

Adipositas: Früherkennung und niederschwellige Interventionsmöglichkeiten in der Hausarztpraxis

Dr. med. Telemachos Hatzisaak
Innere Medizin FMH, Trübbach



Venus vom Hohlen Fels





24.9.2009

2. Adipositas-Symposium KSSG

Dr. med. T. Hatziisaak
Facharzt für Innere Medizin FMH



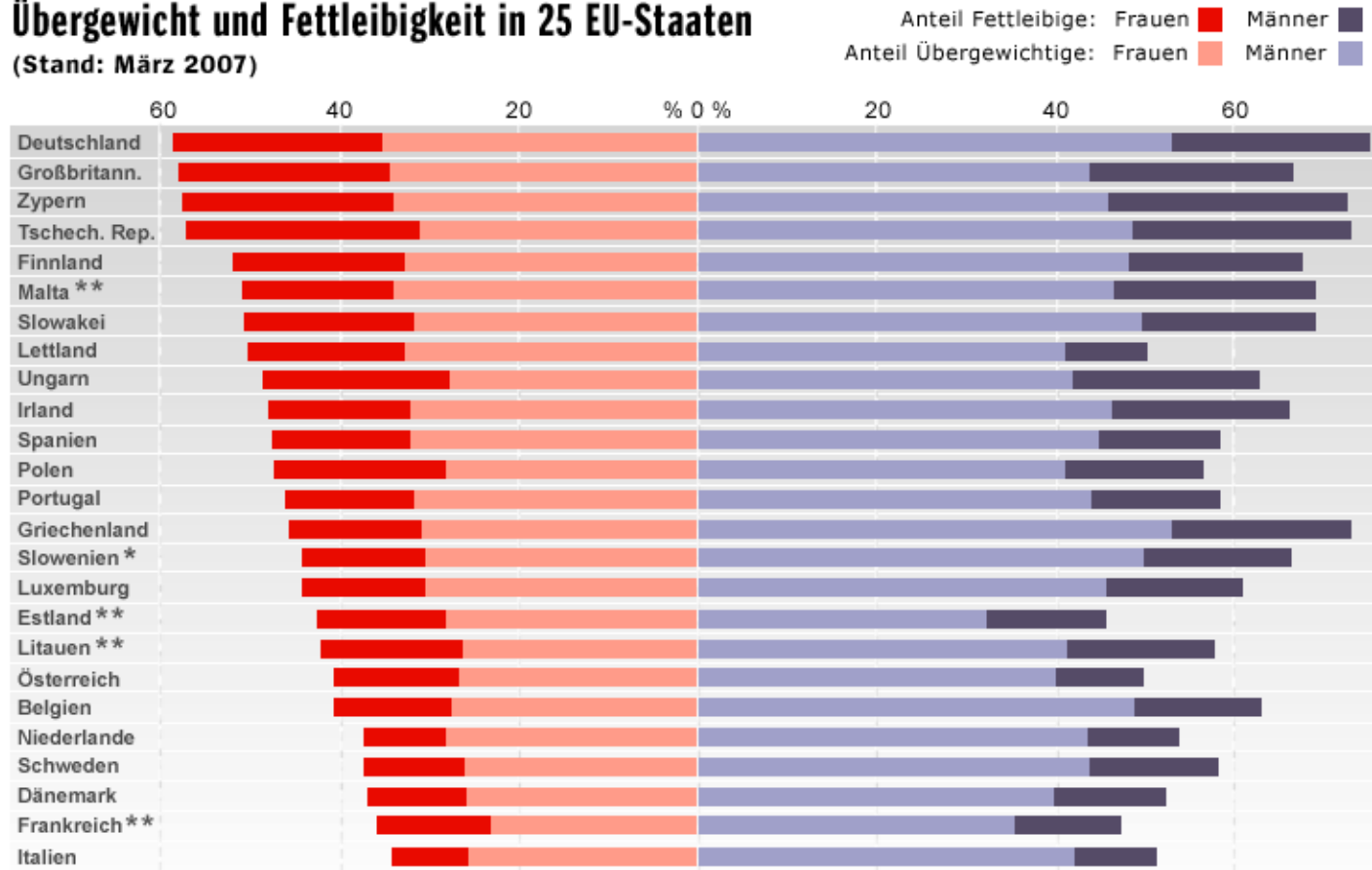
Übergewichtige: Schuld am hohen Benzinpreis und Treibhauseffekt?

- Transport policy is food policy. Edwards P, LSHTM, Kommentar, Lancet 2008
- BMI 29 vs. BMI 24,5: 18%↑ LM-Verbrauch
- => höhere Transportkosten durch höheren Treibstoffbedarf



Epidemiologie: Europa

Übergewicht und Fettleibigkeit in 25 EU-Staaten (Stand: März 2007)

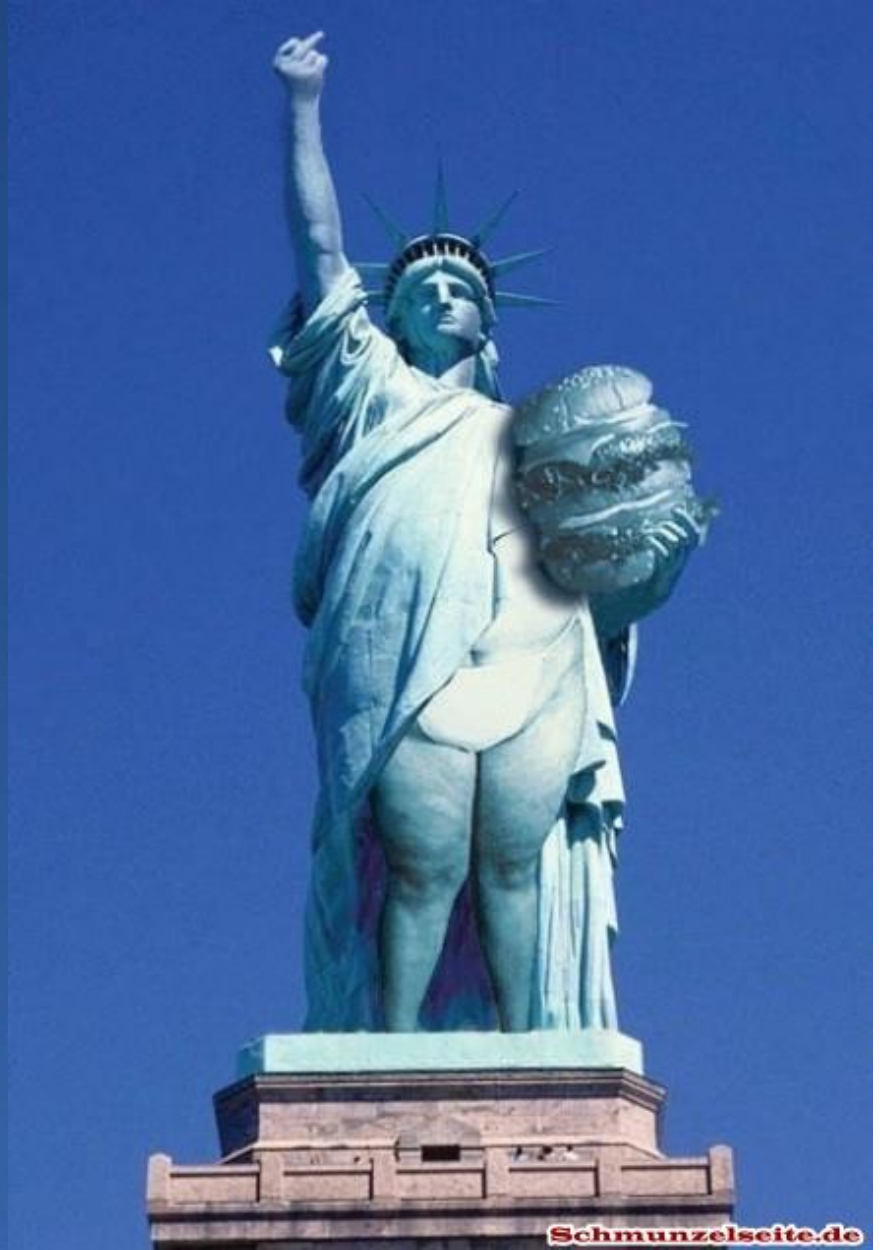


*Stadtbevölkerung **Nach eigenen Angaben

Quelle: International Association for the Study of Obesity

Spiegel Online





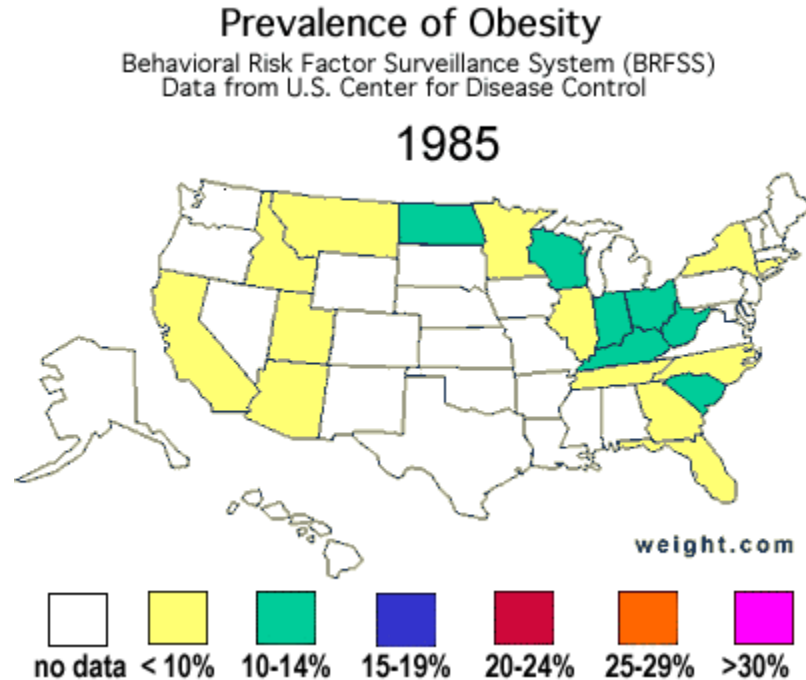
24.9.2009

2. Adipositas-Symposium KSSG

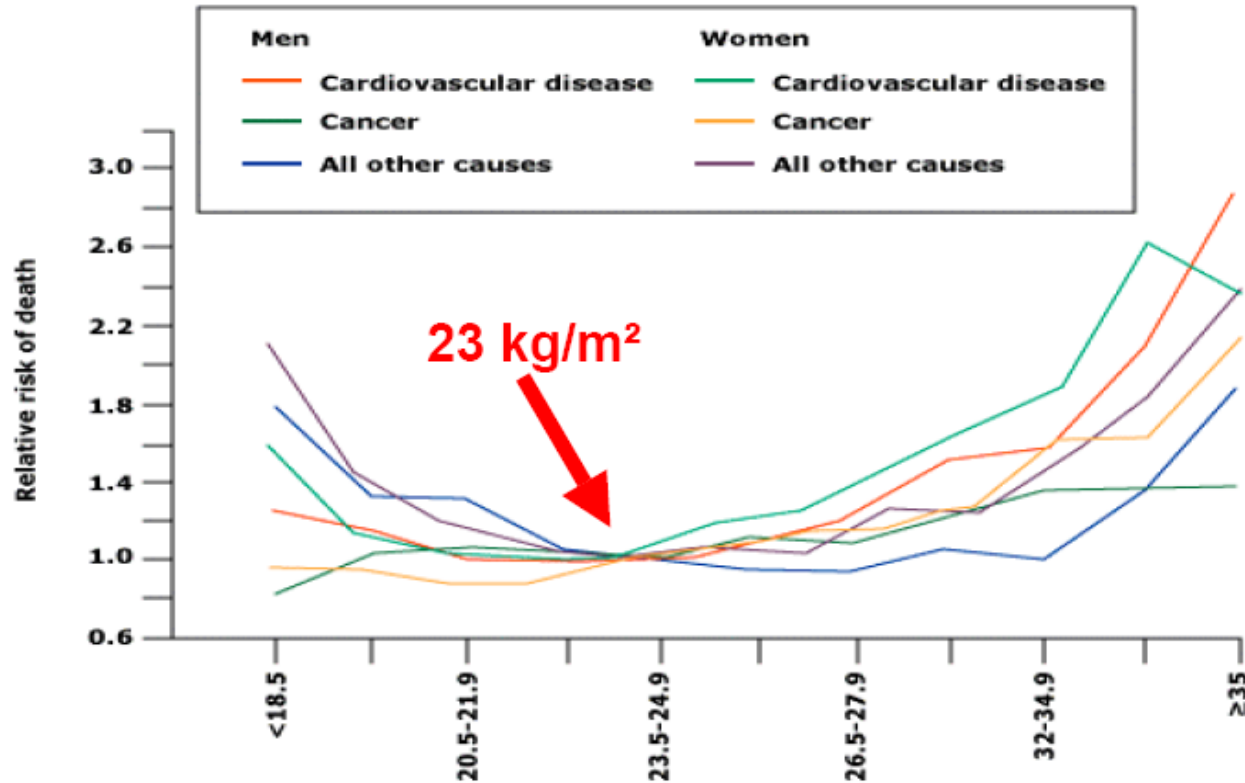
Dr. med. T. Hatzisaak
Facharzt für Innere Medizin FMH



Epidemiologie: USA



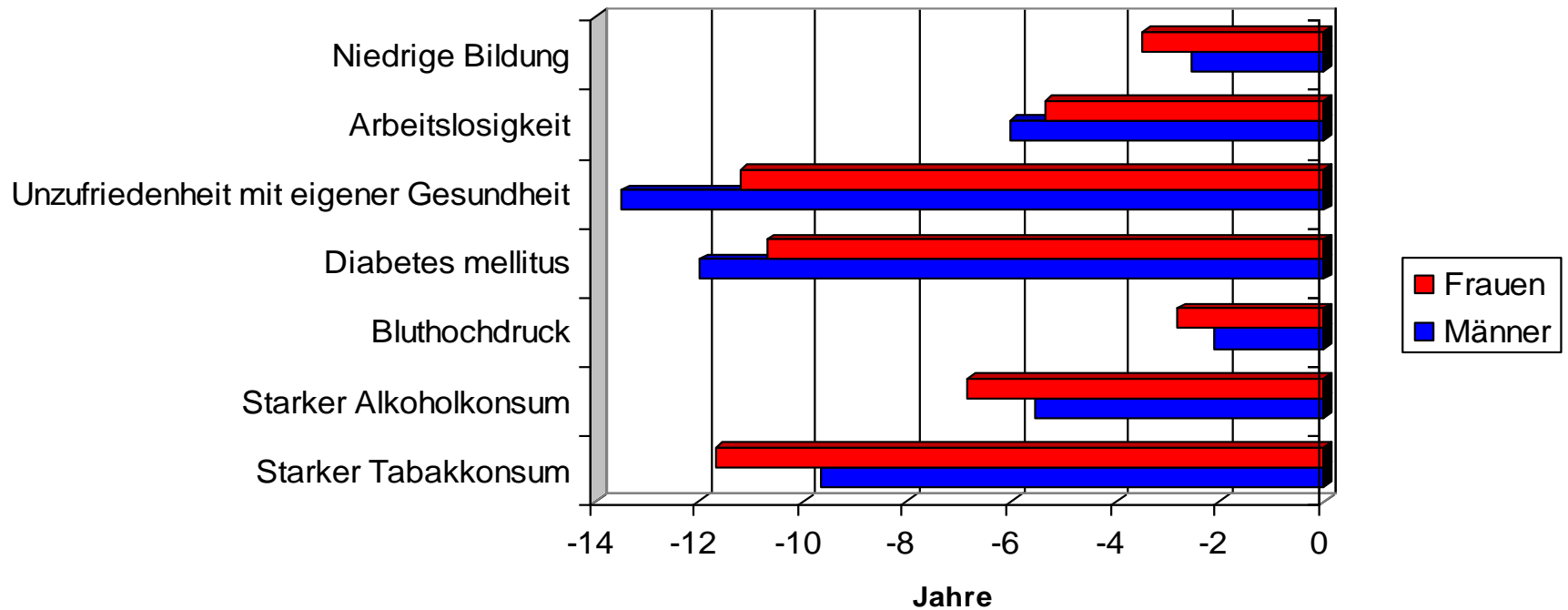
BMI und Mortalität



Thun, MJ, et al, N Engl J Med 1999; 341:1097



Rückgang der Lebenserwartung bei 50-jährigen Deutschen



Doblhammer G. et al., 2008



Das Adipositas-Paradoxon



24.9.2009

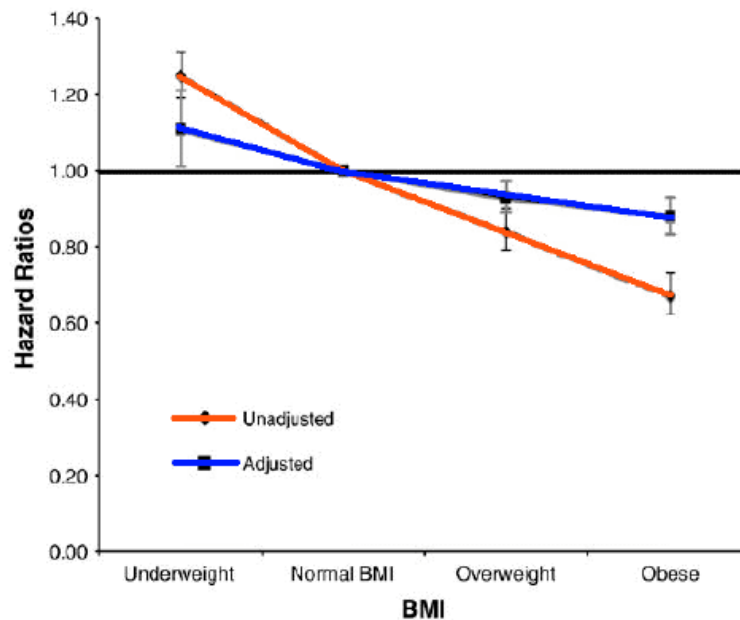
2. Adipositas-Symposium KSSG

Dr. med. T. Hatziisak
Facharzt für Innere Medizin FMH



Übergewicht vs. normaler BMI bei Patienten mit Herzinsuffizienz

Adjusted vs. Nonadjusted Ergebnisse



Adjusted nach:

- Alter
- Geschlecht
- Rasse
- NYHA-Klassifikation
- EF
- Herz/Thorax-Ratio
- Hypertonie
- Diabetes
- Anämie
- BNP
- CRP
- Bilirubin
- Serum Kreatinin
-

Oreopoulos et al, Am Heart J 2008;156:13-22



BMI und Mortalität bei älteren und hochbetagten Menschen

ORIGINAL INVESTIGATION

An Evidence-Based Assessment of Federal Guidelines for Overweight and Obesity as They Apply to Elderly Persons

Asefeh Heiat, MD; Viola Vaccarino, MD, PhD; Harlan M. Krumholz, MD

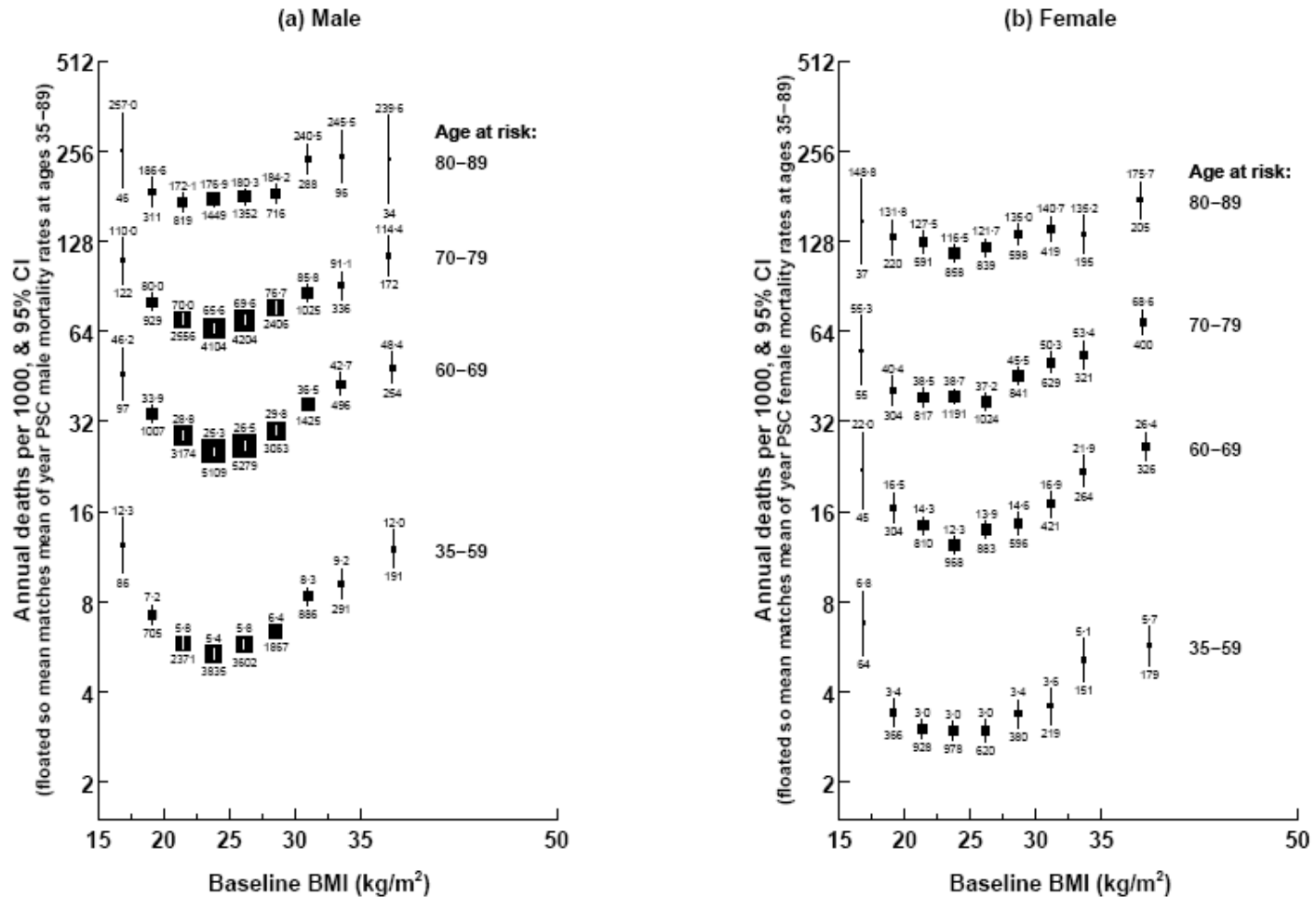
- U-förmige Kurve
 - Übergewicht bei Menschen > 65y nicht mit erhöhtem Mortalitätsrisiko assoziiert
- Optimaler BMI bezüglich Mortalität 31 – 32kg/m²

Heiat et al, Arch Intern Med. 2001;161:1194-203



Webfigure 1: All-cause mortality vs. BMI in the range 15-50 kg/m², by age at risk (excluding the first 5 years of follow-up)

Conventions as in figure 2.



Prospective Studies Collaboration, Lancet, 3/2009



Empfehlung ältere und hochbetagte Personen

- Gewichtsreduktion nur wenn Verbesserung physischer Funktionen und LQ zu erwarten ist
- Cave Sarkopenie, Osteopenie
- Anstelle Gewichtsreduktion:
 - Aufrechterhaltung des Körpergewichts
 - Erhaltung der Kraft
 - Prävention von Abhängigkeit und Institutionalisierung

Villareal et al., Am J Clin Nutr, 2005

Chau et al., Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2008



Niederschwellige Intervention

- Wen ansprechen?
 - Jüngere Adipöse (BMI ab 30)
 - Adipöse mittleren Alters mit CVRF (ohne Herzinsuffizienz, Karzinome etc.)
 - Alle Adipöse mit BMI ab 35 (ohne Herzinsuffizienz, Karzinome etc.)
 - Kognitiv aufnahmefähige Adipöse
 - Viszerale Adipositas



Niederschwellige Intervention

- Wann ansprechen?
 - In psychisch stabiler Phase
 - bei Beschwerden des Bewegungsapparates, des Verdauungstraktes, der Haut, bei Dyspnoe etc.
- Wie ansprechen?
 - „Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?“
 - „Ist Ihr Gewicht für Sie ein Problem?“



Niederschwellige Intervention

- **Tipps für die Anamnese**

- Patient mit Respekt begegnen!
- Zeit lassen beim Gespräch: kein Unterbruch nach 20 sec ¹
- Nicht auf Kilogrammen perseverieren
- Schemata verwenden
 - www.adipositas-hamburg.de, Uni-Klinikum Hamburg-Eppendorf)
 - Margraf-Motivations-Fragebogen (Xenical)
 - ggf. von Patient selber ausfüllen lassen

¹Jürg Geissendorfer, BASICS medizinische Psychologie und Soziologie, Elsevier, Urban & Fischer, 2007



Die Arzt-Patienten-Beziehung als entscheidender Erfolgsfaktor

Frau Y. ging zum vierzehnten Arzt und sagte wie gewohnt: «Ich möchte abnehmen». Der Arzt antwortete: «Was erwarten Sie von mir?» – Frau Y.: «Dass Sie mich verstehen. Wissen Sie, was das heisst?» So begann die Beziehung zwischen Patientin und Arzt. «Dr. B. nahm mich, wie ich bin, ohne Vorurteile. Ich habe mich wohl gefühlt, trotz Übergewicht war ich ein wertvoller Mensch. Er war der erste Mediziner, der nicht «kilobezogen» war. Er konnte warten. Wir sprachen über meine Gewohnheiten und wie ich meinen Alltag gestaltete. Ich fühlte mich als Mensch wahrgenommen und konnte mich dadurch vermehrt ernst nehmen und verstehen.» Im Verlaufe

PrimaryCare 2009; 9, Nr.4



Niederschwellige Intervention

- Dem Patienten einen Folgetermin geben lassen
- Konsultationsdauer: mind. 30min einberechnen
- Je nach Komorbiditäten: Abklärungen veranlassen
- ERB, TT, Psychotherapie einleiten
- Den Patienten empathisch **und** anthropometrisch begleiten (KG, BU, BIA...)



Kurz-Intervention (Beispiel)

- Bewegung
 - Mind. 1/2h zügiges Gehen pro Tag, besser 1h/die
- Ernährung
 - Max. 3 Mahlzeiten pro Tag
 - Keine Zwischenverpflegungen
 - Keine Süssgetränke
 - Raffinierte KH meiden
 - Mehr Früchte und/oder Gemüse



Kurz-Intervention (Beispiel)

- Essen, wenn der Körper Energie benötigt
- Morgens: KH
- Mittags: KH, Fett, Prot
- Abends: Prot
- Keine Formula-Diät-Produkte verwenden!



Realistisch bleiben!



Realistisch bleiben!

- Wunschgewicht \neq Zielgewicht
- Erfahrung:
 - 10kg wird häufig erreicht
 - 20kg wird selten erreicht
 - 30kg wird praktisch nie erreicht
(ohne nachmaliges Reboundphänomen)

Tremblay A et al., *Obes Res*, 1999



Prävention



Metabolische Fitness



24.9.2009

2. Adipositas-Symposium KSSG

Dr. med. T. Hatziisak
Facharzt für Innere Medizin FMH



Take Home Messages

- Respekt gegenüber adipösen Individuen
- Hände weg von BMI < 30
- Keine Gewichtsreduktion bei Betagten und Herzinsuffizienten
- Fokus auf metabolische Fitness, nicht auf Idealgewicht (durch mehr Bewegung und bewusster Ernährung)
- Bei BMI > 35: Vernetzung nutzen!

