

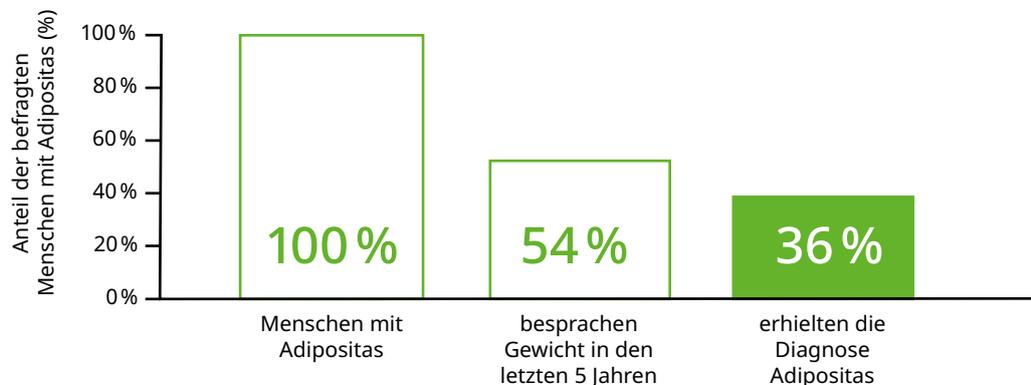
ADIPOSITAS: EINE CHRONISCHE ERKRANKUNG

Adipositas ist eine **chronische Erkrankung**, die eine langfristige Behandlung erfordert.¹⁻⁶ In Deutschland weisen **18% der Erwachsenen eine Adipositas** auf.⁷ Weitere **36% sind von Übergewicht betroffen**.⁷ Doch bevor Menschen mit Adipositas behandelt werden, muss Adipositas erkannt und diagnostiziert werden. Ihre Patientinnen und Patienten auf Übergewicht und Adipositas anzusprechen, fällt nicht immer leicht und ist dennoch für deren Gesundheit unerlässlich.

Adipositas - warum die Diagnose so oft fehlt

Die **Studie ACTION IO** (Awareness, Care, and Treatment In Obesity Management – an International Observation) untersuchte in elf Ländern die Wahrnehmung, Haltung und das Verhalten von Menschen mit Adipositas und das ihrer Ärztinnen und Ärzte.⁶

Wie viele Menschen mit Adipositas besprechen mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin ein Gewichtsmanagement und die Adipositasdiagnose?



Menschen mit Adipositas: n = 14.502
Ärztinnen und Ärzte = 2.785

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

Adipositas wird **nicht ausreichend diagnostiziert** und behandelt.⁶ Das aktive Ansprechen von Übergewicht sowie die Diagnosestellung bei Adipositas sind für die langfristige Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten entscheidend. Wie Sie in ein Erstgespräch gehen und die Folgetermine gestalten, finden Sie auch in unseren **► Leitfäden** auf **► rethink-obesity.de**.



URSACHEN UND FOLGEN VON ADIPOSITAS

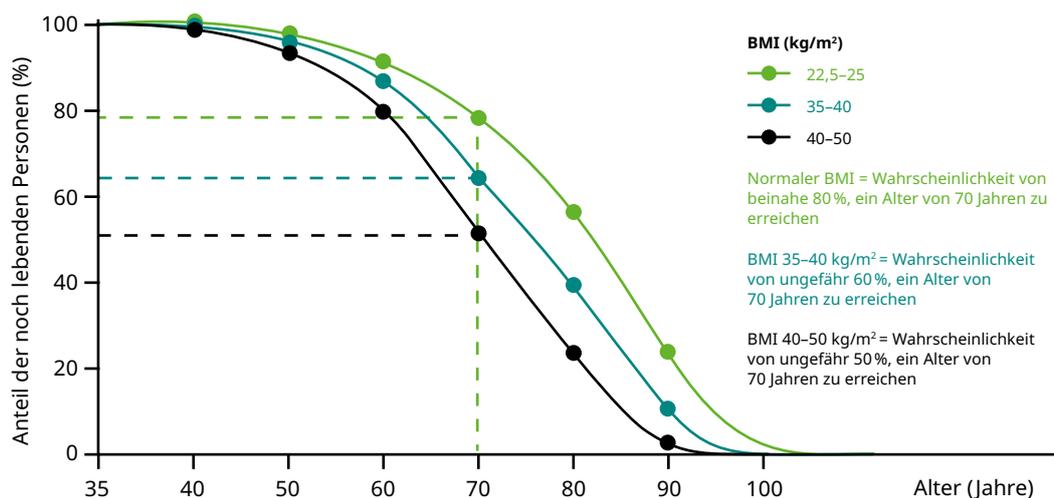
Übergewicht und Adipositas können viele Ursachen haben und eine Gewichtsreduktion hängt definitiv nicht nur von der Willenskraft ab. Es gibt neben Einflüssen wie Nahrungsaufnahme, Bewegungsmangel, Mangel an Selbstdisziplin **weitere komplexe Faktoren**, die eine entscheidende Rolle bei der Gewichtskontrolle spielen.⁸⁻⁹

- ▶ **Psychosoziale Faktoren** wie Umfeld, Umgang mit Gefühlen, Lebensumstände
- ▶ **Genetik/Epigenetik**
- ▶ **Physiologische Faktoren** wie Stoffwechsel, Vorerkrankungen, Schlafrouinen

Die Folgen der chronischen Erkrankung sind für Menschen mit Adipositas gravierend: Adipositas ist mit über **200 Folgeerkrankungen und Komplikationen** assoziiert – mit gravierenden Beeinträchtigungen für die allgemeine Gesundheit und verschiedene Organsysteme.¹⁰

Wie wirkt sich der BMI* auf das Mortalitätsrisiko aus?

Menschen mit Adipositas haben eine **bis zu 10 Jahre kürzere Lebenserwartung**.¹¹ Ab einem BMI von 22,5–25 steigt je 5 BMI-Punkte die Gesamtsterblichkeit um jeweils 30%.¹¹



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.

DIE WIRKUNG VON GEWICHTSREDUKTION

Bereits eine **Gewichtsreduktion von 5%** kann für Ihre Patientinnen und Patienten mit Adipositas **erhebliche gesundheitliche Vorteile** haben.¹²⁻²⁴ Eine anhaltende Gewichtsreduktion von 10–15% oder mehr kann diese Vorteile noch verstärken.¹²⁻²⁴

Was sind Begleiterkrankungen von Adipositas?

Im Folgenden sehen Sie einige Begleiterkrankungen und ihre adipositasassoziierten Risiken:

► Hypertonie, Dyslipidämie und Herzinsuffizienz

Bei einem BMI von 25,0–29,9 kg/m² besteht ein **3-fach höheres Risiko für Hypertonie** als mit einem BMI im Normalbereich, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die führende Todesursache bei Adipositas.^{25,26} Eine Gewichtsreduktion kann das **Hypertonie-Risiko** für Ihre Patientinnen und Patienten **senken**.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 ohne Adipositas.²⁷ Durch Gewichtsreduktion können Patientinnen und Patienten ihr **Diabetesrisiko reduzieren und lebenslange Folgeschäden 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 Ihre Patientinnen und Patienten mit Adipositas können das **Risiko einer Kniearthrose** und zusätzlicher Symptome durch Gewichtsreduktion und -erhalt sowie mehr Bewegung **verringern**.³⁰

► Polycystisches Ovarialsyndrom und Infertilität bei Frauen

Bis zu **76% der Frauen mit polycystischem Ovarialsyndrom (PCOS)** weisen eine **Adipositas** auf.³¹ Ihre Patientinnen mit Adipositas und PCOS können basierend auf einer Gewichtsreduktion von einer **Verbesserung der klinischen Merkmale des PCOS und der Stoffwechselgesundheit** profitieren.³²

► Obstruktive Schlafapnoe

Ungefähr **40% der Menschen mit Adipositas** leiden an **obstruktiver Schlafapnoe**.³³ Durch Gewichtsreduktion können Ihre Patientinnen und Patienten die **klinischen Symptome der Schlafapnoe verringern**.³⁴

DEUTLICHE VORTEILE EINER GEWICHTSREDUKTION BEREITS AB 5% ^{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 Diabetes-medikamente; 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 (FEV ₁)
 Refluxkrankheit (GERD)	≥ 10%	Symptomreduktion

DIE ADIPOSITASTHERAPIE BEGINNT BEI IHNEN

Für eine **langfristige Gewichtsreduktion** sollten Sie die folgenden Behandlungsoptionen einzeln und in Kombination mit Ihren Patientinnen und Patienten mit Adipositas besprechen und gemeinsam einleiten:

► **Lebensstiltherapie:**

Dieser wichtige Punkt betrifft Bewegung, das Schlaf-, Ess- und Trinkverhalten sowie Routinen. Weitere Informationen finden Sie in unserem ► **Gesprächsleitfaden Erstgespräch** sowie auf ► **rethink-obesity.de** und in **der Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014³⁵**.

► **Pharmakotherapie:**

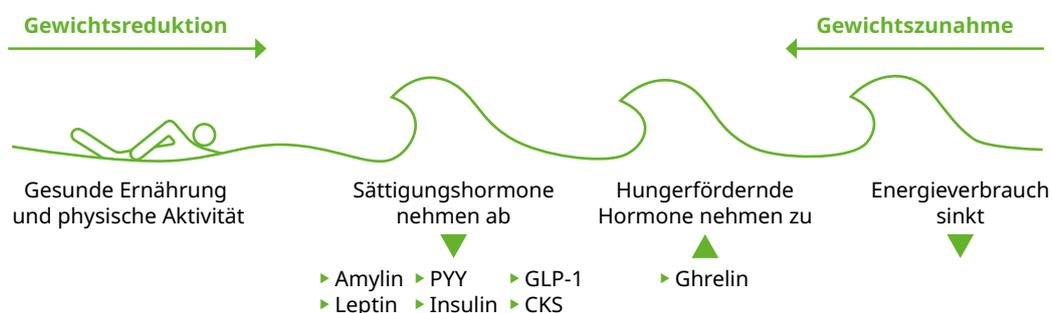
Hinweise zu pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten finden Sie in **der Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014³⁵**.

► **Bariatrische Chirurgie:**

In **der Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014³⁵**.

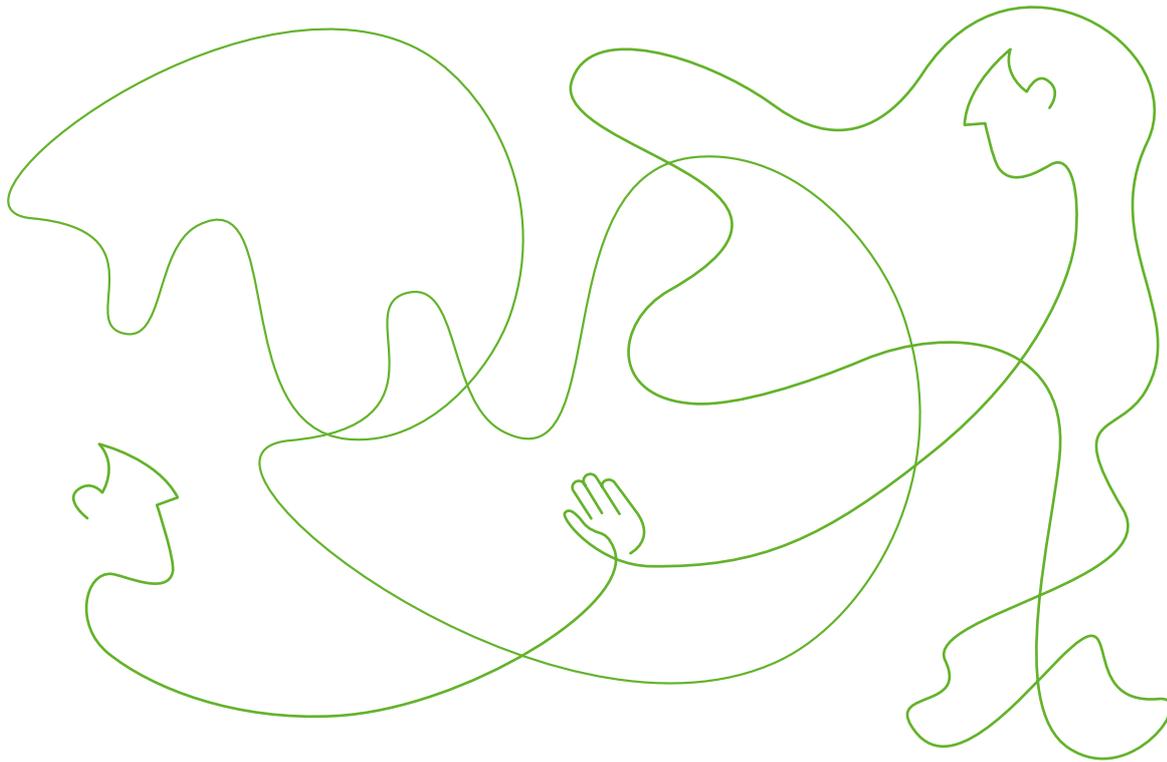
Gewichtserhalt als Herausforderung

Für den Erhalt des neuen Gewichts ist Ihr Patient, Ihre Patientin **auf Ihre Begleitung angewiesen**. Durch die metabolische Anpassung verändert sich auch das homöostatische System des Körpers – mit gravierenden Folgen für Appetitempfinden, Energieaufnahme und -verbrauch. Der Körper steigert in Folge der Gewichtsreduktion den Hunger, die Stoffwechselrate sinkt, was zu einer erneuten Gewichtszunahme führen kann.³⁶⁻⁴²



Ihre ärztliche Unterstützung kann Ihren Patientinnen und Patienten helfen, eine klinisch signifikante und dauerhafte Gewichtsreduktion zu erreichen.⁴³ Begleiten Sie daher Ihre Patientinnen und Patienten mit Adipositas auch in Folgebesuchen, für die Sie sich auf ► **rethink-obesity.de** einen ► **Leitfaden** herunterladen können.





Referenzen

1 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. 2 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. 3 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. 4 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: 13.02.2023. 5 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. 6 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. 7 Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C. *J Health Monitoring* 2017;2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025. 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: 13.02.2023. 10 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. 11 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. 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, Tarlatzis 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 patientcentred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts* 2019;12:40-66. 35 Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Abrufbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf. Letzter Zugriff: 13.02.2023. 36 Gadde K, Martin C, Berthoud H-R et al. Obesity: Pathophysiology and management. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:69-84. 37 Schwartz A and Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. *Obes Rev* 2010;11:531-547. 38 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. 39 Rosenbaum M and Leibel R. Adaptive thermogenesis in humans. *Int J Obes (Lond)* 2010;34(Suppl 1):S47-S55. 40 Rosenbaum M, Kissileff H, Mayer L et al. Energy intake in weight-reduced humans. *Brain Res* 2010;1350:95-102. 41 Greenway F. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes* 2015;39:1188-1196. 42 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. 43 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.