

14. Suchtforum in Bayern München, 22. April 2015

Adipositas, Binge Eating & Co

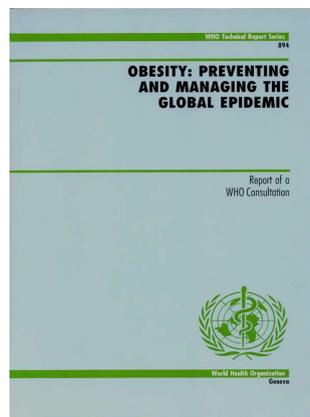


Hans Hauner



Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin
der Technischen Universität München

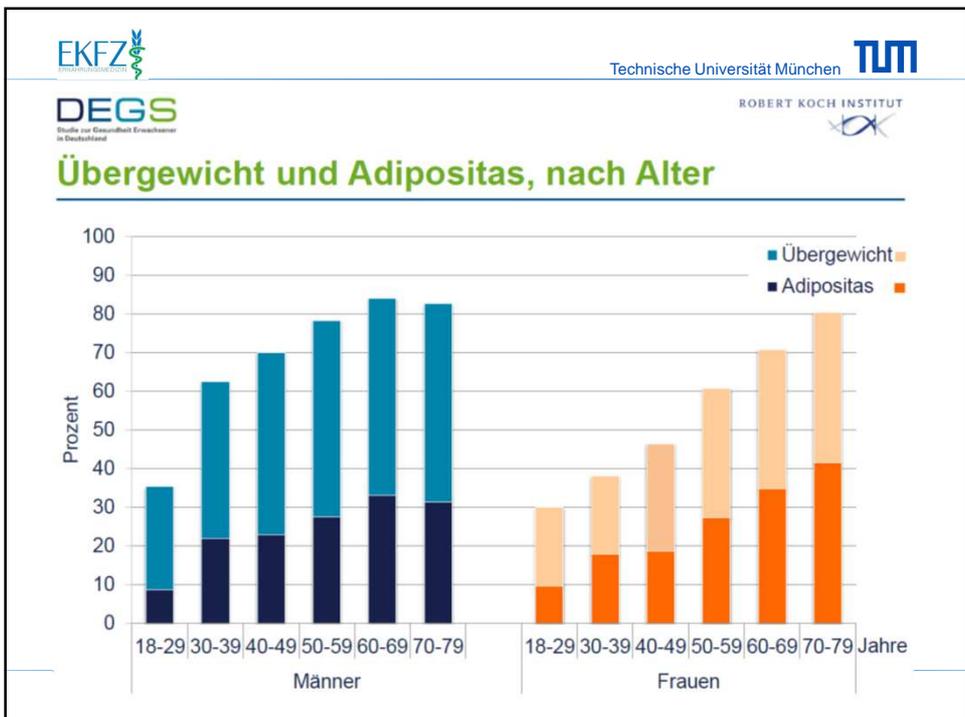
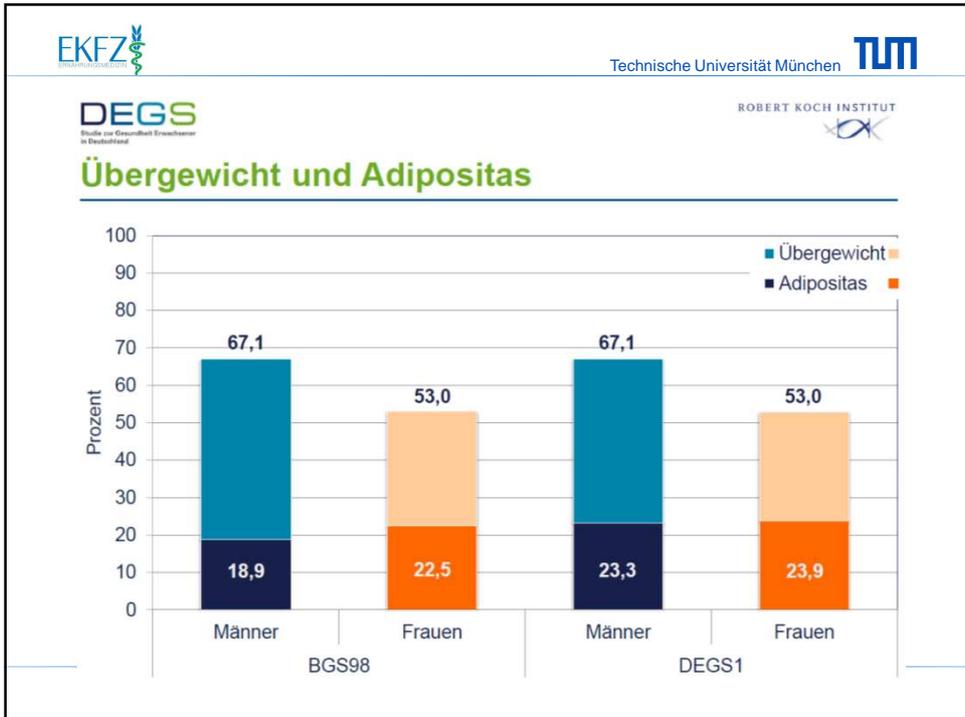
Adipositas – eine chronische Erkrankung

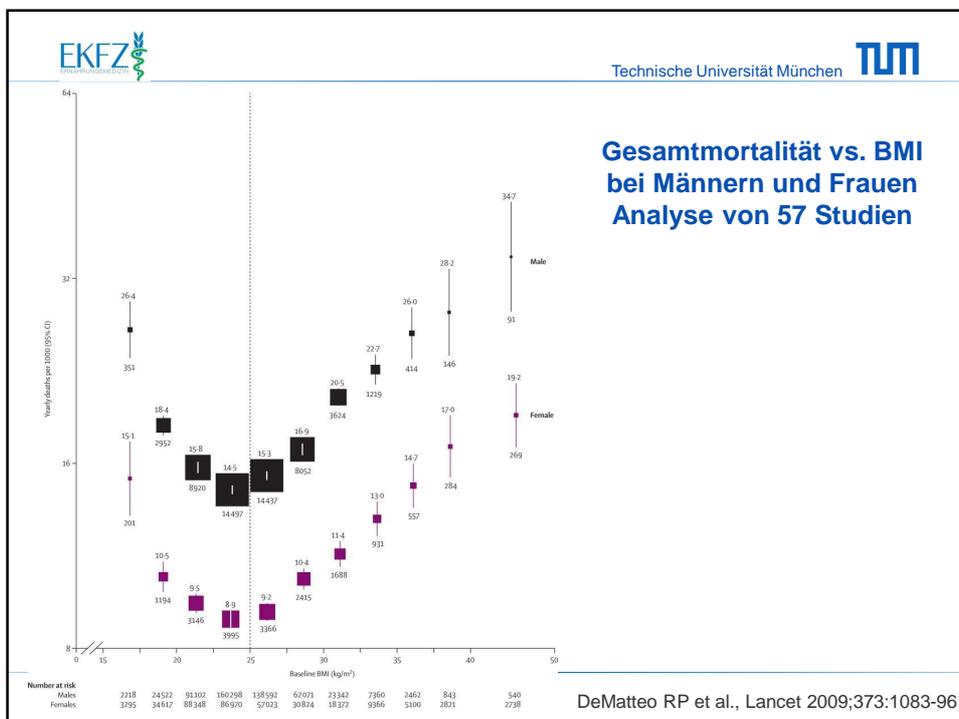
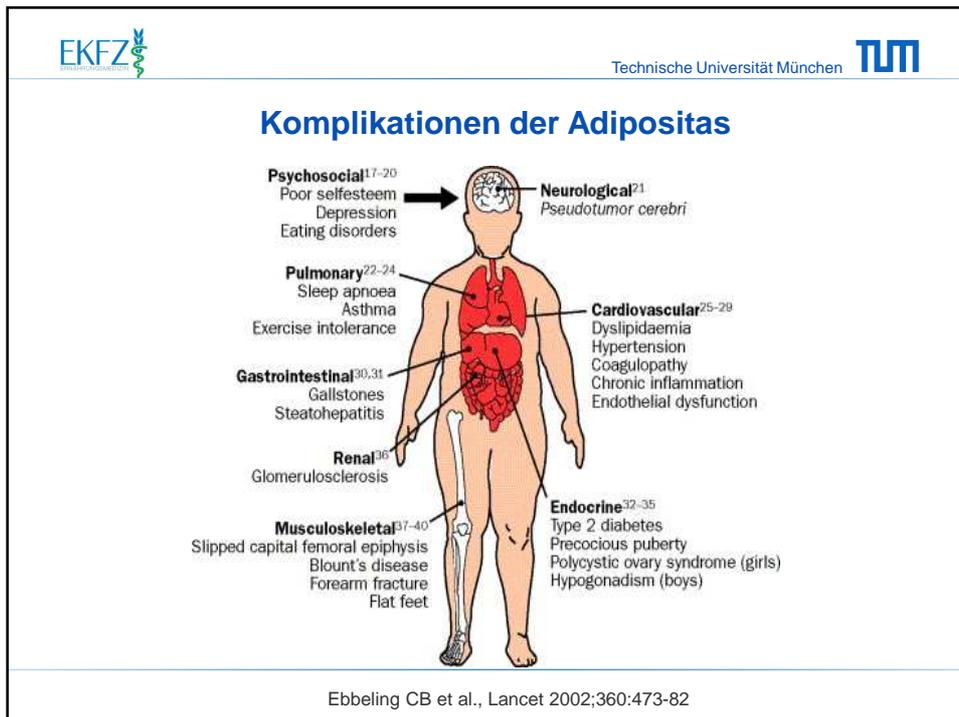


Adipositas

eine chronische Erkrankung auf polygenetischer Grundlage, die aus einer komplexen Interaktion mit den Lebensbedingungen resultiert, mit einem hohen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko assoziiert ist und ein langfristiges Betreuungskonzept erfordert.

*WHO-Bericht 2000
International Obesity Task Force*





Adipositas – eine zentrale Herausforderung für Gesundheitssystem und Gesellschaft

- Ca. 20 Millionen Menschen in Deutschland haben ein gesundheitsgefährdendes Übergewicht und sollten aus medizinischen Gründen ihr Körpergewicht senken
- Adipositas ist ein zentraler Risikofaktor für Typ 2 Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, bestimmte Krebsarten und Demenz
- Die damit verbundenen ökonomischen Belastungen für Gesundheitssystem und Gesellschaft sind erheblich
- Adipositas ist nicht als Krankheit im Sinne des SGB anerkannt, daher fehlen professionelle Präventions- und Therapieangebote
- Die gesellschaftlichen Treiber der Adipositas werden in Deutschland weitgehend ignoriert

Pathophysiologie der Adipositas

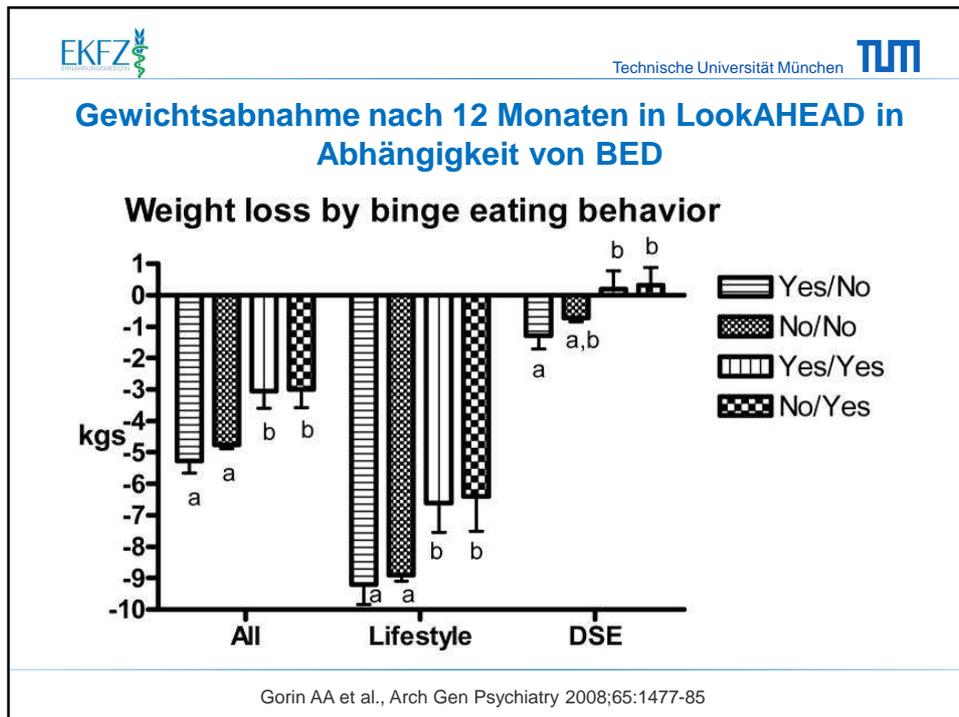
- genetische Einflüsse
- Energiestoffwechsel
- Hunger- und Sättigungsregulation
- Ernährungsweise
- Bewegungsmangel
- psychosoziale Einflüsse
- **Essstörungen**
- seltene organische Ursachen

Essstörungen bei Adipositas

- **Binge Eating Disorder (BED)(10 – 20 %)**
- **Bulimie (1 – 5 %)**
- **Night-Eating-Syndrom (1 – 5 %)**
- **(Food/Eating Addiction)**
- **(Overeating)**

Binge Eating Disorder (BED)

- **BED ist die häufigste Essstörung bei Adipositas (10 – 20 %, im Vergleich zu 1 – 3 % bei normalgewichtigen Personen)**
- **BED hat aber nur eine untergeordnete Rolle bei der Entstehung von Adipositas**
- **BED ist mit anderen psychiatrischen Komorbiditäten assoziiert**
- **Das Vorliegen einer BED hat negativen Einfluß auf die Ergebnisse der konservativen und chirurgischen Adipositas therapie**



EKFZ
EMERGENCY CENTER FOR FOOD DISORDERS

Technische Universität München TUM

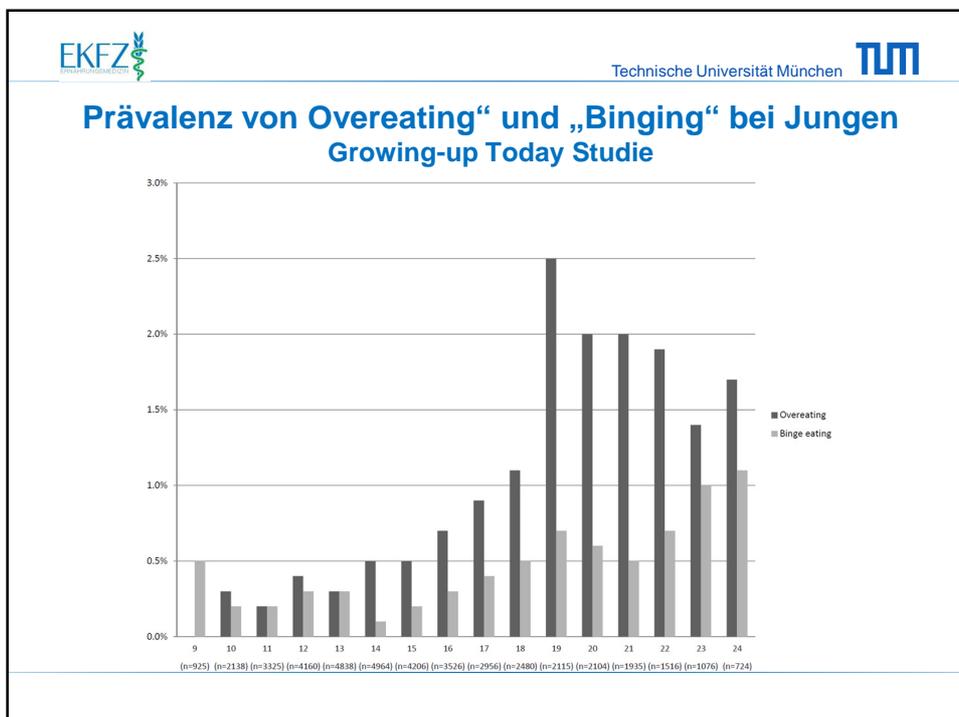
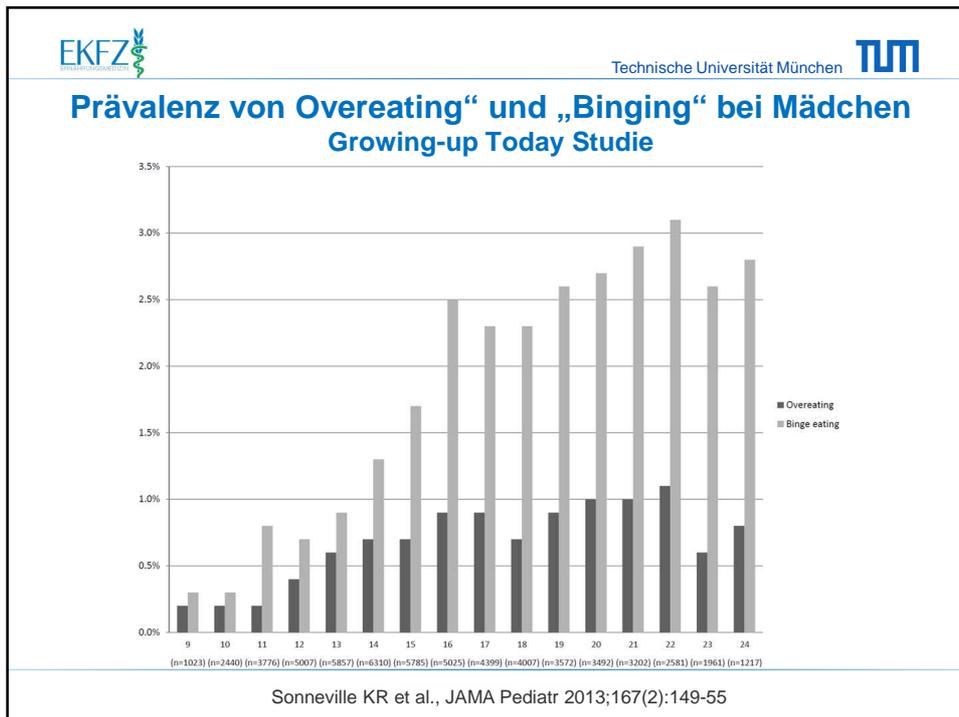
Overeating/Binge Eating und Adipositas Growing-up Today Studie

Fragestellung: Zusammenhang zwischen „Overeating“ (ohne Kontrollverlust) bzw. „Binge Eating“ (mit Kontrollverlust) und Übergewicht/Adipositas

Kohorte: 16.882 Jungen und Mädchen im Alter zwischen 9 und 15 Jahren, die über einen Zeitraum von 10 Jahren alle 12 bis 24 Monate auf „Overeating“ und „Binge Eating“ untersucht wurden

Ergebnisse: „Binge Eating“ war bei Mädchen häufiger als bei Jungen. „Binge Eating“, nicht aber „Overeating“, war mit Übergewicht/Adipositas (OR 1,73; 95% KI: 1,11-2,69) und Depressivität (OR 2,19; 95% KI: 1,40-3,45) assoziiert

Sonneville KR et al., JAMA Pediatr 2013;167(2):149-55





Technische Universität München 

Die Häufigkeit von Food Addiction. Ein systematischer Review mit Hilfe des YFAS

Fragestellung: wie häufig ist Food Addiction (FA) bei Adipositas und Essstörungen?

Methode: systematische Literaturrecherche, Studien, die den Yale FA Score (2009) verwendet haben

Ergebnisse: es wurden 25 Studien mit 196.211 Personen identifiziert, hauptsächlich weiblich und mit ÜG/Adipositas (ca. 60 %)

Insgesamt fand sich eine FA bei	19,9 %
Personen mit Essstörung	57,6 %
Personen ohne Essstörung	16,2 %
Personen mit Binge Eating	41,5 – 56,8 %
Personen mit Bulimie	83,6 – 100 %

Pursey KM et al., Nutrients 2014;6:4552-90



Technische Universität München 

FA und Essverhalten nach bariatrischer Chirurgie

Fragestellung: Führt ein massiver Gewichtsverlust (> 20 %) nach bariatrischer Chirurgie zu einer Verbesserung von FA und Essverhalten?

Kohorte: 44 extrem adipöse Personen (BMI 48 ± 8 kg/m²) wurden vor und nach bariatrischer Chirurgie untersucht

Methoden: Yale FA Scale, Food Craving Inventory, Dutch Eating Behavior Questionnaire

Ergebnisse: vor dem Eingriff hatten 32 % eine FA, nach der Op 2%, der Eingriff bzw. die Gewichtsabnahme verringerten Food Craving und emotionales und externes Essverhalten

Pepino MY et al., Obesity 2014;22(8):1792-8

Wie läßt sich adipositasförderndes Essverhalten differenzieren?

Folgende Kategorien werden diskutiert:

- Passives „Overeating“, begünstigt durch adipogene Umweltbedingungen (Portionsgrößen, ständige Verfügbarkeit von und leichter Zugang zu schmackhaften, energiedichten Lebensmitteln), kann gelegentlich sein, aber auch kontinuierlich vorliegen
- „Food Addiction“ oder besser „Eating Addiction“, ist eine schwere und chronische Form des „Overeatings“, geht aber nicht mit Kontrollverlust einher
- Intermittierendes „enthemmttes Essen“, auch bei Fehlen von Hunger, emotionale Auslöser und Kontrollverlust, eine Art Vorstufe oder milde Form von Binge Eating
- Binge Eating Disorder (BED), regelmäßige Essanfälle mit Kontrollverlust

► **Überlappungen, fließende Übergänge, schwer abgrenzbar!**

Hebebrand J et al., Neurosci & Biobeh Rev 2014;47:295-306

Leitlinie zur Prävention und Behandlung der Adipositas Update 2014

Die Literaturrecherche und -bewertung sowie Moderation bei der Leitlinienerstellung erfolgte durch und nach den Vorgaben der **ÄZQ der Bundesärztekammer** (Leitung: Prof. Ollenschläger)

Die Finanzierung wurde von folgenden Fachgesellschaften geleistet:



Dt Ärztebl 2014;111:705-13 und Adipositas 2014;8:179-221

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Syntax
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

Empfehlungsvorschlag	Empfehlungsgrad
<p>5.1 Indikationen für eine Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sollen sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein BMI ≥ 30 oder • Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen <ul style="list-style-type: none"> ○ übergewichtsbedingter Gesundheitsstörungen (z. B. Hypertonie, T2DM) oder ○ einer abdominalen Adipositas oder ○ von Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden oder ○ eines hohen psychosozialen Leidensdrucks <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p>	A

Empfehlungsvorschlag	Empfehlungsgrad
<p>5.2 Ziel der Gewichtsreduktionstherapie ist die langfristige Senkung des Körpergewichts verbunden mit einer Verbesserung adipositas-assoziiierter Risikofaktoren, Reduzierung von adipositas-assoziierten Krankheiten, Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung sowie Steigerung der Lebensqualität.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	Statement
<p>5.3 Die Therapieziele sollten realistisch sein und an individuelle Bedingungen angepasst werden. Dabei sollten individuelle Komorbiditäten, Risiken, Erwartungen und Ressourcen des Patienten stärker als die Gewichtsreduktion allein berücksichtigt werden.</p> <p>Folgende Ziele innerhalb von sechs bis zwölf Monaten hinsichtlich der Gewichtsabnahme sollten angestrebt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI 25 bis 35 kg/m²: > 5 % des Ausgangsgewichts • BMI > 35 kg/m²: >10 % des Ausgangsgewichts <p>LoE 4 (Expertenkonsens); mehrheitliche Zustimmung</p>	B
<p>5.4 Da die Adipositas als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, sollten dem Patienten über die Phase der Gewichtsabnahme hinaus geeignete Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	B

Empfehlungsvorschlag	Empfehlungsgrad
<p>5.9 Grundlage jedes Gewichtsmanagements soll ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasst. Je nach individueller Situation sollen die Komponenten primär in Kombination und ggf. als Einzelkomponenten verwendet werden.</p> <p>LoE 1++ bis 1-; starker Konsens</p> <p>Literatur: ([109; 155; 198; 199] zit. n. [2]); [200-202]</p>	A
<p>5.10 Nach einer Gewichtsreduktion soll eine langfristige Gewichtsstabilisierung angestrebt werden.</p> <p>LoE4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	A

Empfehlungsvorschlag	Empfehlungsgrad
<p>5.11 Menschen mit Adipositas sollen individualisierte Ernährungsempfehlungen erhalten, welche an Therapieziele und Risikoprofil angepasst werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens), starker Konsens</p>	A
<p>5.12 Menschen mit Adipositas soll im Rahmen der medizinischen Betreuung eine Ernährungsberatung (Einzelberatung oder in Gruppen) angeboten werden.</p> <p>Literatur: [208], Konsens</p>	A
<p>5.13 Der Patient soll über die Ziele, Prinzipien und praktischen Aspekte der Ernährungsumstellung umfassend und verständlich informiert werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens), starker Konsens</p>	A
<p>5.14 Bei der Ernährungsberatung und Ernährungsumstellung soll das persönliche und berufliche Umfeld des Betroffenen mit einbezogen werden</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens), starker Konsens</p>	A

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.15 Zur Gewichtsreduktion sollen dem Patienten Ernährungsformen empfohlen werden, die über einen ausreichenden Zeitraum zu einem Energiedefizit führen und keine Gesundheitsschäden hervorrufen.</p> <p>LoE 1b bis 4; starker Konsens</p> <p>Literatur: [109, 211, 222, 223]</p>	A
<p>5.16 Um das Körpergewicht zu reduzieren, sollte durch eine Reduktionskost ein tägliches Energiedefizit von etwa 500 kcal/Tag, in Einzelfällen auch höher, angestrebt werden.</p> <p>LoE 1b bis 4; starker Konsens</p> <p>Literatur: [109, 211, 222, 223]</p>	B
<p>5.17 Um ein Energiedefizit zu erreichen, können verschiedene Ernährungsstrategien verwendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion des Fettverzehr • Reduktion des Kohlenhydratverzehr • Reduktion des Fett- und Kohlenhydratverzehr <p>LoE 1a bis 4; starker Konsens</p> <p>Literatur: [224-232]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum: Zu dieser Empfehlung gibt es umfangreiche Literatur, die im Hintergrundtext zitiert wird [224-229] und den Empfehlungsgrad A rechtfertigt.</p>	0

 	
Sehr niedrig-kalorische Kostformen (Formuladiät)	
<p>5.18 In Abhängigkeit von der Situation des Patienten kann der zeitlich begrenzte Einsatz von Formulaprodukten mit einer Energiezufuhr von 800-1 200 kcal/Tag erwogen werden.</p> <p>Dabei soll die Einbindung eines Arztes gewährleistet sein.</p> <p>LoE 1++ bis 1+ ; Konsens</p> <p>Literatur: [233-239]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum zum 1. Teilsatz:</p> <p>Diese Empfehlung wird durch qualitativ hochwertige Kohortenstudien gestützt [Literatur Sondervoten 6, 7], was den Empfehlungsgrad B rechtfertigt. Damit sind Formuladiäten die wirksamste diätetische Methode zur initialen Gewichtsreduktion.</p>	<p>0</p> <p>A</p>
<p>5.19 Patienten sollen extrem einseitige Ernährungsformen wegen hoher medizinischer Risiken und fehlendem Langzeiterfolg nicht empfohlen werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p>	<p>A</p>

 	
Bewegungstherapie	
Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.21 Übergewichtige und adipöse Menschen sollen ermutigt werden, sich mehr körperlich zu bewegen. Körperliche Aktivität soll neben der Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sein.</p> <p>LoE 1++ bis 1+; starker Konsens</p> <p>Literatur: [2, 156, 209, 210, 241]</p>	<p>A</p>
<p>5.22 Es sollte sichergestellt werden, dass übergewichtige und adipöse Menschen keine Kontraindikationen für zusätzliche körperliche Aktivität aufweisen.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	<p>B</p>
<p>5.23 Für eine effektive Gewichtsabnahme sollte man sich > 150 Min./Woche mit einem Energieverbrauch von 1 200 bis 1 800 kcal/Woche bewegen. Krafttraining allein ist für die Gewichtsreduktion wenig effektiv.</p> <p>LoE 2++ bis 4; starker Konsens</p> <p>Literatur: [173]</p>	<p>B</p>

 Technische Universität München 	
Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.24 Menschen mit einem BMI > 35 kg/m² sollten unter Berücksichtigung der individuellen Situation ermutigt werden, für den Bewegungsapparat nicht belastende Sportarten zu betreiben.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens Literatur: [2, 242, 243]</p>	B
<p>5.25 Menschen mit Übergewicht und Adipositas sollen dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens Literatur: [244-246]</p>	A
<p>5.26 Übergewichtige und adipöse Menschen sollen auf die gesundheitlichen Vorteile (metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale) der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, die unabhängig von der Gewichtsreduktion entstehen.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens Literatur: [247-251]</p>	A
<p>5.27 Im Rahmen der Patientenberatung sollen verständliche und realistische Ziele für die Ausübung der körperlichen Aktivität gesetzt werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p>	A
<p>5.28 Vermehrte körperliche Aktivität soll zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden.</p> <p>LoE 1+ bis 4 ; starker Konsens Literatur: [173, 247, 252-254]</p>	A

 Technische Universität München 	
Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.29 Verhaltenstherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppensetting sollen Bestandteil eines Programms zur Gewichtsreduktion sein.</p> <p>LoE 1++ bis 1+; starker Konsens Literatur: ([2, 109, 156, 257-259] zit. n. [2]); [260, 261]</p>	A
<p>5.30 Verhaltenstherapeutische Interventionen sollen an die Betroffenen und ihre Situation angepasst werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens Literatur: [2]</p>	A
<p>5.31 Verhaltenstherapeutische Interventionen und Strategien zum Einsatz bei Übergewicht und Adipositas sollen verschiedene Elemente enthalten.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens Literatur: [258]</p>	A
<p>5.32 Das Spektrum der geeigneten Interventionen und Strategien kann folgende psychotherapeutische Elemente enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung) • Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle) • Stimuluskontrolle • Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters) • Zielvereinbarungen • Problemlösestraining/Konfliktlösetraining • Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining • Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen) • Rückfallprävention • Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht • Soziale Unterstützung <p>LoE 1++ bis 2-; Konsens Literatur: [2, 262-266]</p>	0

Verhaltenstherapie



Technische Universität München



Gewichtsreduktionsprogramme

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.33 Menschen mit Adipositas sollten Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, die sich an der individuellen Situation und den Therapiezielen orientieren.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p> <p>Literatur: [268-270]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum:</p> <p>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 positive evaluierte Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, die sich an der individuellen Situation und den Therapiezielen orientieren.</p>	B
<p>5.34 Die Gewichtsreduktionsprogramme sollen die Bestandteile des Basisprogramms (Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstherapie) beinhalten.</p> <p>LoE 1+ bis 2+; starker Konsens</p> <p>Literatur: [271-279]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum:</p> <p>Gewichtsreduktionsprogramme, von denen keine gemessenen Daten zum Gewichtsverlauf vorliegen, sollten von der Empfehlung ausgeschlossen werden.</p>	A



Technische Universität München



Gewichtsreduktionsprogramme

	Ich nehme ab (DGE)	Abnehmen mit Genuss (ADK)	Weight Watchers	Bodymed	M.O.B.I.L.I.S	Optifast-52
Mittl. BMI (kg/m ²)	ca. 30	31,0	31,4	33,4	35,7	40,8
n	versch. Studien	45869	772 (377 Weight Watchers)	665	5025	8296
Formula-Diät	nein	Nein	nein	ja	nein	ja
Wägung der Probanden	ja	Selbstauskunft	ja	ja	ja	ja
Δ kg (1 Jahr)	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,1 (LOCF, Weight-Watchers) -2,3 (LOCF Kontrolle)	-9,8 (LOCF)	-5,1 (BOCF)	-16,4 (LOCF)
Δ kg (1 Jahr) Frauen	-2,3 ¹ -2,0 ¹ -1,3 ²	-2,2 (BOCF)	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,0 (BOCF)	-15,2 (LOCF)
Δ kg (1 Jahr) Männer	-4,1 ¹	-2,9 (BOCF)	nicht angegeben	nicht angegeben	-5,9 (BOCF)	-19,4 (LOCF)
Dropouts	16-35%	51%	39% (WW)	23%	14%	42%
Typ	RCT	Beobachtung	RCT	Beobachtung	Beobachtung	Beobachtung
Studien-Qualität	RCT Studien mit und ohne Face-to-Face Beratung	Alle Teilnehmer In D von 2006-2010	RCT Erfolg im Vgl. zu ärztl. Standardberatung	Selektierte Stichprobe (von ca. 500 Bodymed-Centern in D)	316 Gruppen von 2004-2011	Alle Teilnehmer, alle Zentren in Deutschland von 1999-2007
Literatur	18	19	20	21	22	23

Technische Universität München 



Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme

<p>Räumliche Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulungsraum • evtl. Lehrküche
<p>Personelle Voraussetzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzt/Ärztin mit ernährungsmedizinischer Qualifikation (obligatorisch) • Ernährungsfachkraft (obligatorisch) = ÖkotrophologIn/DiätassistentIn • Psychotherapeut (ärztlich/psychologische) mit verhaltenstherapeutischer Expertise* • Physiotherapeut/Physiotherapeutin oder andere Berufsgruppe mit sportmedizinischer Qualifikation*
<p>Anforderungen an Therapieprogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Eingangsuntersuchung und Betreuung • Strukturierte Schulung in Gruppen • Integriertes Therapiekonzept aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, ggf. gewichtssenkende Medikamente, leitliniengerecht • Therapiedauer: sechs bis zwölf Monate • Systematische Datendokumentation

*wünschenswert, aber keine essenzielle Voraussetzung

Technische Universität München 



Medikamentöse Therapie

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.35 Eine medikamentöse Therapie soll nur in Kombination mit einem Basisprogramm (Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie) durchgeführt werden.</p> <p>LoE 1b; starker Konsens Literatur: [282-287]</p>	A
<p>5.36 Eine Pharmakotherapie kann bei Patienten mit einem BMI ≥ 28 kg/m² und zusätzlichen Risikofaktoren und/oder Komorbiditäten bzw. mit einem BMI ≥ 30 kg/m² bei folgenden Voraussetzungen eingesetzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsabnahme von < 5 % des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten unter Basistherapie. • Gewichtszunahme von > 5 % des Ausgangsgewichts innerhalb von sechs Monaten nach einer Phase der Gewichtsreduktion. <p>LoE 1b; Konsens Literatur: ([156, 286, 288, 289] zit. n. [2]); [282, 284, 286]</p>	O
<p>5.37 Die medikamentöse Therapie sollte nur dann fortgesetzt werden, wenn innerhalb der ersten vier Wochen eine Gewichtsabnahme von mindestens 2 kg nachweisbar ist.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	B
<p>5.38 Wenn eine Adipositas medikamentös behandelt wird, soll nur Orlistat eingesetzt werden.</p> <p>LoE 1b; starker Konsens Literatur: [282-287]</p>	A

Cave!

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.42 Bei Patienten mit extremer Adipositas soll ein chirurgischer Eingriff erwogen werden.</p> <p>LoE 1a bis 3; Konsens</p> <p>Literatur: [107, 108, 125, 138, 139, 299-307]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DEGAM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum:</p> <p>Bei Patienten mit extremer Adipositas sollte ein chirurgischer Eingriff erwogen werden.</p>	A
<p>5.43 Die Indikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff soll interdisziplinär gestellt werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	A
<p>5.44 Die Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff soll gemäß dem BMI wie folgt gegeben sein, wenn die konservativen Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adipositas Grad III (BMI ≥ 40 kg/m²) oder • Adipositas Grad II (BMI ≥ 35 und < 40 kg/m²) mit erheblichen Komorbiditäten (z. B. T2DM) oder • Adipositas Grad I (BMI >30 und <35 kg/m²) bei Patienten mit T2DM (Sonderfälle). <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p> <p>Literatur: [298, 300, 308, 309]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum:</p>	A

<p>5.45 Eine chirurgische Therapie kann auch primär ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt.</p> <p>Dies ist unter folgenden Umständen gegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besondere Schwere von Begleit- und Folgekrankheiten der Adipositas • BMI > 50 kg/m² • Persönliche psychosoziale Umstände, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellen <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p> <p>Literatur: [310]</p> <p>Dieser im Konsens erstellten Empfehlung konnte sich die DGEM nicht anschließen und formulierte folgendes Sondervotum:</p> <p>Diese Empfehlung wird nicht durch die zitierte Literatur gestützt, in der allein Patienten eingeschlossen wurden, die sich einer bariatrischen Chirurgie unterzogen. Somit wurde nicht berücksichtigt, dass es zahlreiche Patienten gibt, die von konservativen Therapieprogrammen profitieren, welche präoperativ durchgeführt werden mit dem Resultat, dass keine chirurgische Therapie mehr benötigt wird. Dennoch kann eine chirurgische Therapie auch primär ohne eine präoperative konservative Therapie in Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist (KKP). Kriterien für solche Ausnahmefälle sind nicht der BMI oder die Schwere der Begleiterkrankungen, sondern Immobilität des Patienten oder andere Umstände, die eine erfolgreiche diätetische Therapie praktisch nicht ermöglichen, wie beispielsweise extrem hoher Insulinbedarf.</p>	0
<p>5.46 Patienten sollen vor der Operation einer Evaluation unterzogen werden mit Erfassung der metabolischen, kardiovaskulären, psychosozialen und Ernährungssituation.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	A

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.52 Nach erfolgreicher Gewichtsreduktion sollen Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.</p> <p>LoE 1+; Konsens</p> <p>Literatur: [216]</p>	A
<p>5.53 Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung sollten Aspekte der Ernährungstherapie, der Bewegungstherapie und der Verhaltenstherapie sowie die Motivation der Betroffenen berücksichtigen.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); starker Konsens</p>	B
<p>5.54 Um die Gewichtsstabilisierung zu unterstützen, sollen langfristige Behandlungs- und Kontaktangebote nach erfolgter Gewichtsreduktion erfolgen, die auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze beinhalten.</p> <p>LoE: 1+; Konsens</p> <p>Literatur: [216, 329]</p>	A
<p>5.55 Den Patienten soll empfohlen werden, nach einer Phase der Gewichtsreduktion eine vermehrte körperliche Aktivität zur Gewichtsstabilisierung durchzuführen.</p> <p>LoE 1+ bis 2+; Konsens</p> <p>Literatur: [244, 252, 254, 330]</p>	A

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p>5.56 Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass eine fettreduzierte Kost geeignet ist, einen Wiederanstieg des Körpergewichts zu verhindern.</p> <p>LoE 1b bis 2a; starker Konsens</p> <p>Literatur: [204, 331-333]</p>	B
<p>5.57 Patienten, deren Gewicht nach einer Ernährungstherapie wieder ansteigt, kann Orlistat zur Gewichtsstabilisierung bzw. zur weiteren Gewichtsabnahme im multimodalen Setting empfohlen werden.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); mehrheitliche Zustimmung</p> <p>Literatur: [334, 335]</p>	0
<p>5.58 Menschen mit Adipositas sollten darauf hingewiesen werden, dass regelmäßiges Wiegen zu einer besseren Stabilisierung des Gewichts nach erfolgreicher Gewichtsabnahme beiträgt.</p> <p>LoE 4 (Expertenkonsens); Konsens</p> <p>Literatur: [336]</p>	B

Adipositas-LL 2014: Was ist neu?

- Betonung der individualisierten Therapie
- Entscheidend ist die Verringerung der Energiezufuhr, die Makronährstoffzusammensetzung ist von nachgeordneter Bedeutung
- In besonderen Situationen ist ein zeitlich begrenzter Einsatz von Formuladiäten möglich
- Die chirurgische Therapie sollte bei extremer Adipositas eine größere Rolle spielen
- Es wird dringend eine gute Nachsorge nach chirurgischer, aber auch konservativer Adipositastherapie empfohlen
- Betonung der langfristigen Gewichtsstabilisierung



|S3-LEITLINIE

Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“

www.adipositas-gesellschaft.de
www.awmf.de

Dt Ärztebl 2014;111:705-713
 Adipositas 2014;8:179-221
 Diab Stoffw 2014;9:S149-S154

Praktische Aspekte

Einfache Prinzipien für die Praxis

- Festlegung der Mahlzeiten (keine Zwischenmahlzeiten/Snacks)
- Austausch gewohnter Lebensmittel durch energieärmere Varianten (z.B. magerer Schinken statt Salami)
- Einsparung von Ölen/Fetten bei der Mahlzeitenzubereitung
- Pflanzlich betonte Ernährung, reichlich Gemüse und Salat
- Vollkornprodukte bevorzugen
- Verzicht auf kalorienhaltige Getränke

Kalorien sparen beim Mittagessen



Anstatt:

100	Kalorien	Glas Weißwein
350	Kalorien	Wiener Schnitzel
200	Kalorien	Pommes frites
25	Kalorien	Ketchup
200	Kalorien	Erbsen mit Buttersoße
<u>225</u>	<u>Kalorien</u>	Eis mit Sahne
1100	Kalorien	



750 Kalorien gespart

Besser:

frei	Kalorien	Mineralwasser
150	Kalorien	ein halbes Schnitzel
100	Kalorien	zwei Salzkartoffeln
frei	Kalorien	Broccoli
100	<u>Kalorien</u>	Orange
350	Kalorien	

Einfache Prinzipien für die Praxis

- Regelmäßige körperliche Bewegung in Tagesablauf einplanen
- Kurze Wege stets zu Fuß oder mit Fahrrad zurücklegen
- Treppensteigen statt Rolltreppe oder Aufzug
- Schrittzähler besorgen, eigene Ziele definieren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

