

Adipositas als Herausforderung für den Praxisarzt

30 % übergewichtige Schweizer: ein schwerwiegendes Problem

BASEL – Der Weg zur Hölle ist mit guten Vorsätzen gepflastert, der Weg in die Adipositas mit erfolglosen Diäten und Schlankheitskuren. Über Jahrzehnte hat sich in erster Linie die Regenbogenpresse für die Übergewichtigen zuständig gefühlt, doch damit muss endlich Schluss sein. Die WHO hat Alarm geschlagen, die

Im Rahmen einer von Roche Pharma (Schweiz) organisierten Fortbildungsreihe „Adipositas-Spezialisierung für den Praxisarzt“ erläuterte **Professor Dr. Ulrich Keller**, Endokrinologie und Diabetologie, Kantonsspital Basel, dass ein Umdenkprozess bei den Ärzten unerlässlich ist: „Wir müssen eine differenzierte Wahrnehmung entwickeln und akzeptieren, dass es sich bei der Adipositas um eine chronische Erkrankung handelt, eine Erkrankung wie die Hypertonie oder der Typ-2-Diabetes – mit entsprechender genetischer Komponente sowie einer Vielzahl von Auslösern und Komplikationen. Natürlich essen die Übergewichtigen zu viel, natürlich essen sie das Falsche, natür-



Prof. Dr. med. Ulrich Keller

lich steht die Kalorienzufuhr bei diesen Patienten in keinem Verhältnis zum Bedarf. Trotzdem müssen wir aus den Fehlern der Vergangenheit lernen und der Versuchung widerstehen, mit Verboten und Restriktionen ein Normalgewicht erzwingen zu wollen. Man darf die realistischen Ziele nicht aus dem Auge verlieren: Bei vielen Adipösen

epidemiologischen Daten lassen an der weltweiten dramatischen Zunahme der Adipositas keinen Zweifel, und ein Schweizer Konsensus schafft Klarheit: Die Adipositasbehandlung ist eine eminent wichtige ärztliche Aufgabe und eine Herausforderung, der sich die Praxisärzte künftig vermehrt stellen müssen.

ist mit einer Gewichtsreduktion im Bereich von zehn Prozent schon viel gewonnen – vor allem, wenn das Gewicht auf diesem Niveau stabilisiert werden kann, und gelegentlich muss man sich bereits mit der alleinigen Gewichtsstabilisierung zufrieden geben.“

Aktuelle epidemiologische Daten

Eine gross angelegte Erhebung aus den USA (Behavioural Risk Factor Surveillance System) zeigte, dass die Zahl der adipösen Personen (BMI ≥ 30) von 1998 bis 1999 um 5,6% zugenommen hat. Greift man beim Vergleich auf Zahlen aus dem Jahr 1991 zurück, dann resultiert eine Zunahme um

57%. Diese alarmierende Entwicklung spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass damals in keinem einzigen der 45 teilnehmenden Bundesstaaten der Anteil der Adipösen die 20-Prozentmarke erreichte, heute ist das bereits in 16 Staaten der Fall.

In Europa sieht es nicht viel besser aus, kritisierte Prof. Keller, und führte England als Beispiel an. Dort ist inzwischen jeder Sechste adipös. Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 (BAG-Bulletin, Nr. 33, 654-655) sind 28% der Bevölkerung übergewichtig und 7% adipös. Wenn man die Häufigkeit der morbid Adipositas mit einem Prozent veranschlagt, kommt man auf immerhin 80000 Schweizer mit einem BMI ≥ 40 .

Die viszerale Fettmasse – ein vernachlässigter Risikofaktor

Auch wenn es für betroffene Frauen kein echter Trost ist: Die gynöide Fettverteilung geht mit

Adipositas

Chronische Krankheit, die zu einer weltweiten Epidemie geworden ist. Definiert als übermässige Körperfettmasse, mit einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30 .

Geht einher mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von:

- Typ-2-Diabetes
- Hyperlipidämie
- Hypertonie
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Body-Mass-Index (BMI)

Internationales Mass zur Beurteilung der Adipositas. Wird in kg/m^2 angegeben und errechnet sich aus dem Quotienten von Körpergewicht (kg) und dem Quadrat der Körpergrösse (m).

WHO-Klassifikation

Die WHO klassifiziert die übermässige Körperfettmasse in drei Kategorien:

- BMI ≥ 25 Übergewicht
- BMI ≥ 30 Adipositas
- BMI ≥ 40 morbid Adipositas

einem bedeutend geringeren Risikopotential hinsichtlich Adipositas-Komplikationen einher als die androide Form. Denn mit zunehmendem Bauchumfang steigt das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Typ-2-Diabetes deutlich an – schon bei Normalgewicht und leichtem Übergewicht.

Wie die Prävalenz verschiedener kardiovaskulärer Risikofaktoren mit ansteigendem Bauchumfang zunimmt, zeigt die folgende Übersicht:

Die WHO hat folgende Einstufung vorgeschlagen:

	Erhöhtes Risiko (Grenzwert 1)	Stark erhöhtes Risiko (Grenzwert 2)
Bauchumfang Männer	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Bauchumfang Frauen	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Der richtige Draht zum adipösen Patienten

So wird aus dem Allgemeinpraktiker ein Adipositas-Spezialist

BASEL – Das beste Konsensuspapier ist nichts als Makulatur, wenn die Akzeptanz in der Praxis fehlt und die Umsetzung scheitert. Das gilt auch für den Konsensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz 1999. Damit sich die Praxisärzte bei der Betreuung ihrer übergewichtigen Patientinnen und Patienten auf dieses wissenschaftlich fundierte und wirksame Konzept stützen können, wurde eine Fortbildungsreihe mit interaktiven Workshops zur Adipositasbehandlung konzipiert.

Von Anfang Mai bis Ende Juni 2000 haben bereits über 200 Hausärztinnen und -ärzte an dieser Fortbildung teilgenommen. Da die Zahl der Anmeldungen jedoch wesentlich höher war als die Zahl der verfügbaren Plätze, kamen viele Interessenten auf die Warteliste für die zweite Fortbil-

dungsreihe ab Herbst 2000. Nun ist es so weit, und Sie können sich anmelden. Fortbildungen zur Adipositas-Spezialisierung finden im kleinen Kreis mit 10 bis 15 Teilnehmern in allen drei Sprachregionen der Schweiz statt, sicher auch in Ihrer Nähe. Diese Fortbildung wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) mit drei Stunden und von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) anerkannt.

An zwei Abenden werden interaktive Workshops angeboten, die kompaktes Basiswissen über die Adipositas vermitteln und Tipps für die gezielte Anamnese und körperliche Untersuchung geben. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die verschiedenen Essstörungen (Esszwang, Heiss hungerattacken), denen bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde:

Immerhin leiden 40% der adipösen Patienten an einer solchen Essstörung gemäss DSM-IV.

Strategien festlegen

Erst wenn man sich ein umfassendes Bild gemacht hat, wird zusammen mit dem Patienten eine individuelle und realistische Strategie festgelegt. Diese sollte auf dem bewährten Konzept des integrativen Gewichtsmanagements beruhen, bei dem sich diätetische und verhaltenstherapeutische Massnahmen sowie angemessene körperliche Aktivität sinnvoll ergänzen. Wenn eine medikamentöse Unterstützung bei der Gewichtsreduktion indiziert ist, kommt z.B. der intestinale Lipasehemmer Orlistat (Xenical®) in Frage, dessen Wirksamkeit durch plazebokontrollierte Langzeitstudien* belegt werden konnte.

* Sjöström L. et al. The Lancet 1998; 352: 167-172

Hauptmann J. et al. Archives of Family Medicine: ARCH FAM MeD 2000; 9:160-167

Höllander P.A. et al. Diabetes Care, Vol 21 (8) 1998

Idee und Konzeption:
INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8,
Postfach 368, 4020 Basel
Information: Roche Pharma (Schweiz) AG
Redaktion: Renate Weber, Winfried Powollik
Layout: Patrik Brunner
Produktion: Patricia Stachniss

MT 50-52/2000

Weitere Informationen

Sind Sie interessiert, an einer der nächsten Fortbildungen „Adipositas-Spezialisierung für den Praxis-Arzt“ teilzunehmen? Wir geben Ihnen gerne weitere Auskünfte unter:

Roche Pharma (Schweiz) AG
zHv. Frau R. Becker
Schönmattdstrasse 2
4153 Reinach
Tel. 061 / 715 42 56 / Fax 061 / 715 42 70
e-mail: rebecca.becker@roche.com

