

Positionspapier zu Prävention und Therapie von Adipositas

Zusammenfassung:

- Die DEGAM spricht sich gegen die Einführung eines Disease Management Programme (DMP) zu Adipositas im hausärztlichen Bereich aus, da es keine ausreichende Evidenz für wissenschaftlich fundierte Therapieoptionen bei Adipositas gibt.
- Die DEGAM sieht eine klare Verantwortung der Allgemeinmedizin für die komplexe Behandlung von Adipositas in der Primärarztversorgung.
- Gleichzeitig macht die DEGAM klar, dass das Risiko für Adipositas stark mit dem sozioökonomischen Background korreliert: Eine Therapie, die alleine auf das individuelle Verhalten abzielt, greift zu kurz, da auch die Verhältnisse berücksichtigt werden müssen.

Einleitung

Übergewicht und Adipositas werden u.a. von der WHO weltweit als Problem adressiert. Dabei werden Übergewicht als BMI von 25-29,9 kg/m² und Adipositas als BMI größer 30 kg/m² definiert. Die Ursachen für erhöhtes Körpergewicht sind komplex, da es um individuelle, genetische und gesellschaftliche Faktoren geht. Schwerere Formen der Adipositas erhöhen das Risiko für verschiedene Erkrankungen (u.a. kardiovaskulär, muskuloskelettal, psychiatrisch und onkologisch). Allerdings gelingt die Abgrenzung von gesundem zu ungesundem Körpergewicht nur bedingt. Entgegen der Klassifikation von Übergewicht und Adipositas zeigen epidemiologische Beobachtungen, dass beispielsweise der mit der niedrigsten Sterblichkeit assoziierte BMI in industrialisierten Ländern ansteigt^{1 2}. Die Behandlung von Übergewicht und Adipositas muss nach Alter, Komorbidität und Sozialstatus differenzieren: Nur unter Berücksichtigung dieser Variablen kann eine Aussage zum individuellen Risiko getroffen werden.

Die andauernde Diskussion über geeignete Maßnahmen zur Gewichtsreduktion verläuft teilweise kontrovers. Die gesellschaftliche Aufmerksamkeit ist erheblich, auch bei Politik und Wissenschaft. Die Debatte nimmt auch deshalb weiter zu, da es inzwischen Möglichkeiten der bariatrischen Operationen und neue medikamentöse Behandlungsstrategien zur Gewichtsabnahme bei Erwachsenen gibt.³

¹ Afzal S, Tybjaerg-Hansen A, Jensen G, Nordestgaard B. Change in body mass index associated with lowest mortality in Denmark, 1976-2013. JAMA 2016;315:1989-1996

² Doehner W, Gerstein H, Ried J et al. Obesity and weight loss are inversely related to mortality and cardiovascular outcome in prediabetes and type 2 diabetes: data from the ORIGIN trial Eur Heart J 2020;41:2668-2677

³ Grunvald E, Shah R, Hernaez R, et al. AGA Clinical Practice Guideline on Pharmacological Interventions for Adults With Obesity. Gastroenterology. 2022 Nov;163(5):1198-1225. doi: 10.1053
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf

Keine ausreichende Datengrundlage für DMP-Adipositas

Im September 2022 erklärte das IQWiG, aufgrund der durchgeführten Leitlinienrecherche sei eine gute Basis für ein neues DMP als Programm zur individuellen Behandlung von Adipositas geschaffen,⁴ weltweit seien ausreichend Leitlinien vorhanden.⁵

Die DEGAM steht der Entwicklung eines DMP-Adipositas‘ zum jetzigen Zeitpunkt allerdings aus folgenden Gründen kritisch gegenüber:

Geringe Evidenzbasis

Die allermeisten der 961 Empfehlungen, die das IQWiG aus den 22 relevanten Leitlinien extrahiert hat, beziehen sich nicht auf die Versorgung adipöser Menschen im hausärztlichen Bereich, sondern gelten entweder für eine besondere Zielgruppe (z.B. Schwangere) oder für einen nicht-primärärztlichen Diagnostik- und Therapieansatz (z.B. bariatrische Operation). Lediglich eine einzige Leitlinie erfüllt sowohl die methodischen als auch die inhaltlichen Voraussetzungen, um Empfehlungen für Hausärztinnen und Hausärzte zu liefern.⁶ Eine Besserung der harten Endpunkte durch Interventionen kann – außerhalb der genannten Subgruppen – auch von dieser Leitlinie nicht belegt werden.⁷ Auch das IQWiG selbst stuft den Evidenzgrad der Leitlinien für primärärztliche Diagnostik und Therapie als niedrig ein. Ergänzend fehlen transparente Kriterien, wie ein Einschluss und auch Ausschluss in ein DMP-Adipositas exakt zu definieren sein soll.

Kaum wissenschaftlich fundierte Therapieoptionen

Ziel jeder Form von Prävention – auch bei Adipositas – sollte es sein, (zusätzliche) Morbidität und Mortalität zu verhindern. Der Vorteil von (vergleichsweise teuren) Abnehm-Programmen ist zwar für Körpergewicht und Körperfett als signifikant belegt – wie relevant diese Verbesserung allerdings epidemiologisch und auch individuell ausfällt, bleibt aber bisher offen.⁸ Auch die Frage, wie nachhaltig die Interventionen zur Gewichtsabnahme jenseits der meist kurzen Interventionsphasen wirken, ist in der Regel ungeklärt oder muss sogar negativ beantwortet werden.^{9 10}

Keine Verbesserung der Versorgung zu erwarten

Die Einführung eines DMP bedeutet eine zusätzliche zeitliche Belastung der hausärztlichen

⁴ https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_78018.html

⁵ https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf

⁶ Wharton S, Lau DCW, Vallis M et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. CMAJ 2020; 192(31): E875–e891. <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.191707>

⁷ https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf, S. 21ff

⁸ Look AHEAD Research Group. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2013; 369 :145–54. DOI: 10.1056/NEJMoa1212914

⁹ Tseng E, Zhang A, Shogbesan O et al. Effectiveness of Policies and Programs to Combat Adult Obesity: a Systematic Review. J Gen Intern Med. 2018 Nov; 33(11): 1990–2001. Published online 2018 Sep 11. DOI: [10.1007/s11606-018-4619-z](https://doi.org/10.1007/s11606-018-4619-z)

¹⁰ Übergewicht und Adipositas – Thesen und Empfehlungen zur Eindämmung der Epidemie. Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften, Diskussion Nr. 22, 2019: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Diskussionspapier_Adipositas_web.pdf

Praxen. Aufgrund des inverse care law¹¹ und der geringeren Arztdichte in soziodemografisch unterprivilegierten Regionen¹² werden von einem DMP eher die sozial besser gestellten Gruppen profitieren und nicht unbedingt diejenigen, die das größte Risiko für Adipositas-assoziierte Erkrankungen haben.

Behandlung von Adipositas in der Hausarztpraxis

Aktuell setzen viele Präventionsangebote auf Einzelsymptome und -erkrankungen. Stattdessen plädiert die DEGAM dafür, einen holistischen Ansatz in der Prävention zu wählen. Auch Adipositas sollte nicht separat behandelt werden, sondern muss im Kontext anderer Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes, arterielle Hypertonie, Demenz oder Osteoporose verstanden werden.

Die DEGAM sieht eine klare Verantwortung der Allgemeinmedizin für die Behandlung von Adipositas: Hausärztinnen und Hausärzte sind spezialisiert auf den ganzen Menschen¹³ und damit prädestiniert dafür, Adipositas zu erkennen, in den Gesamtkontext zu stellen und zu behandeln. Adipositas ist nur ein Symptom (und gleichzeitig oft Risikofaktor) für grundlegende Erkrankungen. Begünstigt werden Übergewicht und Adipositas durch genetische Prädispositionen und vor allem durch Bewegungsmangel, Ernährungsverhalten und insbesondere auch die soziale und psychische Situation der Betroffenen. Eine Reduzierung auf ein einzelnes Element wird dem Problem nicht gerecht.¹⁴

In der täglichen hausärztlichen Praxis erfolgt die Betreuung und Unterstützung von Betroffenen meist nach individuellem Ermessen und Bedarf, gestützt durch eine tragfähige und meist langjährig gewachsene Ärzt:innen-Patient:innenbeziehung. Als Therapieoptionen stehen zur Verfügung: Ernährungsberatung, Bewegungsempfehlungen (z.B. Rezept für Bewegung), (neue) Arzneimittel (deren nachhaltige Wirkung bzw. langfristige Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht abgeschätzt werden können) sowie bariatrische Operationen. Die Nachhaltigkeit einer Adipositas-Therapie, die insbesondere auf Bewegung und Ernährung basiert, bleibt für Ärztinnen und Ärzte eine Herausforderung, da die messbaren Erfolge selbst bei guter Motivation meist gering und von kurzer Dauer sind.

Präventive Behandlungen zur Änderung des Lebensstils lassen sich kaum auf schematische Grenzwerte fokussieren. Stattdessen gilt es, die Autonomie der Entscheidung und die aktuelle Lebenssituation der Patient:innen zu würdigen. Nur so kann es zu einer partizipativen Entscheidungsfindung und einer nachhaltig wirksamen Adipositas-Therapie kommen.

¹¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Inverse_care_law

¹² Tille F, Gibis B, Balke K, Kuhlmeier A, Schnitzer S. Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017; 126: 52–65

¹³ <https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam->

[Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-)

¹⁴ <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>

Adipositas als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Allerdings sind Prävention und Behandlung von Adipositas auch gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, deren Bewältigung nicht allein in der Hausarztpraxis liegen kann. Adipositas ist nicht selten ein direkter Ausdruck sozialer Ungleichheit. Ärztinnen und Ärzte müssen immer wieder darauf aufmerksam machen, dass ungleiche Lebensbedingungen und soziale Spaltung auch harte gesundheitliche Konsequenzen haben.

Aus Sicht der DEGAM ist es nicht nachvollziehbar, dass breiter angelegte Initiativen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die außerhalb des medizinischen Bereiches greifen und die seit Jahren bekannt sowie wissenschaftlich gut erforscht sind, nicht umgesetzt werden¹⁵ – bekannte Beispiele sind die Zuckersteuer oder ein finanzierbares und ausgewogenes Kita- und Schulesen. Die DEGAM ist überzeugt davon, dass gerade in diesem Bereich der Prävention noch große Potentiale liegen, die aber auch zusätzlich staatlicher Forschungsförderung bedürfen.¹⁶

Februar 2023

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de

¹⁵ Katharina S Moerschel, Peter von Philipsborn, Benjamin Hawkins, Elizabeth McGill, Concepts of responsibility in the German media debate on sugar taxation: a qualitative framing analysis, *European Journal of Public Health*, Volume 32, Issue 2, April 2022, Pages 267–272
<https://oa.mg/work/10.1515/pubhef-2021-0125>

¹⁶ <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/adipositas-geschwaches-immunsystem-starken-15325.php>
<https://www.sfb1052.de/>