

DEGAM

# Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas/ Übergewicht

DEGAM-Praxisempfehlung Nr. 2

Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin e.V.





Die Empfehlungen zur Hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen der hausärztlichen Grundversorgung.

DEGAM-Praxisempfehlungen verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind. Die zu Grunde liegenden Leitlinien beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren, sie sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Da die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess unterliegt, können alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Erarbeitung entsprechen. Die hier wiedergegebenen Inhalte sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbe-freiende Wirkung.

Diese Praxisempfehlung ersetzt in keiner Weise die S3 Leitlinie Adipositas (AWMF\_Reg-Nr. 050-001) der DAG, sondern soll vielmehr durch den konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die gemeinsame Entscheidung von Hausärzten und Hausärztinnen und deren Patienten und Patientinnen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen. Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

**DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien**

c/o Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: +49 (0)40 7410-59769  
Fax: +49 (0)40 7410-53681  
leitlinien@degam.de



© DEGAM 2016

**Herausgeber**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

**Herstellung**

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM  
Federführung: Dr. med. Til Uebel, für die Arbeitsgruppe  
Diabetes der DEGAM, til.uebel@t-online.de

**Stand 10/2016**

**Revision geplant 04/2019**

bzw. in Abhängigkeit von Änderungen der Evidenzlage

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

## Vorwort

Die vorliegende DEGAM-Praxisempfehlung für die Hausarztpraxis wurde von der AG Diabetes der DEGAM erstellt und enthält Auszüge aus der zu Grunde liegenden S3-Leitlinie Adipositas 2014, an deren Erstellung die DEGAM und hier insbesondere PD Dr. med. Christoph Heintze, MPH mitgewirkt hat. Alle Ausführungen verstehen sich als Hilfe für Hausärzte, die für ihren Bereich der primärärztlichen Versorgung genannten Empfehlungen zu erfassen und umzusetzen.

Der besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit wegen wurden Empfehlungen und Auszüge aus dem Hintergrundtext zusammengefasst. Entsprechende Hinweise im Text sollen den Bezug zur S3-Leitlinie erleichtern, die im Text fortan als Adipositas-LL 2014 abgekürzt wird.

Die zu Grunde liegende Literatur findet sich in der S3-Leitlinie. An einzelnen Stellen, an denen die Praxisempfehlung die S3-Leitlinie im Sinne der Praxistauglichkeit erläutert, wird auf zusätzliche Literatur verwiesen, z.B. *Adipositas-LL 2014, S...*. Außerdem finden sich Empfehlungen zur Bewegungstherapie aus der kurz vor der Veröffentlichung stehenden S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (AWMF-Reg-Nr. 053 – 024).

Speziell für den hausärztlichen Versorgungskontext wurde das Kapitel Reflexionen zu psychosozialen Aspekten der Adipositas und Kommunikation in der Hausarztpraxis von der AG Psychosomatik der DEGAM unter Federführung von Dr. med. Iris Veit und Dr. med. Gernot Rüter erstellt.

## Warum eine Praxisempfehlung für die Hausarztpraxis?

Patientinnen/Patienten mit Übergewicht/Adipositas oder auch solche, die ihr Körpergewicht als ein Problem empfinden, sind in der hausärztlichen Praxis häufig. Übergewicht/Adipositas ist jedoch selten das ‚Schlüsselproblem‘. In der Prognose wie in der Therapie ist Adipositas kein leicht beeinflussbarer Faktor.

Die DEGAM hat sich vor diesem Hintergrund an der Erarbeitung der interdisziplinären S3-Leitlinie ‚[Adipositas - Prävention und Therapie](#)‘ beteiligt. Die S3-Leitlinie gibt evidenzbasiert die grundlegenden Erkenntnisse über Epidemiologie, prognostische Einflüsse und Therapieoptionen im grundsätzlichen Konsens aller relevanten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland wieder. Die DEGAM hat sich insbesondere aus folgenden Gründen beteiligt:

- Übergewicht/Adipositas oder Beratungsanlässe, die sich aus dem Körpergewicht ergeben, sind ein häufiges Thema (s. Abschnitt 2.1). Anders als es die mediale Präsenz dieses Themas erwarten lässt, ist es jedoch unbegründet, von einer ‚epidemischen‘ Zunahme insbesondere des Übergewichts in der deutschen Bevölkerung zu sprechen.

- Zugenommen haben hingegen die Beratungsanlässe zu diesem Thema in der Hausarztpraxis, nicht zuletzt, weil die Betroffenen Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren, und das aktuelle Schönheitsideal weitgehend unreflektiert auch gesundheitliches Ziel unserer Zeit geworden ist. Leider haben auch Ärztinnen, Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen diese Zielrichtungen teilweise wenig reflektiert übernommen.
- Schon die Feststellung von Übergewicht/Adipositas ist keineswegs eindeutig, und die Abweichung von Normwerten, sei es des BMIs oder des Körperumfangs, ist für eine Therapieentscheidung keineswegs ausreichend. Auch durch eine ergänzende - wie auch immer umfangreiche - Labordiagnostik wird im Regelfall keine eindeutige Diagnose gestellt werden können.
- Übergewicht und deutlicher Adipositas, sind zum Teil eindeutige Wirkfaktoren, zum Teil mögliche Einfluss- oder Risikofaktoren für die Entwicklung von Morbidität. Die meisten Studienbefunde sind allerdings nicht eindeutig, weil Maßnahmen zur Gewichtsreduktion nicht als wirksame Präventionsfaktoren gezeigt werden konnten, oder weil – gerade in hohem und höchstem Alter – Übergewicht sogar als positiv erscheint. – Aus den letzten beiden Gründen lehnt die DEGAM es auch ab, ‚Adipositas‘ per se als ‚Krankheit‘ zu definieren.
- Übergewicht/Adipositas sind oft nur frustriert zu behandeln. Die Wirksamkeit und Vertretbarkeit medikamentöser oder chirurgischer Therapien sind auf kleine Patientengruppen beschränkt. Gezielte Ernährungstherapien sind z.T. umstritten, wenig evidenzbasiert, und in der Regel nur zeitlich begrenzt wirksam.
- Viele der Aktivisten haben offene oder versteckte Interessenskonflikte oder sie übersehen, dass die soziale Dimension der Adipositas weit über das mit gut gemeinten Empfehlungen zur Verhaltensänderung Erzielbare hinausreicht. Adipositas ist ein gesamtgesellschaftlich zu erörterndes Thema, was jedoch in der vorliegenden Leitlinie nicht geschah.
- Die Folgen der vor allem mit Schuldzuweisungen geführten und oft tendenziösen öffentlichen Debatte sind für die Betroffenen, wenn auch erlebbar und bekannt, faktisch nicht untersucht. Hausärztliche Versorgung hingegen, so die [DEGAM-Zukunftspositionen 2012](#), soll die Patientensicherheit durch individuelle, gemeinsame Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik bzw. Therapie erhöhen und überflüssige /schädliche medizinische Maßnahmen vermeiden.

All das schließt nicht aus, dass eine Ernährungsberatung (unterschiedlicher Intensität) zum grundlegenden Repertoire hausärztlicher Beratung gehört. Die Mitarbeit der DEGAM an der interdisziplinären Leitlinie war nicht frei von unterschiedlichen Interpretationen der vorhandenen Literatur, aus der sich mehrere Sondervoten zur hausärztlichen Vorgehensweise in der Leitlinie ergeben haben. Die DEGAM orientiert sich dabei an folgenden Leitgesichtspunkten:

- Adipositas ist keine abgrenzbare Krankheit, die einer spezifischen Therapie zugänglich wäre, sondern eine **individuelle** Kondition und ggf. ein Risikofaktor, die eine **individuelle** Beratung erfordert. Hierbei ist auch explizit auf psychosoziale Faktoren (z.B. Maß individueller

Besorgnis/Beeinträchtigung, Stigmatisierung) einzugehen.

- Gewichtsreduktion kann in diesem Zusammenhang oft ein anzustrebendes Ziel sein. Wahrscheinlich sind dabei allerdings angemessene subjektive Erwartungen höher zu bewerten als objektive Reduktionsziele (pathologische Therapieeffekte, realistische Therapieziele).
- Im Bereich der Ernährungsberatung finden sich dabei die vermutlich wirksamsten Ansatzpunkte. Ob eine methodisch vorgehende Ernährungsanleitung für den Patienten akzeptabel und wirksam ist, ist die erste zu klärende Frage. Eine solche kann auch ggf. frühzeitig vom Hausarzt an entsprechend qualifizierte Berater delegiert werden.
- Grundlegende Umstellungen der Ernährung („Diät“) werden unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt.

Zur Beratung über körperliche Bewegung enthält diese Praxisempfehlung einen gesonderten Abschnitt. Die Bedeutung der Bewegung erscheint klar; allerdings ist die zur Gewichtsabnahme erforderliche sportliche Aktivität von den meisten Patienten nicht zu leisten.

Die Praxisempfehlung fasst im ersten Teil die Empfehlungen der interdisziplinären Leitlinie ‚Adipositas‘ mit den erläuterten Sondervoten der DEGAM sowie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) zusammen. Im zweiten Teil haben wir Empfehlungen für die hausärztliche Praxis zur Ernährungs- und Bewegungsberatung sowie psychosoziale Überlegungen ergänzt.

Til Uebel

Neckargemünd, im Oktober 2016

*Die DEGAM-Arbeitsgruppe Diabetes mellitus:*

*Prof. Dr. med. Harald Abholz*

*Prof. Dr. med. Erika Baum*

*Sabina Bülders*

*Dr. med. Günther Egidi*

*Dr. med. Heinz Giesen*

*Prof. Dr. med. Michael Freitag*

*Dr. med. Bernd Hemming*

*Dr. med. Kai-Florian Mehrländer*

*Dr. med. Uwe Popert*

*Dr. med. Gernot Rüter*

*Dr. med. Til Uebel*

*Petra Weinmann*

*Prof. Dr. med. Stefan Wilm*

*Dr. med. Ulf Zitterbart*

*sowie:*

*PD. Dr. med. Christoph Heintze, Dr. med. Gunter Frank, Dipl. Soz. Martin Beyer*

## Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1 Für die hausärztliche Versorgung besonders relevante Empfehlungen der S3-Leitlinie Adipositas</b>	<b>8</b>
1.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas	8
1.1.1 Adipositas als Symptom	9
1.2 Adipositas als Risikofaktor	9
1.2 Prävention der Adipositas und Umgang mit Übergewicht	11
1.3 Diagnostik bei Adipositas	13
1.4 Therapie der Adipositas	13
1.4.1 Operative Gewichtsreduktion	13
1.4.2 Konservative Gewichtsreduktion	14
<b>2 Spezifizierungen für die hausärztliche Versorgung adipöser Patientinnen und Patienten</b>	<b>20</b>
2.1 Besondere Beratung bei Diabetes	20
2.2 Diäten	21
2.3 Sport und Aktivität	23
2.4 Psychosoziale Aspekte der Adipositas und Kommunikation in der Hausarztpraxis	24
2.4.1 Adipositas als gesellschaftliches Phänomen	25
2.4.2 Beachtung besonders dysfunktionaler Muster	27
2.4.3 Langfristige Betreuung	27

# 1 Für die hausärztliche Versorgung besonders relevante Empfehlungen der S3-Leitlinie Adipositas

## 1.1 Definition und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 2, S.15 f.*

Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Beurteilungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex [Body Mass Index (BMI)]. Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Übergewicht ist definiert als BMI 25-29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ , Adipositas als BMI  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$  [AkdÄ 2009 – nach der European Diabetes Policy Group, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/11234459>].

Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen gemäß dem BMI,

*Zusammenfassung Tab. 4, Adipositas-LL 2014, S.15:*

Untergewicht  $< 18,5$ , Normalgewicht 18,5 – 24,9, Übergewicht 25 – 29,9, Adipositas Grad I 30 – 34,9, Adipositas Grad II 35 – 39,9, Adipositas Grad III  $\geq 40 \text{ kg}/\text{m}^2$ .

Neben dem Körpergewicht kann auch das Fettverteilungsmuster bestimmt werden. Die viszerale Fettmasse korreliert enger mit kardiovaskulären Risikofaktoren und Komplikationen als das Körpergewicht. Ein einfaches Maß zur Beurteilung ist die Messung des Taillenumfangs. Bei einem Taillenumfang  $\geq 88 \text{ cm}$  bei Frauen bzw.  $\geq 102 \text{ cm}$  bei Männern liegt eine abdominale Adipositas vor.

Die WHO charakterisiert in ihrem Grundsatzpapier vom Jahr 2000 die Adipositas als Krankheit. Dem schließen sich die federführenden Gesellschaften der Adipositas-LL 2014 an. Auch das Bundessozialgericht sprach in einem Urteil 2003 vom „Vorliegen einer Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne“, und das Europäische Parlament hat in einer Resolution vom 12.2.2006 die Mitgliedsstaaten aufgefordert, Fettleibigkeit offiziell als chronische Krankheit anzuerkennen.

**DEGAM Sonder-Votum, Adipositas-LL 2014, S.16**

**Nach Ansicht der DEGAM ist die Bedeutung der Adipositas als pathologischer Zustand oder Risikofaktor nur im Kontext der Begleiterkrankung, des Alters und anderer Faktoren zu beurteilen. Somit kommt ihr auch keine automatische Zuordnung als Krankheit zu.**

Nach den aktuellen Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) sind 67 % der Männer und 53 % der Frauen in Deutschland übergewichtig, 23,3% der Männer sind adipös, bei den Frauen sind es 23,9% (*Adipositas-LL 2014, S. 18*). Anders als oft dargestellt, handelt es sich um relativ konstante Zahlen, wenn man sie mit denen des Bundesgesundheits surveys aus dem Jahr 1998 vergleicht.



Die Zahl der Übergewichtigen hat sich in den letzten 13 Jahren nicht verändert. Die Zahl der Adipösen ist bei den Männern um 4,4%, bei den Frauen um 1,4% gestiegen (*siehe Tab. 7, Adipositas-LL 2014, S. 18*).

**Tabelle 7: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas**

	NVS II	Mikrozensus 1999-2009			
	2005-06	1999	2005-06	2005-06	2005-06
<b>Übergewicht (%)</b>					
Frauen	29,4 %	28,7 %	28,9 %	28,7 %	29,1 %
Männer	45,5 %	44,1 %	44,1 %	43,4 %	44,4 %
<b>Adipositas (%)</b>					
Frauen	21,2 %	11,0 %	12,3 %	12,8 %	13,8 %
Männer	20,5 %	12,1 %	13,6 %	14,4 %	15,7 %

## 1.1.1 Adipositas als Symptom

### Das sogenannte Metabolische Syndrom

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 3.3, S.18 f, gekürzt und redaktionell erläutert*

Das Metabolische Syndrom besteht aus einem Cluster von Komponenten, die Hinweise für das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko geben. Weltweit existieren verschiedene Definitionen für das Metabolische Syndrom. Zu Ihnen gehören neben Übergewicht, Hypertonie, Hyperlipidämie und Typ-2-Diabetes bzw. dessen Vorstufen auch Störungen der Hämostase, chronische Inflammation, Hyperurikämie, Insulinresistenz und Mikroalbuminurie. Die Vorhersagekraft des Metabolischen Syndroms für atherosklerotische Folgekrankheiten oder Mortalität übersteigt jedoch nicht die Vorhersagekraft der einzelnen Komponenten.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, S.19***

**Nach Ansicht der DEGAM bringt die Definition des Begriffs des Metabolischen Syndrom jedoch keinen Zusatznutzen zur Betreuung adipöser Menschen, da die dort enthaltenen Zuordnungen den etablierten Risikoalgorithmen (Framingham-Score, ARRIBA) unterlegen sind.**

## 1.2 Adipositas als Risikofaktor

### Der Body Mass Index

Neben der Wahrnehmung der Adipositas als Krankheit durch die Gesellschaft und/oder Patienten können Übergewicht und Adipositas auch als eigenständiger Risikofaktor und als Symptom anderer Erkrankungen eine Rolle spielen. (*Adipositas-LL 2014, S. 19-21*)

Eine Adipositas mit einem BMI > 35, die also auch extreme Formen mit einem BMI von z.B. 60 einschließt und in der Adipositas-Leitlinie 2014 einem „hohen Risiko“ zugeordnet wird, steigert das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen und die Mortalität in allen Altersklassen („all ages“) mit einer Hazard Ratio (HR) von 1,35, wobei diese immer noch unter der von Untergewichtigen liegt (BMI < 18,5) HR: 1,72 (CI: 1.56-1.89) bis 1.99 (CI: 1.80-2.20). (Flegal et al 2013, Adipositas-LL, Quelle 103). Alle Studien zeigen, dass die Mortalität bei einem BMI unter 22,5 kg/m<sup>2</sup> ansteigt, ein Phänomen, das dem Einschluss von Rauchern und Patienten mit konsumierenden Erkrankungen in Studien zugeschrieben wird. (*Adipositas-LL 2014, S. 26, 3.6*) Sind bereits KHK oder Herzinsuffizienz vorhanden, haben Patienten mit Übergewicht oder Adipositas 1° eine bessere Prognose hinsichtlich kardialer und Gesamtsterblichkeit als Patienten mit Normal- oder Untergewicht („obesity paradox“), wie in einem systematischen Review und in einer Meta-Analyse gezeigt wurde.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, S.30***

**Übergewicht gemessen nach BMI ist als alleiniger Prädiktor zur Einschätzung des individuellen Risikos ohne jede Kenntnis der Begleitfaktoren nicht hilfreich.**

Zusammengefasst für die Hausarztpraxis:

Sollte es überhaupt sinnvoll sein, Menschen allein aufgrund ihrer Körperfülle in verschiedene Risikoprofile einzuteilen, so dürfen die Normwerte für Ideal- und Übergewicht nicht überbewertet werden. Der individuelle Gewichtsverlauf und gleichzeitig bestehende Risikofaktoren sind zur Einschätzung der gesundheitlichen Fragestellungen eventuell nützlich, wobei je nach Erkrankung ein BMI von 25-30 kg/m<sup>2</sup> oder selbst darüber als der richtige Referenzbereich bezeichnet werden kann.

### **Waist-to-Hip-Ratio und Taillenumfang**

*Zusammenfassung und Kommentierung Adipositas-LL 2014, Kapitel 3.6, S.26.*

Enger als mit dem BMI ist die KHK mit der abdominellen Adipositas vergesellschaftet. Für die abdominale Adipositas liegt eine valide große europäische Studie (European Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)) mit etwa 350.000 Teilnehmern aus den Jahren 1992-2000 vor. Vergleicht man die höchste mit der niedrigsten Quintile bei Taillenumfang und/oder der Waist-to-Hip-Ratio (WHR) ergab sich für Männer ein Relatives Risiko (RR) für die Mortalität von 2,06 und für Frauen von 1,79 bezgl. des Taillenumfangs und von 1,79 bzw. 1,53 bei der WHR. Teilnehmer mit Werten dieser 5. Quintile - es waren ca. 1/3 der Untersuchten - hatten Werte >102 cm (Männer) bzw. >88cm (Frauen) und lagen damit über dem so genannten Normalbefund für Taillenumfänge, bzw. den WHR-Normal-Werten von 1,0 bei Männern und 0,85 bei Frauen. Die Teilnehmer der zur Berechnung hinzugezogenen untersten Quintile (etwa jeder 7. der Untersuchten) hatten Werte <86 cm (Männer) bzw. <70cm (Frauen). Die Assoziation von Taillenumfang bzw. WHR mit Mortalität war bei niedrigem BMI deutlicher als bei höherem BMI. Die Autoren schlussfolgerten aus der Studie, dass durch die Ermittlung des Taillenumfangs oder der WHR neben dem BMI die Beurteilung des Mortalitätsrisikos erheblich verbessert wird.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, S.15***

Nach Ansicht der DEGAM ist es in der Primärversorgung nicht sinnvoll, bei jedem Patienten den Taillenumfang zu messen ohne die individuelle Ausgangssituation zu berücksichtigen. Schwellenwerte in diesem Kontext sind wenig hilfreich. Viel wichtiger ist die Gesamtschau der einzelnen Risikofaktoren und Komorbiditäten sowie die Einschätzung der Körperform unter Einbeziehung des Körpergewichts.

## 1.2 Prävention der Adipositas und Umgang mit Übergewicht

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 4.2 Empfehlungen zur Prävention der Adipositas, S.30.*

Um Adipositas zu verhindern, soll empfohlen werden, sich bedarfsgerecht zu ernähren, regelmäßig körperlich zu bewegen und das Gewicht regelmäßig zu kontrollieren.

Außerdem sollte empfohlen werden, den Verzehr von fast-food sowie den Konsum von Alkohol zu reduzieren.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 4.2, S.30***

Nach Auffassung der DEGAM liegt nicht genügend Evidenz für die Aussage vor, jedem übergewichtigen Patienten vom Verzehr von Lebensmitteln mit hoher Energiedichte mit dem Empfehlungsgrad B abzuraten.

**DGEM\* Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 4.2, S.30***

Die Prävention von Adipositas umfasst mehr wirksame diätetische Optionen als die genannten Empfehlungen. Auch eine Umstellung der Ernährung auf mediterrane Kost kann empfohlen werden, um Übergewicht und Adipositas zu verhindern. Die inverse Assoziation zwischen Mediterraner Diät und Adipositasrisiko wurde in verschiedenen Studien bestätigt.

### Adipositas als Gesundheitsproblem

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 3.4 Komorbiditäten und Komplikationen von Übergewicht und Adipositas, S.19 ff.*

Unbestritten gibt es eine zum Teil sehr deutliche Korrelation von in der Hausarztpraxis relevanten und häufig anzutreffenden Erkrankungen und Beratungsanlässen in Zusammenhang mit Adipositas.

Diabetes tritt als Folge einer familiären Disposition, eines individuellen Lebensstils, bei endokrinen oder auch bei depressiven und anderen psychiatrischen Erkrankungen auf und korreliert mit dem sozialen Status. Nicht selten sind jedoch auch Therapien, beispielsweise mit Neuroleptika oder HIV-Medikamenten sowie Grunderkrankungen wie eine Arthrose mit folgendem Bewegungsmangel mit ursächlich für die Entstehung einer Adipositas.

\* Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V.

Während das Arthroserisiko bereits ab einem BMI von 27 steigt, treten bei anderen Erkrankungen Folgen erst bei teils hochgradiger Adipositas gehäuft auf.

Folgende Erkrankungen sind mit einer Adipositas assoziiert (Auswahl):

- Diabetes Typ 2
- Gicht
- Neigung zu Thrombosen, venösen Thromboembolien und pulmonalen Embolien
- Kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Koronare Herzkrankheit (KHK), Schlaganfall, arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Hypertrophie, Vorhofflimmern)  
Ist bei adipösen Patienten bereits eine KHK oder eine Herzinsuffizienz vorhanden, verbessert die Adipositas die Prognose hinsichtlich der kardialen und Gesamtsterblichkeit („obesity paradox“)
- Demenzen
- Erkrankungen des Urogenitaltraktes (z. B. Nierenerkrankungen, Harninkontinenz)
- Hormonelle Störungen bei Frauen
- Erhöhtes Risiko für Fehl- und Frühgeburt, perinatale Mortalität, Sectio, Wochenbettkomplikationen und kongenitale Anomalien
- Hormonelle Störungen bei Männern (z. B. Einschränkung der Fertilität)
- Pulmonale Komplikationen (z.B. restriktive Ventilationsstörung, Hypoventilations- und Schlafapnoe-Syndrom)
- Gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Cholecystolithiasis, akute und chronische Cholecystitis, Refluxkrankheit)
- Schmerzhaft degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Wirbelsäulensyndrome, Coxarthrose, Gonarthrose), schmerzhaft deformitäten
- Karzinome Für die meisten Karzinomformen findet sich ein - allerdings nur gering - erhöhtes Morbiditäts-Risiko. An der Entstehung aller Krebskrankheiten hat die Adipositas einen Anteil von 16 %
- Erhöhtes Operations- und Narkoserisiko: Patienten mit einem BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> haben ein erhöhtes Operations- und Narkoserisiko, insbesondere für Lagerungsschäden.

Darüber hinaus findet eine nicht unerhebliche Stigmatisierung adipöser Patienten statt, die ihrerseits direkt oder indirekt Beratungsanlass in der Hausarztpraxis sein kann.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 3.5 Psychosoziale Aspekte der Adipositas, Stigmatisierung und Adipositas, S.24.*

Es gibt deutliche Hinweise für eine Diskriminierung Adipöser durch das Gesundheitssystem. Evident ist eine Stigmatisierung durch Medien, vor allem durch Fernsehen und Filme, aber auch in neuen Medien. Stigmatisierungserfahrungen und „Selbststigmatisierung“ führen zu einer erhöhten Vulnerabilität für depressive Störungen, zum Verlust von Selbstvertrauen und zu einem negativen Körperbild. Im Besonderen tragen Stigmatisierungserfahrungen zu einer Zunahme maladaptiven Essverhaltens bei – mit dem Ergebnis eines Circulus vitiosus.

## 1.3 Diagnostik bei Adipositas

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, S.40***

**In der Hausarztpraxis ist die in der Adipositas-Leitlinie geforderte umfangreiche Diagnostik ohne Differenzierung nach Komorbidität und Risikoprofil nicht sinnvoll und wird abgelehnt. Für viele der zu berücksichtigenden Untersuchungen fehlt zudem die Evidenz eines klaren Nutzens. Zu beachten ist, dass ein generelles Screening auf Adipositas keinen Effekt auf den weiteren Gewichtsverlauf hat.**

Zur Erfassung einer manifester Hypothyreose oder kardiovaskulärer Risikofaktoren kann nach den Empfehlungen der DEGAM-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention ([AWMF-Reg-Nr. 053-024](#)) die individuelle Bestimmung endokrinologischer Stoffwechselfparameter (TSH, Blutglukose, ggf. HbA1c) sinnvoll sein.

Darüber hinaus hängt die empfehlenswerte Diagnostik in der hausärztlichen Versorgung von Beschwerden, Symptomen und bekannten Begleiterkrankungen der hausärztlich betreuten Personen ab.

## 1.4 Therapie der Adipositas

Die Erfolgsaussichten jeglicher Versuche einer Gewichtsreduktion bei extremer Adipositas wurden auch von der federführenden Fachgesellschaft der Adipositas-LL 2014 als ungewiss beurteilt. Bereits 2010 postulierten DAG und DEG in der S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas ([AWMF-Reg-Nr.088-001](#)), „dass eine dauerhafte starke Gewichtsreduktion bei Adipositas Grad III meist nur mittels bariatrischer Chirurgie erzielt werden kann.“

### 1.4.1 Operative Gewichtsreduktion

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.7 Chirurgische Therapie, Hintergrund und Evidenz zu Empfehlung 5.42, S.69.*

Nach Patientenrechtegesetz ist ein Patient mit extremer Adipositas, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen, auf die Alternativen hinzuweisen. Dies impliziert, dass Patienten mit extremer Adipositas und Behandlungswunsch auf alle Behandlungsalternativen inklusive der chirurgischen Verfahren hingewiesen und somit diese erwogen werden sollen.

Den Empfehlungen der Adipositas-Leitlinie 2014, Patienten mit einem BMI >50 kg/m<sup>2</sup> direkt zu operieren widerspricht die DEGEM in ihren Sondervoten, weil die Empfehlungen nicht ausreichend durch die zitierte Literatur gestützt würden. *Empfehlung 5.4.5, S. 68*

**DEGAM Sonder-Votum, Adipositas-LL 2014, S.69**

**Es liegen nur vereinzelte Studien zu den Langzeiterfolgen bariatrischer Eingriffe vor. Insbesondere die erhebliche Invasivität verlangt eine individuelle Beratung und Abwägen des möglichen Nutzens gegen den unter Umständen nicht revidierbaren Schaden.**

## 1.4.2 Konservative Gewichtsreduktion

### Bei Adipositas als Symptom

Obwohl in der Adipositas-Leitlinie 2014 sowohl Indikationen, Therapieziele als auch Voraussetzungen für Maßnahmen zur Gewichtsreduktion dezidiert aufgeführt werden, existiert bis heute keine ausreichende Evidenz für einen langanhaltenden Therapieerfolg für den Erfolg jeglicher Therapieform außer für operative Verfahren bei schwerer Adipositas.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.3 Therapievoraussetzungen, Hintergrund und Evidenz zu Empfehlung 5.8, S.42.*

Bei begründetem Verdacht auf eine syndromale Adipositas (z.B. Prader-Willi-Syndrom) oder andere monogenetische Formen (z.B. MC 4-Rezeptor-Gendefekt) der Adipositas sollte in einem spezialisierten Zentrum entschieden werden, ob eine molekulargenetische Diagnostik erforderlich ist. Ebenso gilt, dass Patienten mit Adipositas, bei denen die Indikation zur Behandlung in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Einrichtung gegeben ist, in Einrichtungen betreut werden sollten, die besondere Qualitätskriterien erfüllen. Hierzu gehören Anforderungen an personelle Qualifikation, räumliche Ausstattung und Therapieprogramme.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.2 Ernährungstherapie, Empfehlung 5.12, S.44.*

Menschen mit Adipositas sollen im Rahmen der medizinischen Betreuung eine Ernährungsberatung (Einzelberatung oder in Gruppen) angeboten bekommen.

**DEGAM Sonder-Votum, Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 5.12, S.44**

**In der Literatur wurde nicht Ernährungsberatung in kontrollierter Form untersucht, sondern es wurden lediglich kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme ohne Kontrollen untersucht, so dass allenfalls Empfehlungsgrad B (sollte) gerechtfertigt ist.**

### Bei Adipositas als Risikofaktor

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.2 Ernährungstherapie, Empfehlung 5.11, S.44.*

Menschen mit Adipositas sollten individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden.

Diese Empfehlungen lassen sich mangels valider Studien nicht wissenschaftlich begründen,

sondern wurden von der Leitlinienkommission der Adipositas-Leitlinie 2014 auf der Basis empirischer Erfahrung formuliert. Dabei war man sich einig, dass eine Gewichtsreduktion nur patientenzentriert erfolgreich sein kann, da ohne Akzeptanz einer Änderung des Lebensstils sowie realistische Möglichkeiten zu ihrer Umsetzung kein langfristiger Erfolg zu erwarten ist. Zudem müssen Ernährungsempfehlungen praxisnah und zielorientiert sein.

## ■ Ernährungstherapie

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.2 Ernährungstherapie, Hintergrund und Evidenz zu Empfehlung 5.17, S.48.*

Um ein Energiedefizit zu erreichen, können verschiedene Ernährungsstrategien verwendet werden:

- Reduktion des Fettverzehr
- Reduktion des Kohlenhydratverzehr
- Reduktion des Fett- und Kohlenhydratverzehr

Das gewünschte Energiedefizit wird üblicherweise durch eine Verringerung der Fett- oder Kohlenhydratzufuhr oder eine Kombination aus beiden Komponenten erreicht. Zum Erreichen einer Energiereduktion von ca. 500 kcal/Tag kann in erster Linie die Fettaufnahme reduziert werden (auf ca. 60 g/Tag). Damit ist eine Gewichtssenkung von durchschnittlich 3,2-4,3 kg in einem Zeitraum von sechs Monaten möglich. Der Gewichtsverlust ist umso größer, je höher das Ausgangsgewicht und der vorherige Fettverzehr waren.

Vergleichende Studien der letzten zehn Jahre legen nahe, dass der Gewichtsverlust unter einer kohlenhydratbegrenzten Kost in den ersten sechs Monaten höher ist als unter einer fettreduzierten Kost, nach zwölf Monaten unterscheidet sich der Gewichtsverlust zwischen beiden Ansätzen nicht mehr signifikant.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.2 Ernährungstherapie, S.44 ff.*

Zum Teil in der Adipositas-Leitlinie 2014 kontrovers diskutiert, führt keine der angeführten einzelnen Ernährungstherapien zu einer sicheren Senkung der weiter oben angeführten Risiken.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.2 Ernährungstherapie, Hintergrund und Evidenz zu Empfehlung 5.17, S.48.*

Beim Vergleich verschiedener hypokalorischer Kostformen fand sich kein klinisch relevanter Unterschied im Hinblick auf Gewichtsabnahme und Besserung begleitender Risikofaktoren. Auch bezüglich Sättigung und Therapieadhärenz fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den vier getesteten Kostformen (Sacks et al. 2009, Quelle 229).

**DEGAM Sonder-Votum, Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 5.17, S.49**

**Die Senkung des glykämischen Index ist nicht sicher geeignet, um ein Energiedefizit zu erreichen, sondern eher, um Gewichtsanstieg zu vermeiden bzw. langfristig Gewicht zu stabilisieren.**

Erläuterung für die Hausarztpraxis:

Die in der Ernährungsmedizin genutzten Tabellen und Joule/Kcal-Angaben beziehen sich auf die physikalischen Eigenschaften der untersuchten Stoffe/Nahrungsbestandteile, nicht jedoch auf die komplexen und sich über die Zeit ändernden Abläufe im menschlichen Körper. Spezifische Reaktionen auf ein Energiedefizit sind als „Jojo-Effekt“ bekannt. Dieser und andere Faktoren gehen in die Bilanz zwischen der zugeführten resorbierbaren Energie und dem aktuellen Energieverbrauch der jeweiligen Person, die entscheidend für die Gewichtsveränderungen sind, ein. Individuelle Gegebenheiten und Präferenzen müssen somit individuell ausgelotet werden.

## ■ Bewegungstherapie

*Zusammenfassung und Kommentierung Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.3, S.50ff.*

Keine der Bewegungstherapien führte zu einer sicheren Senkung der weiter oben angeführten gesundheitlichen Risiken.

Sämtliche Studien, die einen anhaltenden Gewichtsverlust aufweisen, sind solche, die Elemente der Bewegungstherapie beinhalten.

Vermehrte Bewegung als Therapieansatz der Adipositas gründet auf der Tatsache, dass durch einen erhöhten Energieverbrauch eine Negativierung der Energiebilanz erreicht werden kann. Darüber hinaus hat eine Bewegungstherapie positive Effekte hinsichtlich einer Reihe von Adipositasassoziierten Erkrankungen, auch die Lebensqualität kann gesteigert werden. Vermehrte Bewegung in Kombination mit einer energiereduzierten Kost gilt als optimale Lebensstiländerung zur Gewichtsreduktion.

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.3 Bewegungstherapie, Hintergrund und Evidenz zur Empfehlung 5.28, S. 53.*

Zur Bedeutung vermehrter Bewegung hinsichtlich einer Gewichtsstabilisierung nach einer Phase der Gewichtsreduktion liegen wenige belastbare Studien vor. Studienergebnisse unterstreichen, dass der Erfolg einer langfristigen Gewichtsintervention abnimmt, sobald auf die körperliche Aktivität verzichtet wird.

Hinweise für die Umsetzung einer Bewegungstherapie, wie sie für die Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention zusammengestellt wurden, finden Sie in Teil II dieser Praxisempfehlung (S. 29 und 30).

## ■ Verhaltenstherapie

*Zusammenfassung und Kommentierung Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.4, S.53ff.*

Bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen kommt ein Spektrum von Interventionen/Methoden zum Einsatz. Die Adipositas-Leitlinie erkennt eine klare Evidenz (Empfehlungsgrad A), dass diese in der Gesamtheit als Therapie von Übergewicht und Adipositas wirksam sind. Im Einzelnen sollen mögliche Interventionen und Strategien individuell eingesetzt und auf den Kontext bezogen angepasst werden.



Weitere Ausführungen und Umsetzungshilfen finden Sie in Teil II der Praxisempfehlung (S. 31 ff).

## ■ Gewichtsreduktionsprogramme

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.5, S.58 ff.*

Gewichtsreduktionsprogramme werden zwar zum Teil kontrovers diskutiert, in der Adipositas-Leitlinie 2014 jedoch generell empfohlen.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 5.33, S.58***

**Die allgemeine Formulierung der Empfehlung ist nicht gerechtfertigt, weil es viele sogenannte Gewichtsreduktionsprogramme gibt, die keine wissenschaftliche Evidenz für ihre Wirksamkeit besitzen. Somit muss präzisiert werden: Menschen mit Adipositas sollten positiv evaluierte Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, die sich an der individuellen Situation und den Therapiezielen orientieren.**

In Ergänzung weisen die Autoren dieser Praxisempfehlung darauf hin, dass die federführenden Autoren der Adipositas-Leitlinie 2014 zumindest teilweise relevante Interessenkonflikte, auch speziell zu diesen Programmen, im Methodenreport angeben (siehe: [www.awmf.org](http://www.awmf.org)).

## ■ Adjuvante medikamentöse Therapien

*Adipositas-LL 2014, Kapitel 5.4.6, S.63 ff.*

Eine medikamentöse Therapie ist keine primäre Behandlungsform von Übergewicht und Adipositas, da auch durch Änderung der Ernährung und der Bewegung das Körpergewicht reduziert werden kann und die Effekte einer medikamentösen Therapie nicht nachhaltig sind. Medikamente können allenfalls eingesetzt werden, wenn durch Lebensstiländerungen keine oder eine unzureichende Gewichtsabnahme erzielt wird.

*Adipositas-LL 2014, Empfehlung 5.38, S.63 und Hintergrund und Evidenz zur Empfehlung 5.38, S.65*

Wenn eine Adipositas medikamentös behandelt wird, soll, so die Leitlinienempfehlung, nur Orlistat eingesetzt werden.

Orlistat darf gemäß der Zulassung derzeit bei Patienten mit einem BMI  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> zur Gewichtsabnahme empfohlen werden. Die erreichte Gewichtsreduktion im Vergleich zu Placebo liegt in Studien durchschnittlich bei weniger als 3 kg.

Bei den neueren Antidiabetika - zum Teil durch ihre pharmakologischen Eigenschaften zu erklären - wurden auch Gewichtsreduktionen beobachtet. Letztere führten zur Aufnahme der für diese Indikation 2014 nicht zugelassenen Substanzen in die Adipositas-Leitlinie 2014.

**DEGAM Sonder-Votum, *Adipositas-LL 2014, S.63/64***

**Obwohl für die antihyperglykämisch eingesetzten GLP1-Analoga ein Gewichtsverlust nachgewiesen ist, besteht eine unzureichende Studienlage bezüglich klinischer Endpunkte. Zusätzlich besteht möglicherweise ein erhöhtes Risiko der Auslösung einer Pankreatitis und/oder von Pankreastumoren, sodass diese Substanzgruppe nach Auffassung der DEGAM nicht empfohlen werden kann.**

**Anorektika** sind zwar richtlinienkonform zugelassene Substanzen. Sie werden in der in der Adipositas-Leitlinie 2014 nicht besprochen, da sie nicht empfohlen werden können.

Zusammenfassung für die Hausarztpraxis:

Vermeehrt setzt sich die Erkenntnis durch, dass Arzneimittel zur medikamentösen Therapie des Übergewichts bzw. der Adipositas kontinuierlich eingesetzt werden müssten, um Gewicht zu reduzieren und ein niedrigeres Gewicht dauerhaft zu halten. Entsprechend werden verstärkt Langzeitstudien zum Beleg der Sicherheit der Arzneimittel gefordert. (Modifiziert nach einem Bulletin des PEI, T Maier, BFArM, 2014).

#### ■ **Medikamente ohne Indikation zur Gewichtsreduktion, Nahrungsergänzungsmittel und Formuladiäten**

*Adipositas-LL 2014, Hintergrund und Evidenz zur Empfehlung 5.40, S.66*

Substanzen wie Diuretika, Wachstumshormone, Testosteron, HCG, Amphetamine und Thyroxin vermindern zwar das Gewicht, sie weisen jedoch erhebliche Nebenwirkungen auf und können daher für die Behandlung der Adipositas nicht empfohlen werden. In einer Meta-Analyse reduzierten Koffein und Katechin das Gewicht um 1,6 bzw. 1,3 kg. Bei hohem Konsum können kardiovaskuläre Nebenwirkungen wie Herzfrequenz- und Blutdruckanstieg auftreten.

*Adipositas-LL 2014, Empfehlung 5.41, S.64*

Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel, die zur Gewichtsreduktion angeboten werden, sollen bei Patienten mit Übergewicht und Adipositas bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis nicht empfohlen werden.

*Adipositas-LL 2014, Hintergrund und Evidenz zur Empfehlung 5.15 und 5.16, S.47*

Formuladiäten sind in der Regel die Diäten mit der niedrigsten Kaloriendichte. Bei einem Energiegehalt unter 600 kcal pro Tag zeigten die Ergebnisse von zwölf RCTs mit mindestens 12 Monaten Dauer, dass die Gewichtsreduktion unter dieser Ernährungsintervention größer als im Vergleich zur Standardversorgung ist (-4,6 kg vs. +0,6 kg in Median).

*Adipositas-LL 2014, Hintergrund und Evidenz zur Empfehlung 5.20, S.50*

Die Adipositas-Leitlinie 2014 präferiert Formula-Diäten nicht, nennt sie aber eine Option als Initialtherapie bei einem BMI > 30 für Menschen, die aus medizinischer Indikation kurzfristig abnehmen sollen. Sie empfiehlt eine zeitliche Begrenzung, spricht sich aber an anderer Stelle auch für einen langfristiges Beibehalten des Formula-Konzeptes aus.

**DGEM\* Sonder-Votum**, *Adipositas-LL 2014, zu Empfehlung 5.18, S.49*

Die ausschließliche Formuladiät ist in Deutschland als bilanzierte Diät über einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen zugelassen. Diese initiale Therapie mit Formuladiäten ist bei Personen mit BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> zu empfehlen, die aus medizinischen Gründen deutlich Gewicht abnehmen sollen, d.h. um mindestens 10 kg.

\* Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V.

## 2 Spezifizierungen für die hausärztliche Versorgung adipöser Patientinnen und Patienten

Die nachfolgenden Ausführungen wurden von der Arbeitsgruppe Diabetes der DEGAM entwickelt, um die Inhalte der S3-Leitlinie Adipositas in Bezug auf die hausärztliche Patientenversorgung zu spezifizieren. Diese können auch als Fortbildungsmodule für Hausärztinnen und Hausärzte genutzt werden.

### 2.1 Besondere Beratung bei Diabetes

Die Gewichtsentwicklung ist in Studien an Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 regelmäßig ein sekundärer Endpunkt. Insofern besteht ein gutes Wissen hinsichtlich der Koinzidenz von Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2. Es kann als gesichert gelten, dass Adipositas eine der Ursachen bei der Entstehung des Diabetes mellitus darstellt. Auch kann sowohl durch Ernährungs- bzw. Bewegungsprogramme („Lifestyle-Intervention“) als auch durch eine medikamentöse Intervention die Diagnose eines Diabetes verhindert bzw. zumindest zeitlich aufgeschoben werden. Durch ein solches Verhindern einer Diabetes-Diagnose kann die mit der Ausgangssituation assoziierte Krankheitslast jedoch nicht gesenkt werden. Keine der größeren Interventionsstudien hat einen Benefit hinsichtlich von Folgeerkrankungen erzielen können. Nützen können Änderungen des Lebensstils hinsichtlich einer Gewichtsreduktion. Insbesondere eine kohlenhydratmodifizierte Diät kann dazu beitragen, dass Therapieeskalationen oder überhaupt eine Medikation bei Diabetes unterbleibt. Empfehlungen zur Veränderung des Lebensstils erfordern eine besondere Sensibilität im Umgang mit Betroffenen, bei denen es nicht zuletzt durch gesellschaftliche Stigmatisierung wie in der Adipositas-LL 2014 beschrieben häufig zur Ausprägung eines schlechten Gewissens kommt.

Die Stigmatisierung breiter Bevölkerungsschichten ist ein relevantes, wenn auch in der Adipositas-LL 2014 nur angeschnittenes Thema: „Eine Abwertung von Menschen mit Adipositas konnte in populationsbasierten Untersuchungen auch für Deutschland gezeigt werden. Dabei scheinen Überzeugungen, dass Adipöse aufgrund von Faulheit, Willensschwäche oder Disziplinlosigkeit allein verantwortlich für ihr Gewicht sind, weit verbreitet.“ Diese Aussage gilt uneingeschränkt auch für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2. Nicht selten wird der Betroffene für seine Erkrankungen Diabetes und Adipositas selbst verantwortlich gemacht.

Eine medikamentös bedingte Gewichtszunahme bei stadiengerechter Diabetes-Therapie wie auch als unerwünschte Wirkung anderer Therapien ist ein in der Hausarztpraxis zu thematisierendes Problem. Nicht selten läuft dies den Anstrengungen der Betroffenen, ihr Gewicht zu reduzieren zuwider. Deshalb sollte es in der hausärztlichen Beratungssituation besondere Beachtung finden - letztlich muss der Patient entscheiden, ob medikamentöse Maßnahmen getroffen werden, die zwar die Blutglukose senken, dafür aber zu einer zusätzlichen Gewichtszunahme führen. Angesichts der Tatsache, dass ein Effekt der meisten antihyperglykämischen Substanzen auf die Senkung der Sterblichkeit nicht belegt werden konnte (einzige Ausnahme ist Metformin und möglicherweise Empagliflozin), sind spezifische diabetologische Therapieziele ggf. zu relativieren. („Priorisierung der Therapieoptionen durch den Patienten“). Medi-

kamente ohne gesicherten Nutzen auf makro- und mikrovaskuläre Folgeerkrankungen sollten nicht primär eingesetzt werden. Auch eine ggf. als Nebenwirkung zu bezeichnende Gewichtsabnahme beispielsweise durch Inkretinmimetika sollte nicht zur Indikation erklärt werden.

Während Metformin und Gliptine in den meisten Studien als gewichtsneutral gelten, kommt es unter Sulfonylharnstoffen zu einer sehr moderaten Gewichtszunahme (etwa 2kg in 10 Jahren). Unter Insulin, insbesondere den intensivierten Insulintherapien, sind zum Teil erhebliche Gewichtszunahmen zu beobachten. (z.B. 5,7 kg beim 4T-Trial binnen 12 Monaten). Bei neueren Substanzen aus den Gruppen der Inkretinmimetika und SGLT-2-Inhibitoren wurden Gewichtsreduktionen beobachtet.

**Neuere Substanzen, bei denen das langfristige Nutzen/ Schadenverhältnis nicht abgeschätzt werden kann, sollten prinzipiell nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden und gelten allenfalls als Ultima Ratio zur Senkung akut gefährdender Hyperglykämien bei Unverträglichkeiten oder relevanten unerwünschten Wirkungen der bekannten Substanzen, z.B. einer exzessiven Gewichtszunahme unter Insulin.**

## 2.2 Diäten

Die Vermittlung von Wissen über Zusammensetzung und Energiegehalt der Nahrung gilt als gesichertes Instrument, Menschen mit Adipositas ebenso wie solche mit Diabetes mellitus, in ihrer Selbstbestimmung beim Umgang mit Erkrankungen zu stärken.

Sie sind damit eine Hilfestellung zu adäquatem Krankheitserleben und Motivation zur Behandlung, zur Unterstützung zum eigenverantwortlichen Umgang mit dem Diabetes („empowerment“) und für Formulierung und Bewertung von individuellen, risikoadjustierten Therapiezielen. (NVL- Diabetes mellitus – Schulung 2012)

**Hinsichtlich jeglicher Form spezifischer Ernährungsempfehlungen - im Sprachgebrauch der Patienten schlicht als „Diäten“ subsummiert - fehlen Hinweise auf Nutzen sowohl hinsichtlich einer langfristig nachhaltigen Gewichtsreduktion ebenso wie eines das kardiovaskuläre Risiko minimierenden Effektes.**

Für Betroffene mit Diabetes haben Diäten jedoch eine weitere Bedeutung: Neben dem Wissen um akuten gefährlichen Stoffwechselentgleisungen bei exzessiver Kohlenhydratzufuhr und der spezifischen kohlenhydratadaptierten Insulingabe bei intensivierten Insulintherapien können mit Hilfe des Wissens um energiereduzierte Diäten Initiierung und Therapie-Intensivierung einer medikamentösen Therapie verzögert oder gar verhindert werden. Insbesondere kohlenhydratreduzierte Diäten rücken hierbei in den Mittelpunkt des Interesses, weil selbst bei ausbleibendem Gewichtsverlust bzw. wenn gegen diesen adjustiert wird, ein statistisch signifikanter Effekt auf Nüchternblutglukose und HbA1c um etwa 0,5 % zu verzeichnen ist.

## ■ Diäten mit Kohlenhydratreduktion

Kohlenhydratarme, „low-carb“ sowie Diäten unter Beachtung des „glykämischen Indexes“ oder der „glykämischen Last“ gibt es zahlreiche. Sie unterscheiden sich zum Teil nur geringfügig voneinander, am bekanntesten ist vermutlich die „Atkins-Diät“.

Reviews von Ajala 2013 und Wheeler 2012 zeigten übereinstimmend, dass mit einer kohlenhydratreduzierten Diät mit Beschränkung der Kohlenhydrataufnahme auf 20-60g pro Tag eine Verbesserung der Stoffwechsellage zu erreichen ist.

Ob damit jedoch ein länger anhaltender Effekt zu erzielen ist, bleibt unklar. Während Ajala et al immerhin einen Zeitraum von bis zu 4 Jahren beschreiben, findet eine Meta-Analyse von Castañeda-González in 2012, die nur Diät-Studien mit einer Mindest-Laufzeit von 12 Wochen einschloss keinen anhaltenden Effekt.

**Auch kohlenhydratreduzierte Diäten bei Diabetes dürfen hinsichtlich des (unklaren!) Langzeiteffektes, unerwünschter Nebenwirkungen, wie z.B. dem Auftreten von Essstörungen, nicht unkritisch an Patienten herangetragen werden. Im Sinne eines geforderten „Empowerments“ sollen sie jedoch Betroffenen mit Beratungswunsch erläutert werden.**

## ■ Diäten mit Fettreduktion

Sie basieren auf der Vorstellung, die deutsche Bevölkerung nehme im Schnitt einen zu großen Anteil der Energie über fettreiche Ernährung zu sich und man müsse den Fettanteil in der Ernährung reduzieren, um insgesamt Gewicht zu verlieren.

Ein Erfolg dieser Strategie konnte bis 2014 nicht dargestellt werden. Es mehren sich jedoch die Hinweise, dass sie bereits im Ansatz falsch ist. Bereits 2008 war dargestellt worden, dass bei US-Bürgern die durchschnittliche Fettaufnahme bis 2002 zunächst z.T. deutlich zugenommen hatte, die seither wieder abnehmende Fettaufnahme aber von einem Zuwachs von gesüßten Speisen und Zuckeraustauschstoffen begleitet wird. (siehe z.B. unter [Food Consumption and Nutrient Intakes](#))

Die Adipositas-LL präferiert fettreduzierte Strategien bei Initiierung einer Gewichtsabnahme nicht, sondern bezeichnet sie lediglich als eine Option unter anderen.

## ■ Formuladiäten

Formuladiäten mit einer Gesamtenergiemenge von 800 bis 1200 kcal/Tag ermöglichen einen Gewichtsverlust von ca. 0,5-2 kg/Woche über einen Zeitraum von bis zu zwölf Wochen.

Die Autoren der Adipositas-Leitlinie 2014 sehen die Notwendigkeit einer ärztlichen Überwachung und verweisen auf die Gefahren aller „Crashdiäten“. Auch wenn widersprüchlich formuliert und nur bei Personen mit BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> über einen Zeitraum von 12 Wochen explizit empfohlen, bleibt die Evidenz zum Nutzen dieser Diäten fragwürdig. An einer Stelle der Adipositas-LL 2014 wird erwähnt, dass Formuladiäten auch „minderwertig“ sein können.

**Zudem sehen die Autoren der Praxisempfehlung den Einsatz von Formuladiäten kritisch, da sie hohe Abbruchquoten und erneute Gewichtsanstiege aufweisen.**

### ■ Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe

Ein Review von Wiebe et al 2011 stellt fest, dass es keine ausreichende Literatur gibt, Empfehlungen für oder gegen Zuckeraustauschstoffe auszusprechen. Überhaupt nur 3 der 53 ausgewerteten Studien hatten mehr als 30 Teilnehmer. Nur wenige Informationen lassen sich daraus gewinnen: Fructose kann nach 2 Stunden gemessene Blutglukosekonzentrationen im Vergleich zu Glukose senken, die Kalorienaufnahme bei Verwendung kalorienarmer Süßstoffe mit Saccharose oder High Fructose Corn Sirup bei nicht-diabetischen Patienten reduziert sich in 10 Wochen um etwa 250-500kcal/Tag. Nur eine einzige Studie zeigte eine Gewichtsabnahme für kalorienfreie Zuckeraustauschstoffe.

## 2.3 Sport und Aktivität

Dazu empfiehlt die DEGAM-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ (AWMF-Reg-Nr. 053.024):

**Alle Personen sollten zu regelmäßiger, körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination bzw. Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivität sollte sich an den Vorlieben / Fähigkeiten des Einzelnen orientieren.** (Empfehlungsgrad B)

Die Risiken einer erhöhten körperlichen Aktivität, wie sie für die kardiovaskuläre Prävention empfohlen werden, sind sehr gering, sofern folgende Konstellationen nicht vorliegen: sehr anstrengende körperliche Belastung, exzessive Gesamtaktivität oder vorbestehende muskuloskelettale Erkrankungen bzw. hohes diesbezügliches Krankheitsrisiko.

Konkrete Hinweise zur Umsetzung von Bewegungsempfehlungen finden sich beim M.O.B.I.L.I.S.-Programm und bei den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Eine moderate körperliche Aktivität liegt vor, wenn Atemfrequenz oder Puls deutlich spürbar steigen und ein Wärmegefühl - bei feuchter oder warmer Umgebung auch Schwitzen - ohne das Gefühl der Erschöpfung entsteht. Typische Aktivitäten in diesem Bereich sind Fortbewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad, regelmäßige körperliche Aktivität bei der Berufstätigkeit, regelmäßige Tätigkeit im Haushalt oder Garten oder regelmäßiger Freizeitsport mit moderater Intensität.

Für die Intensivierung der körperlichen Aktivität gilt, dass deren Machbarkeit und evtl. Risiken vorab geklärt werden müssen. Es sollen Bewegungsformen gewählt und empfohlen werden, die dem Patienten und seinen Neigungen entsprechen, Freude machen und seinen sozialen Bezugssystemen entgegenkommen. Auch hier gilt für den Hausarzt, immer wieder motivierend einzugreifen und die Verhaltensänderung z. B. durch die Vereinbarung fester Vorstellungstermine in der Praxis zu bahnen und aufrecht zu erhalten. Hierbei können dann auch Belohnungen ausgesprochen und/oder evtl. Barrieren angesprochen und abgeräumt werden.

### Intensität und Energieverbrauch bei verschiedenen körperlichen Aktivitäten

(adaptiert nach Ainsworth et al 2000<sup>2)</sup>)

Aktivität	Intensität	METS*	Kcal**
Bügeln	leicht	2,3	69
Putzen und Staub wischen	leicht	2,5	75
Spazierengehen 3km/h	leicht	2,5	75
Anstreichen/Dekorieren	moderat	3,0	90
Laufen 5 km/h	moderat	3,3	99
Staubsaugen	moderat	3,5	105
Golf spielen	moderat	4,3	129
Federballspiel	moderat	4,5	135
Tennis-Doppel	moderat	5,0	150
Walking 6 km/h	moderat	5,0	150
Rasen mähen	moderat	5,5	165
Fahrradfahren 18km/h	moderat	6,0	180
Tanzen	anstrengend	6,5	195
Fahrradfahren 21 km/h	anstrengend	8,0	240
Schwimmen 50m/min	anstrengend	8,0	240
Tennis-Einzel	anstrengend	8,0	240
Joggen 10 km/h	anstrengend	10,0	300

\*MET= metabol. Äquivalent. 1 MET= Ruheumsatz, 2 METS= doppelter Ruheumsatz

\*\*Kcal: Energieverbrauch einer 60 kg schweren Person, wenn die Aktivität 30 min lang durchgeführt wird

## 2.4 Psychosoziale Aspekte der Adipositas und Kommunikation in der Hausarztpraxis

Dieses Kapitel hat die AG Psychosomatik der DEGAM speziell für den hausärztlichen Versorgungskontext erstellt.

<sup>2</sup> Ainsworth et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Medicine and Science in Sports and Exercise 2000; 32: S489-S504.



## 2.4.1 Adipositas als gesellschaftliches Phänomen

Adipositas kann als ein gesellschaftliches Phänomen gesehen werden, das mit der gesellschaftlichen Armut an Geld, an Arbeit, an gesellschaftlicher Teilhabe, an Bewegung und an Zeit verbunden ist und durch eine international operierende Nahrungsmittelindustrie befördert wird, die ihre Werbung bereits in die Kinderzimmer trägt. Hausärztinnen und Hausärzte sollten sich daher in Kooperation mit allen Institutionen in ihrer Kommune und in ihrem Quartier dieser Entwicklung entgegenstemmen. In dieser Praxisempfehlung wird von der konkreten Situation der allgemeinärztlichen Versorgung in der hausärztlichen Praxis ausgegangen.

Daher sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wer soll bei welcher Gelegenheit wie angesprochen werden?
- Was soll bei der Gesprächsführung beachtet werden und welche Interventionen neben dem hausärztlichen Gespräch stehen zur Verfügung?
- Welches Vorgehen zur Gewichtsreduktion soll empfohlen und angestrebt werden?

### Wer soll bei welcher Gelegenheit wie angesprochen werden?

Im Sinne einer umfassenden Prävention versuchen Hausärzte der Entwicklung einer Adipositas und deren Folgen entgegenzuwirken. Das geht nur gemeinsam mit dem Patienten und in gemeinsamer Entscheidungsfindung darüber, welche Ziele und Veränderungen der Patient/die Patientin selber verfolgen möchte und welche hausärztliche Unterstützung dabei gewünscht wird. Die DEGAM spricht sich dafür aus, nicht Grenzwerte allein festzulegen, oberhalb derer Hausärzte aktiv werden sollten, sondern von der als ganzer gesehenen Lebens-, Gesundheits- und Behandlungssituation des Patienten auszugehen. Patientenkontakte, in denen bereits mit Adipositas verknüpfte Begleiterkrankungen Beratungsinhalt sind, können genutzt werden, Patienten auf die Adipositas anzusprechen.

Suchen übergewichtige Patienten im Zusammenhang mit Erkrankungen wie Diabetes, Schlafapnoesyndrom, Hypertonie, Gonarthrose usw. ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auf, sollten sie auf die Rolle des Übergewichtes angesprochen werden. Das kann bereits im Erstkontakt, bei der Gesundheitsuntersuchung und im Rahmen einer gemeinsamen Risikobetrachtung, etwa im arriba®-Programm, und im Rahmen der DMPs erfolgen. Ideale Voraussetzung ist in der Regel, dass zuvor eine vertrauensvolle, verstehende Beziehung etabliert werden konnte.

### Was soll bei der Gesprächsführung beachtet werden?

#### Respekt vor dem Patienten bewahren und Beschämung vermeiden

Erfahrung von Scham ist ein häufiges Erleben adipöser Patienten: Sowohl bei Kindern und Jugendlichen in der Schule, als auch am Arbeitsplatz erfahren adipöse Menschen Ausgrenzung und Diskriminierung. Soziale Ansehen und berufliche Chancen können durch Adipo-

sitas beeinträchtigt sein. Auch Arztpraxen schützen die Patienten nicht automatisch vor solchen Erfahrungen, zumal Behandler und Patienten nicht selten unterschiedlichen Schichten angehören. Da eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient eine Basis für jede Änderung der Lebensweise darstellt, ist eine verstehende und annehmende, ärztliche Haltung basal und wichtiger als jede reine Wissensvermittlung. Eine Anamnese, die der Biografie, der Herkunftsfamilie und dem sozialen Umfeld Beachtung schenkt, ist Voraussetzung. Sie liefert Hinweise auf traumatische Erfahrungen, Lernerfahrungen in der Familie („Welche Rolle spielte das Essen in Ihrer Herkunftsfamilie?“) und Hinweise auf Lebensleistungen, die später ressourcenorientiert aufgegriffen werden können.

### Wie kann Motivation zur Änderung geschaffen oder erhalten werden?

- Ziele des Patienten und seine Ambivalenz zur Änderung klären (Motivational Interviewing)
- Innere Bilder zum Übergewicht und innere Bilder für eine Änderung der Situation ansprechen: „Welche inneren Bilder verbinden Sie mit Ihrem Übergewicht?“
- Distanzierende Gesprächs-Techniken, um mit dem Thema zu konfrontieren oder um auf die Folgen eines Beibehaltens des Übergewichts hinzuweisen: „Experten würden sagen, dass...“
- Zirkuläre Fragetechniken, um aktuelles Umfeld mit negativen oder unterstützenden Faktoren zu eruieren: „Wie, glauben Sie, würde Ihre Frau/Ihr Mann reagieren, wenn Sie es schafften, abzunehmen?“
- Paradoxe Interventionen, um Patienten zu einem eigenen Benennen positiver Ziele zu bringen: „Ich könnte mir vorstellen, dass Abnehmen zu belastend für Sie ist.“
- Ressourcenorientierte Interventionen: „Wo ist es Ihnen schon einmal gelungen, etwas zu verändern?“ – „Wann haben Sie schon einmal etwas Neues gelernt?“ – „Wann waren Sie schon einmal mutig?“
- Auch sprachlich positive Bilder schaffen und Negativziele vermeiden. (Kein: Nie wieder! Stattdessen: Ich möchte wieder das Sommerkleid des letzten Jahres anziehen können, mit meinen Freunden wieder wandern können, mit Freunden unbeschwert ins Restaurant zum Essen gehen können, mich wieder selbstständig pflegen können.)
- Ziele ärztlicherseits eher bescheiden und erreichbar formulieren und gemeinsam festhalten.

## 2.4.2 Beachtung besonders dysfunktionaler Muster

Wie z. B. das depressive Muster, das alle ärztlichen Ratschläge unterläuft oder diesen widerspricht. Auf eigene negative Gefühle wie Hilflosigkeit und Ärger achten, die unbeachtet zu Kollisionen mit dem Patienten führen können. Begriffe wie Sünde und Bestrafung verweisen auf die diesem Muster typische Sicht auf Krankheit. Sie können seitens des Arztes aufgegriffen werden.

### Weitere Interventionen, Behandlungspfade und kritische Bewertung der partizipativen Entscheidungsfindung:

- Kritisches Abwägen chirurgischer Interventionen und Beachtung des dort etablierten Leitlinien gerechten Vorgehens (Psychotherapie vor chirurgischer Intervention insbesondere bei Hinweisen auf PTBS und Depression, langfristig engmaschige hausärztliche Begleitung nach dem Eingriff)
- auf komorbide psychische und psychiatrische Erkrankungen achten wie Depression und Suizidalität, PTBS, Süchte und fachpsychotherapeutische und psychiatrische Mitbehandlung empfehlen oder auch stationäre Behandlung veranlassen. Das gilt im besonderen Maße für den Bereich der Essstörungen im engeren Sinne, wie z. B. die binge-eating-Störung oder bulimische Essstörungen.
- Aktivierung zu Sport (siehe Motivational Interviewing)
- Ernährungsberatung
  1. Essensprotokolle helfen bei schwerer gestörten Patienten eher nicht, da die Eigenwahrnehmung ohnehin schon gestört ist!
  2. Alltagserleben und Essgewohnheiten eruieren und kleine Veränderungsmöglichkeiten der Abläufe erwägen.
  3. Angebote von Kontrolle anbieten und fördern
- Multimorbide Patienten fühlen sich durch partizipative Entscheidungsfindung eher belastet. Hier sind Zeit und Geduld mit den Patienten (und auch mit sich als Behandler) eine wichtige hausärztliche Haltung.

## 2.4.3 Langfristige Betreuung

- Der „Bilanzierungsdialog“ als ein „Bahnhof“ zum Innehalten und Überdenken des bis herigen Bemühens kann hier helfen. „Wie hat sich das Verhalten anderer Menschen zu Ihnen verändert?“ und das Loben auch kleiner Veränderungen sind wichtige Bestandteile eines solchen Dialogs.

- Psychosoziale Interventionen wie z.B. Empfehlung von Selbsthilfegruppen, Reha-Sport, Nachbarschaftsinitiativen
- Kooperation mit allen beteiligten Berufsgruppen auch mit der Arbeitsmedizin.

Die Maßnahmen können, um deren Effektivität und Nachhaltigkeit zu erhöhen, in ein verhaltensmedizinisches Programm eingebettet werden. Diese enthalten Selbstkontrollsysteme, feedback-Schleifen und Belohnungssysteme. Soziale Verstärker- und soziale Störungspotenziale sollen identifiziert und in ihren Auswirkungen mit dem Patienten angesprochen werden.