



# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Bedeutung von Adipositas (Fettleibigkeit)  
für betroffene Menschen im Erwachsenenalter“

Verfasserin

Azra Taletovic-Kuduzovic

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil. )

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Berta Schrems

# Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass

ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet habe.

ich diese wissenschaftliche Arbeit weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

diese Arbeit mit dem von der Begutachterin beurteilten Exemplar übereinstimmt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Dr. Berta Schrems für die freundliche und kompetente Betreuung bedanken.

Ein besonderer Dank gilt meinen Interviewteilnehmerinnen, die mir diese Untersuchung ermöglicht haben.

Bei meinem Mann Mag. Edis Taletovic und meinen Kindern Abdullah, Zejneb und Selsebil, die mich während des ganzen Studiums tatkräftig unterstützt und volles Verständnis für meine Diplomarbeit gehabt haben, möchte ich mich ganz herzlich bedanken.

Weiters möchte ich meiner Schwester Dr. Sabina Kuduzovic für ihre Unterstützung und vor allem für ihre Beratung bei medizinischen Fragen zu der Krankheit Adipositas danken.

Bei meinem Bruder Mag. Serif Kuduzovic möchte ich mich auch herzlich für die Formatierung der Diplomarbeit bedanken.

Meinen Eltern Camil und Adila, denen ich diese Arbeit widmen möchte, gebührt besonderer Dank, weil sie meine große Stütze waren und immer an mich geglaubt haben.

Weiters möchte ich allen Freunden danken, die immer für mich da waren.

# Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Krankheit Adipositas ist die größte gesundheitliche Herausforderung nicht nur für den Einzelnen, sondern für die gesamte Gesellschaft. Adipositas wird als eine multifaktoriell bedingte Erkrankung mit epidemischem Ausmaß gesehen. Übergewichtige und Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, sind im täglichen Leben mit spezifischen Problemen konfrontiert.

**Ziele:** Das zentrale Ziel dieser Arbeit war, die Erkenntnisse zu schaffen, die das Problembewusstsein bei Betroffenen, die an Adipositas erkrankt sind, stärken können. Ein weiteres Ziel war, herauszufinden, ob Menschen, die an Adipositas leiden, in ihrem psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt sind und wie sich dies auf die Bewältigung des Gesundheitsmanagements auswirkt.

**Methode:** Um die Erlebnisse und Erfahrungen von Betroffenen, die an Adipositas leiden, zu erforschen, wurden fünf halbstandardisierte Interviews durchgeführt und mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die wichtigsten Erkenntnisse dieser Untersuchung sind, dass Adipositas von Betroffenen verdrängt und nicht wahrgenommen wird, solange keine gesundheitliche Konsequenzen auftreten. Es zeigt sich, dass diese Gruppe von Menschen an starken psychischen Belastungen leidet, die durch enorme Stigmatisierung durch andere Personen verursacht werden. Durch diese Belastungen verschlechtert sich auch die Bewältigung des Gesundheitsmanagements.

**Schlussfolgerung:** Mangelndes Bewusstsein kann darauf zurückgeführt werden, dass viele der Betroffenen dieses Problem mit der Krankheit schon seit der Kindheit haben. Es wäre empfehlenswert, die Eltern für diese Problematik zu sensibilisieren, damit sie präventiv auf ihre Kinder einwirken können. Es soll bereits vor dem Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden im Erwachsenenalter ein Problembewusstsein geschaffen werden, so dass Adipositas wahrgenommen und als bewältigbar angesehen

hen werden kann. Betreffend die Stigmatisierung wäre es wünschenswert, wenn die Gesellschaft offener wäre und der/die Einzelne sich trauen würde, nach dem Grund, der zu Adipositas geführt hat, zu fragen. Zur Verbesserung des Problembewusstseins der Pflege wäre es empfehlenswert, Ausbildungskurse inklusive Praxisarbeit anzubieten, die auch von den Krankenkassen übernommen werden sollten.

## Abstract

**Background:** The disease obesity is the biggest health challenge of today, not only for individuals, but for the entire society. It is a multifactorial disease with epidemic proportions. Overweight people and those who are suffering from obesity have to cope with specific problems in their daily lives.

**Objectives:** The main objective of this diploma thesis was to enhance awareness in individuals who suffer from obesity. Another aim was to find out whether obese people are impaired in their psychological condition and how this disease affects their health management in general.

**Applied method:** In order to explore experiences of those who suffer from obesity, there have been conducted five semi-structured interviews and afterwards analyzed by using the qualitative content analysis established by Phillip Mayring.

**Results:** The main findings of this work are that obesity gets suppressed by those who are impacted by it, as long as no health consequences occur. It turns out that affected persons suffer from severe mental stress caused by enormous stigmata by others. Health management occurs to get worse when victims of obesity have to deal with psychological problems, like dealing with different prejudices and refusal by the society.

**Conclusion:** The lack of awareness can be attributed to the fact that many of those affected have a problem with the disease since childhood.

Hence, it would be advisable for parents to raise awareness about the issue, so they can act preemptively regarding their children. It is prior to the occurrence of health problems in adulthood is created awareness of the problem may be that perceived obesity and considered manageable. Regarding the stigmatisation of obese people, it would be very effective if the society was more openminded about this health problem and dare asking questions what reasons lead to obesity. To improve awareness of the care for those who need it, it would be advisable to provide training courses including practical work, which should be taken over by the health insurance.

# Inhaltsverzeichnis

|       |                                                          |    |
|-------|----------------------------------------------------------|----|
| 1     | Einleitung .....                                         | 10 |
| 1.1   | Problemlage .....                                        | 10 |
| 1.2   | Ziel dieser Arbeit .....                                 | 11 |
| 1.3   | Fragestellungen dieser Arbeit .....                      | 12 |
| 1.4   | Aufbau der Arbeit .....                                  | 12 |
| 2     | Definition der Adipositas .....                          | 14 |
| 2.1   | Klassifikation der Adipositas.....                       | 14 |
| 2.1.1 | Body-Mass-Index (BMI) .....                              | 15 |
| 2.1.2 | Broca-Index (BI).....                                    | 16 |
| 2.1.3 | Taille-Hüft-Verhältnis (WHR).....                        | 16 |
| 2.1.4 | Messung der Hautfaltendicke.....                         | 17 |
| 2.1.5 | Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) .....               | 18 |
| 2.1.6 | Andere Messmethoden.....                                 | 18 |
| 3     | Epidemiologie und Prävalenz der Adipositas .....         | 20 |
| 4     | Ätiologie der Adipositas.....                            | 22 |
| 4.1   | Genetische Ursachen.....                                 | 22 |
| 4.2   | Sekundäre Adipositas .....                               | 23 |
| 4.3   | Energiebilanz .....                                      | 24 |
| 4.4   | Bewegungsmangel.....                                     | 25 |
| 4.5   | Essverhalten .....                                       | 26 |
| 5     | Folgen der Adipositas .....                              | 28 |
| 5.1   | Physische Folgeerkrankungen .....                        | 29 |
| 5.1.1 | Metabolisches Syndrom – kardiovaskuläre Erkrankungen ... | 29 |
| 5.1.2 | Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates .....     | 31 |
| 5.1.3 | Krebserkrankungen.....                                   | 32 |
| 5.2   | Psychosoziale Folgen .....                               | 32 |
| 5.2.1 | Diskriminierung und Stigmatisierung.....                 | 33 |
| 5.3   | Auswirkungen der Adipositas auf die Pflege .....         | 33 |
| 5.4   | Ökonomische Folgen .....                                 | 34 |
| 6     | Therapiemöglichkeiten .....                              | 36 |

|        |                                                                                                                             |    |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.1    | Verhaltenstherapie.....                                                                                                     | 37 |
| 6.1.1  | Ernährungstherapie.....                                                                                                     | 37 |
| 6.1.2  | Bewegungstherapie.....                                                                                                      | 41 |
| 6.2    | Medikamentöse Therapie .....                                                                                                | 42 |
| 6.3    | Chirurgische Therapie .....                                                                                                 | 43 |
| 6.3.1  | Operationstechniken .....                                                                                                   | 44 |
| 7      | Aspekte des Gesundheitsmanagements, des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität.....                               | 45 |
| 7.1    | Gesundheitsmanagement.....                                                                                                  | 45 |
| 7.2    | Psychisches Wohlbefinden.....                                                                                               | 47 |
| 7.3    | Lebensqualität .....                                                                                                        | 50 |
| 8      | Aktueller Forschungsstand zu den Aspekten ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkungen auf die Psyche‘..... | 53 |
| 9      | Empirische Untersuchung .....                                                                                               | 58 |
| 9.1    | Forschungsdesign .....                                                                                                      | 58 |
| 9.2    | Die Methode .....                                                                                                           | 59 |
| 9.2.1  | Qualitative Interviews .....                                                                                                | 59 |
| 9.2.2  | Methode der Datenauswertung .....                                                                                           | 62 |
| 9.3    | Die Durchführung der Datenerhebung.....                                                                                     | 65 |
| 9.4    | Gütekriterien qualitativer Forschung.....                                                                                   | 66 |
| 10     | Darstellung der Ergebnisse .....                                                                                            | 69 |
| 10.1   | Kategorie: Wahrnehmung.....                                                                                                 | 70 |
| 10.1.1 | Verdrängte Wahrnehmung .....                                                                                                | 71 |
| 10.1.2 | Bewusste Wahrnehmung .....                                                                                                  | 72 |
| 10.2   | Kategorie: Belastung .....                                                                                                  | 76 |
| 10.2.1 | Eingeschränkte Lebensqualität .....                                                                                         | 77 |
| 10.2.2 | Verstimmung .....                                                                                                           | 79 |
| 10.2.3 | Stigmatisierung durch andere Personen .....                                                                                 | 82 |
| 10.3   | Kategorie: Die zwei Welten.....                                                                                             | 85 |
| 10.3.1 | Leben mit der Krankheit Adipositas.....                                                                                     | 86 |
| 10.3.2 | Leben nach der Bewältigung der Krankheit.....                                                                               | 94 |
| 11     | Diskussion.....                                                                                                             | 98 |

|      |                                                |     |
|------|------------------------------------------------|-----|
| 11.1 | Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit.....  | 98  |
| 11.2 | Auswirkungen auf die Psyche .....              | 99  |
| 11.3 | Ausblick.....                                  | 100 |
| 11.4 | Limitationen der Arbeit .....                  | 101 |
| 12   | Schlussfolgerung .....                         | 102 |
| 13   | Literaturverzeichnis.....                      | 105 |
| 14   | Abbildungsverzeichnis .....                    | 117 |
| 15   | Tabellenverzeichnis .....                      | 118 |
| 16   | Anhang .....                                   | 119 |
| 16.1 | Fragebogen zur Messung der Lebensqualität..... | 119 |
| 16.2 | Interviewleitfaden .....                       | 124 |
| 16.3 | Einverständniserklärung.....                   | 127 |
| 16.4 | Lebenslauf.....                                | 128 |

# 1 Einleitung

Während meines vor zwei Jahren absolvierten Praktikums bei einem praktischen Arzt fiel mir auf, dass viele der PatientInnen an starkem Übergewicht leiden. Das Thema Adipositas fing an, immer mehr mein Interesse zu erwecken, weil ich im Laufe dieser Zeit merkte, dass es ein ernsthaftes gesundheitliches Problem ist. Dabei nahm ich wahr, dass die betroffenen Menschen ihre Erfahrungen machten, die eigentlich ihr gesamtes Leben betrafen. Infolge dieser Erfahrungen stellte ich fest, dass diese Menschen Aufmerksamkeit und Unterstützung brauchen. Ich als Pflegewissenschaftlerin fühlte mich verpflichtet, mehr über dieses Thema in Erfahrung zu bringen und die Bedeutung dieser Krankheit zu erkennen. Ich beschäftigte mich mehr mit der Problematik, erkundigte mich über das Thema, beschaffte mir mehr Informationen und fragte mich dabei immer, wie es eigentlich diesen Leuten, die großes Übergewicht haben, geht? Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen meine Diplomarbeit in diesem Bereich zu schreiben. Das Thema meiner Diplomarbeit ist ‚Die Bedeutung von Adipositas für betroffene Menschen im Erwachsenenalter‘. Ich werde mich ausschließlich mit Adipositas im Erwachsenenalter auseinandersetzen, da eine ausführlichere Behandlung dieser Thematik betreffend Kinder und Jugendliche den Rahmen meiner Diplomarbeit sprengen würde.

## 1.1 Problemlage

Vor mehr als 20 Jahren wurde Adipositas (Fettleibigkeit) als ein kosmetisches Problem aufgefasst. Es wurde davon ausgegangen, dass simples Fehlverhalten der einzelnen Personen die Ursache für Fettleibigkeit sei. Diese Annahme hat sich inzwischen geändert und aus dem damaligen kosmetischen Problem ist eine der größten Herausforderungen der modernen Medizin geworden. Adipositas wird als eine multifaktoriell bedingte Erkrankung mit epidemischem Ausmaß gesehen (Ludvik, 2010, Ruano Gil, Silvestre Teruel, Aguirregoicoa García, Criado Gómez, Duque López & García-Blanch, 2011; Hurt, Kulisek, Buchanan & McClave, 2010; Seipel,

2005). Die persönlichen Anschuldigungen den Betroffenen gegenüber, dass Adipositas eine Folge von falscher Ernährung und Bewegungsmangel sei, erschwerte es, Adipositas als Krankheit zu sehen. Adipositas wird nicht als ein ernsthaftes Gesundheitsproblem wahrgenommen und behandelt, wie es schon bei den Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Herzkrankheiten, usw.) der Fall ist. Dadurch wird ein wesentliches Merkmal, eine Störung der körperlichen Funktion, übersehen und bleibt für lange Zeit bestehen (Barnstorf & Jäger, 2005).

## **1.2 Ziel dieser Arbeit**

Das zentrale Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Erkenntnisse zu schaffen, die das Problembewusstsein von Betroffenen stärken können. Wenn die PatientInnen, die an Adipositas leiden, wahrnehmen, dass Adipositas ein schwerwiegendes Problem ist und Risiken und Ursachen erkennen, dann können Präventionsmaßnahmen forciert und eine professionelle Therapie angeboten werden (Ludvik, 2010).

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist, die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens bei Menschen, die an Adipositas leiden, festzustellen und die Auswirkung dieser Beeinträchtigung auf die Bewältigung des Gesundheitsmanagements herauszufinden.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, eine optimale Versorgung und Pflege der PatientInnen, die an Adipositas erkrankt sind, zu ermöglichen und zur Entlastung der Pflegekräfte und Angehörigen führen. Dies wird dadurch erzielt, dass ein breiter Überblick über das Thema Adipositas gegeben wird und gleichzeitig Wissenslücken gefüllt werden. Außerdem wird das Bewusstsein betreffend dieses Thema verbessert. Mit der steigenden Tendenz der Adipositas steigt auch der Anspruch an die Pflege. Leider wird selbst in der Pflege der Umgang mit Adipositas nicht ernst genom-

men oder sogar ignoriert, weil in vielerlei Hinsicht erhebliche Unsicherheit und mangelndes Problembewusstsein herrscht (Ohlhorst, Trachsel & Schärli, 2009).

### **1.3 Fragestellungen dieser Arbeit**

In der vorliegenden Arbeit werden folgende Forschungsfragen erarbeitet:

1. Wird Adipositas von den Betroffenen als Krankheit wahrgenommen?
2. Wie wirkt sich Adipositas auf die Psyche der Betroffenen aus?

Diese zwei Forschungsfragen werden im Rahmen einer empirischen Erhebung untersucht und anhand der gewonnenen Ergebnisse beantwortet.

### **1.4 Aufbau der Arbeit**

Im Folgenden werden die einzelnen Kapitel der Arbeit kurz vorgestellt. Das erste Kapitel befasst sich mit der Theorie der Krankheit Adipositas. Als erstes wird die Krankheit definiert. Nach der Definition folgt die Klassifikation der Adipositas. Es werden unterschiedliche Methoden vorgestellt, die dazu dienen, den Grad von Adipositas zu bestimmen. Ein weiterer Teil dieser Arbeit befasst sich mit der Epidemiologie und Prävalenz der Adipositas. Sowohl national als auch international weist Adipositas eine steigende Tendenz auf. Weiters wird die Ätiologie der Adipositas beschrieben. Grundsätzlich werden verschiedene Einflussfaktoren unterschieden. Die Folgen der Adipositas sind Gegenstand eines wesentlichen Teils dieser Diplomarbeit. Menschen, die an Adipositas leiden, haben unterschiedliche Therapiemöglichkeiten, um zu dem gewünschten Gewicht zu kommen.

Ein weiteres kurzes Kapitel beschreibt die Aspekte des Gesundheitsmanagements, des Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Im Anschluss wird ein Überblick über den Stand der Forschung gegeben. Dabei stehen Studien zu Aspekten der Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit und zu der Auswirkung auf die Psyche im Vordergrund.

Im empirischen Teil werden die Forschungsfragen im Rahmen von qualitativen Interviews gestellt. Im daran anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews dargestellt.

Im darauffolgenden Abschnitt werden in der Diskussion die Ergebnisse mit theoretischen und bestehenden empirischen Erkenntnissen verglichen und die Forschungsfragen beantwortet.

In den Schlussfolgerungen werden Empfehlungen für die Menschen, die an Adipositas leiden, für die Gesellschaft und für die Pflege formuliert.

## 2 Definition der Adipositas

Die Österreichische Adipositas Gesellschaft bezeichnet Adipositas (lat. adeps = fett) bzw. Fettleibigkeit, Fettsucht oder Obesitas als eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Zu dieser Ansammlung kommt es, wenn die Energiezufuhr in Form von Fett, Zucker und kalorienreiche Ernährung den Energieverbrauch ständig übersteigt (Strasser & Schobersberger, 2010). Laut ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten – Adipositas und sonstige Überernährung E65-E68) wird Adipositas als Krankheit definiert (ICD 10 Code, 2000). Burkard und Huth definieren Adipositas als *„eine chronische Erkrankung, deren Therapie nur durch langfristig angelegte Strategien erfolgreich sein kann“* (Burkard & Huth, 2010, S. 282). Adipositas wird als eine chronische Erkrankung definiert, die durch ein individuelles, langfristiges und komplexes therapeutisches Konzept behandelt werden kann (Toplak, 2002).

### 2.1 Klassifikation der Adipositas

Zur Ermittlung des Grades von Adipositas werden verschiedene Methoden verwendet. In diesem Teil dieser Diplomarbeit werden einzelne Methoden näher beschrieben.

### 2.1.1 Body-Mass-Index (BMI)

Die wissenschaftlich international anerkannte Methode für Diagnose und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas ist der sogenannte Körper-Masse-Index oder Body-Mass-Index (BMI). Er wird folgendermaßen bestimmt:

$$\text{BMI} = \text{Körpermasse in kg} / \text{Körperlänge in (m)}^2$$

Der BMI wird aus einem Nomogramm herausgelesen oder als Zahlenwert berechnet (Wenzel, 2003). Häufig werden die Begriffe ‚Adipositas‘ und ‚Übergewicht‘ synonym verwendet. Grundsätzlich sollten diese Begriffe voneinander abgegrenzt werden. Laut WHO liegt Übergewicht bei einem BMI zwischen 25 und 29,9 kg/(m)<sup>2</sup> und Adipositas ab einem BMI größer als 30 kg/(m)<sup>2</sup> vor. Adipositas wird in drei Schweregrade unterteilt (siehe Tabelle 1).

| Klassifikation               | BMI                  | Risiko für Begleiterkrankungen |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <i>Untergewicht</i>          | <i>&lt;18,5</i>      | <i>niedrig</i>                 |
| <i>Normalgewicht</i>         | <i>18,5 bis 24,9</i> | <i>durchschnittlich</i>        |
| <i>Übergewicht</i>           | <i>≥ 25,0</i>        | <i>durchschnittlich</i>        |
| <i>Prä-Adipositas</i>        | <i>25,0 bis 29,9</i> | <i>gering erhöht</i>           |
| <i>Adipositas (Grad I)</i>   | <i>30,0 bis 34,9</i> | <i>erhöht</i>                  |
| <i>Adipositas (Grad II)</i>  | <i>35,0 bis 39,9</i> | <i>hoch</i>                    |
| <i>Adipositas (Grad III)</i> | <i>≥ 40,0</i>        | <i>sehr hoch</i>               |

Tabelle 1: BMI-Klassifikation und Risikobewertung für Erwachsene (WHO, 2003)

Jene Menschen mit BMI-Werten zwischen 30 und 34,99 kg/m<sup>2</sup> weisen Adipositas im Schweregrad I auf und somit ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen, jene mit BMI-Werten zwischen 35 und 39,99 kg/m<sup>2</sup> weisen Adipositas mit dem Schweregrad II und ein hohes Risiko für Begleiterkrankungen auf. Ab einem BMI-Wert von 40 kg/m<sup>2</sup> spricht man von Adipositas Grad III bzw. von morbider Adipositas, mit der ein sehr hohes Risiko für Begleiterkrankungen einhergeht (WHO, 2003).

### 2.1.2 Broca-Index (BI)

Unter Broca-Index versteht man das Verhältnis von Körpergewicht in Kilogramm (kg) zur Körpergröße in Zentimeter (cm) minus 100. Ein Broca-Index wird wie folgt berechnet:

$$BI = \text{Gewicht (kg)} / (\text{Größe (cm)} - 100)$$

Ein Idealgewicht bei Männern liegt bei einem Broca-Index von 0,9 und bei Frauen bei 0,85 (Rasink, 2008). Adipositas besteht laut Broca-Index, wenn mehr als 20% des Körpergewichts das Normalgewicht überschreiten. Dieser Wert entspricht einem BMI von größer als 30. Ein Normal- bzw. Referenzgewicht liegt bei einem Broca-Index von 1,0. Der Broca-Index wird sehr selten verwendet, weil dabei sehr kleine Menschen sehr häufig als übergewichtig und sehr große Menschen sehr selten als übergewichtig diagnostiziert werden (Wenzel, 2003).

### 2.1.3 Taille-Hüft-Verhältnis (WHR)

Die Klassifikation der Adipositasstufen wird auch durch das Taille-Hüft-Verhältnis (THV), engl. Waist to Hip Ratio (WHR), bestimmt. Die WHR wird als Quotient aus dem Taillenumfang in Zentimetern und dem Hüftumfang in Zentimetern errechnet (Wolf, 2005):

$$WHR = \text{Taillenumfang (in cm)} / \text{Hüftumfang (in cm)}$$

*Taillenumfang* (Bauchumfang) wird im Stehen mit Hilfe eines Maßbandes in Höhe des Nabels gemessen.

*Hüftumfang* wird ebenfalls im Stehen mit einem Maßband um den breitesten Teil von Hüfte und Gesäß gemessen (Baldus, Huber & Lagerström, 2010).

Diese Methode ist eine einfachere und effektivere Möglichkeit zur Bestimmung des Grades von Adipositas.

Grundsätzlich treten zwei unterschiedliche Verteilungsmuster auf. Ein ‚androides (zentrales)‘ Fettverteilungsmuster, auch ‚Apfelform‘ genannt, und ein ‚gynoides (peripheres)‘ Fettverteilungsmuster, oder auch ‚Birnenform‘ (Toplak, 2002). Bei Männern ist die Apfelform, bei Frauen die Birnenform das häufiger vorkommende Verteilungsmuster, wobei jedoch bei beiden Geschlechtern auch die jeweils andere Körperform auftreten kann (Pandey & Miklautsch, 2010). Bei Frauen liegt eine optimale WHR bei einem Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang von  $>0,80$ , bei Männern von  $>0,95$  vor (Toplak, 2002).

#### **2.1.4 Messung der Hautfaltendicke**

Die Hautfaltendicke dient dazu, die subkutane Fettmasse, die ca. 75% der Gesamtfettmasse des Körpers beträgt, zu messen (Barnstorf et al., 2005). Mit einer Messzange (Caliper) oder Ultraschall wird die Fettschicht in Zentimetern an unterschiedlichen Körperstellen gemessen (Wirth, 2008; Barnstorf et al., 2005). Die Messung mit einem Caliper ist verbreiteter und kostengünstiger als die Messung mit Ultraschall (Wirth, 2003; Wirth, 2008). Die Fettmasse wird geschätzt, indem die an vier Körperstellen (Bizeps, Trizeps, subskapulär, suprailiaval) gemessene Dicke mehrerer Hautfalten addiert wird. Die Fettverteilung wird mittels der Messwerte von Armen und Rumpf festgestellt. Grundsätzlich wird diese Messmethode sehr selten verwendet, weil sie einerseits keine Feststellungen über das abdominale Fett oder das Fett in der Muskulatur liefert und andererseits die Messungen sehr unterschiedlich ausfallen (Barnstorf et al., 2005).

### 2.1.5 Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA)

Die bioelektrische Impedanzanalyse oder Bioimpedanzanalyse (BIA) ist eine einfache, kostengünstige, sichere und schnelle Methode, die zur Bestimmung der Körperzusammensetzung, der Fettmasse und der fettfreien Masse dient (Pandey, Schöggel, Viszelj & Widhalm, 2010). Bei der BIA-Methode wird ein Wechselstrom an den Körper gelegt. Es werden zwei Elektroden an einem Fuß und an der gleichseitigen Hand angelegt (Wirth, 2003). Grundsätzlich wird bei der BIA-Messung das Wasser im gesamten Körper gemessen und anschließend die fettfreie Masse, die bei gesunden Menschen ziemlich konstant ist, berechnet (Barnstorf et al., 2005). Diese fettfreie Masse wird aus dem Gesamtwassergehalt ermittelt und besteht bis zu 73% aus Wasser (Pandey et al., 2010):

$$\text{Fettfreie Masse} = \text{Gesamtkörperwasser} / 0,73$$

Die Fettmasse wird indirekt aus der Differenz zum Gesamtgewicht berechnet (Barnstorf et al., 2005). Bei der BIA-Messung werden unterschiedliche Methoden verwendet. Die Differenz zwischen diesen BIA-Methoden entsteht durch die BIA-Geräten, da sie sich in den Elektroden (Anzahl, Art, Platzierung), in der Frequenz (Signal- oder Multifrequenz) und der Körperposition (stehend oder liegend) unterscheiden. Bei Adipositas wird die Multifrequenz-BIA-Methode bevorzugt, da sie neben der Körperfettmasse und der fettfreien Körpermasse auch die intra- und extrazelluläre Flüssigkeit berechnet (Pandey et al., 2010). Die BIA-Methode gilt als ziemlich genau, weil eine wiederholte Messung eine Abweichung von nur 0,5-1% zeigt (Barnstorf et al., 2005).

### 2.1.6 Andere Messmethoden

Nach den gebräuchlichen Methoden werden auch jene Methoden vorgestellt, die sehr selten sind. Eine solche Methode ist die Dichtemessung (Densitometrie). Bei dieser Methode wird die Körperdichte aus der Körpermaße und dem Körpervolumen berechnet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Dichte des menschlichen Körperfetts bei  $0,9\text{g/cm}^3$  und

die der fettfreien Masse bei  $1,1\text{g/cm}^3$  liegt. Diese Methode wird selten verwendet, weil sie sehr aufwändig und für den Patienten belastend ist. Andere Methoden, die sehr genau, aber ebenfalls teuer und aufwändig sind, sind die *Computertomographie (CT)* und die *Magnetresonanztomographie (MRT)*. CT ist eine Methode, die wenig Strahlenbelastung für die PatientInnen mit sich bringt. Eine sehr junge Messmethode ist die *Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA)*. Diese Methode ist relativ kostenintensiv, jedoch weist sie eine geringere Strahlenbelastung auf und liefert sehr genaue Informationen über den Körperfettanteil bzw. den Fettanteil einzelner Körperteilen (Barnstorf et. al., 2005). Für Menschen, die an Adipositas leiden, eignet sich diese Methode nicht, weil eine Differenz zwischen viszeralem (Bauch-) und subkutanem (Unterhaut-) Fett nicht besteht (Phillmann, Schwinger & Brixius, 2009; Barnstorf et al., 2005).

Im nächsten Teil der Arbeit werden Epidemiologie und Prävalenz der Adipositas dargestellt.

### **3 Epidemiologie und Prävalenz der Adipositas**

Adipositas und Übergewicht haben weltweit ein epidemisches Ausmaß erreicht und zeigen auch weiterhin in allen Altersklassen eine steigende Tendenz (Birnbacher, Ardelt-Gattinger, Ring-Dimitrou, Brugger & Dengg, 2010).

#### ***Gesamtbevölkerung***

In den westlichen Industrieländern sind bis zu 25% der Frauen und 20% der Männer an Adipositas erkrankt (Radler, Metz, Kaiser & Fischer, 2009). Dadurch treten andere Essstörungen wie Bulimie und Anorexie in den Hintergrund und Adipositas gilt als Hauptproblem. Weltweit sind mehr als 300 Millionen Menschen an Adipositas erkrankt und über eine Milliarde Menschen sind übergewichtig (Meyer, 2007).

#### ***Internationaler Vergleich***

Adipositas ist in den Vereinigten Staaten ein wachsendes Gesundheitsproblem, das von Jahr zu Jahr an Bedeutung gewinnt. In der USA-Studie „Obesity and Medicare Expenditure: Accounting for Age-Related Height Loss“ wurde festgestellt, dass im Jahr 2007 die Prävalenz von Fettleibigkeit bei erwachsenen Männern und Frauen in den Vereinigten Staaten 32,3 % betrug, im Jahr 2008 dagegen bereits 35,5 % (Onwudiwe, Stuart, Zuckermann & Sorkin, 2010).

Nach Schätzungen sind in europäischen Ländern ca. 150 Millionen Erwachsene an Adipositas erkrankt (Radler et al., 2009). In den Ländern Kanada und Großbritannien besteht die gleiche Prävalenz der Adipositas wie in Österreich. Italien, Australien und die Schweiz haben eine geringere Prävalenz mit 6,5 % bis 7 %, wogegen in den Niederlanden nur 4,5% der

Bevölkerung von Adipositas betroffen sind und dieses Land somit zu den Staaten mit der niedrigsten Prävalenz gehört (Toplak, 2002).

## **Österreich**

In Österreich ist die Prävalenz der Adipositas in den letzten Jahren stark gestiegen. Dies geht aus den Erhebungen 1991 und 2000 des Mikrozensus in der österreichischen Bevölkerung. Der Anteil der Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, ist von 8,5% im Jahr 1991 auf 11% im Jahr 2000 angewachsen. Damals war kein Unterschied zwischen den Geschlechtern gegeben, der erkrankte Bevölkerungsanteil setzte sich jeweils zur Hälfte aus Frauen und Männern zusammen (Toplak, 2002). Im Jahr 2007 waren in Österreich 860.000 Menschen (460.000 Frauen; 400.000 Männer) ab 15 Jahren an Adipositas erkrankt. Dies bedeutet: 43% der befragten Männer waren übergewichtig und 12% an Adipositas erkrankt. Bei den Frauen waren 29% übergewichtig und 13% an Adipositas erkrankt (Statistik Austria, 2007). Grundsätzlich wird in Österreich von einem Ost-West-Gefälle gesprochen. Die meisten Menschen, die an Adipositas leiden, kommen aus dem Burgenland. Weitere Bundesländer mit einer hohen Prävalenz an Adipositas sind Oberösterreich und die Steiermark. Salzburg und Tirol weisen dagegen eine geringe Anzahl an Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, auf. Im Westen leiden mehr Frauen als Männer an Adipositas, im Osten verhält es sich eher umgekehrt. Die meisten Menschen, die an Adipositas erkrankt oder übergewichtig sind, befinden sich in der Altersgruppe von 55 bis 65 Jahren (Meyer, 2007). Medical Tribune zeigt auf, dass im Jahr 2009 schon 900.000 erwachsene Österreicher an Adipositas erkrankt und 42% übergewichtig sind (Expertengruppe gegen Übergewicht, 2009).

Im folgenden Kapitel werden die Einflussfaktoren der Adipositas beschrieben.

## 4 Ätiologie der Adipositas

Die Einflussfaktoren der Adipositas sind vielfältig und individuell unterschiedlich. In der Regel sind genetische Faktoren, Umweltbedingungen, Ernährungsgewohnheiten sowie körperliche Aktivitäten für die Entstehung der Adipositas verantwortlich (Reinehr & Wabitsch, 2006). Im Folgenden werden mögliche Ursachen der Adipositas dargestellt.

### 4.1 Genetische Ursachen

Die Genetik spielt in der Entstehung der Adipositas eine wesentliche Rolle. Im Fall, dass ein Elternteil an Adipositas erkrankt ist, liegt das Risiko für ein Kind bei 40%, ebenfalls an Adipositas zu erkranken. Bei 80% ist das Risiko erhöht, wenn beide Elternteile an Adipositas leiden (Toplak, 2002). Die Experten sehen in etwa 40 bis 60% der Erkrankungen Gene als Hauptursache für Adipositas an (Brath, Ludwig, Kunze & Kandelhofer, 2009). Alle bisher vorliegenden Forschungen wie Adoptions-, Zwillings- und Familienstudien weisen auf eine Beteiligung der Genetik an der Entstehung der Adipositas hin. Allerdings gibt es innerhalb dieser Studien erhebliche Unterschiede in Hinblick auf die Schätzung des Ausmaßes der Erbllichkeit. Am höchsten wird diese bei den Zwillingsuntersuchungen eingestuft. In früher Kindheit bei zusammen oder getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillingen hat sich erwiesen, dass der BMI sehr ähnlich ist (Friedel, Müller, Brönner, Hinney & Hebebrand 2006). Eine Zwillingsstudie ‚Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment‘ mit 5092 befragten Zwillingen im Alter von 8 bis 11 Jahren kommt zu dem Ergebnis, dass ein Kind, das an Adipositas leidet, eher von Genen als von Umwelteinflüssen bestimmt wird (Wardle, Carnell, Haworth & Plomin, 2008). Auch haben Familienstudien bewiesen, dass die Vererbung innerhalb der Familie eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung der Adipositas spielt (Wirth, 2003). Einige Familienstudien haben gezeigt, dass die Mutter-Kind-Korrelation höher ist als die

Vater-Kind-Korrelation (Friedel et al., 2006). Adoptionsstudien lieferten ebenso wie Zwillings- und Familienstudien das Ergebnis, dass genetische Faktoren einen Einfluss auf das Körpergewicht haben. Die adoptierten Kinder teilen mit ihren biologischen Eltern die Erbmasse und mit den Adoptiveltern die Umwelt. Laut einer dänischen Adoptionsstudie mit 3.580 Personen wurde herausgefunden, dass das Gewicht der Adoptierten nicht mit dem Gewicht der Adoptiveltern korreliert, sondern eher mit dem der biologischen Eltern (Wirth, 2003). Eine weitere dänische Adoptionsstudie mit 540 adoptierten Mädchen und Jungen zeigte, dass die Kinder, die an Adipositas leiden, eher von schlanken, d.h. normalgewichtigen Adoptiveltern aufgezogen werden (Liebermeister, 2002).

## **4.2 Sekundäre Adipositas**

Unter Sekundärer Adipositas wird jene Gewichtszunahme verstanden, die durch hormonelle Faktoren verursacht wurde. (Toplak, 2002). Etwa 1% der Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, leiden an sekundärer Adipositas (Lautenschlager, Battegay & Spinass, 2005). Die häufigsten Ursachen für eine sekundäre Adipositas sind endokrine Erkrankungen, genetisch bedingte Syndrome oder Medikamente. Zu den endokrinen Erkrankungen zählen Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) und der Hypercortizismus (Cushingsyndrom). Bei Hypothyreose treten Symptome wie u.a. rasche Gewichtszunahme, Müdigkeit und Haarausfall auf. Eine Gewichtszunahme kann auch durch bestimmte Pharmaka hervorgerufen werden. Diese Medikamente, die das Hungergefühl stimulieren und den Appetit steigern, sind vor allem Antidepressiva, Neuroleptika, Insulin und Kortisol. Es gibt eine Reihe von genetisch bedingten Syndromen, die das Hauptmerkmal ‚rasche Gewichtszunahme‘ haben. Die Bekanntesten sind das Prader-Willi- und Bardet-Biedl-Syndrom (Toplak, 2002).

## 4.3 Energiebilanz

Eine weitere Ursache von Adipositas ist die zunehmende Energieaufnahme und der verminderte Energieverbrauch (Toplak, 2002). Unter Energiebilanz wird die Energiezufuhr durch Essen und Trinken auf der einen Seite und der Energieverbrauch des Organismus auf der anderen Seite verstanden. Eine negative Energiebilanz ergibt sich, indem der Energieverbrauch die Energiezufuhr übersteigt, wodurch das Gewicht sinkt. Bei einer positiven Energiebilanz verhält es sich umgekehrt und das Gewicht steigt (Ellrott & Pudel, 1998). Der Energieverbrauch des Menschen wird von drei Faktoren bestimmt. Diese drei Komponenten sind der Grundumsatz (Ruheumsatz), die Thermogenese (Wärmebildung) und die körperliche Aktivität (Wirth, 2003; Ellrott et al., 1998). Es werden ungefähr 90% des Gesamtenergieverbrauchs durch den Grundumsatz und die körperliche Aktivität bestimmt (Graf & Dordel, 2006). Allein der Grundumsatz während des Schlafs beträgt 60-75% des Gesamtenergieverbrauchs (Toplak, 2002). Damit wird für die Erhaltung von Grundfunktionen (Herzarbeit, biochemische Reaktionen, usw.) des Menschen gesorgt (Wirth 2003). Alter, Geschlecht, fettfreie Körpermasse (Muskelmasse) und genetische Faktoren bestimmen den Grundumsatz. Ein niedriger Grundumsatz kann zu einer Zunahme des Körpergewichts führen. So haben Frauen einen geringeren Grundumsatz als Männer (Toplak, 2002). Der Energieumsatz kann durch direkte und indirekte Kalorimetrie gemessen werden (Ellrott et al., 1998). Mit der Methode wie z.B. das doppelt markierte Wasser oder noch einfacheren Methoden wie Herzfrequenzmessungen oder der Einsatz von Akzelerometern oder Schrittzählern kann der Energieumsatz genau berechnet werden (Graf et al., 2006). Thermogenese bedeutet auch Wärmebildung. Darunter wird der Energieverbrauch durch wärmebildende Stimuli verstanden. Zu diesen zählen Verdauung, Muskelarbeit, psychische Stimuli, Hormone und Medikamente (Wirth, 2003). Die Thermogenese beträgt ca. 10-20% des Gesamtenergieverbrauchs. Grundsätzlich ist die nahrungsinduzierte Thermogenese bei Menschen, die an Adipositas leiden, geringer und sie produzieren bei körperlicher Belastung weniger Wärme als normalgewichtige Personen (Toplak, 2002). Während Grund-

umsatz und Thermogenese sehr wenig beeinflussbar sind, ist dies bei der körperlichen Aktivität nicht der Fall. Deren Anteil am Energieverbrauch beträgt ca. 15-25%. In einigen Fällen kann er sogar bis zu 75 % ausmachen (Toplak, 2002; Wirth, 2003). Die Auseinandersetzung mit verminderter körperlicher Aktivität erfolgt im nächsten Punkt.

## 4.4 Bewegungsmangel

Eine der Hauptursachen für die Zunahme der Adipositas ist der Bewegungsmangel (Hauner & Berg, 2000). Das amerikanische Gesundheitsministerium ist zu dem Schluss gekommen, dass Körpergewicht und Adipositas durch körperliche Aktivität auf drei Ebenen beeinflusst werden:

1. Der Verlust des Körperfetts wird gefördert und die fettfreie Masse wird vermehrt.
2. Eine Abnahme des Körpergewichts wird von der Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität bestimmt.
3. Die körperliche Aktivität führt in Verbindung mit diätetischen Maßnahmen zu schnellen und effektiven Ergebnissen der Gewichtsabnahme (Ellrott, et. al., 1998).

Hauner et al. (2000) stellten fest, dass zwei Drittel der erwachsenen Menschen in Nordamerika und Mitteleuropa völlig inaktiv sind, d.h. sie betreiben keinen Sport und bewegen sie im Alltag nur sehr wenig. Weiters zeigten die Autoren auf, dass dieser Bewegungsmangel dadurch erklärt werden kann, dass der Fernsehkonsum drastisch gestiegen ist und die Aktivitäten, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad unternommen werden, deutlich zurückgegangen sind.

Die Studie *'Overweight, obesity and physical activity levels in Irish adults: evidence from the North/South Ireland food consumption survey. The Proceedings of the Nutrition Society'* (McCarthy, Gibney & Flynn, 2002) weist nach, dass die beliebteste Freizeitbeschäftigung bei Menschen mit Adipositas Fernsehen ist, weiters, dass grundsätzlich Männer, die an Adipositas leiden, aktiver sind als die Frauen.

## 4.5 Essverhalten

Das Essverhalten eines Menschen ist nach Ellrott et al., (1998) ein stabiles Verhalten, das durch jahrelange Erfahrung erlernt und verfestigt wird. Wie viel und was für eine Nahrung der Mensch zu sich nimmt, wird grundsätzlich von psychischen, sozialen, endokrinen, metabolischen und neuronalen Faktoren bestimmt. Beim Essverhalten spielt auch die Energiedichte eine wesentliche Rolle. Nahrungsmittel mit einer hohen Energiedichte sind reich an Fett und arm an Ballaststoffen. Von Menschen, die an Adipositas leiden, werden hauptsächlich solche Nahrungsmittel konsumiert. Die fettreiche Nahrung führt zu einer Zunahme des Körpergewichts. Diese Annahme kann mit folgenden drei Gründen belegt werden: Nahrungsfett hat einen hohen Energiegehalt, Schmackhaftigkeit wird an die oberste Stelle gereiht und überdies besitzt diese Nahrung einen geringen Sättigungseffekt (Wirth, 2003).

Aus der Literatur ist bekannt, dass gezügeltes Essen eine Ursache für niedrigeren BMI ist (Krömker & Vogler, 2011). Unter gezügeltem Essverhalten wird eine Reduzierung des Körpergewichts durch kognitive Einschränkung der Nahrungsaufnahme verstanden (Ellrott et al., 1998). Westenhöfer (2007) stellte fest, dass dieses gezügelte Essverhalten keinesfalls immer erfolgreich verlaufen muss, sondern sogar das Gegenteil von dem bewirken kann, was eigentlich beabsichtigt war und somit auch zu Adipositas führen kann. Die Signale von Hunger und Sättigung spielen für das gezügelte Essverhalten eine unwesentliche Rolle (Ellrott et al., 1998). Gezügeltes Essen wird auch als eine Störung des Essverhaltens verstanden (Wirth, 2003). Gezügelte Esser, zu denen vor allem die Mehrheit der Frauen gehört, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie ihre Essgewohnheiten je nach Stresssituationen ändern (Pencik, 1997).

Es werden mehrere Methoden zu der Erfassung des Essverhaltens unterschieden. Eine der überschaubarsten Methoden ist das Protokoll. Bei dieser Methode muss alles, was im Zeitraum von einer Woche gegessen und

getrunken wird, notiert werden. Das Problem bei dieser Methode besteht darin, dass die Auswertung sehr lange dauert (Ellrott et al., 1998).

Im nächsten Kapitel werden die Folgen der Adipositaserkrankung besprochen.

## 5 Folgen der Adipositas

Fettleibigkeit ist die größte gesundheitliche Herausforderung nicht nur für den Einzelnen, sondern für die gesamte Gesellschaft. Übergewichtige und Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, sind im täglichen Leben mit spezifischen Problemen und Folgen konfrontiert. In Tabelle 2 sind Krankheiten und Folgen angeführt, die sehr häufig mit Adipositas assoziiert sind.

|                                       |                                                                                                             |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Stoffwechsel</b>                   | Metabolisches Syndrom,<br>Diabetes mellitus Typ 2,<br>Hyperlipoproteinämie                                  |
| <b>Herz/Kreislauf</b>                 | Herzinfarkt,<br>Herzinsuffizienz,<br>Hypertonie                                                             |
| <b>Respiratorisches System</b>        | Schlafapnoe & Pickwick-Syndrom                                                                              |
| <b>Hepatobiliäres System</b>          | Cholezystolithiasis & Fettleber                                                                             |
| <b>Haut</b>                           | Intertrigo & Hirsutismus, Striae                                                                            |
| <b>Neoplasien</b>                     | Erhöhtes Risiko für Endometrium-,<br>Mamma-, Zervix-, Prostata- und Gallen-<br>blasenkarzinom               |
| <b>Sexualfunktion/Schwangerschaft</b> | Reduzierte Fertilität,<br>Komplikationen bei Entbindung                                                     |
| <b>Psychosoziale Situation</b>        | Vermindertes Selbstbewusstsein,<br>soziale Isolation, Diskriminierung,<br>Partnerprobleme & Berufsprobleme  |
| <b>Verschiedenes</b>                  | Erhöhtes Operationsrisiko,<br>erschwerte Untersuchungsbedingungen,<br>reduzierte Beweglichkeit und Ausdauer |

Tabelle 2: Mit Adipositas häufig assoziierte Krankheiten (Kasper & Schlenk, 2003)

Neben all diesen Problemen und Folgen hat Adipositas auch einen negativen Einfluss auf die Lebenserwartung. Bischoff und Betzt (2010) stellten fest, dass ein BMI von  $>45$  bei erwachsenen Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren die Lebenserwartung bei Männern um 13 Jahre und bei Frauen um acht Jahre verkürzt.

Einige dieser der oben in der Tabelle 2 angeführten Krankheiten sollen im nächsten Teil näher beschrieben werden.

## 5.1 Physische Folgeerkrankungen

Inzwischen ist jedem bekannt, dass Übergewicht und Adipositas Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen und mit einer erhöhten Sterblichkeitsrate verbunden sind (Toplak, 2002; Wirth, 2003). In Industrieländern ist Adipositas mit steigender Tendenz ein wesentlicher Faktor für Gesundheitsstörungen (Wirth, 2003). Adipositas stellt ab einem BMI von 27 ein Risiko für zahlreiche Folgeerkrankungen dar und ab einem BMI von 40 ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen (Toplak, 2002). Die häufigsten Komplikationen werden im Folgenden vorgestellt.

### 5.1.1 Metabolisches Syndrom – kardiovaskuläre Erkrankungen

Adipositas ist eng mit dem metabolischen Syndrom verbunden. Unter dem metabolischen Syndrom wird „[...] das gemeinsame Vorkommen von Fettleber, Hyper- und Dyslipoproteinämien, Maturity-onset-Diabetes (Typ 2), Gicht und Hypertonie verbunden mit einer erhöhten Inzidenz von arteriosklerotischen Gefäßerkrankungen, Fettleber und Cholelithiasis, das bei Überernährung und Bewegungsmangel auf dem Boden einer genetischen Disposition auftritt“ (Hanefeld & Breidert, 2003, S. 146) verstanden. Das metabolische Syndrom wird auch als Syndrom X oder ‚tödliches Quartett‘ bezeichnet (Wirth, 2003). ‚Tödliches Quartett‘ wird es deshalb genannt, weil es mit folgenden vier Stoffwechselerkrankungen im Zusammenhang

steht: Adipositas, Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes Typ II (Feichtinger, Niedan-Feichtinger & Schaub, 2009). Das metabolische Syndrom wird diagnostiziert, wenn Insulinresistenz und mindestens zwei der genannten Störungen vorliegen:

- Bauchumfang beträgt bei Männer >94 cm, und bei Frauen > 80 cm,
- erhöhte Triglyzeridwerte,
- niedriges HDL-Cholesterin,
- Bluthochdruck und
- erhöhter Nüchtern-Blutglukosespiegel (Hien & Böhm, 2010; Wirth, 2003).

Die häufigsten Folgen des metabolischen Syndroms sind arteriosklerotische Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus (Hanefeld et al., 2003). Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass ca. 20% der kardiovaskulären Todesfälle durch Adipositas verursacht sind (Wirth, 2003). In Tabelle 3 werden die angeführten Krankheiten dem metabolischen Syndrom zugeordnet. Von einem inkompletten metabolischen Syndrom wird gesprochen, wenn mindestens zwei der angeführten Krankheiten vorliegen und wenn es vier oder mehr sind, dann wird von einem kompletten metabolischen Syndrom gesprochen (Hanefeld et al., 2003).

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| Androide Fettsucht              | Androgenismus bei Frauen |
| IGT/Typ-2-Diabetes-mellitus     | Osteoporose/ Albuminurie |
| Dyslipoproteinämie (Lipidtrias) | Hyperkoagulation         |
| Hypertonie                      | Fibrinolysedefekte       |
| Prämature Atherosklerose        | Schlaf-Apnoe             |
| Hyperurikämie/Gicht             | Fettleber (kryptogen)    |

Tabelle 3: Krankheiten als klinische Manifestation des metabolischen Syndroms (Hanefeld et al., 2003, S. 148).

Bei vielen PatientInnen mit einem metabolischen Syndrom besteht Insulinresistenz (Wirth, 2003). Grundsätzlich dient das Hormon Insulin dazu, den Zucker (Glukose, Traubenzucker) im Körper zu verarbeiten. Insulin senkt den Zuckergehalt im Blut (Blutzuckerspiegel) und im Fall von überschüssigem Zucker wird dieser mithilfe des Insulins in den Fettzellen gespeichert. Im Normalfall bremst das Insulin den Fettabbau der Fettzellen, weil sich die Muskeln aus dem Blutzucker ihre Energie holen. Bei einer Insulinresistenz sprechen die Zellen nicht mehr richtig auf das Insulin an. So muss die Bauchspeicheldrüse mehr Insulin produzieren, damit der Blutzuckerspiegel nicht steigt. Bei einer solchen Insulinresistenz kommt es auch zu Diabetes mellitus (Marbach, 2010; Hanefeld et al., 2003). Daran ist zu sehen, dass Adipositas auch ein Risikofaktor für die Entwicklung des Diabetes mellitus (Typ 2) ist. In der Literatur wird beschrieben, dass 80% der Typ-2-Diabetiker an Adipositas leiden, weswegen Adipositas für 62% der Todesfälle infolge Diabetes verantwortlich gemacht wird (Toplak, 2002). Neben dem Diabetes mellitus wird auch arterieller Hochdruck (Hypertonie) als häufigste Folgeerkrankung bei Adipositas bezeichnet. Schon ab einem BMI von 27 wird davon ausgegangen, dass die Hypertonie-Prävalenz dreimal höher ist als bei Normalgewichtigen. Für Personen im Alter von 20-45 Jahren mit einem solchen erhöhten BMI wurde festgestellt, dass die Hypertonie sechsmal häufiger vorkommt als bei Menschen, die einen BMI von 18,5 bis 24,9 aufweisen (Liebermeister, 2002).

### **5.1.2 Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates**

Menschen, die an Adipositas leiden, sind auch von solchen Folgen betroffen, die Stütz- und Bewegungsapparat, beeinträchtigen. Am meisten werden die Gelenke und das Skelett überbeansprucht (Weiner, 2010). Verschleißerscheinungen an Gelenken und Lumboischialgien (Bandscheibenerkrankungen) sind die häufigsten Folgeerkrankungen des Stütz und Bewegungsapparates bei Adipositas (Weiner, 2010; Wirth, 2003). Bei einer Gelenkerkrankung sind meistens Knie- und Hüftgelenk betroffen. Diese Art der Erkrankung bringt starke Schmerzen mit sich und führt

schlussendlich zu fortschreitender Immobilität (Bischoff et al., 2010). Wirth (2003) hat festgestellt, dass Menschen, die an Adipositas leiden, doppelt so häufig an einer Gonarthrose (Kniegelenk) erkrankt sind wie Normalgewichtige, vor allem ist dies bei Frauen öfter der Fall als bei Männern. In einer finnländischen Studie wurde aufgezeigt, dass Adipositas bei einem Viertel aller berufsunfähigen Bezieher einer Pension, die an kardiovaskulären System und Stütz- und Bewegungsapparat erkrankt sind, verantwortlich ist (Toplak, 2002). Eine niederländische Studie hat gezeigt, dass mehr Frauen unter Rückenschmerzen leiden als Männer. In den USA sind Rückenschmerzen die fünfthäufigste Ursache für einen Arztbesuch (Liebermeister, 2002).

### **5.1.3 Krebserkrankungen**

Toplak stellte fest, dass es ein Zusammenhang zwischen Adipositas und Krebserkrankung gibt. 11% aller Mammakarzinome sind postmenopausale Frauen, die an Adipositas leiden (Toplak, 2002). Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Menschen, die von Adipositas betroffen sind, ein um 50% erhöhtes Risiko haben, an einem bösartigen Krebs zu erkranken (Wirth, 2003). Die am häufigsten auftretenden Karzinome bei Menschen, die an Adipositas leiden, sind Brust-, Darm-, Speiseröhren- und Prostatakrebs (Bucher, 2012). Bei Frauen können auch Ovarial- und Zervixkarzinome vorkommen, bei Männern häufen sich auch Magen- und Pankreaskarzinome (Wirth, 2003).

## **5.2 Psychosoziale Folgen**

Probleme, die an Adipositas leidende Menschen haben, sind nicht nur auf der physischen Ebene angesiedelt, sondern die psychosozialen Nachteile sind viel größer als die Krankheit selbst (Wirth, 2003). Die psychischen Probleme dieser Menschen werden oft unterschätzt (Weiner, 2010). Aus diesem Grund werden als nächstes einige negative psychische Auswirkungen angeführt, mit denen diese PatientInnengruppe konfrontiert ist:

### **5.2.1 Diskriminierung und Stigmatisierung**

Vielen Menschen, die an Adipositas leiden, wird die Schuld für ihr Übergewicht gegeben, wodurch eine Diskriminierung und Stigmatisierung erfolgt. Eine deutsche Studie im Jahr 2008 ergab, dass 85% der befragten Personen der Meinung waren, dass Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, an ihrem extremen Übergewicht selber schuld sind (Bischoff et al., 2010). Liebermeister (2002) stellte fest, dass Menschen, die an Adipositas leiden, meistens über Unfreundlichkeiten, verminderte Anerkennung, niedrige Einstiegschancen in Beruf, Beschränkungen im Sport und Schwierigkeiten bei der Auswahl von Kleidung klagen. Mit Menschen, die an Adipositas leiden, werden nur negative Eigenschaften verbunden. Sie werden als unsauber, faul, dumm und nachlässig bezeichnet (Wirth, 2003). Frauen mit einem starken Übergewicht werden bei der Wahl der Beziehungspartner sehr oft enttäuscht (Wirth, 2008). Die an Adipositas erkrankten Menschen haben Probleme im Berufsleben. Entweder werden sie aufgrund ihres hohen Körpergewichts gar nicht eingestellt, oder sie bekommen im Falle einer Beschäftigung niedrigere Löhne als andere Arbeitnehmer (Sundmacher & Morris, 2010). In den USA und in England wurden Studien durchgeführt, die nachweisen konnten, dass stark übergewichtige Frauen für die gleiche Arbeit weniger bezahlt bekommen als Normalgewichtige oder schlanke Frauen (Weiner, 2010). Wirth (2008) hat gezeigt, dass selbst Kinder im Alter von zwei Jahren eher eine schlanke Stoffpuppe vorziehen, als eine mit einem größeren Gewicht. Die Diskriminierung und soziale Benachteiligung beginnt im Kleinkindalter und setzt sich im späteren Leben fort (Wirth, 2008).

## **5.3 Auswirkungen der Adipositas auf die Pflege**

Im Rahmen medizinischer und pflegerischer Betreuung sind Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, von zahlreichen Problemen betroffen. In den Krankenhäusern werden sie unzureichend versorgt. Infrastruktur und Behandlungsprozesse sind nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der Pa-

tientInnen, die an Adipositas leiden, ausgerichtet. Operationstische und der Ergometer für das Belastungs-EKG sind nicht genug stabil für Menschen ab einem BMI von  $35 \text{ kg}/(\text{m})^2$ . Stühle, Betten, Rollstühle etc. bieten keine ausreichenden Sitzflächen für diese Gruppe von PatientInnen. Auch die Waagen, Blutdruckmanschetten, Schläuche und Nadeln für Rückenmarksanästhesien sind nicht für übergewichtige PatientInnen ausgelegt. Körperpflege und Verbandwechsel müssen von mehreren Pflegepersonen vorgenommen werden. Das Pflegepersonal wird durch die Betreuung von PatientInnen, die an Adipositas erkrankt sind, überfordert, ist frustriert und unzufrieden, weil die Pflege der Betroffenen nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden kann (Ohlhorst et al., 2009). Weiner (2010) stellte fest, dass es auch viele Ärzte gibt, die kein Interesse an der Behandlung von Menschen, die ein starkes Übergewicht aufweisen, zeigen. Es wird an der Mitarbeit von PatientInnen mit Adipositas gezweifelt und eine Selbstverschuldung dieser Krankheit vermutet (Wirth, 2008). Die deutsche Beobachtungsstudie *„Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen“* (Apelt, Ellert, Kuhlmei & Grams-Homolová, 2012) wurde in fünf Berliner Pflegeheimen durchgeführt. 48 PflegemitarbeiterInnen wurden bei der Durchführung der Tätigkeiten bei 70 BewohnerInnen beobachtet. Ziel dieser Studie war herauszufinden ob die Pflege bei PflegeheimbewohnerInnen, die an Adipositas leiden (Untersuchungsgruppe) mehr Zeit in Anspruch nimmt als bei PflegeheimbewohnerInnen, die nicht an Adipositas leiden (Vergleichsgruppe). Die Ergebnisse zeigen, dass die PflegemitarbeiterInnen für das Ankleiden von BewohnerInnen, die an Adipositas leiden 1,82 Minuten länger brauchen als für BewohnerInnen, die nicht an Adipositas leiden.

## 5.4 Ökonomische Folgen

Mit der Zunahme von Adipositas in Österreich sind in den vergangenen Jahren auch die medizinischen Kosten im Gesundheitssystem drastisch gestiegen. Adipositas und die daraus resultierenden Folgeerkrankungen

verursachen bis zu 10% der Gesamtausgaben des österreichischen Gesundheitswesens. Würde sich die Anzahl der Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, um nur ein Prozent verringern, so könnten direkte Gesundheitskosten in der Höhe von 751,4 Millionen Euro eingespart werden (Ludvik, 2010).

Nicht nur in Österreich, sondern weltweit, besonders in Industriestaaten wie in den USA und in Deutschland ist die Prävalenz der Adipositas sehr gestiegen. Neben den direkten und indirekten Kosten, die durch Adipositas verursacht werden, entstehen auch Kosten, die mit Adipositas zusammenhängen, wie etwa das Auftreten von Folge- und Begleiterkrankungen (Toplak, 2002).

In Deutschland entfallen zwischen 3,1 und 5,5% der jährlichen Gesamtausgaben im Gesundheitswesen auf die Behandlung von Adipositas und ihren Begleiterkrankungen (Kuntz & Lampert, 2010).

In den Vereinigten Staaten kommen ca. 9 % der Gesundheitskosten auf Übergewicht bzw. Adipositas (Rasink, 2008). Laut der Studie „The economic impact of obesity in the United States“ betragen die jährlichen Folgekosten in den USA mehr als 200 Milliarden Dollar (155 Milliarden Euro). Diese Summe setzt sich aus Ausgaben für die medizinische Behandlung sowie aus volkswirtschaftlichen Folgekosten wie etwa für Krankmeldungen, verminderte Produktivität und frühzeitiges Ableben zusammen. Die zusätzlichen ärztlichen Behandlungskosten für übergewichtige Erwachsene betragen jährlich 147 Milliarden Dollar (Hammond & Levine, 2010).

Im 6. Kapitel dieser Diplomarbeit werden mögliche Therapien besprochen, die den an Adipositas leidenden PatientInnen zur Verfügung stehen.

## 6 Therapiemöglichkeiten

Verwendet werden verschiedene Methoden, die zu einer Gewichtsreduktion führen. Bei jeder Therapie werden Ziele gesetzt, die sich auf die Reduktion der Morbidität und Mortalität, Verbesserung der Lebensqualität mit einer Steigerung der psychosozialen Befindlichkeit, sowie eine Verhinderung der Arbeitsunfähigkeit beziehen (Wirth, 2003). Generell werden Therapiemaßnahmen, die in der Tabelle 4 angeführt werden und die die WHO empfiehlt, verwendet.

| <b>Grad des Übergewichts</b>                             |                              | <b>Ziele</b>                       | <b>Maßnahmen</b>                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Normalgewicht</b><br>BMI 18,5-25 kg/m <sup>2</sup>    |                              | Gewichtsstabilisierung             |                                       |
| <b>Präadipositas</b><br>BMI 25-30 kg/m <sup>2</sup>      | periphere<br>Fettverteilung  | Verhinderung einer Gewichtszunahme | Basisprogramm                         |
|                                                          | abdominale<br>Fettverteilung | >5% Gewichtsabnahme                | 1. Basisprogramm                      |
| <b>Adipositas Grad I</b><br>BMI 30-35 kg/m <sup>2</sup>  |                              | >5% Gewichtsabnahme                | 2. evtl. Pharmaka                     |
| <b>Adipositas Grad II</b><br>BMI 35-40 kg/m <sup>2</sup> |                              | >10% Gewichtsabnahme               | 1. Basisprogramm<br>2. evtl. Pharmaka |
| <b>Adipositas Grad III</b><br>BMI >40 kg/m <sup>2</sup>  |                              | >20% Gewichtsabnahme               | 3. evtl. Operation                    |

Tabelle 4: Therapieziele und Therapiemaßnahmen (Wirth, 2003)

Die in der Tabelle angeführten Maßnahmen beinhalten Kriterien wie etwa wie viel Gewicht abgenommen und mit welcher Methode bei PatientInnen therapeutisch vorgegangen wird (Wirth, 2003). Dies ermöglicht es, ein leichteres und verkürztes Gespräch mit den PatientInnen zu führen (Liebermeister, 2002).

Bis zu einem BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> wird das Therapieziel einer Gewichtsabnahme von 5-10% mit einer Basistherapie, d.h. Lebensstiländerung anhand von Ernährungstherapie und Bewegung, erreicht. Ab einem BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> beginnt die Therapie mit dem Basisprogramm, wenn diese nicht gelingt, wird der Einsatz von Pharmaka versucht, und wenn dieser auch scheitert, kommen chirurgische Maßnahmen in Frage (Wirth, 2003).

Im nächsten Schritt werden die einzelnen therapeutischen Maßnahmen erläutert.

## **6.1 Verhaltenstherapie**

Die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen basieren auf der Annahme, dass Ernährungstherapie und körperliche Aktivität zu einer Reduzierung des Körpergewichts führen. Die Verbindung von Ernährungstherapie und Bewegungstherapie auf der einen Seite und dem Gewichtsverlauf auf der anderen Seite ist das wichtigste Ziel der Verhaltenstherapie (Reinehr, 2006).

### **6.1.1 Ernährungstherapie**

Adipositas ist eine chronische Krankheit mit zu viel Einfuhr und zu wenig Ausfuhr (Liebermeister, 2002). Eine weit verbreitete Therapie der Adipositas besteht in der Reduktion der Energieaufnahme (Wirth, 2003). Grundsätzlich ist im Rahmen einer Ernährungstherapie die Umsetzung diätetischer Maßnahmen die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung (Toplak, 2002). Diät wird nicht nur als Ernährung verstanden, sondern

auch als generelle physische und psychische Lebenshaltung (Wechsler, 2003). Toplak definiert den Begriff ‚Diät‘ (diaita) „[...] als Grundlage einer vernünftigen Lebensführung, die eine adäquate Ernährung, vernünftige körperliche Aktivität und das Vermeiden schädlicher Verhaltensweisen umfasst“ (Toplak, 2006, S. 74). Prinzipiell werden die Diäten in energiereduzierte Mischkost, extrem hypokalorische Diäten und Formuladiäten eingeteilt. Bei energiereduzierter Mischkost geht es darum, dass die Energiezufuhr pro Tag auf 500 Kalorien beschränkt werden soll. Dies wird erreicht, indem 50-55% der Energie aus Kohlenhydraten, 30% aus Fett und 15-20% aus Eiweiß bestehen (Wechsler, 2003). Normalerweise beginnt jede Gewichtsreduktion mit Mischkost (Toplak, 2002). Die hypokalorischen Diäten müssen mindestens einen Energiegehalt von 800 Kalorien pro Tag aufweisen. Die extrem hypokalorischen Diäten haben dagegen nur einen Energiegehalt von 450-700 Kalorien pro Tag. Diese Diäten werden auch als Very-Low-Calorie Diets (VLCD) bezeichnet (Wechsler, 2003). Eine Formuladiät enthält mindestens 50 g Eiweiß, 100 g Kohlenhydrate und ausreichend Mikronährstoffe wie Vitamine, Mineralien und Spurenelemente (Wirth, 2003). Diese Art von Diät darf nur von ÄrztInnen verordnet und in einer Zeit von vier bis sechs Wochen angewendet werden (Wechsler, 2003). Zur Empfehlung für eine ausgewogene Ernährung werden mehrere Modelle angeboten: Ernährungspyramide, Lebensmittelkreis oder Ampelsystem (Reinehr, 2006).

### **Ernährungspyramide**

Das österreichische Bundesministerium hat im März 2010 eine 7-stufige Ernährungspyramide (Abbildung1) veröffentlicht. Die Empfehlungen gliedern sich in folgende Stufen, die für Erwachsene gedacht sind:

- 1) Es soll ausreichend (mindestens 1,5 Liter) Flüssigkeit, in Form von Wasser, Mineralwasser, alkoholfreien und energiearmen Getränken, aufgenommen werden.

- 2) Pro Tag sollen mindestens drei Portionen Gemüse, Hülsenfrüchte und Obst konsumiert werden.
- 3) In der dritten Stufe besteht die tägliche Empfehlung in vier Portionen Getreide, Brot, Nudeln, Reis oder Erdäpfeln.
- 4) Täglich sollen drei Portionen Milch und Milchprodukte konsumiert werden.
- 5) Pro Woche sollen eine bis zwei Portionen Fisch, drei Portionen fettarmes Fleisch und maximal drei Eier verzehrt werden.
- 6) In der vorletzten Stufe ist die tägliche Einnahme von ein bis zwei Esslöffel pflanzlichen Ölen, Nüssen oder Samen erforderlich.
- 7) Die Lebensmittel der letzten Stufe sollte man sparsam zu sich nehmen. Das sind fett-, zucker- und salzreiche Lebensmittel, sowie energiereiche Getränke (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)



Abbildung 1: Österreichische Ernährungspyramide (Bundesministerium für Gesundheit, 2011)

## Lebensmittelkreis

Genauso wie die Ernährungspyramide besteht der Lebensmittelkreis (Abbildung 2) auch aus sieben Lebensmittelgruppen. Dieses Modell der Ernährungsempfehlung ist in der Umsetzung effektiver, weil neben den Lebensmittelgruppen auch ein prozentuelles Maß für die tägliche ausgewogene Ernährung angegeben ist (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2004):

- 1) Getreide und Kartoffeln
- 2) Gemüse und Hülsenfrüchte
- 3) Obst
- 4) Getränke
- 5) Milch
- 6) Fisch, Fleisch, Eier
- 7) Speisefette

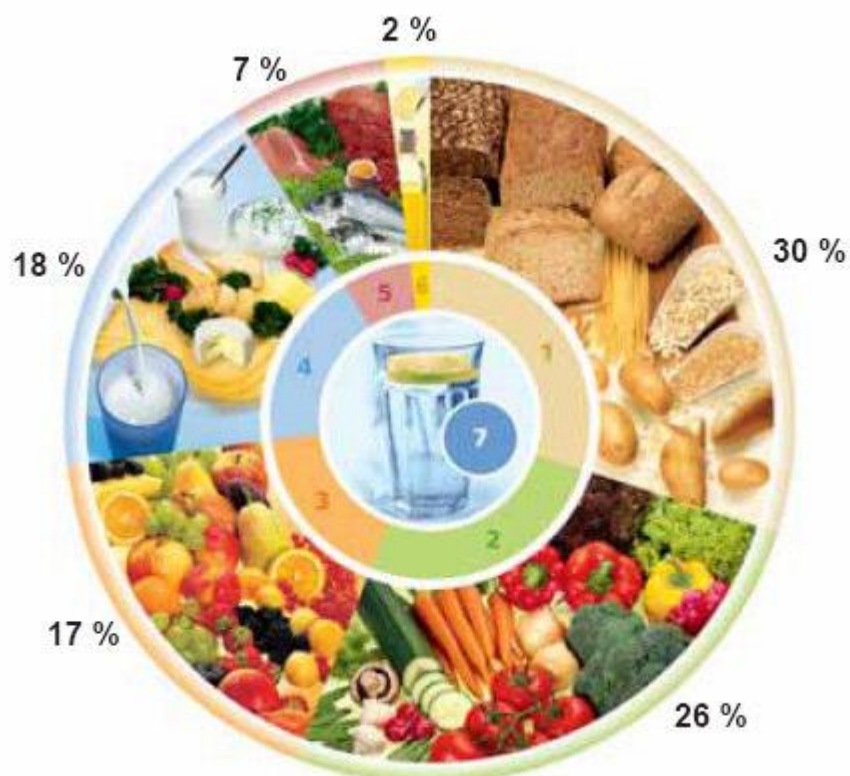


Abbildung 2: Ernährungskreis (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2004)

## **Ampelsystem**

Grundsätzlich wird darüber diskutiert, ob ein Ampelsystem Lebensmittel kennzeichnen soll. Es geht darum, alle Lebens- und Genussmittel mit einer Nährwerttabelle in Form einer Ampel zu versehen. Die Produkte werden gemäß der enthaltenen Menge von Zucker, Fett und Salz mit der entsprechenden Ampelfarbe bezeichnet (Steffek, 2010). Die Kategorisierung der Lebensmittel ist auch für Kinder geeignet und wird folgendermaßen beschriftet:

*Grün* = reichlicher Genuss ist möglich, gilt für energiearme Getränke und pflanzliche Lebensmittel (ein niedriger Gehalt an Fett, Zucker und Salz)

*Gelb* = mäßiger Genuss ist empfehlenswert, gilt für tierische Lebensmittel (mittlerer Gehalt an Fett, Zucker und Salz)

*Rot* = sparsamer Genuss ist ratsam, gilt für fett- und zuckerreiche Lebensmittel (hoher Gehalt an Fett, Zucker und Salz) (Kersting, 2006).

### **6.1.2 Bewegungstherapie**

An der Entstehung von Adipositas sind viele verschiedene Faktoren beteiligt. Neben diesen unterschiedlichen Faktoren trägt auch die körperliche Inaktivität wesentlich zur Entstehung von Adipositas bei (Vögele, 2003). Grundsätzlich müssen 7.300 Kalorien verbraucht werden, um ein Kilogramm Fett abzubauen (Toplak, 2002). Im Erwachsenenalter wirkt sich die körperliche Aktivität positiv auf die Fettzellenvergrößerung aus (Pencik, 1997). Menschen, die an Adipositas erkrankt sind und regelmäßig trainieren, haben bessere laborchemische Parameter und ein niedrigeres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko als diejenigen, die nicht körperlich aktiv sind (Ellrott et al., 1998). Ein regelmäßiges körperliches Training führt nicht immer zu einer Reduktion des Körpergewichts, sondern kann einen Verlust an Körperfett bzw. eine Umwandlung in Muskelgewebe bewirken

(Pencik, 1997). Wenn es zu einer Verringerung des Körpergewichts kommt, dann eher auf eine langsame Art und Weise. Sehr problematisch ist, dass Menschen, die an Adipositas leiden, ein dauerndes körperliches Training nicht durchhalten können, weil sie physisch nicht dazu in der Lage sind (Ellrott et al., 1998). Nicht jede Sportart eignet sich gut für Menschen, die an Adipositas leiden. Die geeigneten Sportarten werden nach den Gesichtspunkten wie Akzeptanz, Energieverbrauch und Nebenwirkungen bzw. Komplikationen ausgewählt. Grundsätzlich werden Sportarten wie Schwimmen, Radfahren, Wandern, Walking, Skilanglauf, Rudern und Tanzen empfohlen, weil sie die Muskeln gut beanspruchen können und auch gelenkschonend sind (Ellrott et al., 1998; Wirth, 2003). Bei den Aktivitäten im Wasser ist der Energieverbrauch sehr hoch, weil ca. 80% der Skelettmuskulatur beansprucht wird. Nach Wirth sind Sportarten wie Jogging, Basketball, Volleyball, Badminton, Tennis, Kraftsport, Alpinski und Skaten bedingt geeignet. Squash, Fußball, Fechten, Boxen und Gewichtheben sind dagegen ungeeignete Bewegungs- und Sportarten. Die Bewegungstherapie wird dann eingesetzt, wenn es um Erhaltung des Gewichts nach einer Gewichtsreduktion geht. Klinisch gesehen wird eine Bewegungstherapie optimal in Kombination mit einer Ernährungstherapie eingesetzt (Wirth, 2003). Bei PatientInnen, die an Adipositas leiden, wird neben einem Ernährungstagebuch auch ein Aktivitätsprotokoll empfohlen, damit die Möglichkeiten einer Aktivitätssteigerung abgeschätzt werden können (Ellrott et al., 1998).

## 6.2 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie von Adipositas ist eine weitere Maßnahme, die im Zusammenhang mit Ernährungs- und Bewegungstherapie zur Reduzierung des Gewichts ergriffen wird (Toplak, 2002). Grundsätzlich wird eine medikamentöse Therapie erst bei folgenden Voraussetzungen verordnet:

- ab einem BMI von  $30 \text{ kg/m}^2$ ,
- oder ab einem BMI von  $27 \text{ kg/m}^2$ , wenn Risikofaktoren vorliegen,

- bei Fehlschlag von Diäten oder Bewegungstherapien (Toplak, 2002; Wirth, 2003).

Auf dem Markt werden drei Kategorien von Medikamenten entsprechend ihrem Wirkmechanismus unterschieden:

- 1) Medikamente als Appetitzügler: Das Hungergefühl wird vermindert und ein vorzeitiges Sättigungsgefühl gefördert.
- 2) Medikamente, die die Nahrungsaufnahme hemmen,
- 3) Medikamente, die den Energieverbrauch erhöhen (Wabitsch, 2006).

Mögliche Nebenwirkungen einer Langzeitanwendung einer medikamentösen Therapie definiert Wabitsch wie folgt:

- *„Die Entwicklung einer Toleranz gegenüber der Wirkung.*
- *Die Verminderung von Bereitschaft und Motivation für eine Übernahme der Verantwortung von Seiten des Patienten für sein Ernährungs- und Bewegungsverhalten.*
- *Depressionen.*
- *Neurotoxische Effekte“ (2006, S. 120).*

## 6.3 Chirurgische Therapie

Die Adipositaschirurgie ist eine weitere Methode, um langfristige Erfolge zu erzielen. Diese Behandlungsform ist zurzeit die einzige Strategie, mit der eine deutliche und auch anhaltende Reduktion des Gewichts erlangt wird (Wolf, 2006). Grundsätzlich werden zwei Möglichkeiten der Adipositaschirurgie unterschieden. Bei der ersten Form geht es darum, dass der Betroffene nicht mehr viel essen kann, wofür ein Eingriff am Magen vorgenommen wird, oder dass die aufgenommene Nahrung nicht mehr resorbiert werden kann, was durch einen Eingriff am Dünndarm erreicht wird (Husemann, 2003). Bei der zweiten Form handelt es sich um eine lokale Therapie, bei der Fettdepots entfernt werden (Toplak, 2002). Die Indikati-

on zum operativen Verfahren wird in Betracht gezogen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- ab einem BMI von  $40 \text{ kg/m}^2$ ,
- oder ab einem BMI von  $35 \text{ kg/m}^2$ , wenn schwerwiegende Folge- und Begleitkrankheiten bestehen, wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Zustand nach Herzinfarkt usw.,
- mindestens zwei frustrierte Therapieversuche
- und Alter zwischen 20 und 60 Jahren (Wirth, 2003).

### 6.3.1 Operationstechniken

In der Adipositaschirurgie werden restriktive, malabsorptive und Kombinationsverfahren unterschieden. Restriktive Operationsverfahren sind jene Verfahren, die die Menge der Nahrungszufuhr reduzieren. Zu diesem Verfahren gehören Magenbypass, horizontale und vertikale Gastroplastik, Magenband (Gastric Band). Alle diese Eingriffe am Magen haben die Aufgabe über den verkleinerten Vormagen (pouch) die Nahrung zu entleeren und weiter über die operativ gesetzte Engstelle (Stoma) in den distalen Magen (gastroplastische Verfahren) oder den oberen Dünndarm (Magenbypass) zu transportieren (Wechsler, 2003). Bei malabsorptiven Verfahren werden große Teile des Dünndarms ausgeschaltet. Die biliopancreatic diversion nach Scopinaro (BPD) und biliopancreatic diversion mit duodenal switch (BPD mit DS) stellen heute die wichtigsten Maßnahmen bei den malabsorptiven Operationsverfahren dar (Wolf, 2006). Jejunioileostomie ist das erste malabsorptive Verfahren, das Anfang der 60er-Jahre entwickelt wurde und heute wegen der starken Nebenwirkungen nicht mehr angewendet wird (Wirth, 2003). Das dritte Operationsverfahren stellt eine Kombination aus restriktiven und malabsorptiven Verfahren dar. Zu dieser Methode gehört der biliopankreatische Bypass (duodenal switch) (Wirth, 2003). Hier geht es um eine Verkleinerung des Magens mit Hilfe von Schlauchmagenbildung und Mangelverdauung (Weiner, 2010).

Aspekte des Gesundheitsmanagements, des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität werden im nächsten Kapitel beschrieben.

## 7 Aspekte des Gesundheitsmanagements, des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität

Eine bisherige Darstellung der Krankheit Adipositas hat verdeutlicht, dass ein Handlungsbedarf zum Thema Adipositas besteht. Neben den verhaltenspräventiven Segmenten wie Bewegung, Ernährung und Psyche trägt das interdisziplinäre Wissen und persönliches Engagement einen wesentlichen Teil zu der Abdeckung des Gesundheitsmanagements (Draxler & Cheung, 2010). In diesem Kapitel werden die Aspekte des Gesundheitsmanagements, des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität dargestellt.

### 7.1 Gesundheitsmanagement

Von Tag zu Tag treffen PatientInnen mit chronischen Krankheiten bzw. an Adipositas leidende Menschen neue Entscheidungen zur Bewältigung ihrer Krankheit. Niehoff weist darauf hin, dass das „[...] *Gesundheitsmanagement Aufgaben der Planung, Organisation, Steuerung und Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Führung von entsprechenden Institutionen und Einrichtungen der Krankenversorgung, der Rehabilitation und der Pflege umfasst*“ (Niehoff, 2008, S. 1). Unter Gesundheitsdienstleistungen werden „[...] *humane Hilfeleistungen, die Menschen bei der Vermeidung von Gesundheitsgefahren unterstützen, der Erkennung und Behandlung von Krankheiten dienen und bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen sowie der Kompensation von Selbstständigkeitsdefiziten helfen*“, (Niehoff, 2008, S. 29) verstanden.

Laut dem Artikel ‚*Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care*‘ (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002) wird ein neues Paradigma chronischer Krankheiten eingeführt. Die PatientIn-ArztIn-Beziehung gliedert sich in die traditionelle Beziehung und die professionelle PatientIn-Partner-Beziehung. Die professionelle PatientIn-Partner-

Beziehung setzt sich aus kooperativer Versorgung und Selbstmanagementausbildung zusammen. Bei der Selbstmanagementausbildung geht es um die PatientInnenschulung, bei der PatientInnen darin unterstützt werden, den Umständen ihrer Krankheit entsprechend, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Während die traditionelle PatientInnenschulung Informationen und Unterweisung in technischen Fähigkeiten bietet, lehrt die Selbstmanagementausbildung, eigene Probleme zu lösen. Ein zentrales Konzept des Selbstmanagements konzentriert sich auf Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen, um ein gewünschtes Ziel zu erreichen. Corbin und Strauss beschreiben drei Aufgaben bzw. drei Aspekte (medizinische, soziale und emotionale), mit denen Personen mit chronischen Krankheiten konfrontiert werden (Bodenheimer, et al., 2002):

- 1) Medizinische Versorgung, wie die Einnahme von Medikamenten, Ernährungsumstellung oder selbstständige Blutzuckerkontrolle,
- 2) Aufrechterhaltung wichtiger Lebensrollen bezüglich Arbeitsplatz, Familie und Freunden,
- 3) Umgang mit Wut, Angst, Frustration und Traurigkeit.

Ein zentrales Merkmal des Selbstmanagements ist, dass der PatientIn einen kurzfristigen Plan in der Dauer von ein bis zwei Wochen durchführt. Diese Aktionspläne sollen realistisch sein, um die PatientInnen davon zu überzeugen, dass sie diese Ziele auch erreichen werden. Beim Selbstmanagementtraining schätzen PatientInnen ihr Vertrauen auf einer Skala von 0 bis 10 ein. Es wird von der Aussage der Selbstwirksamkeitstheorie ausgegangen, dass die erfolgreiche Verwirklichung des Aktionsplans wichtiger ist, als der Plan selbst. Der Zweck der Aktionspläne ist, den PatientInnen Vertrauen in die Bewältigung ihrer Krankheit zu geben (Bodenheimer, et al., 2002).

Oberender & Zerth stellen fest, dass in einer präventiven Adipositastherapie ein Disease-management-Programm angeboten werden kann. Dabei geht es „[...] um einen Versuch, den Prozeßverlauf der Intervention zielgerichteter und erfolgreicher zu steuern“ (Oberender & Zerth, 2003, S. 352). Ziel wird gesetzt, den guten Gesundheitszustand um möglichst niedrige

Kosten anzustreben. Einerseits wird auf eine Reduzierung der Kosten und andererseits auf eine Steigerung der Versorgungsqualität geachtet (Oberender et al., 2003).

Branca, Nikogosian & Lobstein (2007) stellen beim Gesundheitsmanagement neben einer Gewichtsabnahme auch eine Verringerung der Gesundheitsrisiken und der vorhandenen Komplikationen als notwendige Ziele in einer Adipositas-Therapie fest. Weiters sind sich die Autoren einig, dass die Gesundheitsfachkräfte keine hinreichende Schulung in Bezug auf Ernährung, Bewegung und realistische Gewichtsabnahmeziele haben und ein integriertes Konzept zur Lebensgestaltung bei der Adipositas-Behandlung oft nicht vorhanden ist.

## 7.2 Psychisches Wohlbefinden

Jeder Mensch steht mindestens einmal im Leben vor einer stressigen Situation. Die einen meistern dies ohne große Aufregung und die anderen wiederum fallen in ein tiefes Loch. Jedes Jahr sind in Europa mehr als ein Viertel der erwachsenen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen konfrontiert. Davon begehen 58.000 Selbstmord und 18,4 Millionen leiden an Depressionen (Eurobarometer Spezial, 2006). Das Wort Wohlbefinden wird auch mit anderen Wörtern wie *„Freude, Heiterkeit, Zuversicht, Liebe, Dankbarkeit, Befriedigung, Wohlbehagen, Lust, Verzückung, Geborgenheit, Vertrauen, Entspanntheit, Sicherheit, Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, Gesundheit, Erfüllung, Glück, Sinn“* (Schilling & Zeller, 2007, S. 128) usw. bezeichnet.

Um die Forschungsfrage *„Wie wirkt sich Adipositas auf die Psyche der Betroffenen aus?“* beantworten zu können, muss der Begriff ‚Psyche‘ operationalisiert, d.h. messbar oder beobachtbar gemacht werden.

## ‚Psyche‘

Adam definiert Psyche als „[...] ein sich selbst steuerndes System, dessen übergeordnete Steuerungszentrale das Selbst ist. Es versucht durch unbewusstes Material (Träume, neurotische Symptome, Einfälle usw.) Daten vom Unbewussten ans Bewusstsein zu schicken“ (Adam, 2005, S. 58).

Die Größe ‚Psyche‘ wird in der vorliegenden Forschungsfrage durch unterschiedliche Parameter gemessen. Einerseits wird auf das psychische Wohlbefinden und andererseits auf die Lebensqualität von Personen, die an Adipositas erkrankt sind, eingegangen (siehe Abbildung 4).

Adipositas und die an Adipositas Erkrankten werden in vielen Fällen negativ dargestellt (Herpertz, 2008). Das psychische Wohlbefinden bzw. die Störung des psychischen Wohlbefindens zeigt sich unter anderem in Depressionen, Angststörungen und Stigmatisierungen (Vieira, Mata, Silva, Coutinho, Santos, Minderico, Sardinha & Teixeira, 2011).

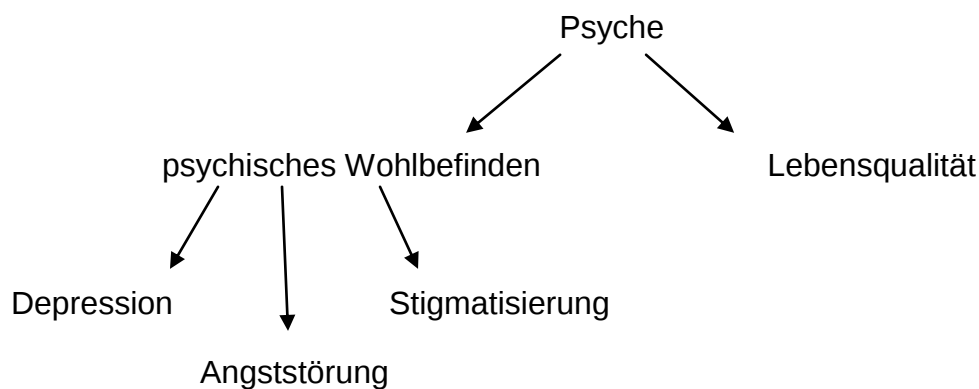


Abbildung: Operationalisierung des Begriffs ‚Psyche‘ (eigene Darstellung)

Grundsätzlich wird zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden unterschieden (Abbildung ) (Schilling et al., 2007).

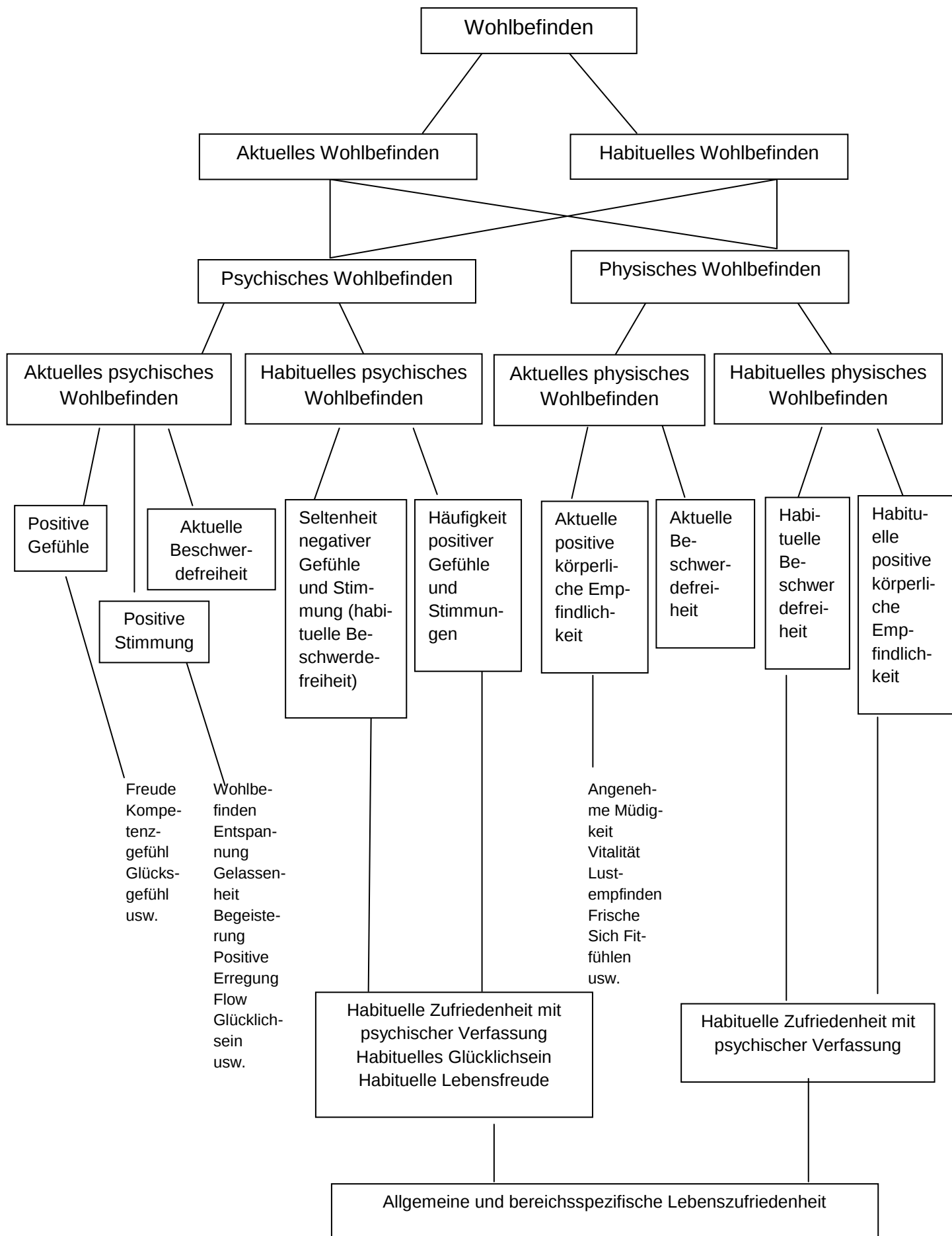


Abbildung 3: Strukturmodell des Wohlbefindens (Schilling et al, 2007, S. 129)

Aktuelles Wohlbefinden bezeichnet die augenblickliche Befindlichkeit und wird in psychisches und physisches Wohlbefinden unterteilt. Es wird von einem „[...] vorübergehenden Zustand, der nur von begrenzter Dauer ist und in starkem Maße von situativen Bedingungen oder ausgeübten Tätigkeiten beeinflusst“, (Frank, 2010, S. 27) gesprochen. Beim aktuellen psychischen Wohlbefinden werden einerseits positive Gefühle, Stimmungen und Beschwerdefreiheit beschrieben und andererseits negative Gefühle beachtet. Habituelles Wohlbefinden wird als relativ stabile Eigenschaft bestimmt (Schilling et al., 2007). „Es kennzeichnet das für einen Menschen typische positive Befinden und basiert auf aggregierten emotionalen und körperlichen Erfahrungen“ (Frank, 2010, S. 29).

Cuntz stellte fest, dass Adipositas enorme Effekte auf das psychosoziale Umfeld sowie auf ihr psychisches Wohlbefinden hat. An Adipositas leidende Menschen sind die einzige Gruppe von Menschen, die mit starker sozialer Diskrimination verbunden sind. Menschen mit starkem Übergewicht vermeiden die Öffentlichkeit sowie das Essen in einer Gemeinschaft und deswegen wird der soziale Rückzug als einzig richtiger Weg gesehen (Cuntz, 2010).

## 7.3 Lebensqualität

Der Begriff ‚Qualität‘ (lateinisch *qualitas* = Eigenschaft oder Beschaffenheit) ist von HändlerInnen, die für ihre Ware garantieren, geprägt worden. Grundsätzlich bedeutet das Wort eine Beschaffenheit von Produkten oder Dienstleistungen, die den Bedürfnissen der KundInnen entspricht, oder dass das Produkt frei von Mängeln ist (Büchi & Scheuer, 2004). 1997 definierte die WHO die Lebensqualität „[...] als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit ei-

ner Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (Renneberg & Lippke, 2006, S. 29).

Grundsätzlich wird zur Messung der Lebensqualität der Short Form 36 Health Survey (SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand), der im Anhang zu finden ist, verwendet (Klinische Sportmedizin, 2002). Der SF-36 ist ein krankheitsübergreifendes Verfahren, das mit 36 Fragen acht Dimensionen (körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden) subjektive Gesundheit erfasst (Renneberg et al., 2006).

Inzwischen wurden Forschungen anhand von SF-36 zur Messung der Lebensqualität bei Adipositas durchgeführt, deren Ergebnisse bereits vorliegen.

In der chinesischen Studie *„Laparoscopic adjustable gastric banding for the treatment of morbidly obese patients: early outcome in a Chinese cohort“* (Wong, So, Yau, Chan, Lee, Chan, Chow & Chung, 2005) wurde bei zehn PatientInnen mit morbidem Adipositas ein verstellbares Magenband eingesetzt. Die Operation ist bei allen PatientInnen erfolgreich verlaufen. Der durchschnittliche Gewichtsverlust nach 18 Monaten betrug ca. 30 kg. Bei drei PatientInnen erwies sich eine unbefriedigende Gewichtsabnahme, weil wegen der schlechten Ernährungsgewohnheiten in der Zeit von einem Jahr weniger als 20 kg abgenommen wurde. Anhand von SF-36 wurde bei acht PatientInnen präoperativ und sechs Monate postoperativ die Lebensqualität gemessen. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass die Begleiterkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes, Arthritis, Schlafapnoe, usw.) durch die Lebensumstellung weniger progredient sind sowie die Lebensqualität sich deutlich verbessert hat. In allen Dimensionen ausgenommen psychisches Wohlbefinden zeigte sich eine signifikante Verbesserung.

Hauner (1996) und Bohannon (2011) stellten fest, dass viele Menschen, die an Adipositas leiden, körperliche Beschwerden, die durch ihr Körpergewicht hervorgerufen werden, haben. Diese Beschwerden kommen in Kurzatmigkeit, schnellem Ermüden und starkem Schwitzen bei geringer körperlicher Belastung zum Ausdruck. Weiters wird über Wirbelsäulen- und Kniegelenksbeschwerden geklagt. Durch all diese Leiden wird je nach Lebensalter, Dauer und Grad der Adipositas die Lebensqualität stark beeinträchtigt.

Im anschließenden 8. Kapitel wird der Forschungsstand zu den Aspekten ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkungen auf die Psyche‘ diskutiert.

## **8 Aktueller Forschungsstand zu den Aspekten ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkungen auf die Psyche‘**

Dieser Teil der Arbeit bietet einen Überblick über den Stand der Forschung zum Thema ‚Die Bedeutung von Adipositas für betroffene Menschen im Erwachsenenalter‘. Um einen breiten Überblick zu erlangen, wurde in verschiedenen Bibliotheken nach Büchern und Zeitschriften bzw. in Datenbanken wie PubMed und Cinahl nach wissenschaftlichen Beiträgen gesucht. Als Suchkriterien wurden folgende Begriffe verwendet: Adipositas, Fettleibigkeit, meaning of obesity, overweight, psyche and obesity, perceive form adipositas, Adipositas in Verbindung mit Psyche und Wahrnehmung, psychological well-being und Quality of Life.

*Ausgeschlossen* wurden jene Artikel, die sich nur peripher mit der Thematik beschäftigen, oder solche Artikel, die Adipositas im Zusammenhang mit verschiedenen anderen Krankheiten behandeln. Weiters wurden Studien ausgeschlossen, die mit Kindern, Jugendlichen und schwangeren Frauen durchgeführt wurden. Folgende *Einschlusskriterien* wurden festgesetzt: gewählt wurden qualitative und quantitative empirische Artikel, welche sich mit den zwei Aspekten ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkung auf die Psyche‘ beschäftigen.

National gesehen brachte meine Suche in den verschiedenen Datenbanken in Bezug auf mein Forschungsfeld keine Ergebnisse. Es wurden viel mehr verschiedene Präventionsprojekte und -konzepte diskutiert, die sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche konzentrierten (Zwieauer, 2009; Birnbacher et al., 2010).

Auf der internationalen Ebene brachte die Literaturrecherche insgesamt eine umfangreichere Resultatliste. Hier werden Studien zu den Aspekten

‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkung auf die Psyche‘ dargestellt.

### ***Erkenntnisse zum Aspekt ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘***

Johnson, Cooke, Croker & Wardle (2008) haben in Großbritannien eine Untersuchung mit normalgewichtigen, übergewichtigen und stark übergewichtigen Menschen über einen Zeitraum von acht Jahren durchgeführt. Im Jahr 1999 haben 853 Männer und 944 Frauen an der Studie teilgenommen, im Jahr 2007 847 Männer und 989 Frauen. Ziel der Studie war, herauszufinden, wie die erwachsenen Menschen ihr Gewicht einschätzen. Ergebnisse zeigen, dass sich Menschen mit Übergewicht und Adipositas im Jahr 2007 weniger als übergewichtig und an Adipositas leidend wahrnahmen als im Jahre 1999. Bei der Studie hat sich herausgestellt, dass übergewichtige Menschen und Menschen, die an Adipositas leiden, ihr Gewicht unterschätzen.

In Spanien wurde eine weitere Studie mit erwachsenen Menschen in der Zeit von 1987 bis 1998 durchgeführt (Gutiérrez-Fisac, López García, Rodríguez-Artalejo, Banegas Banegas & Guallar-Castillón, 2002). Das Erkenntnisinteresse der Studie betraf die Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas in der erwachsenen Bevölkerung. Einerseits zeigen die Ergebnisse, dass die Prävalenz der Adipositas drastisch gestiegen ist. Im Jahr 1987 betrug der Anteil der Personen mit einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> 35,7%, 1995/1997 hat er sich auf 48,6% erhöht. Andererseits ist zu erkennen, dass sich bei Menschen ab einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> die Wahrnehmung bezüglich des Gewichts verzerrt. Die Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, nehmen nicht wahr, dass sie mehr Gewicht auf die Waage bringen, als es sein soll.

Die Studie „Perception of Weight and Threat to Health“ (Moore, Harris & Wimberly, 2010) wurde an afro-amerikanischen Frauen in der Zeit von 2004 bis 2006 durchgeführt und zeigte, dass fast die Hälfte der befragten Frauen, die übergewichtig waren, sich als normalgewichtig einstufte. Die

Frauen, die an Adipositas leiden, sehen sich als übergewichtig und nicht als fettleibig. In dieser Studie werden als mögliche Gründe für die Unterschätzung des eigenen Gewichts folgende genannt: Mangel an Wissen (Mangel an Informationen über die Definition von Übergewicht/Adipositas); Glaube an normales Gewicht trotz Kenntnis des tatsächlichen Gewichts und verschiedene kulturelle Normen.

In Mexiko zeigte eine Untersuchung, dass in diesem Land mit 30% an erwachsenen Menschen die weltweit zweitgrößte Prävalenz der Adipositas herrscht (Soriano, Ponce de León Rosales, García, García-García & Méndez, 2012). Es wurde eine Umfrage zu Wissen und Bewusstsein in Hinblick auf Adipositas als eine Krankheit, sowie auf die Ursachen für Übergewicht und die gesundheitlichen Risiken durchgeführt. Die Teilnehmer wurden in drei Gruppen unterteilt. Die Ergebnisse zeigen in allen drei Gruppen großes Wissen über Adipositas als eine Krankheit, über die Ursachen, die zu Adipositas geführt haben sowie die Folgen wie Diabetes II, Bluthochdruck und Knie-Arthrose. In allen Gruppen machte sich eine Lücke des Wissens über das Risiko von Brust- und Darmkrebs bemerkbar.

In der Studie "Differences in weight perception among blacks and whites" wurden 219 weiße und 240 afroamerikanische Frauen und Männer untersucht (Hendley, Zhao, Coverson, Din-Dzietham, Morri, Quyyumi, Gibbons & Vaccarino, 2011). Ziel dieser Studie war, die Unterschiede zwischen der Ethnie und dem Geschlecht in Bezug auf das Körpergewicht mittels Body-Mass-Index und Taillenumfang zu erforschen. Das wahrgenommene Gewicht wurde im Rahmen eines Telefoninterviews bewertet und in drei Gruppen kategorisiert: Untergewicht, Normalgewicht und Übergewicht oder Fettleibigkeit. Größe, Gewicht und Taillenumfang wurden bei einem späteren Besuch gemessen und der Body-Mass-Index berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenz der Adipositas bei afroamerikanischen Frauen höher ist als bei weißen Frauen. Aus der Studie geht hervor, dass vor allem afroamerikanische Frauen ihr Gewicht falsch einschätzen.

### ***Erkenntnisse zum Aspekt ‚Auswirkungen auf die Psyche‘***

Die Einzelfallstudie “Extensive interactions between eating and weight disorder, major depression, pain, and sarcoidosis-case 5/2012” (Schäfflein, Wettach, Smolka, Kuprion, Zipfel & Teufel, 2012) berichtet über eine 41-jährige Frau, bei der Adipositas Grad III festgestellt wurde. Sie klagte über Atemnot, chronische Schmerzen im ganzen Körper und eine mittelgradige depressive Störung. Sie nahm an einem Therapieprogramm teil. Dieses Programm umfasste Psychotherapie, Pharmako- und Psychopharmakotherapie, Ernährungstherapie und Bewegungstherapie. Mithilfe der Therapie verlor sie 7,9 kg. Der Gewichtsverlust wirkte sich auf die 41-jährige Frau positiv aus. Die Schmerzen gingen zurück und die Stimmung stabilisierte sich.

In einer Untersuchung in Spanien wurden insgesamt 15.099 Frauen im Alter ab 18 Jahren untersucht (Martín-López, Pérez-Farinós, Hernández-Barrera, de Andres, Carrasco-Garrid & Jiménez-García, 2011). Die Teilnehmerinnen wurden in Gruppen nach ihrem BMI klassifiziert. 55,4% der Frauen waren normalgewichtig, 29,4% übergewichtig und 15,2% adipös. Die Untersuchung hat ergeben, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei spanischen Frauen, die an Adipositas leiden, 35,5% betrug und bei normalgewichtigen Frauen knapp 19% war. Aus der Studie ist zu erkennen, dass Frauen, die an Adipositas leiden, öfter von psychischen Erkrankungen betroffen sind als normalgewichtige Frauen.

An Adipositas leidende Menschen werden stigmatisiert und diskriminiert. In der Studie “Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults” (Puhl & Brownell, 2006) wurde festgestellt, dass vor allem jüngere Erkrankte stigmatisiert werden und dass es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt. Die Betroffenen werden an erster Stelle von ÄrztInnen, gefolgt von Familienangehörigen, dann ArbeitskollegInnen stigmatisiert. Eine andere Studie von Giel, Zipfel, Alizadeh, Schäffeler, Zahn, Wessel, Hesse, Thiel & Thiel (2012) stellten fest, dass unter den Menschen mit Adipositas vor allem Frauen im Berufsleben stark stigmatisiert werden.

Zahlreiche andere Studien (Ruano Gil et al., 2011; Hurt et al., 2010; Seipel, 2005) bestätigen, dass Adipositas eine chronische Krankheit mit steigender Prävalenz und eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen ist, sowie negative Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der westlichen Welt hat.

Einerseits konnte in zahlreichen Studien (Donini, Savina, Coletti, Paolin, de Felice, del Balzo, Cannella & Scavone, 2010; Loh & Chan, 2010; Wilfley, Vannucci & White, 2010; O'Brien, Dixon, 2002; Friedman, Ashmore, Applegate, 2008) nachgewiesen werden, dass Adipositas die Lebensqualität übergewichtiger Menschen stark beeinträchtigt und das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt ist. Die Autoren sind sich einig, dass diese Problematik ernsthaft berücksichtigt werden muss. Andererseits sind andere Studien (González Calvo, Hernández Sánchez, Pozo Rosado & García López, 2011; Pan, Cole & Geliebter, 2011) zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Gewichtsabnahme sich sehr positiv auf das psychische Wohlbefinden wie auch auf die Lebensqualität auswirkt.

Zusammenfassen brachte die Literaturrecherche das Ergebnis, dass die zwei Aspekte ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ und ‚Auswirkung auf die Psyche‘ bisher unzureichend untersucht wurden. Aus diesem Grunde habe ich mich entschlossen, die Erfahrungen Betroffener mittels halbstandardisierter Interviews zu erfassen.

Im nächsten Kapitel wird auf Methodologie, Forschungsfragen und Forschungsdesign eingegangen.

## 9 Empirische Untersuchung

Nach der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema Adipositas werden im empirischen Teil der Arbeit die Forschungsfragen und das methodische Vorgehen dargestellt.

### 9.1 Forschungsdesign

Grundsätzlich wird unter Forschungsdesign *„[...] das Vorgehen in einer Forschungsarbeit verstanden – es legt den Weg fest, den man gehen möchte“* (Mayer, 2002, S. 69). Diese Arbeit ist als qualitative Untersuchung konzipiert. Die qualitative Forschung soll die *„menschlichen Erfahrungen bezüglich Gesundheit und Krankheit – das zentrale Anliegen der Pflegewissenschaft“* (LoBiondo-Wood & Haber, 2005, S. 220) untersuchen.

Zur Untersuchung der Forschungsfragen: *„Wird Adipositas von den Betroffenen als Krankheit wahrgenommen?“* und *„Wie wirkt sich Adipositas auf die Psyche der Betroffenen aus?“* erscheint der qualitative Ansatz anhand der Beschreibung des Problembereiches zielführend zu sein. Ein weiterer Grund, weshalb die qualitative Methode für diese Arbeit gewählt wird, besteht darin, dass persönliche Meinungen, Ansichten und Erfahrungen der betroffenen Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, erhoben werden sollen. Somit werden Menschen mit Adipositas, die sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden, ganzheitlich und komplex gesehen (Mayer, 2002). Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die qualitative Forschung *„das menschliche Erleben aus der Perspektive der Betroffenen wahrnimmt und versteht“* (Mayer, 2002, S. 72). In dieser Forschungsarbeit wurde vorausgesetzt, dass die Menschen, die an Adipositas erkrankt sind, sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden. Die qualitative Forschung ist induktiv und das bedeutet, dass die Schlussfolgerungen vom Besonderen zum Allgemeinen hingehen (Mayer, 2002). Grundsätzlich sollen mehrere Einzelfälle beo-

bachtet, damit eine allgemeine Schlussfolgerung abgeleitet werden kann. Bei dieser Forschungsarbeit müsste eine größere Zahl als fünf Interviewte beobachtet werden, damit die Ergebnisse aussagekräftig und allgemein gültig angesehen werden könnten (Fickus, 2007). Eine umfassendere Bearbeitung der Thematik Adipositas würde den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen.

## **9.2 Die Methode**

Im folgenden Abschnitt dieser Arbeit wird die Methode genau beschrieben.

### **9.2.1 Qualitative Interviews**

Damit die Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen und Gefühle der Interviewpartnerinnen besser zum Ausdruck kommen, wurde in diesem Fall die aufschlussreichste Interviewform, das halbstandardisierte Interview, verwendet. Diese Interviewform eignet sich für diese Arbeit gut, weil die Interviewerin die Reihenfolge und Formulierung der Fragen der jeweiligen Interviewsituation anpassen kann (Mayer, 2002). In einem qualitativen Interview wird davon ausgegangen, dass sich die Forscherin vor dem Gespräch auf den Untersuchungsgegenstand vorbereitet (Keller, 2008).

#### *Leitfadenentwicklung*

Mithilfe eines Interviewleitfadens wird die Fragenreihung dem Gesprächsverlauf angepasst. Der Interviewleitfaden, der bei den Gesprächen verwendet wurde, ist im Anhang zu finden. Er besteht aus drei Teilen (Einstieg, Haupt- und Schlussteil) und gliedert sich in Haupt- und Detailfragen. Der Einstieg wird erleichtert, indem die Forscherin nach dem Grund für eine Bereiterklärung für das Gespräch fragt. Der Hauptteil hat folgende Schwerpunkte:

- Aspekt des Gesundheitsmanagements (Edukation und Compliance/Noncompliance)
- Aspekt der Alltagsbewältigung (Aufbau/Ausbau der täglichen Aktivitäten und weitere Teilnahme am Leben)
- Aspekt der Psyche (Bewältigung der Erkrankung, soziale Kompetenz, Selbstsicherheit und Lebensqualität)
- Aspekt der Wahrnehmung (Erkennung der Krankheit)

Im Schlussteil wurden die Interviewpartnerinnen nach ihren Wünschen gefragt. Danach wurden die Angaben zur Interviewpersonen ergänzt (Alter, Familienstand, Kinder, Beruf, Körpergröße, Gewicht, BMI und Taillenumfang). Den Abschluss bildeten eine Danksagung für das Gespräch und die Klärung der weiteren Vorgangsweise.

Aus dem Grund, dass folgende Forschungsfragen im deutschsprachigen Raum zu wenig bearbeitet wurden, hat sich die Autorin entschieden, im Rahmen ihrer Diplomarbeit folgenden Fragen nachzugehen:

- 1) Wird Adipositas von den Betroffenen als Krankheit wahrgenommen?
- 2) Wie wirkt sich Adipositas auf die Psyche der Betroffenen aus?

Wie erfolgreich Adipositas als Krankheit behandelt wird, hängt vor allem davon ab, ob Adipositas von den Betroffenen tatsächlich als Krankheit wahrgenommen wird. Infolge der Problematik, dass Adipositas von den Betroffenen oftmals ignoriert wird, hat sich die Autorin entschieden, sich mit dem Thema ‚Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit‘ durch die Betroffenen selbst näher auseinanderzusetzen.

Bei der zweiten Forschungsfrage wurde der Begriff ‚Psyche‘ im Kapitel Aspekte des psychischen Wohlbefindens operationalisiert.

### *Zugang zum Forschungsfeld und Rahmenbedingungen der Interviews*

Als erstes wurde eine Erlaubnis von einem Hausarzt eingeholt, durch dessen Anfrage zwei Interviewpartnerinnen vermittelt wurden. Das eine Gespräch fand direkt in der Ordination des Hausarztes statt und das andere auf Wunsch der Studienteilnehmerin in der Wohnung der Autorin.

In einem telefonischen Gespräch mit der Leiterin des Forums für die Adipositas-Selbsthilfegruppe in Wien durfte sich die Autorin vorstellen und ihr Anliegen schildern. Mit dem Einverständnis der Leiterin durfte die Autorin im Forum über Zweck und Sinn der Studie sowie über eine Benutzung des Diktiergerätes, über Anonymisierung und Dauer des Interviews informieren. Dabei wurde den Betroffenen zugesichert, dass der Abbruch des Interviews jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich ist. Grundsätzlich wurde darauf geachtet, dass alle Studienteilnehmerinnen am Anfang des Gespräches eine schriftliche Einverständniserklärung (informed consent) vorgelegt bekommen. Diese Einverständniserklärung ist auch im Anhang zu finden.

Von der Adipositas-Selbsthilfegruppe haben sich drei Teilnehmerinnen per E-Mail gemeldet, worauf die Autorin dann die Möglichkeit hatte, sich telefonisch vorzustellen und einen Termin zu vereinbaren. Ort und Zeit wurden von den Studienteilnehmerinnen gewählt, wobei sie sich entschlossen haben, zu der Autorin nachhause zu kommen. Somit konnte eine Unterbrechung, Störung oder Ablenkung während des Interviews vermeiden, wodurch die Qualität des Interviews stark beeinflusst worden wäre (Mayer, 2002).

Damit das Interview gelingt, wurde darauf geachtet, dass das Gespräch ernst genommen, echtes Interesse gezeigt sowie vermittelt wurde, dass das Gesagte für die Forschungsarbeit wichtig ist. Daher wurde bei manchen Gesprächen die vorgesehene Interviewdauer von eine Stunde überschritten und eine Länge von bis zu zwei Stunden erreicht.

Ein Vertrauensverhältnis zwischen der Interviewerin und den Studienteilnehmerinnen entwickelte sich relativ schnell und nach Meinung der Be-

troffenen verliefen alle Interviews sehr angenehm und in einer freundlichen Atmosphäre.

### *Die Transkription der Interviews*

Damit eine ausführliche interpretative Auswertung der Daten in einer qualitativen Forschungsarbeit möglich ist, müssen die Interviews vorher transkribiert werden. Unter Transkription wird eine Verschriftlichung von Interviews verstanden. Da viele Informationen wie Mimik und Gestik in der Transkription nicht mehr vorhanden sind, wurden folgende Regeln eines Transkripts beachtet:

- Um die Auswertung zu erleichtern, wurden die Interviews nummeriert.
- Interviewerin wurde mit I und Befragte mit IP codiert
- Zur Wahrung der Anonymität wurden Personen, Krankenhäuser und Orte durch X ersetzt
- Mittlere Pausen wurden durch drei Punkte (...) dargestellt
- Lange Pausen wurden durch (Pause) benannt
- Nichtsprachliche Äußerungen wie z.B. Lachen wurden in Klammern beschrieben, z.B. (lacht) (Mayer, 2002)

## **9.2.2 Methode der Datenauswertung**

Im Hinblick auf die Auswertung der Daten wird die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring verwendet. Bei der Inhaltsanalyse wird das Ziel verfolgt, das aus irgendeiner Art von Kommunikation gewonnene Material analysiert werden. Grundsätzlich wird das Material in sieben Schritten wie in der Abbildung 5 analysiert. Nachdem das Material festgelegt ist und die für die Fragestellung interessanten Ausschnitte ausgewählt wurden, werden die Analyseeinheiten festgelegt (Mayring, 2010). Hier wird die Kodiereinheit unterschieden, die besagt, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf und

der minimale Textteil, der unter eine Kategorie fällt. Hingegen legt die Kontexteinheit fest, welches der größte Textbestandteil ist, der in eine Kategorie fallen darf. Bei der Auswertungseinheit wird bestimmt, welche Textteile nacheinander ausgewertet werden (Flick, 2002). Danach folgt die Paraphrasierung. Hier werden nicht inhaltstragende Textbestandteile ausgelassen. Weiters wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt. Alle Paraphrasen, die unter dem Abstraktionsniveau liegen, werden verallgemeinert. In Schritt vier werden inhaltsgleiche Paraphrasen gestrichen, wobei unwichtige und nichtssagende Paraphrasen weggelassen werden können. Bei einer zweiten Reduzierung werden mehrere Paraphrasen zusammengefasst und zu neuen Aussagen formuliert. Danach erfolgt eine Überprüfung, ob die zusammengestellten Aussagen dem Kategoriensystem entsprechen. Am Schluss wird eine genaue Kontrolle des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial durchgeführt (Mayring, 2010). Abbildung 5 zeigt eine Zusammenfassung des Ablaufmodells der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring.

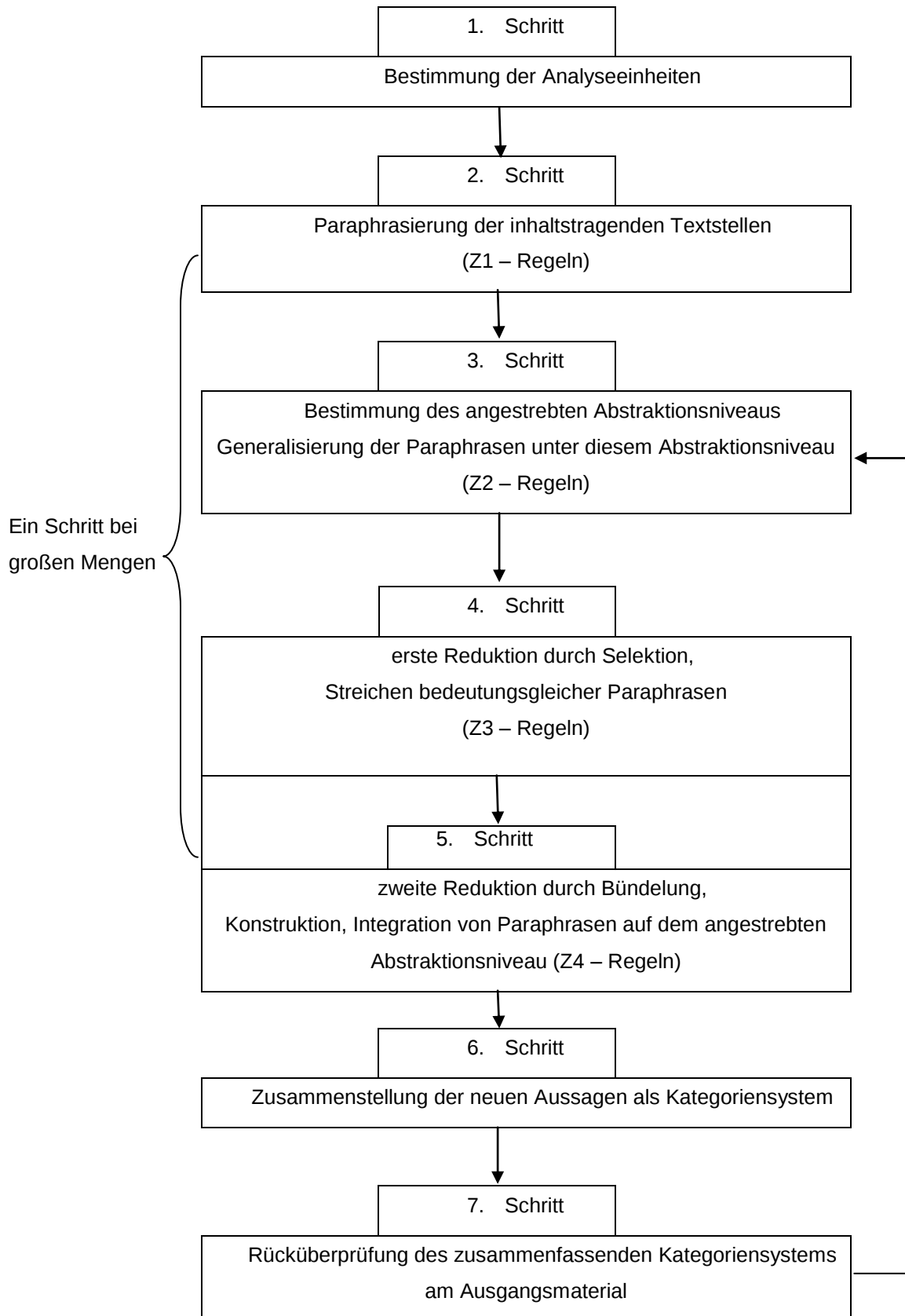


Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S. 68)

## 9.3 Die Durchführung der Datenerhebung

In diesem Punkt werden die Stichprobe und eine Beschreibung der Studienteilnehmerinnen gegeben.

### *Stichprobe*

In der qualitativen Forschung muss die Stichprobenbildung zweckgebunden sein. Die Teilnehmerinnen müssen bestimmten Kriterien entsprechen, die für eine Befragung wichtig sind (Mayer, 2002). Die Forschungsfragen dieser Diplomarbeit beantworten zu können, war wichtig, nicht bekannte Personen zu finden, um die Aussagekraft der qualitativen Daten sicherzustellen. Davon abgesehen mussten die Personen folgende Kriterien erfüllen:

- Erkrankung an Adipositas,
- BMI höher als  $30 \text{ kg}/(\text{m})^2$ ,
- Teilnehmer an einer Adipositas-Selbsthilfegruppe in Wien und
- Patienten von einem Hausarzt in Wien

Zugang zu Hausarztpatientinnen und Selbsthilfegruppenteilnehmerinnen wurde deshalb gewählt, weil die Autorin herausfinden wollte, ob diese Gruppe von Menschen, Adipositas als Krankheit sehen, da anzunehmen ist, dass sie etwas gegen Adipositas tun.

### *Beschreibung der Teilnehmerinnen*

Insgesamt wurden fünf Personen, die an Adipositas leiden, im Zeitraum von Ende März bis Mitte Juni 2012 interviewt. Grundsätzlich haben sich nur Frauen im Alter von 30 bis 60 Jahre zu einem Gespräch bereit erklärt. Von fünf dieser Frauen hatten zwei eine chirurgische Therapie und die drei anderen Studienteilnehmerinnen erreichten einen Gewichtsverlust durch Verhaltenstherapie, wobei sie alle noch immer einen BMI höher als  $30 \text{ kg}/(\text{m})^2$  aufwiesen. Es ist hier auch wichtig zu sagen, dass sich mehre-

re Personen zu einem Gespräch bereit erklärt haben und danach leider die Termine aus persönlichen Gründen abgesagt. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die qualitative Forschung mit kleineren Stichproben arbeitet. Die Auswahl der Teilnehmer muss angemessen und nützlich sein, weil das Phänomen, das untersucht werden soll, genau beschrieben werden muss (Mayer, 2002). Eine weitere Suche nach Studienteilnehmern hätte den zeitlichen Rahmen dieser Diplomarbeit gesprengt.

Die nachstehende Tabelle 5 fasst die Daten der fünf Studienteilnehmer zusammen, wobei bei betreffend den Body Mass Index (BMI) wichtig zu sagen ist, dass die eingeklammerten Werte vor einer chirurgischen Therapie oder einer Verhaltenstherapie waren:

| <b><i>Person</i></b> | <b><i>Alter</i></b> | <b><i>BMI</i></b> |
|----------------------|---------------------|-------------------|
| <b>IP1</b>           | 48                  | 42                |
| <b>IP2</b>           | 60                  | 34 (42)           |
| <b>IP3</b>           | 30                  | 36 (41,8)         |
| <b>IP4</b>           | 55                  | 42 (47,3)         |
| <b>IP5</b>           | 42                  | 31 (51,9)         |

Tabelle 5: Interviewteilnehmerinnen – BMI-Werte vor und nach der Therapie (eigene Darstellung)

## 9.4 Güterkriterien qualitativer Forschung

Die Güterkriterien wurden entwickelt, um die Qualität der Forschungsergebnisse zu sichern. Zu den klassischen Güterkriterien, die allerdings für die quantitative Forschung entwickelt wurden, zählen Objektivität (die Ergebnisse sind von der Interviewerin oder Auswerterin unabhängig), Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit). Grundsätzlich können

diese Güterkriterien nicht auf die qualitative Forschung übertragen werden, weil mit der quantitativen Forschung andere Ziele verfolgt werden (Mayer, 2002).

*Die qualitative Güterkriterien sind (Mayring, 2002):*

### *1) Verfahrensdokumentation*

Bei der qualitativen Forschung ist das methodische Vorgehen spezifisch und auf den Forschungsgegenstand abgestimmt. Es muss genau beschrieben werden, damit es auch für andere nachvollziehbar ist. Bei der vorliegenden Diplomarbeit wurde darauf geachtet, dass der Forschungsprozess genau beschrieben und für andere nachvollziehbar ist.

### *2) Argumentative Interpretationsabsicherung*

Interpretationen in der qualitativen Forschung lassen sich nicht beweisen, weswegen sie mit stichhaltigen Argumenten begründet werden müssen, damit die Qualität beurteilt werden kann. Um einen Überblick über die Thematik der Adipositas zu bekommen, erfolgte eine Literaturrecherche, wobei die Interpretation möglichst nahe am Datenmaterial erfolgte und mit Zitaten begründet wurde.

### *3) Regelgeleitetheit*

Dieses Güterkriterium der qualitativen Forschung besagt, dass die qualitative Forschung bestimmte Regeln hat, durch die das Material systematisch bearbeitet wird. Die Analyseschritte müssen vorher festgelegt werden. Bei dieser Arbeit wurden die Daten nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring bearbeitet und die Regeln dieser Methode wurden eingehalten.

#### *4) Nähe zum Gegenstand*

Dieses Kriterium bedeutet, dass die Forschung möglichst nahe an der Lebenswelt der Betroffenen stattfinden soll. Ein ganz wichtiger Punkt ist, dass die Interessensübereinstimmung mit den Beforschten erreicht wird. Dieses Kriterium wurde in der vorliegenden Arbeit erfüllt, indem der Kontakt mit allen Interviewpartnerinnen aufgenommen wurde, um ihre Wünsche und Bedürfnisse besser berücksichtigen zu können.

#### *5) Kommunikative Validierung*

Dieses Prinzip der qualitativen Forschung erfordert, dass die Gültigkeit der Ergebnisse überprüft werden kann, indem der Forscher den Betroffenen die Ergebnisse vorlegt und mit ihnen darüber diskutiert. Diesbezüglich wurde mit den Betroffenen vereinbart, dass dies nach der Fertigstellung der Diplomarbeit erfolgen wird.

Andere Autoren bevorzugen auch andere Kriterien, anhand derer ebenso die Qualität qualitativer Forschung beurteilt werden kann. Zu diesen Kriterien zählen Glaubwürdigkeit (Korrektheit der Befunde), Folgerichtigkeit (Nachvollziehbarkeit der Arbeit), Angemessenheit (die Genauigkeit ist mit der Wirklichkeit wiedergegeben) und Übereinstimmung (Glaubwürdigkeit, Folgerichtigkeit und Angemessenheit müssen bei den Ergebnissen beachtet werden) (Mayer, 2002).

Im 10. Kapitel werden die Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews dargestellt.

## 10 Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertung der Daten ergab drei Hauptkategorien, die in Sub- und Sub-Subkategorien gegliedert wurden. Mittels folgender Tabelle lassen sich die Ergebnisse veranschaulichen:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Kategorie: Wahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• verdrängte Wahrnehmung</li><li>• bewusste Wahrnehmung</li></ul>                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Kategorie: Belastung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• eingeschränkte Lebensqualität</li><li>• Verstimmung<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Depression</li><li>⇒ Angst</li><li>⇒ Schamgefühle</li></ul></li><li>• Stigmatisierung durch Fremde</li></ul>                                                                       |
| <p>Kategorie: Die zwei Welten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leben mit der Krankheit Adipositas<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Die Bedeutung von Adipositas</li><li>⇒ Therapieversuche</li></ul></li><li>• Leben nach der Bewältigung der Krankheit<ul style="list-style-type: none"><li>⇒ Unterstützung</li></ul></li></ul> |

Tabelle 6: Hauptkategorien mit Sub- und Sub-Subkategorien (eigene Darstellung)

## 10.1 Kategorie: Wahrnehmung

Die erste Kategorie dieser Arbeit ist ‚Wahrnehmung‘, die in ‚verdrängte Wahrnehmung‘ und ‚bewusste Wahrnehmung‘ gegliedert wird.

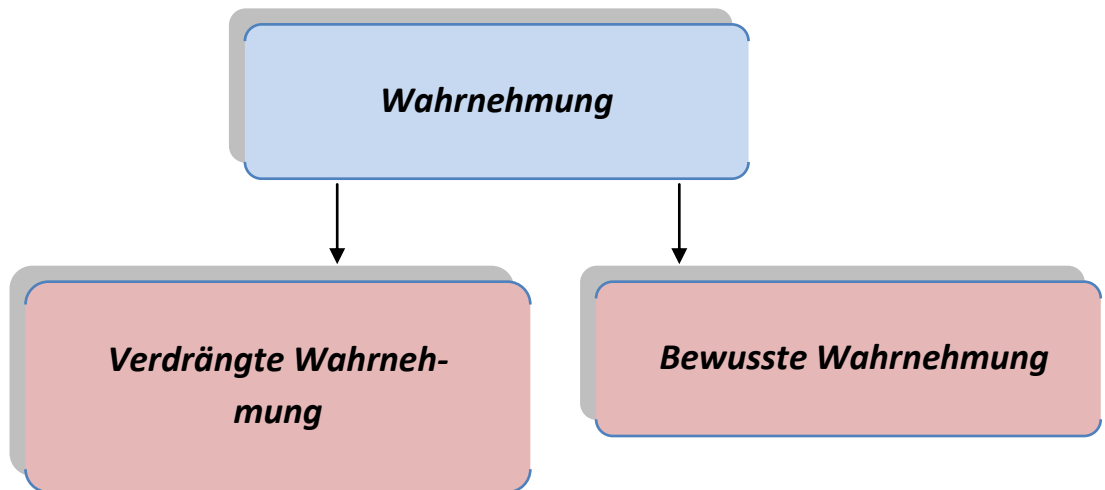


Abbildung 5: Kategorie: Wahrnehmung (eigene Darstellung)

In dieser Kategorie beschreiben die Interviewpartnerinnen, wie sie mit der Krankheit umgegangen sind, wie sie zu Adipositas stehen und ab welchem Zeitpunkt der eigene Körper als übergewichtig wahrgenommen wird. Wahrnehmung von Adipositas bedeutet für die Probandinnen, dem Körper gesteigerte Aufmerksamkeit zu schenken. Eine Interviewteilnehmerin unterscheidet immer zwei Arten von Wahrnehmung, eine positive und eine negative.

*„Man kann sich immer auf zwei Arten anschauen, die eine ist mit Abscheu und die andere, dass man irgendwie so sagt, na ja, jetzt mittlerweile spüre ich sogar meine Bizeps schon. Also es gibt immer eine positive und eine negative Wahrnehmung und die Wahrnehmung von mir selber ist sicher zurzeit eine deutlich positive“ (IP4 / 329-333)*

### 10.1.1 Verdrängte Wahrnehmung

Ein wesentliches Problem bei Adipositas ist die verdrängte Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts. Die bewusste Wahrnehmung und eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körpergewicht haben alle Probandinnen bis zum einem gewissen Zeitpunkt verdrängt.

*„... ich glaube man entwickelt eine ganze Menge an Strategien um sich selber nicht wahrnehmen zu müssen“ (IP4 / 102-103)*

Die Verdrängung bei den Teilnehmerinnen, die zum großen Teil ihre Persönlichkeit abgespalten hat, kostete zusätzlich zu den Problemen, die in ihrem Leben aufgetreten sind, sehr viel Kraft und schädigte ihre Gesundheit. Es wird versucht, vor den eigenen Problemen und Sorgen zu flüchten. Für das Gewichtsproblem wird eine simple Erklärung gesucht oder es wird einfach ignoriert:

*„... offenbar verdrängt man die Wahrnehmung, irgendwann man macht ja keine Fotos oder lässt ja keine Fotos von sich machen, wenn dann überhaupt nur Kopf, Selbstbetrug würde ich sagen“ (IP4 / 107-109)*

*„es war mir aber wurscht, es war halt so, ich habe das Gewicht einfach ignoriert“ (IP4 / 244-245)*

*„Ich fühle mich nicht dick“ (IP1 / 9)*

Die Verdrängung führt auch zu sozialer Isolation. Passive Freizeitgestaltung in Form von Fernsehen und Computer tritt anstelle sozialer Interaktion:

*„... mich hat nichts interessiert mehr außer Fernsehen schauen und Internet. Ich wollte nicht mehr raus, also ich wollte keine neuen Leute kennenlernen und Freundeskreis schon aber keine neue Leute kennenlernen, das hat mich nicht interessiert“ (IP3 / 190-193)*

### **10.1.2 Bewusste Wahrnehmung**

Eine bewusste Wahrnehmung hat positive Auswirkungen, sowohl auf das seelische Wohlbefinden als auch auf den gesamten gesundheitlichen Zustand und den ganzen Körper. Die meisten Interviewteilnehmer aktualisieren eine bewusste Wahrnehmung erst dann, wenn gesundheitliche Konsequenzen aufgetreten sind:

*„... jetzt setzte ich mich damit auseinander, aber ich setzte mich jetzt damit auseinander, weil ich so jetzt Schmerzen in der Hüfte und in den Knie habe“ (IP1 / 51-53)*

*„Leider Gottes habe ich jetzt sehr großes Schmerzen empfinden ... also ich gehe nicht gleich, wenn es zwicken tut, also lieber mit Hausmitteln, ich versuche lieber selber zu heilen, aber jetzt schaue ich halt schon, jetzt nehme ich diese Termine doch“ (IP1 / 56-59)*

Durch die Anerkennung der gesundheitlichen Beschwerden und durch die körperlichen Einschränkungen, welche durch Adipositas verursacht wurden, wird erst dann an einer Gewichtsreduktion gearbeitet.

*„... das ist auch erst wie ich so schlapp war, diese Schlappheit hat mich erschreckt, dass ich mir gedacht habe, das kann es ja nicht sein, wenn ich so weiter tue, bin ich mit 75 im Rollstuhl*

*und spätestens mit 80 bin ich tot ... es war irgendwie so klar, dass ich was tun muss“ (IP4 / 118-122)*

*„... jetzt wird beim Essen das Sättigungsgefühl, also ich spüre es ... wie soll ich sagen ... durch dem, dass ich jetzt drauf schaue, weniger kleine Portionen, jetzt weiß ich ganz genau, wenn ich jetzt noch ein Löffel oder Gabel nehme, das tut mich dann weh, also das kann ich jetzt, kann ich das sehr gut Sachen stehen lassen“ (IP1 / 73-77)*

*„... ich will mein Gewicht trotzdem reduzieren für meine Gesundheit, weil ich weiß, dass es für meine Gesundheit nicht gut ist ... es sind Sachen wie z.B. mein Blutdruck (IP2 / 525-527)*

Eine positive Wahrnehmung wirkt sich bei den Befragten auf zwischenmenschliche Beziehung und natürlich auf Bestrebungen im Beruf positiv aus:

*„... ich habe da meine Freunde und das ist eigentlich ... oder sagen wir mal so innerhalb von Gemeinde habe ich sehr viele Bekannte, bekannte Freunde ... wo ich weiß, dass ich gerne gesehen bin“ (IP1 / 144-147)*

*„... ich habe noch nie erlebt, dass mich jemand abgelehnt hat, wegen meiner Körperfülle, weil ich schaue ... ich weiß, wie ich mit jemandem in Kontakt trete und es war bis jetzt immer positiv und es hat mich noch nie jemand abgelehnt“ (IP1 / 163-166)*

Durch eine positive Wahrnehmung bekommen die Interviewpartnerinnen das Leben leichter in den Griff und beginnen es zu genießen.

*„... ich bin zu Hause, ich genieße es zu Hause zu sein. Ich mache am Vormittag meine Sachen, aber der Nachmittag gehört voll mir, ich genieße es. Ich habe mir alles gerichtet auf meinem Balkon, ich nehme mir meinen Kaffee und setze mich hinaus und genieße es, es ist sehr viel was ich früher auch nicht gemacht habe“ (IP2 / 207-211)*

Das positive Denken und eine bewusste und aufmerksame Wahrnehmung haben Einfluss auf das Selbstvertrauen. Die Befragten berichten, dass sie mit schwierigen Situationen besser umgehen und negative Zustände leichter bewältigen, weil sie nie Probleme mit Selbstbewusstsein hatten.

*„Ich habe ein Selbstvertrauen wie ein Panzer“ (IP1 / 161)*

*„... ich weiß nicht, das glauben viele vielleicht, aber dem ist es nicht so ... das lasse ich mir nicht nehmen ... das ist eine Sache entweder oder ... so war ich und so bin ich“ (IP2 / 482-484)*

*„Ich hatte eigentlich nie ein Problem, ich habe mich immer attraktiv gefunden, ich hatte nie Probleme mit den Männern, ich war nie ... ich war immer extrovertiert, ... also ich bin immer präsent gewesen, das war nicht das Problem. Mein Problem war die Gesundheit, also das Selbstbewusstsein war es nicht“ (IP5 / 106-110)*

Auch beim Einkaufen von Lebensmitteln bildet sich eine bewusste Wahrnehmung aus. Die Studienteilnehmerinnen verfügen über Wissen bezüglich gesunder und wertvoller Ernährung:

*„... meine große Leidenschaft war Zeitlang Milkaschokolade mit Nuss .... so irgendwann hat es im Kopf klick gemacht, macht dick ... früher zum Frühstück Nutella, macht dick, Weißbrot mhhhh ... Baguette sehr gerne gegessen und jetzt esse ich verschiedene Vollkornbrote, ohne Butter, keine Marmelade“ (IP1 / 203-207).*

## 10.2 Kategorie: Belastung

Bei der zweiten Kategorie dieser Arbeit geht es um die ‚*Belastung*‘. Die Belastung gegliedert sich in ‚*eingeschränkte Lebensqualität*‘, ‚*Verstimmung*‘ und ‚*Stigmatisierung durch andere Personen*‘. Die Subkategorie ‚*Verstimmung*‘ wird wiederum in Sub-Subkategorien ‚*Depression*‘, ‚*Angst*‘ und ‚*Schamgefühle*‘ unterteilt.

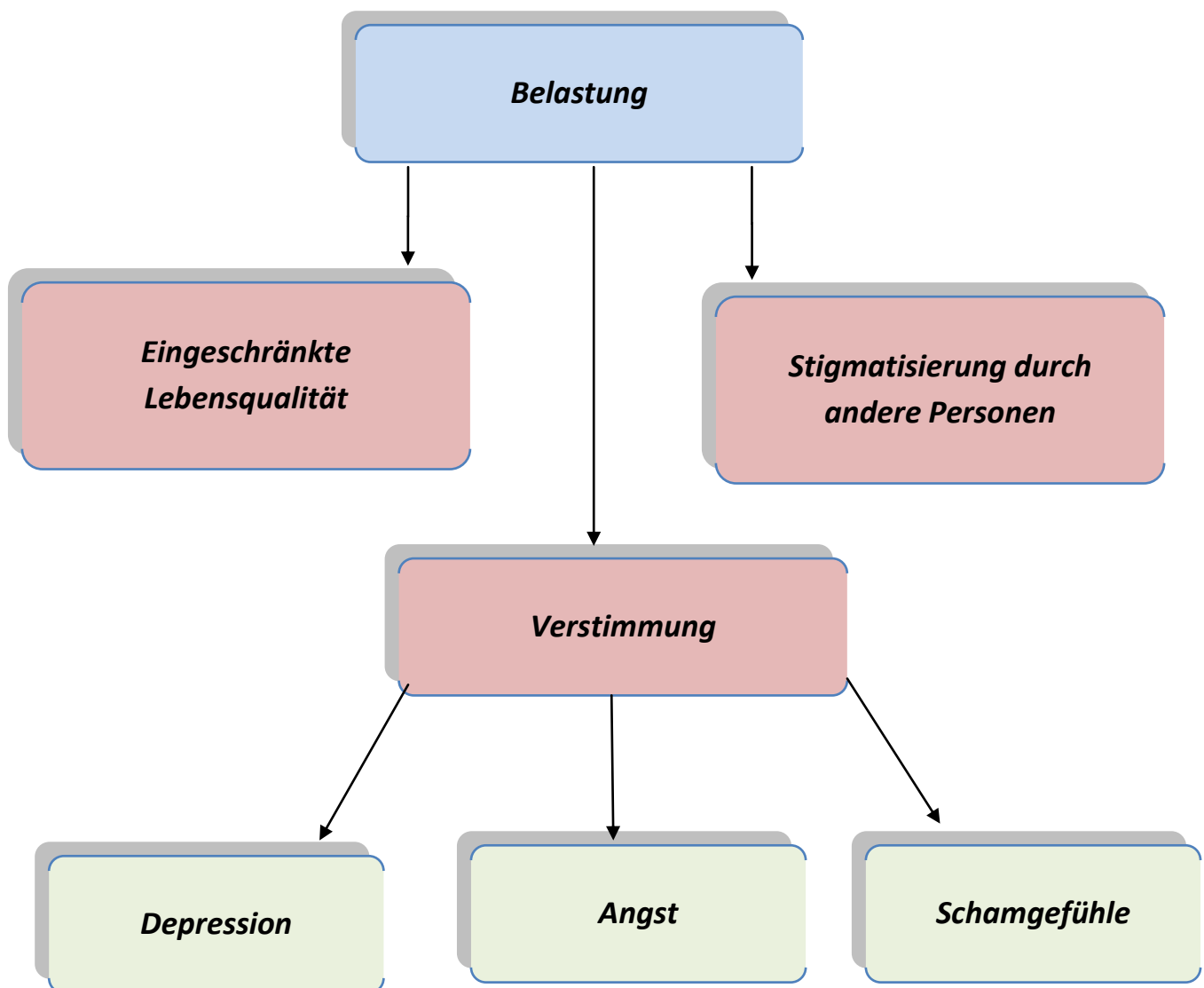


Abbildung 6: Kategorie: Belastung (eigene Darstellung)

Die Herausforderungen, die sich den Studienteilnehmerinnen stellen, sind vor allem negative Einstellungen gegenüber dem Äußeren. Die Belastungen treten sowohl körperlich als auch psychisch auf.

### 10.2.1 Eingeschränkte Lebensqualität

Körperliche Einschränkungen spielen eine wesentliche Rolle im Leben von Adipositas-erkrankten. Die Vorstellung, nicht die Kraft zu haben, um schneller und beweglicher zu sein, ist für die Befragten sehr bedrückend:

*„... es ist auch so, wenn du nicht diese Beweglichkeit mehr hast, die du dir wünschst, es ist frustrierend das Ganze, du schwitzt, kannst dich nicht bewegen wie du willst und hast dieses Gefühl, ah wieso geht das nicht ...“ (IP2 / 420-423).*

*„... wenn du schneller gehen wolltest, wenn du diese Fülle hast, dass du schnell gehen willst, das konnte ich nicht ...“ (IP2 / 415-416)*

Eine Einschränkung der Lebensqualität tritt in vielen Bereichen des Alltags auf. Im Wesentlichen besteht diese darin, dass die Alltagsbewältigung zur Überforderung wird. Selbstständigkeit im Leben zeigt sich als sehr schwierig:

*„... am Anfang habe ich nichts machen können, da habe ich ständig jemanden gebraucht, der mich mit dem Auto wohin fährt, mir was trägt, ich habe nicht einmal selber Wäsche waschen können ...“ (IP3 / 77-79)*

*„... und wie ich noch stärker war ... mein Mann mir immer die Schuhe binden musste und das ist mir dann immer irrsinnig auf*

*die Nerven gegangen ... das war schlimm für mich, für meine Psyche war das schlimm ...“ (IP2 / 388-390)*

Der Verlust von Lebensqualität betrifft auch eine Einschränkung der Freizeitaktivitäten. Die Motivation, etwas im Leben zu unternehmen geht aufgrund des großen Gewichtes verloren:

*„... bleiben wir auf der Couch und schauen wir Fernsehen“ (IP3 / 101)*

*„... also das Wochenende war im Grund genommen so vor Fernseher, weil viel anders ist nicht mehr gegangen“ (IP4 / 229-230)*

Adipositas stellt auch eine Einschränkung im Privatleben dar. Diese wird in manchen Fällen der Grund für die Erkenntnis, dass etwas unternommen werden muss:

*„... ich konnte mit meinem Partner nicht mithalten, der ist viel aktiver und viel bewegungsfreudiger, das hat uns fast die Partnerschaft gekostet ...“ (IP4 / 170-171)*

Die Studienteilnehmerinnen können schwer Unterstützung akzeptieren und zulassen:

*„... ganz schlimm am Anfang, dass ich Hilfe brauche für leichte Sachen ...“ (IP3 / 88)*

## 10.2.2 Verstimmung

Die befragten Adipositas Erkrankte berichten, dass es schwierige Phasen in ihrem Leben gibt, in denen sie sich deprimiert fühlen. Dabei reagiert jede von ihnen unterschiedlich intensiv

### **Depressive Verstimmung**

Eine depressive Verstimmung hängt bei den Probandinnen der Studie in vielen Fällen mit der erlebten Stigmatisierung zusammen:

*„... also zeitweise da war ich depressiv und da ist mir schwer gefallen und dann wieder so selbstbewusst, na wurscht ich bin trotzdem hübsch ...“ (IP3 / 163-164)*

Bei einer tieferen depressiven Verstimmung sind die Gefühle der Trauer und inneren Leere stark ausgeprägt und halten länger an, wobei die Betroffenen oft keine Freude am Leben haben, ausgelaugt und lustlos sind:

*„... ich habe geweint die ganze Zeit nicht raus gegangen, das war dann schon ... da wollte ich dann nicht wirklich ... die Decke über den Kopf und im Bett bleiben“ (IP3 /170-171)*

Die Diagnose, Adipositas, nicht mehr in die alte Kleidung zu passen und sich selber nie schlank zu kennen, war für alle Betroffenen eine schwer verkraftbare Belastung. Keinen normalen Body-Mass-Index zu haben, empfanden viele Befragte an gewissen Tagen als Selbstverschulden:

*„... es hat Tage gegeben, da habe ich mich nicht in den Spiegel schauen können, wau du bist fett ...“ (IP3 / 166-167)*

## Angst

Von Adipositas betroffene Menschen sind sehr oft mit dem Thema ‚Angst‘ konfrontiert. Mit der Angst zu leben, stellt für Interviewteilnehmerinnen eine unangenehme Situation dar. Durch die Beobachtung des Körpers steigt die Angst. Damit verbunden ist die Sorge, mit der Krankheit Adipositas nicht mehr zu Recht zu kommen. Das Gewicht nicht mehr reduzieren zu können und nicht zu den gewünschten Kilos zu kommen, sind Auslöser für die Angst.

*„... dann hast du gedacht ok jetzt ist stopp, mehr nimmst du nicht zu, du tust besser dich zu ernähren, dann sind wieder zwei Kilo dabei ... es ist immer die Angst eins, zwei Kilo und gegen die hast du nichts unternehmen können ...“ (IP3 / 113-116)*

Eines der größten Probleme bei einigen Betroffenen, die auf dem besten Weg sind, ihr Gewicht zu reduzieren, ist die Angst, wieder rückfällig zu werden, das Gewicht nicht im Normalbereich halten zu können und sich wieder mit dem großen Gewicht abfinden zu müssen. Diese Angst stellt eine enorme Herausforderung für die Betroffenen dar.

*„... die Motivation zu behalten, also dass ich regelmäßig ins Fitnesscenter gehe und dass ich nicht wieder anfangen mir die Mayonnaise Zentimeter dick aufs Brot zu schmieren“ (IP4 / 310-312)*

*„... dann muss ich versuchen mir diesen Leistungsdruck zu nehmen, weil damit es nicht wieder ins Umgekehrte fällt ...“ (IP5 / 529-530)*

Die Meinung ist verbreitet, dass eine Gewichtsabnahme ausreicht, um das Bindegewebe straff zu halten. Die Interviewteilnehmerinnen haben jedoch nach der Gewichtsreduzierung das Problem der überschüssigen Haut:

*„Meine größte Sorge ist, wenn ich abnehme und ich habe dann diese Haut ... die ... die Spannung, wenn dann das Fett weggeschmolzen ist und die überschüssige Haut ... da mache ich mir schon Gedanken darüber wie das dann wird“ (IP1 /172-175).*

### **Schamgefühle**

Betroffene berichten, dass sie sehr häufig Schamgefühle erleben. Es besteht immer das Gefühl, minderwertig zu sein und die Gedanken kreisen nur noch darum, was die Gesellschaft über sie denken könnte. Die Interviewteilnehmerinnen haben Schamgefühle, weil sie dem Schönheitsideal nicht entsprechen:

*„... es war schrecklich muss ich ehrlich sagen für mich, ich habe mich geniert in manchen Situationen, ich habe mich geniert zum Arzt zu gehen, man muss sich den gewissen Ärzten z.B. Internisten wenn du EKG oder sonst irgendetwas hast, musst du dich ausziehen, mir war es nicht angenehm ...“ (IP2 / 411-415)*

Bei den Befragten hängt Scham mit Schuldgefühlen zusammen. Schlechtes Gewissen führt dazu, dass die Teilnehmerinnen keine Motivation haben, etwas in ihrem Leben zu ändern. Sie denken, sie haben es nicht verdient, dass es ihnen gut geht, weil sie nicht im Stande sind, ihre Diät einzuhalten:

*„... als Dauerversager manchmal, so du hältst eh nichts durch, du schaffst es nie, dass di ordentlich ernährst, du bewegst dich zu wenig ... (IP5 / 281-282)*

*„... früher habe ich immer schlechtes Gewissen gehabt, weil ich habe gesagt ich bin dem Pferd zu schwer“ (IP3 / 99-100)*

Die Schamgefühle der Menschen mit Adipositas führen dazu, dass sie in der Öffentlichkeit keinen Sport betreiben, weil die Angst vor einer Blamage zu groß ist:

*„früher habe ich mich nicht getraut z.B. ins Fitnessstudio zu gehen ... alle schauen wie der Dicke geht laufen ... ich habe mich immer geniert ... ich habe immer Hemmungen von Fremden gehabt und ich habe immer gedacht was denken die sich dann über mich ...“ (IP3 / 104-107)*

### **10.2.3 Stigmatisierung durch andere Personen**

Die an Adipositas erkrankten Interviewpartnerinnen fühlen sich schlecht, wenn sie wegen ihrer Krankheit beleidigt werden. Negative Reaktionen anderer Menschen sind das, was negative Gefühle bei den Betroffenen verursacht:

*„Als dick zu sein ist einfach eine Stigmatisierung von A bis Z verbunden, auch mit der unbedingten Annahme der Umwelt, das dicke Leute so wenig auf sich selber achten, zu blöd natürlich blöder sind wie alle anderen, weil sonst wären sie nicht so dick, ja du musst halt ständig beweisen, dass es nicht so ist“ (IP4 / 183 – 189)*

Diese negativen Reaktionen von der Gesellschaft treten in allen Altersgruppen auf. Die Interviewpartnerinnen dieser Untersuchung haben selber diese diskriminierenden Äußerungen erlebt, die sie zum Nachdenken über die Gesellschaft gebracht haben:

*„... da oben stand so ein sage ich jetzt 70, 80jähriger braungebräunter alter Mann, der mir erklärt hat, dass es eine Schande ist, wie ich ausschaue ...“ (IP4 / 194-196)*

*„... wenn gegenüber Kinder sitzen in den öffentlichen Verkehrsmitteln und die sagen Mama, schau mal was die für die dicke Beine hat ...“ (IP5 / 207-208)*

*„... die Teenager kommen, schau die Panzer rollen wieder und das ist nicht schön und wenn ich dann einen schlechten Tag hatte, war das sehr kränkend, also ich bin jetzt nicht in Tränen ausgebrochen, aber es hat mich tagelang beschäftigt“ (IP5 / 209-212)*

*„... früher haben oft Junge zu mir fettes Sau gesagt, weil ich fotografiere auch Partys und dann sagen sie, sag der fetten Sau, sie soll uns fotografieren und das habe ich sehr wohl gehört und das hat schon weh getan“ (IP3 / 72-75)*

Alle Interviewpartnerinnen sind sich einig, dass Menschen, die an Adipositas leiden, krank sind und das Gewicht nicht so leicht reduzieren können. Durch die Stigmatisierung verschlechtert sich die Situation, sodass die Betroffenen die Kraft nicht mehr haben ihre Krankheit zu bewältigen.

*„... was mich stört für die anderen Leute, weil ich weiß, wenn man eine gewisse Körperfülle trägt, das ist nicht leicht, man muss immer gut abwägen was könnte sein mit dieser Person, könnte es Krankheit sein, könnte es wirklich die Fresssucht sein, es gibt verschiedenste Arten, man muss immer überlegen*

*bevor man den Mund aufmacht einen Menschen irgendwie zu kritisieren und sagen das oder das ...“ (IP2 / 581-586)*

Leichtere seelische Verletzungen vergehen nach einer bestimmten Zeit. Um diese Phase der Trauer leichter zu überwinden, versuchen viele Teilnehmerinnen, den Fehler bei der intoleranten Gesellschaft zu finden und nicht bei sich selber:

*„... man sucht jetzt nicht die Fehler bei sich, sondern sagt aha was sind das für intolerante Menschen und die sind eh total blöd und die sind dumm und haben keine Ausbildung und das sind Teenager, die eh nichts vom Leben verstehen und ignorante Menschen ...“ (IP5 / 192-196)*

Die Stigmatisierung wiederum wirkt sich dann drastisch auf das Gesundheitsmanagement aus. Die Interviewteilnehmerinnen wünschen sich, wenn die Gesellschaft offener wäre und die Einzelnen den Mut hätten, nach dem Grund, der zu Adipositas geführt hat, zu fragen. Alle Probandinnen sind auch dazu bereit, den eigentlichen Grund ihrer Krankheit zu erklären.

*„... es ist schlimm, es ist sehr sehr schlimm und das wäre mein wirklicher Wunsch, wenn die Leute offener wären und überlegen würden bevor sie irgendeine schlimme Äußerung von sich geben ...“ (IP2 / 610-612)*

*„... ich würde es aber jetzt niemanden spüren lassen, also ich versuche es zumindest ... ich hoffe es nicht, dass es irgendwie nicht auf meine Blicke ankommt ... nie jemanden auf die Optik reduzieren oder auch vielleicht mal sich zu trauen das zu hinterfragen warum ist jemand dick oder auch dem dicken Menschen*

*die Möglichkeit geben das man den kennenlernen will und nicht sagen wau der ist dick ...“ (IP5 / 539-544)*

### 10.3 Kategorie: Die zwei Welten

Die dritte Kategorie dieser Arbeit ist *„die zwei Welten“*, die in Subkategorien wie *„Leben mit der Krankheit Adipositas“* und *„Leben nach der Bewältigung der Krankheit Adipositas“* gegliedert ist. Die Subkategorie *Leben mit der Krankheit Adipositas* beinhaltet zwei Sub-Subkategorien *„die Bedeutung von Adipositas“* und *„Therapieversuche“*. Die andere Subkategorie *Leben nach der Bewältigung der Krankheit Adipositas* hat eine Sub-Subkategorie *„Unterstützung“*.

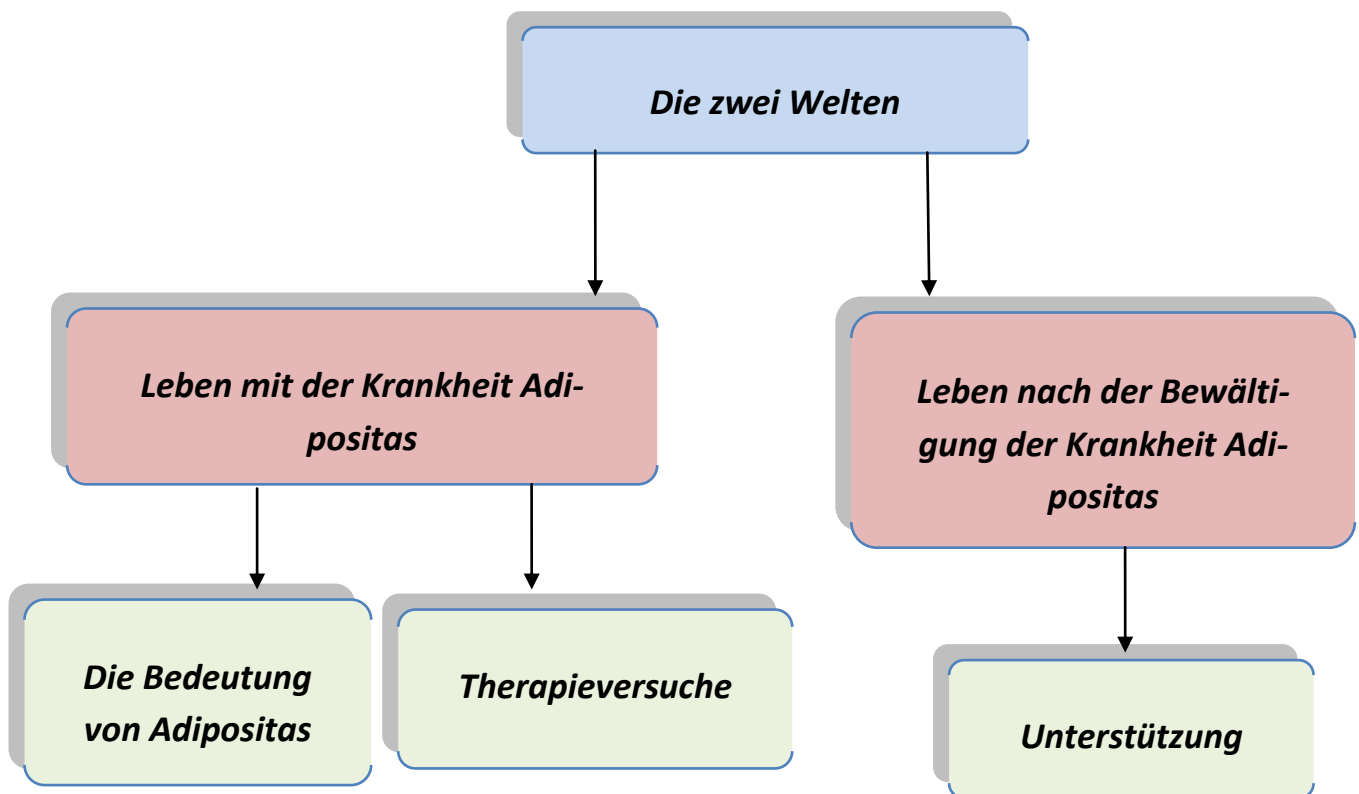


Abbildung 7: Kategorie: Die zwei Welten (eigene Darstellung)

Die Menschen, die an Adipositas leiden, werden entweder mit der Krankheit noch in der Kindheit konfrontiert oder sie trifft sie im Erwachsenenalter. Gleichgültig, zu welchem Zeitpunkt die Krankheit in ihr Leben tritt, fällt es den Betroffenen schwer, sie zu akzeptieren.

Einer der wichtigsten Gründe, der laut Aussage der Probandinnen zu Adipositas geführt hat, ist, dass sich die Eltern zu wenig mit der Thematik Adipositas auseinandergesetzt haben, aus dem Grund, dass sie zu beschäftigt waren. Doch in der Jugend und im Erwachsenenalter beginnen die Betroffenen ab einem bestimmten Zeitpunkt, besonders wenn die gesundheitlichen Konsequenzen auftreten, sich selber mit der Problematik zu befassen. Die Interviewteilnehmerinnen versuchen, aus dem Teufelskreis herauszukommen und beginnen nach langem Überlegen am eigenen Gewicht zu arbeiten. Alle Teilnehmerinnen berichten, dass sie vor kurzem oder vor wenigen Jahren angefangen haben, an der Verringerung des Körpergewichts zu arbeiten. Es ist allen Betroffenen bewusst, dass es kein leichter Weg war oder sein wird, das starke Übergewicht zu reduzieren. Jeden Morgen steigen die Interviewteilnehmerinnen auf die Waage und hoffen auf das fallende Kilo:

*„... also früher man hätte so ... Teller wäre nicht da lang gestanden, wäre ich dran gewesen ... ja so vorbei gehen na, also ich muss nicht solche Berge essen, sondern ich tue da naschen und da naschen und da Stückel Schokolade und da Glas Cola ... Früher habe ich gegessen bis der Notarzt gekommen ist, also bis der Bauch richtig weh getan hat ...“ (IP1 / 69-73)*

### **10.3.1 Leben mit der Krankheit Adipositas**

Sich mit einer Krankheit zu beschäftigen, welche ein Leben lang präsent sein wird, stellt für die Betroffenen eine Herausforderung dar. Einige der Befragten lernen schon in der Kindheit mit der Krankheit umzugehen. Zwei von fünf Interviewteilnehmerinnen kämpfen mit dem starken Übergewicht seit ihrer Kindheit. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Eltern

ein mangelndes Wissen über gesunde und ausgewogene Ernährung hatten. Eine von Interviewteilnehmerinnen berichtet, dass ihre Eltern ihr Gewicht unterschätzt haben und sie zum Essen gezwungen haben, mit dem Gedanken, dass sie stark sein muss. Der Teller musste immer leer sein, obwohl sie ab und zu schon bei der Hälfte satt war.

*„... eigentlich bin ich nicht wie ein Mädchen groß gezogen, sondern wie ein Bub ... ich denke mir mal ... es war auch immer dieses na ja du musst stark sein ... ich musste meinem Vater viel helfen ja ... in der Landwirtschaft und dieses Ding ist schon in der Jugend dieser Grundstein dafür gesetzt worden ...“ (IP1 / 40-44)*

Eine von den Betroffenen berichtet, dass sie in Kindheit das Gefühl hatte, vernachlässigt zu werden und das war ein wesentlicher Grund, der bei ihr zu Adipositas geführt hat. Die Eltern hatten nicht ausreichend Zeit, sich um sie zu kümmern, sie verfügte über das Essen so wie sie es will, und versuchte dadurch die Aufmerksamkeit der Eltern zu erlangen:

*„Ich war immer schon dick, also ich kenne mich nicht schlank und wir hatten zuhause ein Gasthaus am Land, Eltern wenig Zeit und ich hatte das genießerische Schlaraffenland und ich konnte immer und überall und alles essen was ich wollte und ich habe auch das Gefühl, dass ich mir versucht habe irgendwie die Aufmerksamkeit zu holen ... es sei es nur, iss nicht so viel, iss weniger ... damit einfach meine Eltern schauen, hallo hier bin ich ...“ (IP5 / 29-34)*

Ein weiteres Problem, über das die Betroffenen klagen, sind die psychischen Belastungen, die zur Störung des Essverhaltens führen. Wenn Probleme im Leben auftreten, die sie nicht so leicht bewältigen können, dann nehmen sie unbewusst mehr Kalorien zu sich, als sie benötigen:

*„... es war so seelische Probleme, der Papa hat Schlaganfall gehabt, Trennung von Ex-Freund und so und das war alles zusammen und dann hab ich nur frustgegessen, die ganze Zeit und dann ist immer mehr geworden“ (IP3 / 23-25)*

Essen wird als Trost, als Belohnung und als Lösung aller Probleme empfunden. Es wird gerne und vor allem sehr hastig gegessen. Die Betroffenen erklären sich diese Problematik unter anderem damit, dass sie durch den Job überfordert waren und sie daneben für sich selber nicht mehr wichtig waren:

*„... alles was ich irgendwie gehabt habe, habe ich ins Essen eingepackt, weil es hat viele Probleme gelöst oder alle Probleme für den Moment gelöst“ (IP4 / 87-89)*

*„Ich war überfordert, es war einfach eine Kompensation für viele Dinge für ... Essen war immer eine Belohnung ... Frust also gegen Frust natürlich ... geschmeckt hat es mir auch ...“ (IP3 / 83-85)*

*„Ja, ich habe nicht genug auf mich geschaut, ich habe immer auf die anderen geschaut, auf meinen Mann, auf meine Eltern ... ich bin wenig auf Urlaub gefahren ... ich bin schon in Urlaub gefahren, aber ich bin zu meinen Eltern ... habe dort alles gemacht, gearbeitet, alles was nun möglich war und ich bin dann nach Wien gekommen und bin dann wieder in die Arbeit gekommen und so ich habe Urlaub in dem Sinne nicht gekannt ...“ (IP2 / 128-133)*

Eine von den Betroffenen klagt über die sekundäre Adipositas. Das ist jene Adipositasform, die durch andere Faktoren als übermäßige Kalorienzufuhr verursacht wird. Durch eine hormonelle Krankheit nahm die Interviewte an Gewicht zu, das sie nicht mehr unter Kontrolle halten konnte. Diese Gruppe von Menschen, die an sekundärer Adipositas leidet, kommt schwieriger mit der Stigmatisierung klar, akzeptiert schwer die Krankheit und gibt der ganzen Welt die Schuld daran:

*„... so hat das Ganze angefangen und dann habe ich Kilos nicht mehr runter gebracht“ (IP2 / 68-69)*

*„... ich war ja schlank, ich habe 36 Größe gehabt bitte ... aber was kann ein Mensch dafür, wenn durch hormonelle oder egal welche Krankheit seine Kilos zulegt, ja nicht mit Absicht punkto rein Essen ...“ (IP2 / 492-494)*

*„... ich war Gott und die Welt weit böse ... das war so schrecklich“ (IP2 / 80)*

Jede der Teilnehmerinnen wünscht sich, ein normales Gewicht zu haben. Die Betroffenen verfügen über ausreichendes Wissen betreffend die Folgen und den Verlauf der Krankheit Adipositas. Entweder wurden sie noch in der Kindheit von einem Schularzt oder im Erwachsenenalter von verschiedenen Ärzten über die Krankheit informiert. Laut den Aussagen der Betroffenen haben die Informationen in Betracht auf eine Gewichtsreduzierung nicht viel gebracht:

*„Jeder würde sich wünschen weniger Kilos zu wiegen, aber damit verbundenen Konsequenzen um dorthin zu kommen waren mir einfach mühsam mich zu einer Diät aufzuraffen, war undenkbar“ (IP4 / 233-236).*

Auch in der Pflege bleiben die Probleme der Menschen, die an Adipositas leiden, nicht erspart. Eine Interviewteilnehmerin klagt über die unqualifizierten Ärzte und über eine minderwertige Betreuung.

*„... vorher habe ich einen gehabt und der war oberflächlich ... das muss ich schon sagen und das hat mir nicht gefallen und das habe ich meinem Hausarzt gesagt ...“ (IP2 / 32-34)*

Eine andere Betroffene klagt über die schwierige Körperpflege bzw. ständiges Schwitzen und eine mangelhafte Wohnungsausstattung, worüber sie im Nachhinein nur lachen kann.

*„... in der Badewanne bin ich steckengeblieben, also die Badewanne in der Wienerwohnung ist so schmal, also wenn ich da drinnen gesessen bin und sich hinter mir das Wasser gesammelt hat und wenn ich aufgestanden bin, dann ist die große Donauwelle gekommen (lacht) ...“ (IP5 / 241-244)*

*„... 200 m hat bei mir schon in Gedanken alle Schweißdrüsen zum Rennen gebracht ... ja man schwitzt, hat ständig das Gefühl zu riechen, so viel Deos kannst du nicht verwenden und das du nicht das Gefühl hast, dass es für die Umwelt unangenehm ist ...“ (IP5 / 183-186)*

### **Die Bedeutung von Adipositas**

Eine Auseinandersetzung mit der Krankheit und mit dem Leben während der Krankheit ist für die Betroffenen sehr wichtig für das weitere Leben. Fast alle Interviewteilnehmerinnen haben unterschiedliche Vorgeschichten, wie es überhaupt zur Krankheit Adipositas gekommen ist. Vielen davon war es nicht bewusst, dass es so weit kommen könnte. Erst beim Kauf

eines neuen Kleidungsstücks, wird der Gedanke erweckt, dass das Individuum angefangen hat, sich äußerlich zu verändern:

*„Wie ich mir eine Hose kaufen wollte in einer Größe, wo ich gewusst habe sie passt mir und da hat es nicht mehr gepasst ... das war für mich ein Schock“ (IP1 / 131-132)*

Alle Teilnehmerinnen wissen, dass es auch unterschiedliche Gründe, die zur Adipositas führen, gibt. Somit wird Adipositas von den Betroffenen, wenn die gesundheitliche Beschwerden auftreten, als eine Krankheit gesehen, die das Leben stark beeinträchtigt, aber in der Gesellschaft bleibt Adipositas noch immer ein kosmetisches Problem mit Selbstverschulden:

*„... ich glaube, dass man Adipositas in verschiedene Bereiche einteilen kann, bei mir ist es Suchtverhalten, ich denke vielleicht ist es bei manchen wirklich genetisch veranlagt ... ich weiß es nicht ... ich glaube, bei manchen ist es einfach seelisch bedingt und ich denke da muss man schon eine Unterteilung machen, also aber grundsätzlich sehe ich dieses Fett als krank und das Leben wird sehr stark beeinflusst und das wird in der Gesellschaft nicht als Krankheit anerkannt ...“ (IP5 / 36-41).*

### **Therapieversuche**

Alle Teilnehmerinnen sind bestrebt, das Gewicht auf eine bestimmte Art und Weise zu reduzieren. Als erstes beginnen die Teilnehmerinnen mit einer Diät, um auf das gewünschte Gewicht zu kommen. Eine Beratung über die Diät wird auch von den Betroffenen in Anspruch genommen:

*„... ich gehe mhh ... z.B. morgen gehe ich nach Baden ... da ist auf der Krankenkasse ... donnerstags ist immer Beratung über Diät und da gehe ich und lasse mich dort beraten“ (IP1 / 62-64)*

Neben diesen Diäten versuchen die Betroffenen auch selber zu kochen, um auf das gewünschte Gewicht zu kommen. Vor allem wird auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung geachtet:

*„... ich bin schon eine Salatesserin, das habe ich so vielleicht einen Paprika oder so gegessen mit Brot oder Schinken oder wie auch immer, jetzt koche ich mir ...“ (IP2 / 227-229)*

*„... es gibt jeden Tag Gemüse, es wird jeden Tag frisch gekocht, es gibt kein McDonalds mehr, wo ich sage es schmeckt nicht mehr, es gibt keine Fertigprodukte, es wird frisch gekocht, am Ende koch ich so und so 20 Minuten, ist ja wurscht und das ist ja gesünder die 20 Minuten und das andere ist nur Geschmacksverstärker“ (IP3 / 221-225)*

*„... ich esse auch mehr Obst ... ich esse sehr viel Gemüse. Ich fange schon in der Früh an ... ich esse Vollkornprodukte was ich früher nur Semmel genommen und schnell, schnell ... in der Früh, ich esse mein Vollkornmüsli, solche Sachen, das richte ich mir alles selber, also alles komplett umgestellt ...“ (IP2 / 234-238)*

Die Betroffenen berichten, dass in den meisten Fällen die Diäten scheitern und es kommt zu weiteren Frustrationserlebnissen. Die Stillstände im Gewichtsverlust und der Verzicht waren nach Meinung der Betroffenen die zwei Gründe, weshalb eine Diät nicht geholfen hat:

*„Es hat einfach nicht funktioniert, egal welche Diäten ich gemacht habe paar Kilo und dann habe ich wieder zugenommen, ja Jojo-Effekt“ (IP3 / 35-36)*

*„... Diäten ja alles was es gibt von Logra bis Trennkost bis Weight Watchers bis Proteindiät bis FDH bis Figurella, viel Geld hat es gekostet, gebracht hat es genau gar nichts ... ich überlege gerade noch ob irgendwas so Extremes, Teures ... ja ich weiß nicht Appetitzügler Xenical, dann hatte es noch irgendwelche Tabletten mit A gegeben von denen ich schon vergessen habe wie sie heißen ... ja Xenical war ganz toll ... ja da hat man schon sehr gelitten“ (IP5 / 131-136)*

Die Betroffenen versuchen neben den Diäten auch mit Bewegungstherapie. Am Anfang wird Sport nicht wegen des Abnehmens betrieben, sondern eher, weil sie sich körperlich nicht wohlfühlen:

*„... nur halt mit Sport und ich stehe jetzt bei 17 Kilo minus, also d.h. das ist noch ein weiter Weg, aber da komme ich gut klar damit, weil ich ... ich muss mir kein Druck machen ... ich habe mir vorgenommen, wenn es leicht geht pro Monat zwei Kilo, das geht locker ja ... ich habe mich zuerst in ein Fitnesscenter angemeldet, weil ich mir völlig sicher war, dass ich bis auf Adipositas absolut gesund bin“ (IP4 / 66-71)*

Als Diät und Sport nicht mehr halfen, griffen zwei von fünf Interviewpartnerinnen zu chirurgischen Therapien. Es dauert einige Jahre bis sich die Betroffenen zu diesem Schritt entscheiden, aber nach den Aussagen der Interviewteilnehmerinnen wird er dann nicht bereut, obwohl mit Komplikationen gerechnet werden muss.

*„Ich habe dann zwei Jahre lang überlegt, weil ich habe dann gesagt ... da war immer Oma und Opa, die haben wir immer zu Hause gepflegt und wie sie dann beide gestorben sind, habe ich mich dann entschlossen ich gehe jetzt den Weg, weil zu*

*Lebzeiten wollte ich nicht wegfallen als Hilfe nämlich und dann ein Jahr danach habe ich es machen lassen“ (IP3 / 134-138)*

*„Ich habe Magenbypass vor knapp zwei Jahren und habe danach eine Gallenblasenentfernung gehabt, habe danach eine Hernie gehabt, habe jetzt ein Kunststoffnetz und das Kunststoffnetz hat sich gelöst und musste noch einmal nachoperiert werden und ein Abszess habe sie mir auch noch entfernt und Verwachsungen gelöst, also es war ein bisschen kompliziert also insgesamt haben sie mich viermal operiert“ (IP5 / 17-22).*

### **10.3.2 Leben nach der Bewältigung der Krankheit**

Wenn das Gewicht erfolgreich reduziert wird, dann wird das Leben vollständig umgestellt. Einerseits nehmen sich die Interviewteilnehmerinnen positiv wahr und werden sich selber wichtig, andererseits beginnen sie wieder das Leben zu genießen:

*„... ich habe meinem Mann gesagt, wir ziehen aus dieser Wohnung aus, wir schauen uns eine andere Wohnung wo es ruhiger ist, wo wir es genießen können ...“ (IP2 / 192-194)*

Die Betroffenen erleben eine gewisse Erleichterung in ihrem Alltag, wenn es zu einem Gewichtsverlust kommt. Die Lebensqualität verbessert sich deutlich. Die Interviewteilnehmerinnen gehen bewusster mit dem Essen um und kümmern sich mehr um den eigenen Körper:

*„... die ganze Bewegungsart ist ganz anders, wenn du ein paar Kilos schon weg hast ...“ (IP2 / 532)*

*„... das macht sich bemerkbar, wenn du irgendetwas machst oder irgendetwas arbeitest oder dein Alltag dir einteilst und sagst, dass du heute Fensterputzen willst oder dieses oder jenes, du hantierst ganz anders, du arbeitest ganz anders“ (IP2 / 534-537)*

*„... wie ich die 16 kg abgenommen habe, schön langsam, ich kann mir meine Schuhe anziehen, ich kann mich mehr bewegen, es ist alles irgendwie leichter.“ (IP2 / 391-393)*

Wenn die Betroffenen in der Lage sind, die täglichen Anforderungen zu bewältigen, dann verlässt sie die soziale Isolation und sie unternehmen mehr. Es öffnen sich neue Wege und das Leben beginnt spannend zu werden, die Interviewteilnehmer werden wieder aktiv:

*„Jetzt gehe ich wieder reiten, weil ich habe gesagt mein armes Pferd mit dem Gewicht, jetzt gehe ich viel mehr raus, ich schaue weniger Fernsehen, es interessiert mich das Fernsehen schauen nicht“ (IP3 / 96-99)*

*„Ich habe jetzt wieder neue Ausbildung angefangen, Tiermassagen möchte ich jetzt machen, weil jetzt kann ich mich mehr bewegen und es geht dann besser, ausprobieren halt einfach mehr“ (IP3 / 180-182)*

Glück wird in ganz unterschiedlichem Ausmaß erlebt. Die Befragten empfinden Glück nach einer erfolgreichen Gewichtsabnahme:

*„Ja, ich glaube, dass schon viel dazu beigetragen hat die Operation, dass ich wieder glücklicher Mensch bin, dass ich mich wohl fühle in meinem Körper“ (IP3 / 227-228)*

*„... ich erfreue mich eigentlich tagtäglich daran, dass ich Kraft habe, ich kann es nicht anderes sagen, dieses nicht mehr wie ein nasser Fetzen in der Ecke zu liegen und sich zusammen zu rutschen, sondern dieses Krafthaben ist extrem angenehm“  
(IP4 / 218-221)*

Viele Menschen meinen Erfolg zu haben, ist wenn Karriere gemacht und viel Geld verdient wird. Eine der wichtigsten Erkenntnisse der von einer Adipositas betroffenen Interviewpartnerin ist, dass sie das Gelingen der Gewichtreduzierung als einen der größten Erfolge im Leben ansieht:

*„... aber ich sehe das als eine der bisher größten Leistungen meines Lebens ...“ (IP4 / 287)*

Interviewpartnerinnen berichten, dass eine Gewichtreduzierung auch das Leben in einer Partnerschaft verändert. Wenn der Partner viel bewegungsfreudiger und aktiver ist, als der Betroffene selbst, schränkt dies das Privatleben oftmals ein:

*„... jetzt ist er natürlich superfroh, dass ich mit ihm immer unterwegs bin und mit ihm alles mache was er möchte und ich sage du heute machen wir das und das und heute gehen wir in den Klettergarten und er freut sich, dass ich auch aktiv bin ...“  
(IP5 / 466-472)*

### **Unterstützung**

Wenn die eigene Kraft bei der Krankheitsbewältigung nicht ausreicht, wird Unterstützung durch Angehörige und Freunde benötigt. Neben dem Beistand der Familie wird auch ein Halt bei den Haustieren gesucht:

*„... wichtig aller wichtigste war zu Hause mein Mann, ... er war meine große Stütze ...“ (IP2 / 180)*

*„Meine Freundin, die was wirklich Freundin gewesen ist, die ist in der X, die kenne ich schon fast X Jahre ... und die hat mich immer ... telefonisch haben wir immer gesprochen ... telefonisch unterstützt (IP2 / 288-290)*

*„...komischerweise muss ich dir noch sagen meine kleine Mara, mein Hund ... du kannst dir nicht vorstellen was die mir Kraft gegeben hat ...“ (IP2 / 181-182)*

Die Teilnehmerinnen waren der Meinung, dass eine psychologische Betreuung bei der Krankheitsbewältigung nicht viel helfen kann:

*„Nur einmal, aber ich muss dir wirklich sagen das war für die Katz' ... ich weiß was für mich gut ist ...“ (IP2 / 277-278)*

*„... nein, es ist nicht einfach mit den Psychologen, nein will ich auch nicht mehr hingehen“ (IP 2 / 286)*

*„... psychologische Begleitung ja, aber jemand der grundsätzlich überfordert ist, der mit seinem Leben nicht zurechtkommt, weil er scheiße verdient, einen dämlichen Mann hat, zwei Kinder hat und ein Haushalt schupfen muss, dem wird auch ein Psychologe nicht helfen können“ (IP4 / 346-349)*

Der nächste Schritt in dieser Arbeit ist die Diskussion. Hier werden die empirischen Ergebnisse mit bestehenden Erkenntnissen abgeglichen.

## 11 Diskussion

Aus der Ergebnisdarstellung kristallisierten sich drei Hauptkategorien heraus, die in Sub- und Sub-Subkategorien eingeteilt wurden. In diesem Kapitel werden nun Ergebnisse mit bestehenden Erkenntnissen gegenübergestellt.

### 11.1 Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit

Bezüglich der Forschungsfrage ‚Wird Adipositas von den Betroffenen als Krankheit wahrgenommen?‘ zeigte eine Sichtung Literatur, dass die Wahrnehmung von Adipositas als Krankheit immer im Hintergrund steht und dieser Aspekt selten oder gar nicht erwähnt wird. Die Literaturrecherche ergab, dass viele an Adipositas leidende Menschen ihr Körpergewicht ignorieren und nicht erkennen, dass sie an einer Krankheit leiden. Sie stufen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „eher gut“ ein (Brath, et al., 2009). Bei dieser Untersuchung stellte sich heraus, dass alle Teilnehmerinnen bis zu einem gewissen Zeitpunkt die Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts verdrängt haben. Erst beim Auftreten gesundheitlicher Konsequenzen wie Bluthochdruck, Konditionsschwierigkeiten, Kniearthrose, Probleme mit den Hüften, Asthma, Prädiabetes II und Schlafapnoe nahmen die Probandinnen ihr Körpergewicht, sowie dass Adipositas eine Krankheit ist, wahr und erst dann versuchten sie, das Gewicht zu reduzieren. Zahlreiche andere Studien bestätigen, dass Adipositas eine chronische Krankheit mit steigender Prävalenz und eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen ist, sowie negative Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der westlichen Welt hat (Ruano Gil, et al., 2011; Hurt, et al., 2010; Seipel, 2005). Als Grund für die Verdrängung der Adipositas wurde von den Interviewteilnehmerinnen in den meisten Fällen der stressige Job genannt, durch den keine Zeit zur Verfügung steht, um sich mit sich selber zu beschäftigen. Bei der Literatur-

recherche konnten keine Studien gefunden werden, die diese Gründe für die Verdrängung von Adipositas bestätigen.

In der Literatur ist bekannt, dass die beliebteste Freizeitbeschäftigung bei Menschen mit Adipositas Fernsehen ist, weiters, dass grundsätzlich Männer, die an Adipositas leiden, aktiver sind als die Frauen (McCarthy et al., 2002). Die vorliegende Untersuchung macht zu dieser Annahme keine Aussage, da nur weibliche Personen teilnahmen, aber dass das Fernsehen die beliebteste Freizeitgestaltung bei Adipositaserkrankten ist, weil sie keine Alternative sehen, konnte bestätigt werden.

## **11.2 Auswirkungen auf die Psyche**

Sowohl diese als auch zahlreiche andere Studien besagen, dass Menschen, die an Adipositas leiden, großen Belastungen ausgesetzt sind.

Bezüglich der Forschungsfrage ‚Wie wirkt sich Adipositas auf die Psyche der Betroffenen aus?‘ konnte sowohl in der Literatur, als auch durch diese Untersuchung bestätigt werden, dass an Adipositas Erkrankte einerseits stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind und andererseits ihr psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt ist (Donini, et al., 2010).

Donini, et al., (2010); Loh, et al., (2010) und Wilfley (2010) haben festgestellt, dass Menschen, die an starkem Übergewicht leiden, in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und ihre Lebensqualität stark beeinträchtigt ist. Diese Untersuchung verifiziert auch diese Aussage. Die Interviewteilnehmerinnen nennen Schlappeheit und körperliche Beschwerden als größte Probleme, die sie bedrücken.

Giel et al., (2012) stellten fest, dass unter den Menschen mit Adipositas vor allem Frauen im Berufsleben stark stigmatisiert werden. Bei dieser Untersuchung wurden nur weibliche Betroffene befragt und alle waren der Meinung, dass sie keine Stigmatisierung im Beruf erlebt haben, sondern

nur durch unbekannte Personen auf der Straße oder in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Dadurch, dass die Teilnehmerinnen dieser Untersuchung festgestellt haben, dass Adipositas ein schwerwiegendes Problem ist und Risiken und Ursachen erkannt haben, arbeiten einige an der Reduktion des Körpergewichts bzw. haben dies getan. Nicht nur die vorliegende Untersuchung, sondern auch andere Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Gewichtsabnahme sich sehr positiv auf das psychische Wohlbefinden wie auch auf die Lebensqualität auswirkt (González et al., 2011; Pan, et al., 2011).

### **11.3 Ausblick**

Diese Diplomarbeit hat die Krankheit Adipositas und damit verbundene Probleme teilweise behandelt. Ein Überblick und Erkenntnisse zu der Problematik konnten gegeben werden.

In folgenden Arbeiten können Studien mit stationären oder teilstationären AdipositaspatientInnen durchgeführt und die Problematik mit der Krankenhausversorgung und der Pflege bzw. Kurzzeitpflege genauer betrachtet werden.

Insbesondere sollen Studien mit Adipositas Betroffenen nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion durchgeführt werden. Dabei sollte das Hauptaugenmerk darauf gelegt werden, wie die Menschen, die an Adipositas gelitten haben, ihr gewünschtes Gewicht dauerhaft halten können.

Für weitere Studien können die gefundenen Erkenntnisse sicherlich hilfreich und ergänzend sein.

## 11.4 Limitationen der Arbeit

Einige Faktoren limitierten die vorliegende Arbeit. Eine der grundlegenden Limitation dieser Diplomarbeit ist eine geringe Zahl von fünf Studienteilnehmerinnen und somit dann auch ein kurzer Studienzeitraum. Dies stellt eine Berücksichtigung bei der Interpretation der Ergebnisse dar. Wobei eine tiefe Bearbeitung der Thematik den Rahmen dieser Diplomarbeit überschritten hätte.

Eine weitere Limitation der Studie besteht darin, dass nur weibliche Personen ab 30. Lebensjahr befragt wurden. Ein Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Menschen, die an Adipositas leiden, konnte nicht erfasst werden.

Weiters wurden betroffene Menschen, die sowohl eine Operationstherapie und die keine hinter sich hatten erforscht. Sinnvoller wäre es diese zwei Gruppen getrennt zu befragen oder einen Vergleich zwischen den Gruppen zu machen.

Eine weitere wesentliche Limitation dieser Studie ist zu nennen, dass nur österreichische Studienteilnehmerinnen aus Wien interviewt wurden. Eine Vergleichsgruppe aus anderen Bundesländern und mit unterschiedlichen Kulturen wurde ausgeschlossen.

## 12 Schlussfolgerung

In erster Linie soll diese Arbeit eine Bedeutung für betroffene Personen haben. Diese an Adipositas erkrankten Menschen werden einen Nutzen davon haben, indem sie Adipositas als Krankheit wahrzunehmen lernen und über psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität nachdenken können.

Das eine zentrale Ziel dieser Arbeit war, die Erkenntnisse zu schaffen, die das Problembewusstsein bei von Adipositas Betroffenen stärken können. Das Problembewusstsein ist Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung der Adipositas als Krankheit. Mangelndes Bewusstsein kann darauf zurückgeführt werden, dass viele der Betroffenen die Krankheit schon seit der Kindheit haben. Die Eltern erkennen das Problem ihrer Kinder nicht, weil das Wissen über gesunde und ausgewogene Ernährung und über Folgen und Verlauf der Krankheit nicht vorhanden ist. Grundsätzlich müsste bereits bei den Eltern angesetzt werden. Es wäre empfehlenswert, die Eltern betreffend die Problematik zu sensibilisieren, damit sie präventiv auf ihre Kinder einwirken können. Es wäre auch nützlich, in den Unterrichtsplänen der Schulen die Auseinandersetzung mit der Problematik gesunder und bewusster Ernährung zu erweitern. Durch diese Präventionen könnte die multifaktoriell bedingte Erkrankung Adipositas deutlich reduziert werden. Das Problembewusstsein im Erwachsenenalter wird geschaffen, indem das Problem als wahrnehmbar und bewältigbar erkannt werden soll, bevor die gesundheitlichen Beschwerden auftreten. Somit sollte Adipositas als eine ernsthafte Krankheit in das Gesundheitssystem integriert werden, damit sich die Patienten vom Anfang der Behandlung an auch dessen bewusst sind, dass Adipositas eine ernsthafte Krankheit ist. Es sollten Präventionsprogramme entwickelt werden, die das Problembewusstsein schaffen und solche Programme, die Betroffenen positiv beeinflussen.

Ein weiteres Ziel der Arbeit war herauszufinden, ob Menschen, die an Adipositas leiden, in ihrem psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt sind

und wie sich dies auf das Gesundheitsmanagement auswirkt. Die Interviewteilnehmerinnen klagen darüber, dass die Menschen, die an Adipositas leiden, starken psychischen Belastungen ausgesetzt werden, die wiederum auf die starke Stigmatisierung durch Fremde zurückzuführen sind. Diese Stigmatisierung wiederum wirkt sich dann immens auf das Gesundheitsmanagement aus. Hier wäre es empfehlenswert, und das wünschen sich auch die Interviewteilnehmerinnen, wenn die Gesellschaft offener wäre und die Einzelnen den Mut hätten, nach dem Grund, der zu Adipositas geführt hat, zu fragen. Alle Probandinnen sind auch dazu bereit, den eigentlichen Grund ihrer Krankheit zu erklären.

Abschließend soll eine weitere und letzte Empfehlung für die Pflege gegeben werden. Eine Interviewpartnerin beschwerte sich über die schwierige Körperpflege und eine mangelhafte Wohnungsausstattung bei ihr zuhause (zB die Badewanne ist zu klein). Hier wäre es zu empfehlen, dass die Menschen, die an Adipositas leiden, räumige und funktionale Wohnungen suchen, um solche Probleme im eigenen Haus zu vermeiden. Andere Interviewteilnehmerinnen klagen darüber, dass eine adäquate Unterstützung bei der Bewältigung von Adipositas sowie qualifizierte AnsprechpartnerInnen fehlen. Zur Verbesserung dieser Situation könnten Ausbildungskurse für Ärzte und Pflegepersonen inklusive Praxisarbeit beitragen, die von den Krankenkassen finanziert werden sollten. Da Adipositas enorme Herausforderungen, nicht nur für den Einzelnen, sondern für die gesamte Gesellschaft stellt, hat die Autorin folgende pflegerische Maßnahmen in der Tabelle 7 zusammengefasst:

| Pflegemaßnahmen           | Empfehlungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Schulungen</i>         | Die Eltern der betroffenen Kinder, die an Adipositas leiden, sowie betroffene Menschen, die einen BMI > 30 kg/m <sup>2</sup> aufweisen, müssen eine Schulung absolvieren, die auch im Alltag umgesetzt wird. Die Schulungen sollen auf eine ausgewogene Ernährung und regelmäßiges Betreiben von Sport fixiert sein. |
| <i>Wissen</i>             | Das gewonnene Wissen von Ärzten, Pflegepersonen, Diätologen muss auch in der Praxis bei betroffenen Menschen, die an Adipositas leiden, umgesetzt werden.                                                                                                                                                            |
| <i>Fastenkuren/Diäten</i> | Die Fastenkuren bzw. Diäten müssen mit einem Diätologen abgesprochen und unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden. Dabei sollte ein Diätplan erstellt werden, der dann auch vom Pflegepersonal kontrolliert wird.                                                                                              |
| <i>Disziplin</i>          | Die betroffenen, die an Adipositas erkrankt sind, brauchen einen festen Willen und Disziplin bei einer Diät, damit das Jo-jo Effekt vermieden wird. Hier soll die Pflege, das Wissen vermitteln, dass die Disziplin für eine erfolgreiche Diät notwendig ist.                                                        |
| <i>Hautpflege</i>         | Dadurch, dass eine Diät den Körper zu sehr beansprucht, sollen bei der Umsetzung einer Diät spezielle Hautöle zur Schonung der Haut vor einer Austrocknung, die von Pflegepersonen empfohlen wurden, angewendet werden.                                                                                              |

Tabelle 7: Pflegemaßnahmen und Empfehlungen (eigene Darstellung)

## 13 Literaturverzeichnis

Adam, K. U. (2005). Therapeutisches Arbeiten mit Träumen. Theorie und Praxis der Traumarbeit. Band 3, Heidelberg: Springer Verlag.

Apelt, G., Ellert, S., Kuhlmei, A. & Garms-Homolova, V. (2012). Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Pflege, 25 (4), 271-283.

Baldus, A., Huber, G. & Lagerström, D. (2010). Schlank ohne Frust. Gesund zum Wunschgewicht mit dem Deltaprinzip. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Barnstorf, J. & Jäger, B. (2005). Zum Dicksein verdammt? Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Birnbacher, R., Ardelt-Gattinger, E., Ring-Dimitrou, S., Brugger, K. & Dengg, A. (2010). In Form – Ein Projekt zur Bekämpfung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Pädiatrie & Pädologie, 45 (2), 8-11.

Bischoff, S. C. & Betz, C. (2010). Übergewicht im Erwachsenenalter. In Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., & Puchstein, C., Ernährungsmedizin. Nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, Band 4, Stuttgart: Thieme Verlag, 405-430.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. American Medical Association 288 (19), 2469-2475.

Bohannon, RW. (2011). Body mass index and mobility of older home care patients. Physiotherapy theory and practice, 27 (6), 460-462.

Branca, F, Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zugriff am 19.09.2012 unter

<http://books.google.at/books?id=dL5nJGb9uCsC&pg=PA36&lpg=PA36&q=management+und+adipositas&source=bl&ots=l6OoGgC7DT&sig=yKnBfCvE0V-ElrDN-ciGLQ1g8uQ&hl=en&sa=X&ei=Tr5ZUO3KGufd4QTyq4HQDg&ved=0CElQ6wEwBA#v=onepage&q=management%20und%20adipositas&f=false>

Brath, H., Ludvik, B., Kunze, M. & Kandlhofer, J. (2009). Adipositas: Therapie gehört in die Hände des Arztes. Hausarzt, die Zeitschrift für niedergelassene AllgemeinärztInnen, 20 (10), 50-51.

Bucher, A. (2012). Geiz, Trägheit, Neid & Co. in Therapie und Seelsorge. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2011). Die österreichische Ernährungspyramide. Zugriff am 25.09.2012 unter

[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/DIE\\_OeS\\_TERREICHISCHE\\_ERNAEHRUNGSPYRAMIDE](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/DIE_OeS_TERREICHISCHE_ERNAEHRUNGSPYRAMIDE)

Burkard, M. & Huth, K. (2010). Adipositas. In Stange, R., & Leitzmann, C., Ernährung und Fasten als Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, (S. 271-284).

Büchi, S. & Scheuer, E. (2004). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In Buddeberg C., Psychosoziale Medizin, Band 3, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, (S. 431-444).

Cuntz, U., (2010). Verhaltenstherapeutische Behandlung der Adipositas. In Reich, G., & Cierpka, M., Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, Band 3 Stuttgart: Thieme Verlag, (S. 211-226).

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2004). Der neue DGE-Ernährungskreis. Zugriff am 09.08.2012 unter <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=413>

Donini, L.M., Savina, C., Coletti, C., Paolin, M., de Felice, M.R., del Balzo, V., Cannella, C. & Scavone, L. (2010). Obesity in the elderly. *Annali d'Igiene*, 22 (6), 499-451.

Draxler, T. & Cheung, A. (2010). 30 Minuten, Gesundheitsmanagement. Offenbach: GABAL Verlag GmbH

Ellrott, T. & Pudel, V. (1998). Adipositas therapie. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Eurobarometer Spezial (2006). Psychisches Wohlbefinden. Befragung Dezember 2005-Januar 2006. Zugriff am 12.03.2012 unter [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_248\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_de.pdf)

Expertengruppe gegen Übergewicht (2009). Grunderkrankungen gehören auch behandelt. Adipöse konsultieren zu wenig den Arzt. Zugriff am 08.02.2011 unter [http://extranet.medical-tribune.de/volltext/PDF/2009/MT\\_Oesterreich/41\\_mtoe/MTA\\_41\\_S09.pdf](http://extranet.medical-tribune.de/volltext/PDF/2009/MT_Oesterreich/41_mtoe/MTA_41_S09.pdf)

Feichtinger, T. & Niedan-Feichtinger, S., & Schaub, R. (2009). Erweiterungsmittel in der Biochemie nach Dr. Schüßler. Grundlagen, Materia medica, Anwendungsgebiete. Stuttgart: Karl f. Haug Verlag.

Fickus, P. (2007). Pflegeforschung. In Lauber, A. (Hrsg.), Grundlagen beruflicher Pflege, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, (S. 132-159).

Flick, U. (2002). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Frank, R. (2010). Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.

Friedel, S., Müller, T., Brönnert, G., Hinney, A. & Hebebrand, J. (2006). Genetische Ursachen der Adipositas. In Reinehr, T. & Wabitsch, M.(Hrsg.), Adipositas in praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 55-64).

Friedman, K.E., Ashmore, J.A. & Applegate, K.L. (2008). Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity*, 16 (2), 69-74.

Giel, K.E., Zipfel, S., Alizadeh, M., Schäffeler, N., Zahn, C., Wessel, D., Hesse, F.W., Thiel, S. & Thiel, A. (2012). Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC public health* 12 (1), 525-544.

Graf, C. & Dordel, S. (2006). Sport und Bewegung bei Adipositas – Prävention und Therapie. In Reinehr, T., & Wabitsch, M. (Hrsg.), *Adipositas in praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter*, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 43-54).

González Calvo, G., Hernández Sánchez, S., Pozo Rosado, P. & García López, D. (2011). Positive effects of physical exercise on reducing the relationship between subcutaneous abdominal fat and morbidity risk. *Nutrición hospitalaria* 26 (4), 685-691.

Gutiérrez-Fisac, J.L., López García, E., Rodríguez-Artalejo, F., Banegas Banegas, J.R. & Guallar-Gastillón, P. (2002). Self-perception of being overweight in Spanish adults. *European journal of clinical nutrition*, 56 (9), 866-872.

Hammond, R. A. & Levine, R. (2010). The economic impact of obesity in the United States. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 10 (3), 285-295.

Hanefeld, M. & Breidert, M. (2003). Das metabolische Syndrom – Adipositas und Hypertonie. In Wechsler, J. G. (Hrsg.) *Adipositas. Ursachen und Therapien*, Band 2, (S. 145-161). Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH.

Hauner, H. (1996). Gesundheitsrisiken von Übergewicht und Gewichtszunahme. *Deutsches Ärzteblatt*, 93 (51-52), A-3405-3409.

Hauner, H. & Berg, A. (2000). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (12), A-768-774.

Hendley, Y., Zhao, L., Coverson, D.L., Din-Dzietham, R., Morris, A., Quyyumi, A.A., Gibbons, G.H. & Vaccarino, V. (2011). Differences in weight perception among blacks and whites. *Journal of women's health*, 20 (12), 1805-1811.

Herpertz, S. (2008). Psychische Komorbidität der Adipositas. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel, *Handbuch Essstörungen und Adipositas*, Heidelberg: Springer, (S. 292-294).

Hien, P. & Böhm, B. (2010). *Diabetes-Handbuch. Eine Anleitung für Praxis und Klinik*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Husemann, B. (2003). Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. In Wechsler, J. G. (Hrsg.), *Adipositas. Ursachen und Therapie*, Band 2, Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH, (S. 297-326).

Hurt, R.T., Kulisek, C., Buchanan, L.A. & McClave, S.A. (2010). The obesity epidemic: challenges, health initiatives, and implications for gastroenterologists. *Gastroenterology & hepatology* 6 (12), 780-792.

ICD 10 Code (2000). Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Zugriff am 06.04.2011 unter [http://www.medaustria.at/f\\_icd10.html](http://www.medaustria.at/f_icd10.html)

Johnson, F., Cooke, L., Croker, H. & Wardle, J. (2008). Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys. *BMJ British Medical Journal*, 337 (7664), 270-272.

Kasper, H. & Schlenk, M. (2003). *Adipositas. Ursachen, Folgen und Behandlungswege*. Eschbron: GOVI Verlag.

Keller, N. (2008). *Pädagogische Ratgeber in Buchform – Leserschaft eines Erziehungsmediums*. Bern: Peter Lang.

Kersting, M. (2006). Therapeutische Ansätze aus ernährungswissenschaftlicher Sicht. In Graf, C., Dordel, S. & Reinehr, T., (Hrsg.), *Bewegungsmangel und Fehlernährung im Kindes- und*

Jugendalter: Prävention und interdisziplinäre Therapieansätze bei Übergewicht und Adipositas. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, (S. 163 – 182).

Klinische Sportmedizin (2002). Fragebogen zur Messung der Lebensqualität. Zugriff am 11.03.2012 unter [http://www.klinischesportmedizin.de/Auflage\\_2002\\_12/1\\_sf36.pdf](http://www.klinischesportmedizin.de/Auflage_2002_12/1_sf36.pdf)

Krömker, D. & Vogler, J. (2011). Übergewicht und Adipositas – Eine Diätgeschichte, Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie mit Kindern und Jugendlichen aus psycho-sozialer Sicht. In Zwick, M., Deuschle, J. & Renn, O. (Hrsg.), Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden: VS Verlag, (S. 115-136).

Kuntz, B. & Lampert, T. (2010). Sozioökonomische Faktoren und Verbreitung von Adipositas. Deutsches Ärzteblatt, 107 (30), 517-522.

Lautenschlager, S., Battegay, M. & Spinas, G. A. (2005). Haut und äußeres Erscheinungsbild. In Walter Siegenthaler (Hrsg.), Siegenthalers Differenzialdiagnose. Innere Krankheiten – vom Symptom zur Diagnose, Band 19, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, (S. 52-107).

Liebermeister, H. (2002). Adipositas. Ursachen, Diagnostik, moderne Therapieoptionen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung, München: Urban & Fischer Verlag.

Loh, C. B. & Chan, Y. H. (2010). Psychological symptoms in people presenting for weight management. Annals of the Academy of medicine Singapore, 39 (10), 778-782.

Ludvik, B. (2010). Adipositas – Schwerwiegendes Problem. Ärzte-Sonderdruck. Ein Ärzte-Netzwerk stellt sich vor, myLINE, Graz: Verlags- und Druckhaus der Ärzte.

Marbach, E. (2010). Erfolgreich abnehmen durch Hintergrundwissen. Zusammenhänge verstehen und Hindernisse gezielt ausräumen. Breisach: Eva Marbach Verlag.

Martín-López, R., Pérez-Farinós, N., Hernández-Barrera, V., de Andres, A.L., Carrasco-Garrido, P. & Jiménez-García, R. (2011). The association between excess weight and self-rated health and psychological distress in women in Spain. *Public Health Nutrition*. 14 (7), 1259-1265.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Anleitung zu qualitativem Denken. Weinham: Beltz.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.

McCarthy, S.N., Gibney, M.J. & Flynn, A. (2002). Overweight, obesity and physical activity levels in Irish adults: evidence from the North/South Ireland food consumption survey. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 61 (1), 3-7.

Meyer, A. L. (2007). Fakten und Folgen eines gewichtigen Problems: Der Österreichische Adipositasbericht 2006. *Ernährung/Nutrition*, 31 (10), 414-418.

Moore, E.S., Harris, C. & Wimberly, Y. (2010). Perception of Weight and Threat to Health. *Journal of the National Medical Association*, 102 (2), 119-124.

Niehoff, J.U. (2008). Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Oberender, P. & Zerth, J. (2003). Ökonomie der Adipositas. Einige grundsätzliche Bemerkungen aus gesundheitsökonomischer Sicht. In Wechsler, J.G. (Hrsg.), *Adipositas. Ursachen und Therapie*, Band 2 Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH, (S. 347-354).

O'Brien, P.E. & Dixon, J.B. (2002). The extent of the problem of obesity. American journal of surgery, 184 (6B), 4S-8S.

Ohlhorst, S., Trtatschel, E. & Schärli, D., (2009). Adipositas. Hoher Anspruch an die Pflege. Krankenpflege, 102 (3), 30-31.

Onwudiwe, N.C., Stuart, B., Zuckerman, I.H. & Sorkin, J.D. (2010). Obesity and Medicare Expenditure: Accounting for Age-Related Height Loss. Obesity a research journal, 19 (1), 204-211.

Pan, H.J., Cole, B.M. & Geliebter, A. (2011). The benefits of body weight loss on health-related quality of life. Journal of the Chinese Medical Association, 74 (4), 169-175.

Pandey, P., M. & Miklautsch, M. (2010). Taille-Hüft-Verhältnis und Hautfaltendicke Body Composition. Journal für Ernährungsmedizin: Adipositas Strategien & Wege, 12 (2), 12-16.

Pandey, M.P., Schöggel, K., Viszeli, J. & Widhalm, K. (2010). Bioelektrische Impedanzanalyse Body Composition. Journal für Ernährungsmedizin: Herzensgut Essen, 12 (4), 22-23.

Pencik, R. (1997). Latente Adipositas. Ein Vergleich latent und manifest ausgeprägter Esssucht. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Phillmann, N., Schwinger, R.H.G. & Brixius, K. (2009). Fettstoffwechsel. Geschlecht und Sport. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, Blickpunkt der Mann, 7 (3), 7-10.

Puhl, R.M. & Brownell, K.D., (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. Obesity, 14 (10), 1802-1815.

Radler, D., Metz, V., Kaiser, G. & Fischer, G. (2009). Geschlechtsspezifische Unterschiede. Essen, Trinken und Rauchen. JATROS. Das Fachmedium für Diabetes in Zusammenarbeit mit der ÖDG und der ÖA. Diabetes & Stoffwechsel, 12 (4), 26-30.

Rasink, A. (2008). Diätbezogene Kompetenzerwartung. Einflussfaktoren und Vorhersagemöglichkeiten bei erwachsenen Übergewichtigen. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

Reinehr, T., (2006). Verhaltenstherapie und Adipositaschulung. In Reinehr, T. & Wabitsch, M. (Hrsg.), Adipositas in Praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 105-111).

Reinehr, T. & Wabitsch, M. (2006) Medizinische Ursachen der Adipositas und diagnostisches Vorgehen. In Reinehr, T., & Wabitsch, M. (Hrsg.), Adipositas in Praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 65-72).

Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In Renneberg, H. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, Heidelberg: Springer Verlag, (S. 29-33).

Ruano, Gil M., Silvestre, Teruel V., Aguirregoicoa García, E., Criado Gómez, L., Duque López, Y. & García-Blanch, G. (2011). Nutrition, metabolic syndrome and morbid obesity. *Nutrición hospitalaria*, 26 (4), 759-764.

Schäfflein, E., Wettach, I., Smolka, R., Kuprion, J., Zipfel, S. & Teufel, M. (2012). Extensive interactions between eating and weight disorder, major depression, pain, and sarcoidosis - case 5/2012. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 137 (23), 1267.

Schilling, J. & Zeller, S. (2007). Soziale Arbeit. Geschichte-Theorie-Profession. München: Reinhardt.

Seipel, M.M. (2005). Social burden of obesity on US adults. *Journal of health & social policy* 20 (2), 1-14

Soriano, R., Ponce de León Rosales, S., García, R., García-García, E. & Méndez, J.P. (2012). High knowledge about obesity and its health risks, with the exception of cancer, among Mexican individuals. *Journal of cancer education*, 27 (2), 306-311.

Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung (2007). Zugriff am 04.02.2011 unter

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi\\_body\\_mass\\_index/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html)

Steffek, F. (2010). Verbraucherführerschein: Gesunde Ernährung. Vermittlung lebenspraktischer Kompetenzen an Förderschulen. Buxtehude: Persen Verlag GmbH.

Strasser, B. & Schobersberger, W. (2010). Training in der Prävention und Therapie des Metabolischen Syndroms: State of the Art Review. Sport- und Präventivmedizin, 40 (3), 12-16.

Sundmacher, L. & Morris, S. (2010). Adipositas und Erfolg am Arbeitsmarkt. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 15 (1), 33-38.

Toplak, H. (2002). Praxishandbuch Adipositas. Wien: Springer-Verlag.

Vieira, P.N., Mata, J., Silva, M.N., Coutinho, S.R., Santos, T.C., Minderico, C.S., Sardinha, L.B. & Teixeira, P.J. (2010). Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. Zugriff am 12.10.2012 unter

[http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2010\\_VieiraEtAl\\_JoO.pdf](http://www.selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2010_VieiraEtAl_JoO.pdf)

Vögele, C. (2003). Sport und Bewegung in der Therapie der Adipositas. In Wechsler, J. G., (Hrsg.), Adipositas: Ursachen und Therapie, Band 2 Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH, (S. 275-286).

Wabitsch, M. (2006). Medikamente. In Reinehr, T. & Wabitsch, M. (Hrsg.), Adipositas in praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 117-122).

Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C. M. & Plomin, R. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. American Journal of Clinical Nutrition, 87 (2), 398-404.

Wechsler, J.G. (2003). Diätetische Therapie der Adipositas. In Wechsler, J.G. (Hrsg.), Adipositas: Ursachen und Therapie, Band 2, Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH, (S. 245-265).

Wenzel, H. (2003). Definition, Klassifikation und Messung der Adipositas. In Wechsler, J.G. (Hrsg.), Adipositas. Ursachen und Therapie, Band 2 Berlin, Wien: Blackwell Verlag GmbH, (S. 47-63).

Weiner, R.A. (2010). Neue Chancen bei Adipositas. Magenband, Magenbypass und Magenschrittmacher. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Westenhöfer, J. (2007). Gezügeltes Essen. Ursachen, Risiken und Chancen der versuchten Selbststeuerung des Essverhaltens. Zugriff am 24.09.2012 unter

[http://www.ads.springergup.de/media/ernaehrung/ausgabe\\_04\\_07/ewp\\_04\\_07\\_174\\_178.pdf](http://www.ads.springergup.de/media/ernaehrung/ausgabe_04_07/ewp_04_07_174_178.pdf)

WHO (2003). Nutrition, diet, and the prevention of chronic disease. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Technical report series 916, Geneva. Zugriff am 20.01.2011 unter

[http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat\\_naring/Diet,%20nutrition%20and%20prevention%20of%20chronic%20diseases,%20WHO%20technical%20report%20916.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/Diet,%20nutrition%20and%20prevention%20of%20chronic%20diseases,%20WHO%20technical%20report%20916.pdf)

Wilfley, D.E., Vannucci, A. & White, E.K., (2010). Early intervention of eating- and weight-related problems. Journal of clinical psychology in Medical settings, 17 (4), 285-300.

Wirth, A. (2003). Adipositas-Fibel. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Wirth, A. (2008). Ätiologie und Diagnostik der Adipositas. In Herpertz, S., & Zwaan de M., Zipfel, S. (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer-Verlag, (S. 246-258).

Wolf, A. M. (2006). Chirurgische Maßnahmen. In Reinehr, T. & Wabitsch, M. (Hrsg.), Adipositas in praxi. Multimodale Konzepte für das Kindes- und Jugendalter, München: Hans Marseille Verlag GmbH, (S. 129-134).

Wolf, S. (2005). Bewegungsbezogene Intervention bei der Reduktion und Stabilisierung des Körpergewichts übergewichtiger und adipöser Erwachsener. Magisterarbeit. Magdeburg: Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Institut für Sportwissenschaft. Zugriff am 12.09.2012 unter

[http://books.google.at/books?id=ILAEIF2B958C&pg=PP8&lpg=PP8&dq=Wolf,+S.+\(2005\).+Bewegungsbezogene+Intervention+bei+der+Reduktion+und+Stabilisierung+des+K%C3%B6rpergewichts+%C3%BCbergewichtig+und+adip%C3%B6ser+Erwachsener.+Magisterarbeit&source=bl&ots=2TwCmVSgV9&sig=dmo6Eyci5mysHQgL08LS8\\_D6R-0&hl=de#](http://books.google.at/books?id=ILAEIF2B958C&pg=PP8&lpg=PP8&dq=Wolf,+S.+(2005).+Bewegungsbezogene+Intervention+bei+der+Reduktion+und+Stabilisierung+des+K%C3%B6rpergewichts+%C3%BCbergewichtig+und+adip%C3%B6ser+Erwachsener.+Magisterarbeit&source=bl&ots=2TwCmVSgV9&sig=dmo6Eyci5mysHQgL08LS8_D6R-0&hl=de#)

Wong, S.K.H., So, W.Y., Yau, P.Y.P., Chan, A.K.L., Lee, S., Chan, P.N. Chow, F.C.C & Chung, S.S.C. (2005). Laparoscopic adjustable gastric banding for the treatment of morbidly obese patients: early outcome in a Chinese cohort. Hong Kong Medical Journal, 11 (1), 20-29.

Zwiebauer, K. (2009). Übergewicht und Adipositas bei Schulkindern. JAT-ROS Diabetes & Stoffwechsel, 12 (2), 37-38.

## 14 Abbildungsverzeichnis

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abbildung 1:</b> Österreichische Ernährungspyramide .....               | 39 |
| <b>Abbildung 2:</b> Ernährungskreis.....                                   | 40 |
| <b>Abbildung 3:</b> Strukturmodell des Wohlbefindens .....                 | 49 |
| <b>Abbildung 5:</b> Ablaufmodell zusammenfassender<br>Inhaltsanalyse ..... | 64 |
| <b>Abbildung 6:</b> Kategorie: Wahrnehmung .....                           | 70 |
| <b>Abbildung 7:</b> Kategorie: Belastung .....                             | 76 |
| <b>Abbildung 8:</b> Kategorie: Die zwei Welten .....                       | 85 |

## 15 Tabellenverzeichnis

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabelle 1:</b> BMI-Klassifikation und Risikobewertung für Erwachsene.....               | 15  |
| <b>Tabelle 2:</b> Mit Adipositas häufig assoziierte Krankheiten .....                      | 28  |
| <b>Tabelle 3:</b> Krankheiten als klinische Manifestation des metabolischen Syndroms. .... | 30  |
| <b>Tabelle 4:</b> Therapieziele und Therapiemaßnahmen .....                                | 36  |
| <b>Tabelle 5:</b> Interviewteilnehmerinnen – BMI-Werte vor und nach der Therapie .....     | 66  |
| <b>Tabelle 6:</b> Hauptkategorien mit Sub- und Sub-Subkategorien                           | 69  |
| <b>Tabelle 7:</b> Pflegemaßnahmen und Empfehlungen .....                                   | 104 |

## 16 Anhang

### 16.1 Fragebogen zur Messung der Lebensqualität

(Klinische Sportmedizin, 2002)

| (1) SF36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand |  |               |  |
|----------------------------------------------|--|---------------|--|
| Name:                                        |  | Unters.-Datum |  |
| Vorname:                                     |  | ID-Nr.:       |  |
| Geb.-Datum:                                  |  | Tel.-Nr.:     |  |

*In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.*

*Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.*

**1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

- |               |   |
|---------------|---|
| Ausgezeichnet | 1 |
| Sehr gut      | 2 |
| Gut           | 3 |
| Weniger gut   | 4 |
| Schlecht      | 5 |

**2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

- |                                             |   |
|---------------------------------------------|---|
| Derzeit viel besser als vor einem Jahr      | 1 |
| Derzeit etwas besser als vor einem Jahr     | 2 |
| Etwa so wie vor einem Jahr                  | 3 |
| Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr | 4 |
| Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr  | 5 |

**3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)**

| Tätigkeit                                                                                                | Ja, stark eingeschränkt | Ja, etwas eingeschränkt | Nein, überhaupt nicht eingeschränkt |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben | 1                       | 2                       | 3                                   |
| b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, Kegeln, Golf spielen           | 1                       | 2                       | 3                                   |
| c. Einkaufstaschen heben oder tragen                                                                     | 1                       | 2                       | 3                                   |
| d. mehrere Treppenabsätze steigen                                                                        | 1                       | 2                       | 3                                   |
| e. einen Treppenabsatz steigen                                                                           | 1                       | 2                       | 3                                   |
| f. sich beugen, knien, sich bücken                                                                       | 1                       | 2                       | 3                                   |
| g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen                                                                     | 1                       | 2                       | 3                                   |
| h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen                                                           | 1                       | 2                       | 3                                   |
| i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen                                                                | 1                       | 2                       | 3                                   |
| j. sich baden oder anziehen                                                                              | 1                       | 2                       | 3                                   |

**4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)**

| Schwierigkeiten                                                                             | Ja | Nein |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein                                          | 1  | 2    |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte                                               | 1  | 2    |
| c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun                                                       | 1  | 2    |
| d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen) | 1  | 2    |

**5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlen)? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)**

| Schwierigkeiten                                       | Ja | Nein |
|-------------------------------------------------------|----|------|
| a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein    | 1  | 2    |
| b. Ich habe weniger geschafft, als ich wollte         | 1  | 2    |
| c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten | 1  | 2    |

**6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Überhaupt nicht | 1 |
| Etwas           | 2 |
| Mäßig           | 3 |
| Ziemlich        | 4 |
| Sehr            | 5 |

**7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Ich hatte keine Schmerzen | 1 |
| Sehr leicht               | 2 |
| Leicht                    | 3 |
| Mäßig                     | 4 |
| Stark                     | 5 |
| Sehr stark                | 6 |

**8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Überhaupt nicht | 1 |
| Etwas           | 2 |
| Mäßig           | 3 |
| Ziemlich        | 4 |
| Sehr            | 5 |

**9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht)**

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...

| Befinden                                                             | Immer | Meistens | Ziemlich oft | Manchmal | Selten | Nie |
|----------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|----------|--------|-----|
| a. ... voller Schwung?                                               | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| b. ... sehr nervös?                                                  | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| c. ... so niedergeschlagen,<br>dass Sie nichts aufheitern<br>konnte? | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| d. ... ruhig und gelassen?                                           | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| e. ... voller Energie?                                               | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| f. ... entmutigt und traurig?                                        | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| g. ... erschöpft?                                                    | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| h. ... glücklich?                                                    | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |
| i. ... müde?                                                         | 1     | 2        | 3            | 4        | 5      | 6   |

**10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandte usw.) beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)**

|          |   |
|----------|---|
| Immer    | 1 |
| Meistens | 2 |
| Manchmal | 3 |
| Selten   | 4 |
| Nie      | 5 |

**11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)**

| Aussagen                                                  | Trifft ganz zu | Trifft weit-<br>gehend zu | Weiß nicht | Trifft weit-<br>gehend<br>nicht zu | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |
|-----------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|------------|------------------------------------|---------------------------------|
| a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden  | 1              | 2                         | 3          | 4                                  | 5                               |
| b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne | 1              | 2                         | 3          | 4                                  | 5                               |
| c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt           | 1              | 2                         | 3          | 4                                  | 5                               |
| d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit            | 1              | 2                         | 3          | 4                                  | 5                               |

## 16.2 Interviewleitfaden

Datum:

Männlich: ☐

Weiblich: ☐

| Hauptfragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Detailfragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Einstieg:</b></p> <p>1) Sie besuchen eine Selbsthilfegruppe, was ist der Grund?/</p> <p>Sie haben sich durch die Anfrage des praktischen Arztes für ein Gespräch bereit erklärt, was ist der Grund?</p> <p><b>Hauptteil:</b></p> <p><b>Aspekte des Gesundheitsmanagements</b></p> <p>2) Können Sie mir bitte erzählen, wie ist es zu diesem <i>körperlichen Zustand</i> (je nachdem was für ein Wort verwendet wird) gekommen?</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Seit wann sind Sie ein(e) Teilnehmer(in) einer Selbsthilfegruppe?/ Seit wann ein(e) Patient(in) bei Ihrem praktischen Arzt?</li><li>• Seit wann haben Sie das Problem?</li></ul> <p><i>Edukation</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Was sind die Gründe für Ihren <i>körperlichen Zustand</i>? (Bezug zu Literatur)</li><li>• Wurden Sie schon über Ihren körperlichen Zustand informiert (Symptome, Verlauf, Folgen)?</li><li>• Hat noch jemand in der Familie so ein <i>Problem</i> wie Sie? (je nachdem was für ein Wort beim Einstieg verwendet wird).</li></ul> <p><i>Compliance / Noncompliance</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In wie weit achten Sie auf Ihre eigene Gesundheit?</li><li>• Welche Formen der Unterstützung haben Sie schon in Anspruch genommen? (Supervision, Freunde ...)</li><li>• Haben Sie schon irgendeine Art von Therapien, Diäten ... bei Ihrer Behandlung eingesetzt?</li><li>• Sind Sie mit Ihrer bisherigen Mitarbeit zufrieden?</li></ul> |

**Aspekt der Alltagsbewältigung**

- 3) Können Sie mir bitte schildern, wie sich dies auf ihr Alltagsleben auswirkt (Beruf, Familie, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte, ...)?

**Aspekt der Psyche**

- 4) Können Sie mir bitte schildern, wie haben Sie sich gefühlt, als Sie bemerkt haben, dass sich Ihr körperlicher Zustand verändert hat?

*Aufbau / Ausbau der täglichen Aktivitäten*

- Fühlen Sie sich durch Ihre Alltagsbewältigung überfordert?
- Können Sie Ihren täglichen Anforderungen nachgehen?
- Welche Aufgabe erledigen Sie schwer, welche leicht?
- Können Sie vielleicht ein paar typische Situationen aus Ihrem Alltag schildern?

*Weitere Teilnahme am Leben*

- Gibt es noch zusätzliche Aktivitäten in Ihrem Leben?
- Sind Ihnen andere Aktivitäten bekannt?

*Psychisches Wohlbefinden*Bewältigung der Erkrankung

- Wie haben Sie diese Belastung (Diagnose) verkraftet?

Soziale Kompetenz

- Wie ist Ihre Beziehung zu den anderen Menschen?
- Welche Rolle spielen Ihre Familie und Ihr Freundeskreis in Ihrem Leben?
- Gibt es eine adäquate soziale Unterstützung bei der Bewältigung Ihres körperlichen Zustandes?

Selbstsicherheit

- Hat sich Ihr körperlicher Zustand auf Ihr Selbstvertrauen ausgewirkt?
- Haben sich Ihre Zukunftsperspektiven verändert?



## 16.3 Einverständniserklärung



### Einverständniserklärung (Informed consent)

Sehr geehrte(r) Interviewpartner(in),

mein Name ist Azra Taletovic-Kuduzovic und ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich Interviews mit erwachsenen Menschen mit starkem Übergewicht führen.

Ziel dieser Studie ist, die Auswirkungen des Übergewichts auf die Alltagsbewältigung, das psychische Wohlbefinden und die Bewältigung des Gesundheitsmanagements herauszufinden.

Damit ich den Inhalt des Gespräches auswerten kann, wird das Interview mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgenommen. Das Gespräch wird transkribiert und absolut vertraulich behandelt. Im Zuge meiner Auswertungen werden sämtliche Aussagen von Ihnen ausschließlich von mir und anonym verwendet. Die Interviews werden ca. eine Stunde dauern und der Abbruch des Interviews ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich.

Ich bitte Sie um Ihre Unterschrift und danke Ihnen sehr herzlich für das Gespräch.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## 16.4 Lebenslauf

---

### **Persönliche Angaben:**

|                     |                                                                       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Name:               | Taletovic-Kuduzovic Azra                                              |
| Geboren:            | 01.10.1981                                                            |
| Staatsbürgerschaft: | Österreich                                                            |
| Familienstand:      | verheiratet                                                           |
| Kinder:             | Abdullah, geb. am 26.06.2005<br>Zejneb & Selsebil, geb. am 10.01.2009 |

### **Ausbildung:**

|                   |                                                                                          |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1988 – 1992       | 4 Klassen Volksschule in Bosnien                                                         |
| 1992 – 1994       | 2 Klassen Hauptschule in Bosnien                                                         |
| 1995 – 1997       | 2 Klassen Hauptschule Fröbelpark, Graz                                                   |
| 1997 – 2001       | Handelsschule Monsbergergasse, Graz                                                      |
| 2001 – 2004       | Aufbaulehrgang Monsbergergasse (HAK-Matura), Graz                                        |
| 2004 – 2005       | 2 Semester Studium Arabistik (Universität Wien)                                          |
| Seit Oktober 2005 | Studium des individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Hauptuniversität Wien |

---

---

**Berufspraxis:**

|                         |                                                  |
|-------------------------|--------------------------------------------------|
| 2001 – 2004             | Beschäftigung im kaufmännischen Bereich,<br>Graz |
| 01.07.2010 – 30.09.2010 | Praktikum beim praktischen Arzt, Wien            |
| Mai 2011                | Kurs: Tipps und Tricks für den Wiedereinstieg    |

**Besondere Interessen:** lesen, wandern, spazieren gehen

**Sprachkenntnisse:** Bosnisch als Muttersprache, Deutsch sehr gut  
Englisch gut und Italienisch Schulkenntnisse

**Sonstige Kenntnisse:** PC-Kenntnisse

Wien, 2012

---