

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

RÖSSNER S

Klinische Benefits der Gewichtsreduktion

*Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (2) (Ausgabe für
Österreich), 11-12*

*Journal für Ernährungsmedizin 2003; 5 (4) (Ausgabe für Schweiz)
21-22*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Klinische Benefits der Gewichtsreduktion

St. Rössner

Übergewicht ist ein komplexer Zustand, und obwohl es allgemein bekannt ist, daß eine langsame Akkumulation an überschüssiger Energie zu Fettgewebe-Ablagerungen führt, sind die Gründe, die zu dieser unglücklichen Entwicklung in einer Gesellschaft, in der Übergewicht abgelehnt wird, führen, schwer zu verstehen. Gerade weil sich Übergewicht über Jahre langsam entwickelt, könnte sich eine Strategie der moderaten, aber kontinuierlichen Interaktion als wirkungsvoll erweisen. Übergewicht sollte möglichst früh erkannt werden, ebenso sollten Prävention und Intervention möglichst früh stattfinden, anstelle von Verbotsprogrammen, die von übergewichtigen Personen nur für eine kurze Zeit befolgt werden. Zukünftig sollten Kinder und Heranwachsende die Hauptzielgruppe für diese Bemühungen sein.

Schlüsselwörter: Übergewicht, Adipositas, Gewichtsreduktion

Obesity is a complex condition. Although there is general agreement that a long-term energy balance slowly leading to accumulation of excess energy as adipose tissue storage is the main underlying cause, the reasons why this unfortunate development should take place in a society where obesity as a phenomenon is abhorred is difficult to understand. Just as obesity develops gradually over years, a strategy to combat obesity by modest but continuous interaction may prove a useful method. Rather than embarking on demanding programs with which the obese patients may only comply for a shorter time period, the problem should be identified early and prevention as well as intervention take place. For the future, children and adolescents will become a main target of these efforts. J Ernährungsmed 2001; 3 (2): 11–12.

Key words: obesity, adipositas, weight reduction

Übergewicht wird nun als eine der Hauptgefahren für die Gesundheit anerkannt. Die Prävalenz steigt nicht nur in den industrialisierten Ländern, wie z. B. Schweden [1, 2], sondern auch in Entwicklungsländern [3] dramatisch an. Die „Epidemie“ Übergewicht hat mittlerweile solche Ausmaße angenommen, daß eine internationale „Task force“ unter der Schirmherrschaft der WHO zur Identifizierung der Problematik und Herausgabe von Empfehlungen gegründet wurde [3].

Obwohl verschiedene neue Medikamente die Langzeitbehandlung unterstützen, sind die prinzipiellen Behandlungsmodalitäten die selben wie vor 20 Jahren. Die konservativen Standardbehandlungsprogramme von Übergewicht beinhalten noch immer Diät, Verhaltensänderung und körperliche Übungen, obwohl betont werden muß, daß diese Programme mittlerweile besser aufgebaut sind und vor allem den Umstand berücksichtigen, daß Übergewicht als chronischer Zustand einer Langzeitbehandlung bedarf [4]. Die chirurgischen Eingriffe wurden einigen technischen Verbesserungen unterzogen, sind im Prinzip aber dieselben wie früher, resultieren jedoch in Restriktion und, in geringem Ausmaß, in Malabsorption. Diese Möglichkeiten sind auch nur auf einen sehr kleinen Anteil der großen Übergewichtigen-Population beschränkt [5]. Diäten mit einem sehr niedrigen Kalorienanteil (VLCD, very low calorie diets) bewirken geringe Änderungen in der Zusammensetzung und im Energiegehalt. Wirkungsvoll sind sie nur in der Kurzzeitbehandlung, es konnte nicht nachgewiesen werden, daß sie in der Langzeitgewichtskontrolle über mehrere Jahre ein Rolle spielen [6]. Die Langzeitbehandlung mit Medikamenten wird eine Möglichkeit der Therapie werden, die Medikamente müssen jedoch über mehrere Jahre eingenommen werden, um eine langanhaltende Gewichtsreduktion zu erreichen. Die Gefahr der Abhängigkeit, die unter gewissen Umständen ein Problem dargestellt hat, ist mittlerweile nicht mehr so groß [7].

Die Behandlung eines chronischen Zustandes

Daß Änderungen der Energiebalance theoretisch scheinbar so leicht zu erreichen sind, hat die Bevölkerung und wie die Ärzte zu der vereinfachten Meinung geführt, daß dramatische Veränderungen im Körpergewicht ebenso einfach zu erwarten sind wie die Heilung einer Pneumonie durch die Gabe von Antibiotika. In anderen Bereichen der Medizin, wie etwa bei Rheumatismus, Psoriasis oder AIDS, sind die Behandlungsergebnisse genau so schlecht wie in der Behandlung des Übergewichtes, aber niemand stellt die enormen Ressourcen in Frage, die von der Gesellschaft vorgesehen werden, um mit diesen chronischen, behindernden bzw. letalen Krankheiten fertig zu werden. Nachdem bekannt wurde, daß nur eine Langzeit-Verhaltensmodifikation zu einer anhaltenden Gewichtsreduktion führt, hat die Bevölkerung ihren Kampf gegen Übergewicht aufgegeben. Die Ärzteschaft hat – nach Realisierung, wie wenig in der Behandlung von Übergewicht zu erreichen ist – dem Problem den Rücken zugekehrt. Frank stellte in einem rezenten Review-Artikel fest: „Die häufigste metabolische Erkrankung in den USA wurde mit Verachtung und Gleichgültigkeit behandelt“ [8].

Wer wird Vorteile haben?

Bisher wurde Übergewicht bei Frauen als kosmetisches Problem angesehen, das mehr psychosoziale als gesundheitliche Konsequenzen hat. Die Daten der Nurses' Health Study [9] zeigen, daß diese Ansicht revidiert werden muß, nachdem bereits ein moderat erhöhter BMI die Mortalität verdoppelt und ein BMI > 32 kg/m² das Risiko, Diabetes zu bekommen, dramatisch ansteigen läßt. Die Übersicht von Goldstein [10] zeigt, daß für diese Patientengruppen bereits eine moderate anhaltende Gewichtsreduktion von 5–10 % (was ca. den Kilogramm-Angaben in den meisten

Vom Health behaviour research, Karolinska Institute and Obesity Unit, Huddinge University Hospital, Stockholm, Schweden
Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Stephan Rössner, Health behaviour research, Karolinska Institute and Obesity Unit, Huddinge University Hospital, SE-141 86 Stockholm, Sweden

Tabelle 1: Zielgruppen für Gewichtskontrollprogramme

Kategorie	Strategie	Prinzip
Kinder	Primärprävention	Primärprävention
Heranwachsende	Prävention, evtl. aktive Behandlung	Prävention, Behandlung in ausgewählten Fällen
Übergewichtige Erwachsene ohne Risikofaktoren	Langzeitbehandlung, weitere Gewichtszunahme sollte vermieden werden	Diät, Bewegung, Verhaltensmodifikation = DEB (diet, exercise, behaviour modification)
Geringgradig übergewichtige Erwachsene mit Risikofaktoren	Wichtige Zielgruppe für aktive Behandlung	DEB + medikamentöse Behandlung
Stark übergewichtige Erwachsene mit hohem Risiko	Hohe Priorität	DEB, medikamentöse Behandlung, Magen Chirurgie
Ältere Patienten	Geringes metabolisches Risiko, mechanische Probleme können Therapie beeinflussen	DEB-? Nur geringe Erkenntnis über Behandlungseffekte im höheren Alter vorhanden

Beispiel für Risikogruppen für Prävention, auch wenn noch kein Übergewicht vorhanden ist, Behandlung auch schon bei gering erhöhtem BMI:

- Genetisch bedingtes Übergewicht (klassische monochromosomales Syndrom u./o. schwere familiäre Belastung)
- Körperliche Unbeweglichkeit (Wirbelsäulenverletzung, neuromotorische Erkrankungen)
- Kardiale oder pulmonale Erkrankung, die den Energieverbrauch beeinträchtigt

Studien entspricht) deutliche metabolische, aber auch psychosoziale Vorteile mit sich bringt. Durch moderaten Gewichtsverlust kann sowohl bei Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom, mit Rückenschmerzen und mit psychologischen oder metabolischen Störungen ein besserer Zustand erreicht werden, was bedeutet, daß Individualisierung das Schlüsselement in der Entscheidung über Strategien hinsichtlich der Behandlung des Übergewichtes ist. Atkinson [11] gibt ein Beispiel, wie der Erfolg des Gewichtsverlustes in Bedingungen zur Gewichtsreduktion und in gewichtsassoziierte Risikofaktorenreduktion umgewandelt werden kann.

Die Tabelle 1 faßt einige Zielgruppen zusammen, die für verschiedene Formen der Intervention in Frage kommen.

Psychosoziale Aspekte von Übergewicht

In unserer Gesellschaft möchte heute niemand dick sein. Übergewichtige Patienten sind tatsächlich mehr Opfer der gesellschaftlichen Stigmatisierung als des Gewichtsproblems selber [12, 13] und sind bereit, alles zu tun, um eine anhaltende Gewichtsreduktion zu erreichen. Die Diskriminierung von Übergewicht in verschiedenen erzieherischen, beruflichen, ethnischen und geographischen Umfeldern und Gesellschaften erscheint noch ungerechter, wenn klar wird, daß die übergewichtigen Individuen nicht mehr psychologische Störungen aufweisen als die Normalbevölkerung. Übergewichtige Patienten, die wegen medizinischer oder chirurgischer Eingriffe vorstellig werden, zeigen keine größere Psychopathologie als nichtübergewichtige Patienten. Tatsächlich sind manche der ernsteren Komplikationen von Übergewicht als direkte Konsequenzen der geringgeschätzigen Einstellung der Gesellschaft gegenüber Übergewichtigen anzusehen, die schwerer wiegt als der Zustand selbst.

Schlußfolgerung

Übergewicht wird ein zunehmend größeres Gesundheitsproblem in den meisten Teilen der Welt, kürzlich wurden die Begriffe „Übergewichtswelle“ und „Übergewichtsepidemie“ geprägt. Bisher waren die Behandlungsergebnisse nicht vielversprechend, aber verbesserte Strategien für Diäten, Bewegungsprogramme und Verhaltensänderung könnten dies positiv verändern. Ebenso sind verschiedene neue Medikamente in der Erprobung.

Für die nächsten 10 Jahre kann folgende provisorische Strategie eines allgemeinen Behandlungsansatzes vorgeschlagen werden: Im jugendlichen Alter ist die Prävention das Hauptprinzip. Wenn man realisiert, wieviele Teenager bereits übergewichtig werden und sind, müssen viel mehr aktive Maßnahmen, die auch eine Behandlung mit Medikamenten und Gastro-Banding miteinschließen, ins Auge gefaßt werden – ein viel aggressiverer und möglicherweise auch kontroversiellerer Ansatz als bisher. In der mittleren Altersgruppe sind Gewichtsreduktionsprogramme wichtig, aber nicht nur, um Gewicht zu verlieren, sondern auch, um den Prozeß von lebensbedrohlichen Co-Morbiditäten zu verhindern. Im höheren Alter ist die Behandlung von Übergewicht wichtig, um eine metabolische Hochrisikosituation zu verbessern, und um eine Verbesserung mechanischer Probleme, wie z. B. die Lungenfunktion oder lokomotorische Erkrankungen, zu erreichen. Diese Umstände beeinträchtigen nicht nur definitiv die Lebensqualität, sondern verursachen auch hohe Kosten für die Gesundheitssysteme.

Literatur:

1. Kuskowska-Wolk A, Rössner S. Prevalence of obesity in Sweden. *J Int Med* 1990; 227: 241–6.
2. Lissner L, Johansson S-E, Quist J, Rössner S, Wolk A. Social mapping of the obesity epidemic in Sweden. *Int J Obes* 2000; 24: 801–5.
3. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity, 3–5 June 1997. World Health Organization, Geneva, 1998.
4. Brownell K, Jeffery R. Improving long-term weight loss: Pushing the limits of treatment. *Behav Ther* 1987; 18: 353–62.
5. Kral J. Surgical treatment of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT (eds). *Handbook of obesity*. Marcel Dekker Inc, New York-Basel-Hong Kong, 1998; 977–93.
6. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. National Institutes of Health, Very low-calorie diets. *JAMA* 1993; 270: 967–74.
7. Bray GA. Use and abuse of appetite-suppressant drugs in the treatment of obesity. *Ann Intern Med* 1993; 119: 707–13.
8. Frank A. Futility and avoidance. Medical professionals in the treatment of obesity. *JAMA* 1993; 269: 2132–3.
9. Manson JE, Colditz GA, Stampfer JM, Willett WC, Rosner B, Monson RR, Speizer FE, Hennekens CH. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1990; 322: 882–9.
10. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obesity* 1992; 6: 397–415.
11. Atkinson RL. Proposed standards for judging the success of the treatment of obesity. *Ann Intern Med* 1993; 119: 677–80.
12. Harris MB, Smith SD. The relationships of age, sex, ethnicity, and weight to stereotypes of obesity and self perception. *Int J Obesity* 1983; 1: 361–71.
13. Klesges RC, Klem ML, Hansson CL, Eck LH, Ernst J, O’Laughlin D, Garrott A, Rife R. The effects of applicant’s health status and qualifications on simulated hiring decisions. *Int J Obesity* 1990; 14: 527–35.