

Adipositas: eine chronische Erkrankung



Welche Auswirkungen hat Adipositas?

18% der Erwachsenen in Deutschland weisen eine Adipositas auf¹

und weitere 36 % sind von Übergewicht betroffen.¹



- Es handelt sich um eine chronische Krankheit, die eine **langfristige Behandlung erfordert**.²⁻⁷
- Trotzdem wird Adipositas nach wie vor **nicht ausreichend diagnostiziert und behandelt**.⁷

Anteil der Menschen mit Adipositas, die mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin über Gewichtsmanagement und eine Adipositas-Diagnose sprechen⁷

Die Studie **ACTION IO** (**A**wareness, **C**are, and **T**reatment **I**n **O**besity **M**a**N**agement – an **I**nternational **O**bservation) ergab, dass nur eine Minderheit der Patienten eine Adipositas-Behandlung erhält.⁷

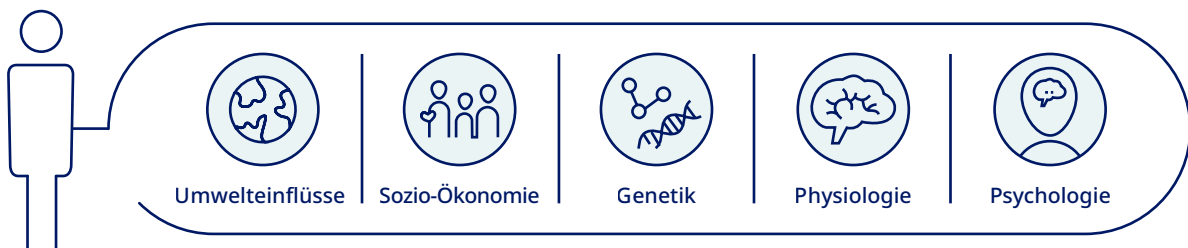


Menschen mit Adipositas: n = 14.502

Ärzt*innen: n = 2.785

Teilnehmende Länder: Australien, Chile, Israel, Italien, Japan, Mexiko, Saudi-Arabien, Südkorea, Spanien, Vereinigte Arabische Emirate und das Vereinigte Königreich

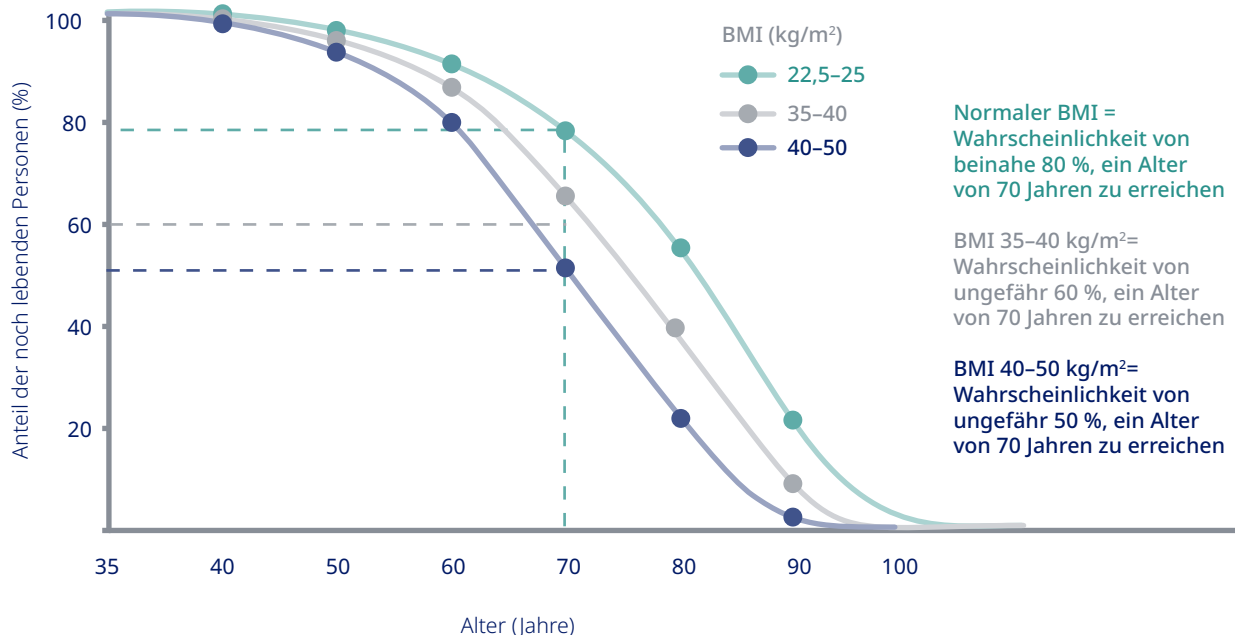
Welche Faktoren beeinflussen Adipositas als Krankheit?^{8,9}





Wie wirkt sich der BMI auf das Mortalitätsrisiko aus?

Menschen mit Adipositas haben eine **bis zu 10 Jahre kürzere Lebenserwartung**.¹⁰ Ab einem BMI von 22,5–25 steigt je 5 BMI-Punkte die Gesamtsterblichkeit um jeweils 30 %.¹⁰



Normaler BMI =
Wahrscheinlichkeit von
beinahe 80 %, ein Alter
von 70 Jahren zu erreichen

BMI 35–40 kg/m²=
Wahrscheinlichkeit von
ungefähr 60 %, ein Alter
von 70 Jahren zu erreichen

BMI 40–50 kg/m²=
Wahrscheinlichkeit von
ungefähr 50 %, ein Alter
von 70 Jahren zu erreichen

Dargestellt sind Schätzungen der Lebenszeitwahrscheinlichkeiten für verschiedene BMI-Niveaus für das Überleben ab dem Alter von 35 Jahren, basierend auf krankheitsspezifischen Sterblichkeitsraten im Alter von 35 bis 79 Jahren in der EU im Jahr 2000. Diese Daten basieren auf männlichen Teilnehmern (n = 541.452).
Adaptiert nach: Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009; 373(9669):1083–1096. * BMI = Body-Mass-Index.

Welche Komplikationen sind mit Adipositas verbunden?

Adipositas ist viel mehr als nur übermäßiges Gewicht. Sie ist assoziiert mit über

200 Folgeerkrankungen und Komplikationen,

welche die allgemeine Gesundheit und verschiedene Organsysteme beeinträchtigen können.¹¹

Bereits ein Gewichtsverlust von **5 %** kann erhebliche gesundheitliche Vorteile haben, und ein anhaltender Gewichtsverlust von

**10–15%
oder mehr**

kann diese Vorteile noch verstärken und zusätzliche mit der Gewichtsabnahme zusammenhängende Verbesserungen für die Gesundheit bringen.^{12–24}



Begleiterkrankungen

Assoziation mit Adipositas

Ihre Rolle und die Auswirkungen der Gewichtsabnahme

Hypertonie, Dyslipidämie und Herzinsuffizienz



Menschen mit einem BMI von 25,0–29,9 kg/m² haben ein **3-fach** höheres Risiko für Hypertonie als Personen mit einem BMI im Normalbereich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die führende Todesursache bei Menschen mit Adipositas.^{25,26}

Durch Ihre Unterstützung bei einer Gewichtsreduktion und die damit verbundene Prävention von Übergewicht und Adipositas können Sie Patient*innen helfen, ihr Hypertonie-Risiko zu verringern.²⁶

Prä-Diabetes und Typ-2-Diabetes



Männer und Frauen mit Adipositas haben ein fast **7- bzw. > 12-mal** höheres Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, als Personen ohne Adipositas.²⁷

Wenn Sie Ihren Patient*innen helfen, Übergewicht und Adipositas frühzeitig durch eine Gewichtsabnahme zu regulieren, können Sie diese dabei unterstützen, ihr Diabetesrisiko zu reduzieren und lebenslange Folgeschäden zu vermeiden.^{28,29}

Osteoarthritis



Bei Männern und Frauen mit Adipositas ist die Wahrscheinlichkeit **> 2 bzw. 2-mal** höher eine Osteoarthritis zu entwickeln, als bei Personen ohne Adipositas.²⁷

Mit Ihrer Unterstützung bei der Aufrechterhaltung eines optimalen Gewichts und regelmäßiger Bewegung tragen Sie dazu bei, dass Ihre Patient*innen mit Adipositas das Risiko einer Kniearthrose und zusätzlicher Symptome verringern können.³⁰

Polyzystisches Ovarialsyndrom und Infertilität bei Frauen



Studien zeigen, dass **bis zu 76 %** der Frauen mit polyzystischem Ovarialsyndrom (PCOS) eine Adipositas aufweisen.³¹

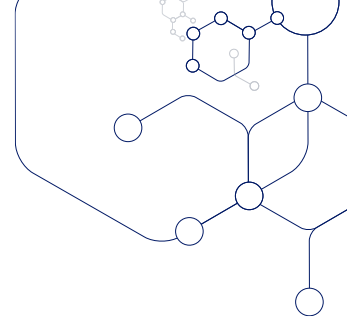
Wenn Sie Ihre Patientinnen mit Adipositas und PCOS beim Abnehmen unterstützen, kann dies zu einer Verbesserung der klinischen Merkmale des PCOS und der Stoffwechselfgesundheit führen.³²

Obstruktive Schlafapnoe












Ungefähr **40 %** der Menschen mit Adipositas leiden an obstruktiver Schlafapnoe.³³

Indem Sie Ihre Patient*innen mit Adipositas bei der Gewichtsreduktion unterstützen, können Sie die klinischen Symptome der Schlafapnoe verringern.³⁴



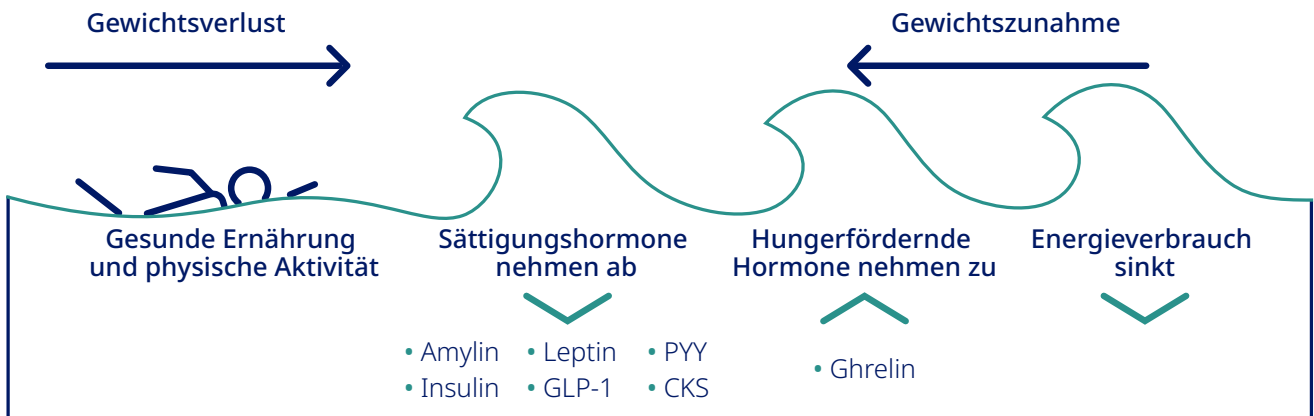
Vorteile einer Gewichtsreduktion^{19,34}

Diagnose	Mögliches Ziel der Gewichtsreduktion	Mögliches Ergebnis
 Metabolisches Syndrom	10 %	Prävention von Typ-2-Diabetes
 Typ-2-Diabetes	5-15 %	Senkung des HbA1c-Wertes; Reduzierung der Diabetesmedikamente; Diabetes-Remission bei kurzer Dauer
 Dyslipidämie	5-15 %	Senkt Triglyceride; erhöht HDL, senkt LDL
 Hypertonie	5-15 %	Senkung des Blutdrucks; Verringerung der Medikamenteneinnahme
 NAFLD	10-40 %	Verringerung der intrahepatozellulären Lipide und Inflammation
 PCOS	5-15 %	Regelmäßige Ovulation; Verringerung von Hirsutismus; Senkung des Androgenspiegels; Erhöhung der Insulinsensitivität
 Schlafapnoe	7-11 %	Verringerung des Apnoe/Hypopnoe-Index
 Asthma	7-8 %	Verbesserung des forcierten expiratorischen Volumens (FEV1)
 Refluxkrankheit (GERD)	≥ 10 %	Symptomreduktion



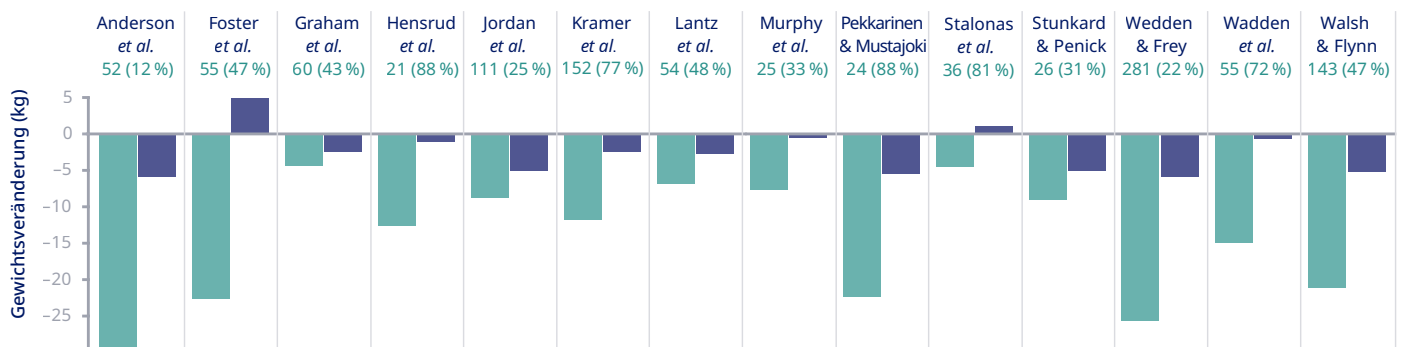
Die Herausforderung einer Gewichtserhaltung

Die Gewichtsabnahme löst eine metabolische Anpassung aus – es kommt zu einer Veränderung des homöostatischen Systems des Körpers, das den **Appetit, die Energieaufnahme und den Energieverbrauch** steuert. In Folge wird der Körper dazu veranlasst, den Hunger zu steigern und die Stoffwechselrate zu senken, was letztlich zu einer erneuten Gewichtszunahme führt.^{35–41}



Die Herausforderung einer anhaltenden Gewichtsreduktion

Eine Analyse von 14 Langzeitstudien ergab, dass Menschen mit Adipositas nach einer Gewichtsabnahme, die durch eine energiereduzierte Ernährung erzielt wurde, sehr häufig wieder an Gewicht zunahmten.⁴²



N (%): N ist die Gesamtzahl der Teilnehmer und (%) ist der Prozentsatz der Teilnehmer in der Nachbeobachtung. Die Nachbeobachtungszeit betrug zwischen 4 und 7 Jahre.

- Mittlere Gewichtsveränderung vom Ausgangswert bis zum Ende der energiereduzierten Ernährung (kg)
- Mittlere Gewichtsveränderung vom Ausgangswert bis zum Ende der Nachbeobachtungszeit (kg)



Warum muss Adipositas behandelt werden?

- Um Komplikationen und Folgeerkrankungen vorzubeugen, indem man versucht, den Stoffwechsel von Patient*innen gesund zu halten³⁴
- Zur Vorbeugung oder Behandlung von Folgeerkrankungen, wenn diese bereits eingetreten sind³⁴
- Zur Wiederherstellung des Wohlbefindens, eines positiven Körperbildes und des Selbstwertgefühls³⁴

Wie kann Adipositas behandelt werden?



Lebensstiltherapie

Weitere Hinweise zur Lebensstiltherapie,

- siehe Seite 42: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)⁴³



Pharmakotherapie

Weitere Hinweise zu pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten,

- siehe Seite 63: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)⁴³



Bariatrische Chirurgie

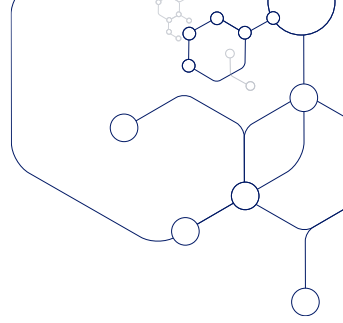
Weitere Informationen zur bariatrischen Chirurgie,

- siehe Seite 66: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)⁴³

Sie können den Unterschied machen

INITIIEREN – DIAGNOSTIZIEREN – BESPRECHEN – BEHANDELN – NACHSORGE

Weitere Informationen über Adipositas und Services finden Sie unter **Rethink-Obesity.de**



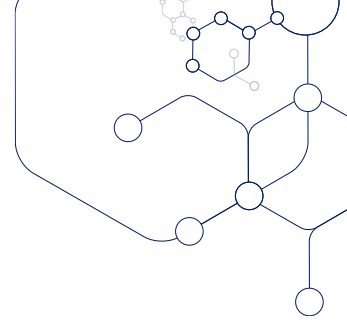
Zusammenfassung

Rethink Obesity® Überblick

- **Adipositas ist eine chronische Krankheit.**¹⁻⁷
- Die Ursachen der Adipositas sind **multifaktoriell.**^{8,9}
- Bereits eine Gewichtsreduktion von 5 % hat erhebliche gesundheitliche Vorteile, und **eine Gewichtsabnahme von 10–15 %** oder mehr kann diese Vorteile noch verstärken.¹²⁻²⁴
- **Eine langfristige Gewichtsstabilisierung ist eine Herausforderung.**⁴²
- Die Behandlungen umfassen **Lebensstil- und Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und bariatrische Chirurgie.**³⁴
- Die Unterstützung durch Ärzt*innen kann den Patient*innen helfen, **eine klinisch signifikante und dauerhafte Gewichtsabnahme zu erreichen.**⁴⁴



Besuchen Sie **Rethink-Obesity.de**, um mehr über die Krankheit Adipositas zu erfahren. Hier stehen Ihnen weitere Materialien und Services zur Verfügung.



Referenzen

1. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C. *J Health Monitoring* 2017; 2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025.
2. Mechanick J, Garber A and Garvey W. American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine. *Endocr Pract.* 2012; 18:642–648.
3. Allison D, Downey M, Atkinson R, et al. Obesity as a disease: A white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of The Obesity Society. *Obesity.* 2008; 16:1161–1177.
4. Frühbeck G, Sbraccia P and Nisoli E. 2015 Milan declaration: A call to action on obesity – an EASO position statement on the occasion of the 2015 EXPO. *Obesity Facts.* 2016; 9:296–298.
5. American Medical Association. A.M.A adopts new policies on second day of voting at annual meeting. Obesity as a disease. Abrufbar unter <http://news.cision.com/american-medical-association/r/ama-adopts-new-policies-on-second-day-of-voting-at-annual-meeting,c9430649>. Letzter Zugriff: März 2021.
6. Bray G, Kim K, Wilding J, et al. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017; 18:715–723.
7. Caterson I, Alfadda A, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab.* 2019; 21:1914–1924.
8. Wright S and Aronne L. Causes of obesity. *Abdom Imaging.* 2012; 37:730–732.
9. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Abrufbar unter http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Letzter Zugriff: März 2021.
10. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009; 373:1083–1096.
11. Yuen M, Earle R, Kadambi N, et al. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 195 Obesity-Associated Disorders (OBAD). The Obesity Society 2016 abstract book 2016:92.
12. Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002; 346:393–403.
13. Wing R, Lang W, Wadden T, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011; 34:1481–1486.
14. Dattilo A and Kris-Etherton P. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1992; 56:320–328.
15. Coggon D, Reading I, Croft P, et al. Knee osteoarthritis and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001; 25:622–627.
16. Christensen R, Bartels E, Astrup A, et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2007; 66:433–439.
17. Zelber-Sagi S, Godos J and Salomone F. Lifestyle changes for the treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a review of observational studies and intervention trials. *Therap Adv Gastroenterol.* 2016; 9:392–407.
18. Glass L, Dickson R, Anderson J, et al. Total body weight loss of $\geq 10\%$ is associated with improved hepatic fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Dig Dis Sci.* 2015; 60:1024–1030.
19. Garvey W, Mechanick J, Brett E, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract.* 2016; 22(Suppl 3):1–203.
20. Lean M, Leslie W, Barnes A, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet.* 2018; 391:541–551.
21. Benraoune F and Litwin S. Reductions in cardiovascular risk after bariatric surgery. *Curr Opin Cardiol.* 2011; 26:555–561.
22. Sundström J, Bruze G, Ottosson J, et al. Weight loss and heart failure: A national study of gastric bypass surgery versus intensive lifestyle treatment. *Circulation.* 2017; 135:1577–1585.
23. Look AHEAD Research Group. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016; 4:913–921.
24. Ryan D and Yockey S. Weight loss and improvement in comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and over. *Curr Obes Rep.* 2017; 6:187–194.
25. The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med.* 2017; 377:13–27.
26. Gelber R, Gaziano J, Manson J, et al. A prospective study of body mass index and the risk of developing hypertension in men. *Am J Hypertens.* 2007; 20:370–377.
27. Guh D, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009; 9:1–20.
28. Lean M, Leslie W, Barnes A, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019; 7:344–355.
29. Hamman F, Wing R, Edelstein S, et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29:2102–2107.
30. Glyn-Jones S, Palmer A, Agricola R, et al. Osteoarthritis. *Lancet.* 2015; 386:376–387.
31. Fauser B, Tarlatz B, Rebar R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril.* 2012; 97:28–38 e25.
32. Wild R, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95:2038–2049.
33. Modena D, Cazzo E, Candido E, et al. Obstructive sleep apnea syndrome among obese individuals: A cross-sectional study. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2017; 63:862–868.
34. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts.* 2019; 12:40–66.
35. Gadde K, Martin C, Berthoud H-R, et al. Obesity: Pathophysiology and management. *J Am Coll Cardiol.* 2018; 71:69–84.
36. Schwartz A and Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. *Obes Rev.* 2010; 11:531–547.
37. Sumithran P and Proietto J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clin Sci (Lond).* 2013; 124:231–241.
38. Rosenbaum M and Leibel R. Adaptive thermogenesis in humans. *Int J Obes (Lond).* 2010; 34(Suppl 1):S47–S55.
39. Rosenbaum M, Kissileff H, Mayer L, et al. Energy intake in weight-reduced humans. *Brain Res.* 2010; 1350:95–102.
40. Greenway F. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes.* 2015; 39:1188–1196.
41. Lenard N and Berthoud H. Central and peripheral regulation of food intake and physical activity: Pathways and genes. *Obesity.* 2008; 16(Suppl 3):S11–S12.
42. Mann T, Tomiyama A, Westling E, et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007; 62:220–233.
43. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf. Letzter Zugriff: 16.02.2022
44. Jensen M, Ryan D, Apovian C, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults. *Circulation.* 2014; 129:S102–S138.

Art.-Nr. 710349 | DE22SX00033 | Druck: 02/22