwirkungen dokumentiert
- ☐ Therapieadhärenz dokumentiert

## 5. Verlaufsintervalle

| Zeitpunkt   | Empfohlene Inhalte                 |
|-------------|------------------------------------|
| Start       | Anamnese, Untersuchung, Labor      |
| 4 Wochen    | Verträglichkeit, Dosis, Gewicht    |
| 8–12 Wochen | Gewicht, Blutdruck, Motivation     |
| 24 Wochen   | Labor, Therapieerfolg              |
| 52 Wochen   | Jahresbewertung, weiteres Vorgehen |

## 6. Dokumentation

Verantwortliche Praxis: \_\_\_\_\_

## 8.2.5 Leitfaden Medikamentöse Therapie

**Link Download:** [https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/05\\_Medikamentose\\_Adipositastherapie\\_Diabetologen\\_Hessen.pdf](https://www.diabetologen-hessen.de/wp-content/uploads/2026/07/05_Medikamentose_Adipositastherapie_Diabetologen_Hessen.pdf)



### 05\_Leitfaden Medikamentöse Adipositastherapie

#### 1. Indikationscheck

- ☐ BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- ☐ BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> mit adipositasassoziierter Begleiterkrankung
- ☐ Lebensstiltherapie begonnen
- ☐ Motivation und Therapieziele besprochen
- ☐ Kontraindikationen geprüft

#### 2. Vor Therapiebeginn dokumentieren

- Gewicht, BMI, Taillenumfang
- Blutdruck, Puls
- HbA1c / Glukose
- Lipidprofil
- Leberwerte und eGFR
- Begleiterkrankungen
- Begleitmedikation

#### 3. Medikamentöse Therapie

| Wirkstoff         | Aufdosierung          | Wichtige Hinweise                        | Kontrolle   |
|-------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|
| Semaglutid        | gemäß Fachinformation | langsame Dosissteigerung, GI-NW beachten | 4–8 Wochen  |
| Tirzepatid        | gemäß Fachinformation | langsame Dosissteigerung, GI-NW beachten | 4–8 Wochen  |
| Weitere Präparate | gemäß Fachinformation | indikationsgerecht einsetzen             | individuell |

#### 4. Häufige Nebenwirkungen

| Nebenwirkung | Empfehlung                                      |
|--------------|-------------------------------------------------|
| Übelkeit     | kleine Portionen, langsam essen                 |
| Erbrechen    | Flüssigkeit sichern, bei Persistenz Rücksprache |
| Obstipation  | Trinken, Ballaststoffe, Bewegung                |
| Durchfall    | Flüssigkeit, leichte Kost                       |

#### 5. Kriterien für Fortführung

- ☐ Therapie wird gut vertragen
- ☐ klinisch relevanter Gewichtsverlust
- ☐ Verbesserung metabolischer Parameter
- ☐ Gemeinsame Therapieentscheidung mit Patient

#### 6. Gründe für Therapieanpassung

- ☐ Ausbleibender Therapieerfolg
- ☐ Nicht tolerierbare Nebenwirkungen
- ☐ Kontraindikationen oder neue Risiken
- ☐ Wunsch des Patienten

#### 7. Verlaufskontrollen

Empfohlen nach 4, 8–12, 24 und 52 Wochen mit Dokumentation von Gewicht, BMI, Taillenumfang, Vitalparametern, Labor (je nach Indikation) und Verträglichkeit.

### 8.3 Haftungsausschluss

Alle Angaben richten sich ausschließlich an Ärzte und Zahnärzte und sind anhand der zitierten Quellen erstellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der Angaben kann nicht übernommen werden. Für die zu treffende Therapieentscheidung sind außerdem die individuelle Situation des Patienten sowie die jeweils aktuelle Fachinformation des einzusetzenden Arzneimittels zu berücksichtigen. Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt.

Die Erstellung erfolgte mit freundlicher Unterstützung der Lilly Deutschland GmbH.



### 8.4 Quellenverzeichnis

#### a) Endnoten

---

- <sup>1</sup> Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheitszustand, Körpermaße und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Mikrozensus 2025.
- <sup>2</sup> World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight. Fact Sheet. Genf: WHO; aktuelle Fassung.
- <sup>3</sup> Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Berlin.
- <sup>4</sup> Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. Aktuelle Fassung.
- <sup>5</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4088/DMP-A-RL\\_2025-11-20\\_iK-2026-04-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4088/DMP-A-RL_2025-11-20_iK-2026-04-01.pdf)
- <sup>6</sup> [https://www.dzd-ev.de/artikel/aktualisierte-s3-leitlinie-zur-praevention-und-therapie-der-adipositas/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.dzd-ev.de/artikel/aktualisierte-s3-leitlinie-zur-praevention-und-therapie-der-adipositas/?utm_source=chatgpt.com)
- <sup>7</sup> <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/details/news/detail/News/s3-leitlinie-praevention-und-therapie-der-adipositas.html>
- <sup>8</sup> [https://www.ddg.info/diabetes-zeitung/ddg-06/2022/adipositas-eine-krankheit-mit-folgen?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ddg.info/diabetes-zeitung/ddg-06/2022/adipositas-eine-krankheit-mit-folgen?utm_source=chatgpt.com)

#### b) Quellen

##### Kapitel 4

1. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG): S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“, AWMF-Registernummer 050-001 ([Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.](#))
2. de Zwaan M., Hauner H., Holzapfel C. et al. (2025): Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Adipositas – Überblick. ([ResearchGate](#))
3. DZD (2024): Aktualisierung der S3-Leitlinie Adipositas ([DZD Diabetesforschung](#))
4. Bayerisches Ärzteblatt (2016): S3-Leitlinie Adipositas – Therapieempfehlungen ([Bayerisches Ärzteblatt](#))
5. Deutsche Diabetes Gesellschaft (2022): Adipositas als chronische Erkrankung ([Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.](#))