

Viele Gemeinsamkeiten

Adipositas und Diabetes

In der Bevölkerung sind heute 15% adipös (BMI>30kg/m²), 8% haben Diabetes. Ein Hausarzt betreut heute ca 50-100 übergewichtige Diabetespatienten . Die Kombination beider Erkrankungen erhöht Morbidität und Mortalität überproportional.

Quinze pourcent de la population actuelle sont obèses (BMI >30kg/m²), 8% sont diabétiques. Un médecin de famille s'occupe aujourd'hui de près de 50 à 100 patients diabétiques obèses. La combinaison de ces deux maladies augmente la morbidité et la mortalité de façon disproportionnée.

Es gibt viele Gemeinsamkeiten der beiden Erkrankungen: Bei beiden ist die Prognose abhängig von der Ausprägung. Adipositas ist einer der Auslöser für Diabetes mellitus Typ 2. Die endokrinen Veränderungen bei Adipositas (erhöhte Cortisol- und Androgenwerte, stimulierte Stressachsen und gebremste Gonadenachse) führen zu einer Insulinresistenz. Ein zugrunde liegender Defekt für eine Erschöpfung der endogenen Insulinproduktion führt dann über die Zeit zur Störung des Glucosehaushaltes. Die Diabetestherapie wiederum führt oft zu einer Gewichtszunahme (Essstörung, Medikamente).

Beide haben ähnliche Folgeschäden (Arteriosklerose), Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) und Begleiterkrankheiten (Depression, Schlafapnoe, Karzinome, Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, Thrombosen). Bei rezidivierenden Hypoglykämien unter Therapie steigt das Gewicht ebenfalls wegen defensivem Snacking. Antidiabetika können das Gewicht senken (GLP1 Agonisten), erhöhen (Insulin, Sulfonylharnstoffe, Glitazone, Glinide) oder sind gewichtsneutral (Gliptine, Biguanide), Tab. 1. Bei



Dr. med. Lukas Villiger
Baden-Dättwil

Blutzuckerverbesserung steigt das Gewicht (wegen sinkender Glucosurie mit weniger Kalorienverlusten). Bei Gewichtsabnahme verbessern sich die Blutzuckerwerte sehr oft und Hypoglykämien können auftreten.

Spezifische Aufgaben des Hausarztes (HA) bei Adipositas und Diabetes

Er sucht Ursachen der Adipositas: familiär, genetisch, hormonell (Cushing, Hypogonadismus, Hypothyreose), psychologische Grundkrankheiten mit Störungen in Ernährungs- oder Bewegungsverhalten, Medikamente die das Gewicht erhöhen (Betablocker, Neuroleptica, gewisse Antidepressiva). Klinisch soll unter anderem geachtet werden auf Acanthosis nigricans (klinisches Zeichen einer Insulinresistenz mit Hyperpigmentierung im Halsbereich), Hirsutismus und Oligo/Amenorrhoe (PCO Syndrom), erhöhte Leberwerte (Lebersteatose), verkleinerte Hoden/Gynäkomastie (Hypogonadismus), periphere Muskelatrophie/Flush/Striae albae und atypische Fettverteilung (Cushing Syndrom), morgendliche Müdigkeit (Schlafapnoe, Depression).

Wichtig ist zudem das Erfassen des Gewichtsverlaufes in den letzten Jahren, das Maximalgewicht und bisher unternommene Massnahmen. Bei kurzer Anamnese bezüglich Uebergewicht soll der Hausarzt stark intervenieren, bzw. an alle sekundären Ursachen der Adipositas denken. Es bestehen gute Erfolgsschancen, da das Verhalten noch nicht chronifiziert ist und die zugrunde liegende Krankheit noch keine Komplikationen verursachte. Bei langsamem Gewichtsanstieg sind längerfristige Gewichtsabnahmeprogramme indiziert, die deutlich schwieriger umzusetzen sind.

Zur Beurteilung des Lifestyle Verhaltens soll der HA Ess- und Bewegungsprotokolle erfassen und daraus erste Massnahmen einleiten (Weglassen süsser Getränke, einfachste Bewegungstipps).

Psychologische Hintergründe sollten aktiv gescreent und therapiert werden, vor allem eine larvierte Depression. Therapeutische Massnahmen wären sonst ohne Effekt. Eine Depression kommt sowohl bei Diabetes als auch bei Adipositas in 20-30% vor [1], zusammen sind sie nochmal häufiger. Oft geraten Patienten in einen Teufelskreis zwischen Schuldgefühlen und inadäquatem Verhalten im Essen oder Vernachlässigung der Diabetestherapie. Scham ist ein sehr oft vorhandenes Problem bei Adipositas (u.a. erlittene Sexualdelikte als Ursache für einen durch Adipositas aufgebauten Körperschutz vor Kontakten). Aengste und Phobien sind



sehr häufig Ursache oder Folge der Krankheit. Essstörungen sind ab einem BMI von 50kg/m² fast immer vorhanden: Grazing (24h Esser), Craving (azyklischer Esser), Binge Eater (Attackenesser) und Sweater (Süsses) werden unterschieden, Kombinationen sind häufig.

Der HA soll adipöse Diabetespatienten wie alle Diabetespatienten intensiv schulen oder schulen lassen (idealerweise bei der Diabetesfachberaterin oder dem Diabetologen).

Er hat verschiedene Möglichkeiten die Betreuungsform der Adipositas therapie zu wählen. (Tab 2). Die Hauptprinzipien einer gesunden Ernährung sind 2L Flüssigkeit, viel Gemüse/Früchte, viel Ballaststoffe/Fasern, abwechselnd Fleisch/Käse/Eier, wenig Süßes/Salziges/Oeliges/Fettiges/Alkohol, Bild 1. Man sollte das Wort „Diät“ heute nicht mehr gebrauchen, es wird assoziiert mit ungunstigen Gefühlen und führt deshalb auch jeweils zum Jojo Effekt. Langfristig wirksam ist die hypokalorische Mischkost, mediterrane Kost, low Carb- oder low Fat Kost und Ernährung mit niedriger Energiedichte. In der Initialphase kann Unterstützung mit Formulaernährungs (Ersatzmahlzeiten) 1x/Tag oder Medikamenten (Xenical®) hilfreich sein, aber nur bei gleichzeitig längerfristig geplanter Verhaltensänderung. Bei speziellem Interesse wird ein HA sich selber um spezifische Verhaltenstherapien kümmern: Einkaufsverhalten, Esszubereitung, Essgeschwindigkeit, Genuss- und Entspannungsverhalten. Es gibt gute Bücher [2], die beschreiben, wo und wie man die Hebel langfristig ansetzen kann.

Die Zuweisung von Hausärzten an ERB (Tab. 3) sollte vor allem wegen der Kohlenhydrate-Schulung oder der allg. Ernährungsschulung erfolgen, für ein langfristiges begleitetes Gewichtsabnahmeprogramm ist vorgängig eine Motivationsanalyse sinnvoll. Falls der Betroffene motiviert ist, soll für den Erfolg von Bewegung über die ideale Form und deren Einschränkungen diskutiert werden: 3x/Woche 20 Minuten mit 50-70% des maximalen Pulses (Formel: 220- Alter) und 2-3x Krafttraining. Bei Diabetes muss auf Unterzuckerungen geachtet werden unter hypoglykämisierenden Substanzen (Sulfonylharnstoffe, Insuline und Glinide). Koronare Komplikationen sollten im Vorfeld abgeklärt werden, da oft asymptomatisch. Es soll kein Sport gemacht werden bei kürzlichen Herzproblemen, Augenblutung, Diabetes mit seit länger bestehenden Blutzucker über 15mmol/l mit Ketonurie, bei Blutdruck über 180/105 mmHG und bei offenen Stellen an den Füßen. Ein BZ unter 5 mmol/L muss zuerst mit Kohlenhydraten gehoben werden.

„Kilogramme“ werden oft nicht gleich aggressiv angegangen wie andere Parameter des metabolischen Syndroms (Blutzucker/Blutdruck/Lipide). Lifestyle Experten leisten aufwendige Ueberzeugungsarbeit mit dem Ziel, die Selbsterkenntnis und innere Motivation der Patienten zu wecken.

Hausärzte sollten die Grundprinzipien der Motivationabklärung für interdisziplinäre Abnahmeprogramme kennen (z.b Grundprinzipien des „motivational interviewing“ [3]). Anhand folgender Fragen können Barrieren und Vorteile einer angestrebten Verhaltensänderung evaluiert werden:

- A) Ist die Gewichtsabnahme für Sie wichtig (Punktangabe von 1-10) und was muss man tun, damit es wichtiger wird.
- B) Wenn es wichtig ist, sind Sie zuversichtlich (Punktangabe von 1-10), dass Sie es schaffen und was muss man tun, damit Sie noch zuversichtlicher werden.

Beurteilung der Hypoglykämie und Gewichtsveränderungen bei Antidiabetika (oft gegensätzlich)		
Medikament	Hypogefahr	Gewichtszunahme
Sulfonylharnstoffe Amaryl®, Diamicon®, Daonil®	gross	ja
Gliptine Galvus®, Januvia®, Xelevia, Trajenta®	keine	nein
Glinide Novonorm®, Starlix®	leicht	leicht
Biguanide Metfin®, Glucophage	nein	nein
Glitazone Actos®	keine	ja
GLP1 Agonisten Byetta®, Byurna®, Victoza®	keine	nein, Gewicht abnehmend
Insuline	sehr gross	Ja

Das Stadium der Akzeptanz von Verhaltensänderungen [4] soll der HA berücksichtigen vor einer Zuweisung oder Massnahme, da man in jeder Phase als Berater anders vorgehen muss und Patienten oft momentan nicht schulungs- oder veränderungsfähig sind.

Langzeit Life Style Programme

Der Hausarzt soll die Ernährungsprogramme, die in seiner Region angeboten werden, kennen und ansonsten den lokalen Diabetologen, die schweizerische Gesellschaft für Diabetologie (www.sdg.ch) oder für Ernährung (www.svde.ch) anfragen.

Ein spezielles Programm (Schwerpunkt Bewegung und Schulung) ist das Gruppen-Rehabilitationsprogramm „Diafit“ der schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie. Es wird bereits an 36 Orten in der Schweiz angeboten (KVG Leistung seit 2009) ähnlich den kardialen Reha-Programmen. Diese dauern 3-6 Monate und zusätzlich werden mehrere Gruppenschulungen durch Diabetologen, Diabetesfachberaterin und Ernährungsfachberaterinnen angeboten. Es werden in der Schweiz bereits an 25 Orten Langzeitprogramme (Diafitgruppen), idealerweise anschliessend an das Reha-Programm angeboten. Diese werden allerdings nicht mehr von der Grundversicherung über-

Patienten mit Adipositas soll der Hausarzt idealerweise interdisziplinär betreuen.	
1.	Betreuung durch Hausarzt
2.	Mitbetreuung durch einzelne Lifestyle-Experten (ERB, Physiotherapeut, Psychotherapeut, „Adipositascoach“)
3.	Mitbetreuung durch strukturierte Lifestyle Programme

Zuweisungsindikationen für Ernährungsfachberater/Innen bei adipösen Diabetespatienten	
1.	Zur Sicherstellung der konstanten Kohlenhydratzufuhr bei Therapie mit potentiell hypoglykämisierenden Antidiabetika
2.	Zur Allgemeinen Schulung gesunde Ernährung und Bedeutung der Kohlenhydrate
4.	Für längerfristige Gewichtsabnahmeprogramme mit dem Ziel einer Verhaltensänderung

nommen. (www.diafit.ch). Es gibt schweizweit bereits 36 Diafitleiter (FMH Endokrinologie/Diabetologie) und 150 Diafittrainer (Sportlehrer und/oder Physiotherapeuten) die speziell dazu ausgebildet worden sind. Gemäss mündlichen Angaben nehmen etwa 1/3 nach dem Rehabilitationsprogramm an einem Langzeitprogrammen teil, 1/3 steigt aus wegen medizinischen Gründen und 1/3 wegen Motivations- oder Kostengründen. Kritik an solchen Programmen sind ungenügende Langzeitdaten zu Mortalität/Morbidität, Kosteneffizienz und Lebensqualität. Eine Metanalyse von 72 randomisierten kontrollierten Studien [5] zeigt aber klare Hinweise für den Erfolg solcher Programme.

Die bariatrische Chirurgie ist, falls differenziert und mit Bedacht angewendet, eine oft sehr erfolgreiche Lösung bei sehr hohem BMI. Die Anwendung (neue Richtlinien im KVG mit Indikation bereits ab einem BMI >35kg/m²) soll aber eher die Ausnahme bleiben und nur nach mehrjährigem erfolglosen Bemühen in Betracht gezogen werden.

Dr. med. Lukas Villiger

Praxis Dr.med.L.Villiger und Institut , FMH Endokrinologie/Diabetologie,
Aerztezentrum Taefernhof
Mellingerstr 207, 5405 Baden-Dättwil
Lukas.Villiger@hin.ch

+ **Literatur**

am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

Take-Home Message

- ◆ Ernährungs- und Bewegungsanamnese gehören in die hausärztliche Sprechstunde
- ◆ Ueberweisungen an ErnährungsfachberaterInnen wegen Adipositas nur mit klarem Auftrag
- ◆ Psychiatrische Komorbiditäten, vor allem larvierte Depression (sehr häufig) aktiv suchen und behandeln
- ◆ Bei seit kurzem bestehendem Übergewicht kurz und stark intervenieren da gute Erfolgschancen bestehen, bei langsamem Gewichtsanstieg längerfristige Programme anbieten nach Motivationsabklärung

Message à retenir

- ◆ La nutrition et le manque d'exercice sont aux soins du médecin de famille
- ◆ Le transfert aux consultantes en nutrition due à l'obésité uniquement avec un mandat clair
- ◆ Les comorbidités psychiatriques, en particulier la dépression masquée (très fréquente) doit être recherchée et traitée activement
- ◆ Intervenir court et fortement lors d'un surpoids récent, car il y a de bonnes chances de succès. Prévoir des programmes à long terme lors de gain de poids lent après clarification de la motivation