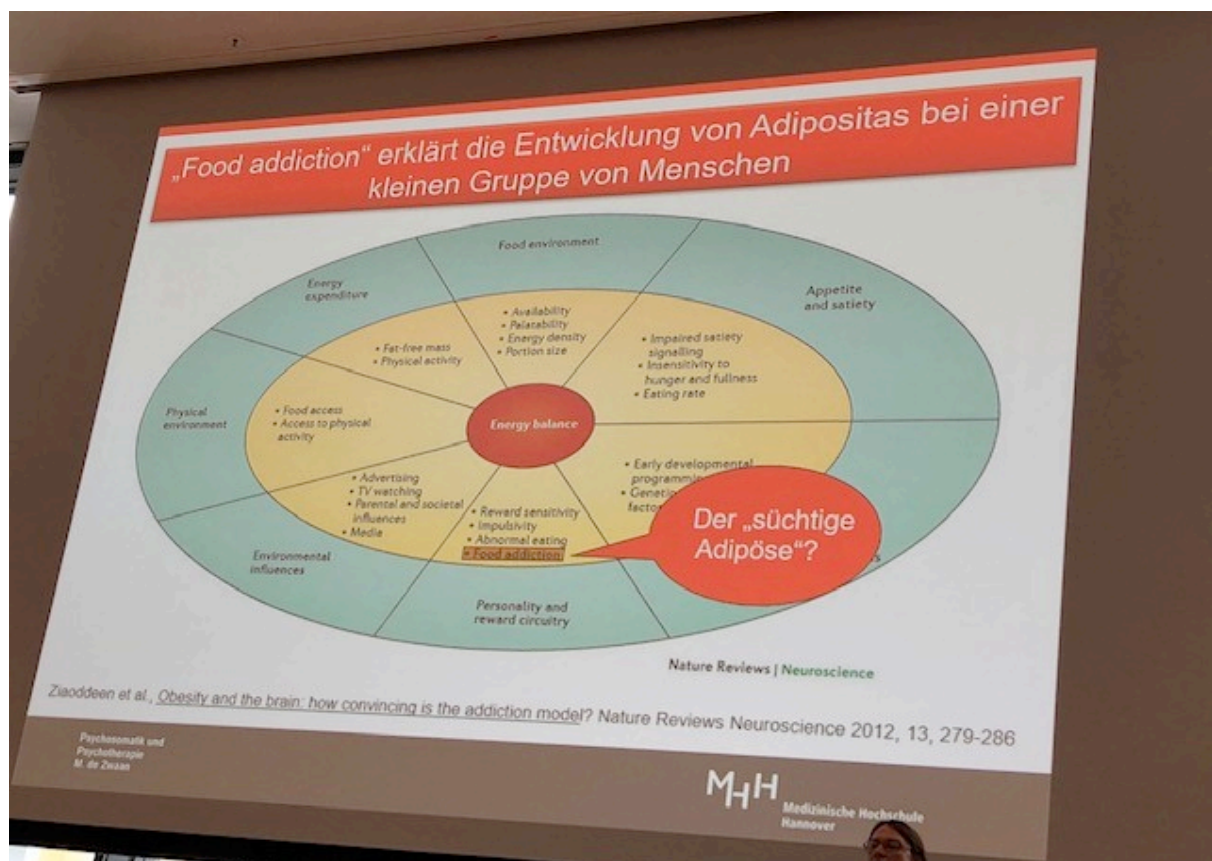


## Essenzen aus dem Adipositas-Kongress 2018 in Wiesbaden

M.de Zwaan: Adipositas = **Sucht**? → Kontrollverlust, Impulsivität, hohe Prävalenz von ADHS  
reduzierte Dopamin-Rezeptoren → „reward deficiency syndrome“  
Essen bedeutet Wohlgefühl, Dopamin wird ausgeschüttet.  
Viel-Essen ist notwendig, um den notwendigen Dopamin-Effekt zu erzielen.  
Medikament „Sibutramin“ führt zur Blockierung des Belohnungssystems, damit  
können Patienten leichter auf attraktives Essen verzichten.  
Abstinenz von krit. LM oder Dekonditionierung durch Expositionsverfahren?  
Gewichtsreduktion wird als Belohnung, Verstärkung erlebt.



M. Brenner (Mediparg Sachsenhausen, tel. 069-66051483): Energieverbrauch steigern durch **Bewegung** insbesondere die „cardio-respiratorische Fitness“ (CRF)  
Buchempfehlung: W. Banzer: „Körperliche Aktivität und Gesundheit“  
Bewegungsmangel führt in erster Linie zur Steigerung des Bauchfettes.  
Myokine durch Bewegung steigern und Adipokine senken!!  
1kg Fettabbau = -7000 kcal = 23 Stunden Gehen (5km/h)  
Pro Woche sollten 2000-3000 kcal durch Bewegung verbraucht werden, um Gewicht stabil zu halten.  
Proteinzufuhr wichtig, um Muskelzellen zu erhalten, Bewegung soll Freude bereiten! Klare Ziele erarbeiten und intrinsische Motivation aufbauen.  
Durch Bewegung kann der negative genetische Effekt des Übergewichts gegen- gesteuert werden.

W. Kiess: Epidemiologie: 19 Mill. Menschen mit Adipositas in Deutschland  
Studie über 20 Jahre (N= 51.000): Adipositas im Kindesalter (3.-6. Lj) → 90%  
Prognose für Adipositas im Erwachsenenalter

J. Schmidt: **Neuromodulation bei Adipositas**

Untersuchung der Non-Responder (20-40%) und Rebound bei bariatr. Op:  
- neuronale Auffälligkeiten im frontalen Cortex: reduzierte graue Substanz und Atrophie im OFC (orbitofrontal Cortex, kognitive Informationsverarbeitung).  
Korrelation mit höherem BMI  
- Funktionelle Veränderungen: Hyper-Responsivität im Striatum, Amygdala und Insula, Hypo-Responsivität bei inhibitorischen Zentren → Impulsivität  
EEG: erhöhte Beta-Reaktivität = erhöhtes Arousal (erhöhte Aufmerksamkeit auf Nahrungsreize)  
- Therapeutischer Ansatz: Neurofeedback, Vagusnerv-Stimulation, Hirn-Stimulation (invasiv und non-invasiv)  
Ergebnis: reduziertes Verlangen nach Heißhungerattacken, nicht jedoch auf der tatsächlichen Verhaltensebene.  
Hoffnung der Patienten: „Schalter umlegen“

M. Gericke: **Immunologische Veränderungen:** vermehrte Makrophagen im Fettgewebe, weniger NK-Zellen (natürliche Killer-Zellen), somit schlechtere Reaktion auf Tumor. Der hohe Leptinspiegel macht die NK Zellen inaktiv.  
Gewichtsreduktion macht die Dysfunktionalität teilweise reversibel.  
Damit wird auch die erhöhte Krebserkrankung bei Menschen mit Adipositas erklärt.

C. Stier: „**Dumping-Symptom**“ bei bariatrischen Ops = hypoglykämischer Zustand aufgrund der Sturzentleerung des Magens in den Bypass , häufig im Zusammenhang mit sehr schneller Gewichtsreduktion und Non-Diabetiker, Diättempfehlung: niedrige Menge an KH, aber ballaststoffreich, 5-6 Mahlzeiten.  
Medikamente: „Acarbose“ und „Liraglutid“ (0,6mg ....1,2 mg, Selbstzahler, teuer)

Weitere **Medikamente zur Behandlung von Adipositas** vorgestellt: Mysimba (Naltrexon+Bupropion) von Chephlapharm → Reduktion des Appetits  
Naltrexon (erprobt bei Alkohol- und Opiad-Abhängigkeiten)  
Bupropion (erprobt bei Depression und Raucherentwöhnung)  
Kontraindikation: Schmerzpatienten unter Medikation, Krampfanfälle, Alkoholentzug  
Ziel: - 5% Gewichtsreduktion in 16 Wochen  
Langsames Einschleichen wg. Nebenwirkung (Übelkeit) über 4 Wochen  
1. Wo. 1-0-0, 2. Wo. 1-0-1, 3. Wo. 2-0-1 4. Wo. 2-0-2  
Grundsätzlich: lebenslange Medikation möglich, nach Absetzen droht Gewichtszunahme.  
Medikation zur Behandlung der Adipositas ist keine Kassenleistung!! (SGB V)

**Adipositas und Schwangerschaft**

BMI > 50 = geringe Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden  
Verbesserte Chance zur Schwangerschaft nach bariatr. Op (restriktives Verahren günstiger als Bypass!!), dennoch: Entwicklungsretardation im Mutterleib, weil Kind deutlich kleiner, Defizit an Makro- und Mikronährstoffen (Eisen, Vit. A, B ...) und Hypoglykämie

**Diskriminierung** von Adipositas führt zu erhöhtem Essdruck (ungünstige Stressbewältigung).  
43% des Klinikpersonals stigmatisieren Menschen mit Adipositas.  
In Deutschland werden 10.000 Menschen jährlich bariatrisch operiert.  
„Residual-Stigma“ nach bariatrischer Op. im Sinne des geringeren Verantwortungsbewußtseins und körperlichen Unattraktivität. Adipositas Stigma (selbst und fremd) bedeutet chronischer Stress für die Betroffenen.

Buchempfehlung: Robert Lustig: „Die bittere Wahrheit über Zucker“

## A. Pfeiffer: Pathophysiologie des Zuckers

Palatinose C<sub>12</sub> H<sub>22</sub> O<sub>11</sub> (Isomaltulose) → niedriger glykämischer Index → weniger Insulinaktivierung

GIP: Hormon zur Ausschüttung von Insulin

GLP-1 Zellen im Dünndarm → Verbesserung der Insulinsekretion in der Leber

Viel Zucker → viel GIP → Fettleber, Fructose → keine Insulinausschüttung

„Acarbose“ → Reduktion des glykämischen Index

Essen führt zur Ausschüttung von GIP, damit wird die Fettverbrennung in der Muskulatur aktiviert, ebenso die Makrophagen im Fettgewebe, damit zeigt sich auch ein erhöhter CRP-Wert. GIP hemmt die Lipolyse. Niedrigere glykämische Werte führen zur Senkung des CRP.

CRP (C-reaktives Peptid): max. 5, Hinweis auf Entzündungsprozesse im Körper, bei Menschen mit Adipositas häufig erhöht. Mit der Gewichtsreduktion verbessert sich der Wert. Fructose - Diät → vermehrte Harnsäure → Nierenerkrankungen (eher typisch für AN-Pat.)

C<sub>6</sub> H<sub>12</sub> O<sub>6</sub>

Zuckerzufuhr pro Tag: 110-120 g, junge Menschen mehr als ältere, eher in der unteren Schicht insbesondere im Zusammenhang mit zuckergesüßten Getränken

WHO-Empfehlung für Zucker: 5-10% der täglichen Energiezufuhr

**Süßstoffe** → Verstärkung des Süßbedürfnisses → Adipositas + Diabetes

→ Inkretin-Sekretion → GIP und GLP-1

→ Veränderung des Mikrobioms bei hoher Menge von Süßstoffen

→ günstiger ist die Kombination von Glucose und Süßstoff

Nur geringer Nutzen bei der Gewichtsreduktion, eher bei Frauen.

DANK: Deutsche Allianz nichtübertragbarer Krankheiten [www.dank-allianz.de](http://www.dank-allianz.de)

22 medizin. Fachgesellschaften als zentraler Ansprechpartner für Medien und Politik

Ziel: Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas und Schulen

Reformbedarf in der Versorgung von Menschen mit Adipositas, Formulierung von einheitlichen Qualitätsstandards in der ambulanten Adipositastherapie

Dr. Dankhoff (DAK, Hamburg seit 2015, vorher Arzt in einer Klinik für Adipositastherapie)

Adipositas kostet die Solidargemeinschaft pro Jahr 15 Mrd. Euro.

Viele Patienten sind nach der bariatr. Op unzufrieden, benötigen Psychotherapie, d.h. weitere Kosten!

Maßnahmen sind oft nur kurzfristig angelegt, die Patienten benötigen aber eine langfristige Behandlung.

Forderungen: - holistische Behandlung

- gute Vernetzung

- klare Behandlungsziele definieren

- Codierung der Diagnose mit E66.01 bis E66.99 notwendig (Datenauswertung)

- psychologische Ursachen erarbeiten und Alternativen zur Frustrationsbewältigung aufbauen

„Die Behandlung der Adipositas gehört in die Regelversorgung der GKV, es macht keinen Sinn, dass eine einzelne Kasse allein diesbezüglich aktiv wird.“

„In den Schulen soll „Ernährung“ als Unterrichtsfach eingeführt werden.“

A. Sharma: Obesity Care in Canada (vor 18 Jahren aus Dtl. ausgewandert)

Adipositas ist kein Risikofaktor für andere Erkrankungen, sondern eine Erkrankung mit notwendiger Dauerbehandlung.

Schweregrad der Adipositas hat zugenommen, es ist eine chronisch progrediente Erkrankung. In Kanada gibt es 80 spezialisierte Ärzte mit einer bes. Zertifizierung. Der Körper steuert gegen die Gewichtsreduktion (neuro-hormonelle Gegenregulation) durch Absenkung der Stoffwechselrate und der Thermogenese. Daher ist auch in der Gewichtsstabilisierungszeit eine therapeutische Begleitung sinnvoll.

Die Kombination von Verhaltensmodifikation und Chirurgie hat den besten Effekt: - 20-30%

zusammengestellt von Doris Weipert, 11-2018