

## **Kommentierung der Konsultationsversion der interdisziplinären S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei darf ich Ihnen meine Kommentierung der dazu freigegebenen interdisziplinären S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas per Email zukommen lassen.

Als hausärztlich tätiger Allgemeinmediziner war ich sehr froh, dass die bisher geltende Leitlinie überarbeitet wurde. Da ich ebenfalls als Sachbuchautor sehr intensiv die Literatur zum Thema Adipositas kenne, wurde in der alten Leitlinie nicht der aktuelle Kenntnisstand wiedergegeben, beispielsweise zum Thema BMI-Klassen und Gesundheitsgefährdung. Deshalb ist meine Enttäuschung sehr groß darüber, dass in der aktualisierten Leitlinienversion diese meiner Meinung nach fehlerhafte Interpretation der internationalen Datenlage nicht verbessert sondern beibehalten wurde. Ich darf dies im Folgenden anhand ein paar konkreter Beispiele belegen.

### **1. BMI-Klassen und Gesundheitsgefährdung:**

Gleich in Tabelle 4 wird die modifizierte WHO-BMI-Tabelle aus dem Jahre 2000 aufgeführt. In dieser Tabelle wird beginnend vom Untergewicht mit einem BMI unter 18,5 bis zu einem Adipositas-Grad II mit einem BMI über 40 eine lineare Zunahme des Risikos für Begleiterkrankungen des Übergewichts aufgeführt. Hier kann man nun argumentieren, es ginge ja nur um spezielle mit Übergewicht assoziierte Erkrankungen, doch wird dies anschließend so gehandhabt, als wäre der Grundsatz richtig, je mehr Gewicht desto kränker. In dieser Logik schließt sich dann die Leitlinie der Meinung der American Medical Association an, dass Adipositas generell als chronische Krankheit einzuordnen ist. Aber allein schon eine ganz einfache Betrachtung der vorliegen epidemiologischen Daten widerspricht jedoch dieser Einschätzung. Ich zitiere aus einem Aufsatz (1) von Frau Prof. Mühlhauser von der Universität Hamburg, die in Deutschland mit am besten die epidemiologische Datenlage dazu kennt:

„Das Körpergewicht mit der besten Lebenserwartung hat sich seit den 70er Jahren sowohl in den USA als auch in Deutschland zu höheren BMI Werten verschoben. Für das mittlere Lebensalter ist ein BMI um 27, jenseits des 70. Lebensjahrs ein BMI zwischen 27 und bis über 35 mit der geringsten Mortalität assoziiert (Flegal et al. 2005; Mühlhauser 2007; Lenz et al. 2009). Das sog. Übergewicht ist in Bezug auf Lebenserwartung in Populationsanalysen also das Idealgewicht. Obwohl die Daten seit mehr als 10 Jahren bekannt sind, werden sie nur zögerlich zur Kenntnis genommen.“

Die selbst unter 103 in den Leitlinien aufgeführte aktuelle Übersichtsarbeit der amerikanischen Epidemiologin Katherine Flegal vom American Center of Disease Control bestätigt nochmals diese Einschätzung. In dieser Arbeit wurden die Daten von 2,88 Mio. Individuen erfasst. Im Vergleich zum sogenannten Normal-BMI (18,5-25) sinkt das relative Risiko in der Mortalität bei Übergewicht (25-30 BMI) auf 0,94 und bei Adipositas Grad I (BMI 30-35) auf 0,95. Erst ab Adipositas Grad 2 und 3 steigt dann das relative Risiko auf 1,29. Auch Veröffentlichungen in der Vergangenheit von Frau Flegal (2) unterstützen die These, dass nicht der Normal BMI mit der besten Lebenserwartung verbunden ist sondern ein BMI von 25-30 und teilweise eben auch Adipositas Grad I mit einem BMI von 30-35. In einer Übersichtsarbeit von Frau Mühlhauser publiziert im Deutschen Ärzteblatt 2009 findet sich folgender Abschnitt (3):

„Adipositas spielt mit steigendem Alter für die Gesamtmortalität eine zunehmend geringere Rolle (...). Nach dem 50. Lebensjahr besteht ein erhöhtes Mortalitätsrisiko für Frauen mit einem BMI > 36 kg/m<sup>2</sup> und für Männer mit einem BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> (...). Nach dem 65. Lebensjahr ist Adipositas kaum (...) oder gar nicht mit einer verkürzten Lebenserwartung assoziiert (...).“

Ich vermisse in der aktuellen Leitlinienversion den Bezug auf Veröffentlichungen von Frau Mühlhauser, weil sie meiner Meinung nach die in Deutschland führende Epidemiologin zum Thema Adipositas ist.

Unter 5. „Therapie von Übergewicht und Adipositas“ wird unter 5.1 eine generelle Gewichtsreduktion bei einem BMI über 30 empfohlen und bei einem BMI zwischen 25 und 30 bei Vorliegen von Gesundheitsstörungen. Nach Lage der Dinge betrifft dies jedoch in überwiegender Weise völlig gesunde, teilweise sogar mit Überlebensvorteilen ausgestattete Körperbautypen, die ca. 80-90% aller als übergewichtig eingestuften Patienten ausmachen dürften. Diese Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad A zu versehen ist somit im Sinne der Evidenz basierten Medizin nicht zu rechtfertigen. Patienten ab BMI 30 sind nach solider

Betrachtung nicht automatisch als chronisch krank einzustufen. Die Vorgabe der American Medical Association ist somit fachlich falsch. Werden sie in Deutschland umgesetzt, werden viele Menschen ab BMI 30 ohne medizinische Begründung vielfältige gesellschaftliche Nachteile erfahren beginnend mit höheren Versicherungsprämien. Eine solche Krankheitsdefinition hat vor allen Dingen einen stigmarisierenden Effekt.

### Herzerkrankungen

Auch bei den einzelnen Krankheitsbildern müssten die Zusammenhänge viel differenzierter betrachtet werden. Zum Beispiel wird bezüglich kardiovaskuläre Erkrankungen ebenfalls Adipositas als genereller Risikofaktor dargestellt mit erhöhter kardiovaskulärer Mortalität. Mit Nummer 39 wird dazu zitiert die Studie von Romero-Corral. Diese jedoch zeigt eine verbesserte Mortalität auch bei Adipositas I, also BMI 30-35 gegenüber dem sogenannten Normal BMI bei bestehender Herzerkrankung. Diese Quelle zeigt also das genaue Gegenteil von dem was in der Leitlinie behauptet wird. In einem Abschnitt darunter wird dann zwar dieses „Obesity paradox“ erwähnt. Jedoch wird dieses Paradox nicht weiter kommentiert, obwohl es doch die Empfehlung ad absurdum führt, dass übergewichtige Herzranke generell abnehmen sollten.

### Diabetes

Beim Thema Diabetes fehlt der aktuelle Bezug zu der derzeit hochwertigsten Überprüfung von Lebensstilschulungen bei Diabetes II Patienten, die AHEAD Studie (4). In den Leitlinien wird unter 106 eine AHEAD Publikation zitiert aus dem Jahr 2008, in dem z.B. HbA1 Werte durch Gewichtsreduktion reduziert werden konnten. Die aktuell veröffentlichten Ergebnisse weisen jedoch eindeutig darauf hin, dass es erstes extrem schwierig ist, eine Gewichtsreduktion zu bewirken und dass diese keinen Einfluss auf die Endpunkte, wie z.B. Herzkreislauferkrankungen, hat. Die Ergebnisse AHEAD stehen also dafür, Empfehlungen zur Gewichtsreduktion bei Diabetikern deutlich zu überdenken und davon eher Abstand zu nehmen. Ich finde den Bezug zur AHEAD Studie in den Leitlinien irreführend. Auch weitere aktuelle Publikationen, die ich in der Leitlinie vermisste, korrigieren die früheren Ansichten dazu (5).

## **2. Adipositas-Prävalenz**

Auch für die Aussage zu einem allgemeinen Anstieg der Adipositas-Prävalenz sind die dafür herangezogenen Studien sehr differenziert zu betrachten. Z. B. die unter 14 aufgeführte Arbeit von Frau Kurth aus dem Robert-Koch-Institut, also Daten der KiGGs-Studie. Frau

Kurth argumentiert mit einem Anstieg der Adipositas bei Kindern in einem Zeitraum von 10 Jahren von 50%. Bei genauer Betrachtung handelt es sich hier jedoch um das relative Risiko, das absolute Risiko beträgt dagegen 5% und dies nur anhand einer Vergleichsgruppe aus Jena, die aufgrund anderer ethnischer Zusammensetzung und anderer Methodik gar nicht mit der KiGGs Stichprobe vergleichbar ist. Die KiGGs-Studie ist zwar methodisch sehr hochwertig, jedoch bisher nur eine Querschnitt-Studie. Die dazu gehörigen Längsschnittdaten werden zurzeit erhoben und es wäre sehr interessant zu erfahren, ob sich hier ein bemerkenswerter Anstieg nachweisen lässt.

Die Aussage, dass die Prävalenz von Übergewicht mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern zunimmt, ist banal. Es war schon immer so, dass Menschen mit zunehmendem Alter zunehmen. Man kann davon ausgehen, dass dies biologisch sinnvoll ist, da der mit der höchsten Lebenserwartung verbundene BMI im Alter ansteigt. Hervorragendes Datenmaterial zum Thema Körperbauentwicklung, geschlechts- und altersspezifisch, wurde von der Biologin Frau Professor Holle Greil in den 80-er und 90-er Jahren an der Universität Potsdam erhoben. Sie hat ca. 70 000 Brandenburger mit ihrem Team von Kopf bis Fuß gemessen und hervorragende Daten dazu veröffentlicht. Es stellt sich die Frage, warum diese Daten noch in keiner einzigen medizinischen Fachpublikation Einzug gehalten haben; anstatt dessen interessierten sich Schulmöbelhersteller oder nach der Wende die Bundeswehr dafür, die diese Daten zur Aktualisierung ihrer Körperbauvorgaben genutzt haben. Frau Greil hat dazu umfangreich in anthropometrischen Fachjournals publiziert und ich habe ihre Ergebnisse in einem Sachbuch ausführlich zitiert und aufbereitet (6). Frau Greil kommt mit ihren Messungen in Brandenburg auch zu dem Ergebnis, dass von einer Epidemie der Adipositas nicht gesprochen werden kann, dass eine entsprechende Normalverteilung bezüglich der Fettverteilung in der Gesamtbevölkerung vorliegt und dass eben im Alter die entsprechende Fettbauportionen natürlicherweise zunehmen, um dann im Greisenalter wieder abzunehmen. All dies sind extrem hochwertige Daten, die, wie gesagt erstaunlicherweise von Adipositas-Forschern weiterhin nicht wahrgenommen werden.

### **3. Adipositas therapie**

Auch bei den Therapieempfehlungen werden jahrzehntelang gegebene Methoden als positiv bewertet, obwohl bis heute ausreichende Langzeitnachweise nicht geliefert wurden, was alleine schon skeptisch machen müsste.

So wird unter den 4.2.1 gegebenen Allgemeinempfehlungen unter 4.1 empfohlen Adipositas und Übergewicht zu verhindern in dem man sich bedarfsgerecht ernährt, regelmäßig körperlich bewegt und das Gewicht regelmäßig kontrolliert. Hier wird Empfehlungsgrad A gegeben. A bedeutet in der Evidenz basierten Medizin, dass zu diesem Thema mindestens 1 hochwertige 1-er Studie existiert bzw. 1 hochwertiger Review. Sonst kann Grad A nicht vergeben werden. Hier wird jedoch nur als Quelle der Expertenkonsens angegeben. Dies ist mit der Einteilung nach der evidenzbasierten Medizin jedoch nicht vereinbar.

Auch zu den weiteren Präventionsempfehlungen fehlen aussagekräftige kontrollierte Studien die in einer ausreichend langfristigen Anlage diese Empfehlungen dann auch stützen. Bezogen wird sich auf eher minderwertige Reviews wie z. B. 156, also Veröffentlichungen im Umfeld des World Cancer Research Fund, die z. B. Übersichtsarbeiten veröffentlichen, in denen aus 22 000 Studien dann 7000 in die Endbewertung einfließen. Damit lassen sich sehr einfach die Aussagen hochwertiger 1er Studien relativieren, ja sogar ins Gegenteil verkehren und deshalb ist der Bezug darauf mit einem evidenzbasiertes Vorgehen nicht vereinbar.

Wenn 1er Studien als Quelle zitiert werden, dann oft jedoch missverständlich. Beispielsweise die unter 321 zitierte Studie von Toubro et al für die Aussage der Gewichtstabilierung nach Diät durch fettarme Ernährung. In dieser Studie beginnen 43 Teilnehmer und nach 2 Jahren sind 28 übrig. Das Ergebnis zeigt lediglich einen verzögerten JoJoeffekt zur Vergleichsgruppe.

Insgesamt fällt auf, dass bis zum heutigen Tag eine ausreichend langfristig angelegte Studie fehlt, die statistisch hochwertig eine Intervention überprüft, mit der nicht nur Gewicht reduziert werden sondern dann auch jahrelang erfolgreich gehalten werden kann. Die vorhandenen Studien beziehen sich meist maximal auf 2 Jahre und sind auch innerhalb dieser 2 Jahre immer mit einem Gewichtsanstieg assoziiert. Ist dieser nach 2 Jahren noch nicht auf dem Ausgangsniveau angelangt, wird diese Intervention dann als erfolgreich eingestuft. Die Erfahrung in einer hausärztlichen Praxis spricht jedoch eine völlig andere Sprache. Nur äußerst selten trifft man auf Patienten, die ein abgenommenes Gewicht dann auch jahrelang halten konnten. Meistens ist dies dann verbunden mit einer positiven Veränderung der Lebenssituation, so die Erfahrung. Die allermeisten Patienten jedoch, die eine Gewichtsreduktion versuchten, sind nach einer Weile dann zu ihrem Ausgangsgewicht zurückgekehrt bzw. darüber hinaus. Die meisten dieser Menschen, so erlebe ich sie in meiner Praxis, sind reflektiert, diszipliniert und durch einen gesellschaftlich bedingten hohen psychischen Leidensdruck hochmotiviert.

Diese Situation ist für einen Hausarzt problematisch. Wie soll ich Menschen allein wegen ihres Körperbaus ab 25 BMI zur Gewichtsabnahme raten, wenn doch gar keine gesicherten Langzeitmethoden existieren, mit denen es dauerhaft möglich wäre (7). Stattdessen führt man diese Patienten in ständige und immer schneller einsetzenden JoJo-effekte und schädigt sie dadurch psychisch und Körperlich geschädigt ( 8,9,10 ). Die Leitlinie suggeriert leider immer noch Lösungen, die sich in der Praxis als Irrweg erweisen.

#### **4. Kommerzielle Angebote**

In diesem Zusammenhang halte ich es für problematisch Abnehmerfolge innerhalb von 12 Monaten durch verschiedenste kommerzieller Abnehmprogramme mit dem Hinweis „klinisch bedeutsam“ darzustellen. Hier wird suggeriert, dass es sich um medizinisch sinnvolle Vorgehensweisen handelt, und damit auch eine Atmosphäre geschaffen, in dem solche Programme dann in Form von IGEL-Leistungen an Patienten verkauft werden. Die langfristigen Auswirkungen solcher Programme inklusivem Jo-Jo-Effekt und auch Nebenwirkungen werden ausgeklammert.

Hochproblematisch finde ich auch Kommentierungen zur medikamentösen Gewichtsabnahme wie folgende Aussage „5.37 Wenn eine Adipositas medikamentös behandelt wird, soll nur Orlistat eingesetzt werden“. Das Arzneitelegramm hat diesbezüglich schon lange die bestehende Literatur ausgewertet und Orlistat als kritisch kommentiert. (11). Ich darf daran erinnern, dass die Vorgängerversion der Adipositas-Leitlinie aus dem Jahr 1998 die Zulassung des Appetitzüglers Sibutramin zur Gewichtsreduzierung empfohlen hat. Doch schon damals war die problematische Datenlage von Sibutramin bekannt, die schwere Herzkreislauf-Nebenwirkungen gezeigt hat, wie Publikationen des Arzneitelegramms aus dem gleichen Zeitraum beweisen. Dennoch wurde in den Leitlinien Sibutramin verharmlost und infolge dann zugelassen. Es dauerte 10 Jahre und viele Todesfälle bis endlich in Deutschland Sibutramin wieder vom Arzneimittelmarkt genommen wurde. Es sind also Menschen gestorben, weil diese Leitlinie ein schon damals als gefährlich eingeschätztes Medikament verharmlost und zur Zulassung empfohlen hat. Das darf nicht passieren.

Es gibt noch viele weitere Ungenauigkeiten und Unstimmigkeiten, die genauer zu beschreiben aber den Rahmen dieser Kommentierung sprengen würde.

### **Zusammenfassung:**

Die Grundthese dieser Leitlinie ist, dass Adipositas als Krankheit eingestuft werden muss und per se therapiert werden soll. Diese Grundthese ist nach fachgerechter Analyse der vorhanden hochwertigen systematischen Übersichtsarbeiten nicht haltbar. Mit der generellen Empfehlung einer Gewichtsreduktion würde man viele völlig gesunde Menschen mit hoher Lebenserwartung sogar in eine statistisch schlechter abschneidende Gruppe führen. Auch die vielseitig als positiv bewerteten Abnahmemethoden sind nicht durch ausreichend lange Beobachtungszeiten abgesichert, doch in 50 Jahren medizinisch begründeter Abnehmempfehlungen hätte es möglich sein sollen, eine solche belastbarer Langzeitstudie auf die Beine zu stellen. Man muß also davon ausgehen, dass es nicht möglich ist. Die Leitlinie motiviert also praktische Ärzte weiterhin Patienten Gewichtabnahme zu empfehlen, obwohl man nicht sagen, wie es denn in der Praxis auf gesunde Weise funktionieren soll. Gesichert dagegen sind die vielfältigen negativen Folgen von Gewichtsprogrammen und JoJo-Effekten.

Letztlich ist das Problem dieser Leitlinie, dass sie nicht unterscheidet zwischen krankhafter, massiver Fettleibigkeit, also dem kleinen Teil der Patienten, die aufgrund ihres Gewichts tatsächliche Einbußen an Lebensqualität und Gesundheit erleben, so wie wir es in der Sprechstunde auch feststellen, und dem viel größeren Anteil der völlig normal gesunden Molligen und Dicken. Diese zwei Gruppen werden durch solche Leitlinien in einen Topf geworfen und dies hat für die hausärztliche Sprechstunde ungünstige Folgen. Denn inzwischen möchten so gut wie alle Menschen abnehmen, sind in ihrem Körperempfinden gestört und werden in unseriösen Therapieprogrammen dann kommerziell ausgebeutet.

Unbenommen werden in der Leitlinie sicherlich wichtige Zusammenhänge und sinnvolle Therapieempfehlungen thematisiert. Es schadet nicht mit Patienten über allgemeine Verbesserungen des eigenen Gesundheitsverhaltens zu sprechen. Freude an der Bewegung und Stressreduktion sind Inhalte, die sich sicher auch positiv auf Übergewichtige und fettleibige Menschen auswirken. Dies gilt jedoch genauso für Untergewichtige.

Das Thema „Gewichtsdiskriminierung“ wird in den Leitlinien angesprochen, doch halte ich genau solche Leitlinien für eine der Ursachen dieses stigmatisierenden, gesellschaftlichen Trends. Es wird suggeriert, dass alle Menschen über einem BMI von 30 krank sind und diese werden in grotesker Übertreibung als eine große gesundheitliche Belastung für die Gesellschaft dargestellt. Durch die weiterhin als belegt dargestellte, aber in Wirklichkeit nicht funktionierenden Therapieempfehlungen, wird weiter suggeriert, dass Dicke selbst schuld sind an ihrem Gewicht, da sie es ja selbst ändern könnten. Dies bildet die Grundlage der

Diskriminierung. Zunehmend berichten mir Patienten, dass sie bei verschiedensten Erkrankungen als allererstes, bevor sie überhaupt untersucht wurden, von Kollegen pauschal aufgefordert werden abzunehmen, mit teilweise herablassendem Habitus. Diese Leitlinie geht gegen dieses unärztliche Verhalten nicht an, sondern liefert scheinbare Argumente dafür.

Wird diese Leitlinie als S3 Leitlinie offiziell zugelassen, werden durch das Siegel Evidenzbasiert diese weit etablierten Fehleinschätzungen nicht aufgedeckt und korrigiert sondern weiter gefestigt. So hat sich das David Sackett nicht gedacht. Ich möchte deshalb, die beteiligten Fachgesellschaften auffordern, diese Leitlinie sehr gründlich zu überarbeiten und dabei die Grundsätze und Regeln der Evidenzbasierten Medizin nicht nur formal sondern auch inhaltlich zu respektieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Gunter Frank

#### Quellen

1. Mühlhauser, I. (2007): Ist Vorbeugen besser als Heilen? ZEFQ, 101, 293-299.
2. Flegal, K.M./Graubard, B.I./Williamson, D.F./Gail, M.H. (2005): Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA, 293, 1861-1867.
3. Lenz, M./Richter, T./Mühlhauser, I. (2009): Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter - eine systematische Übersichtsarbeit. Deutsches Ärzteblatt, 106, 641-648
4. The Look AHEAD Research Group: N. Engl. J. Med. 2013; 369:145-54
5. Carnethon MR, De Chavez PJ, Biggs ML, Lewis CE, Pankow JS, Bertoni AG, Golden SH, Liu K, Mukamal KJ, Campbell-Jenkins B, Dyer AR.: Association of weight status with mortality in adults with incident. diabetes.JAMA. 2012 Aug 8;308(6):581–90.



6. G. Frank "Lizenz zum Essen", 2008, Piper Verlag, München

7. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Bluthochdruck und Diabetes: Große Wissenslücken bei Behandlungsstrategien

Dr. Anna-Sabine Ernst, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

19.07.2012 14:22

8. Hebebrand J: Paradoxien des Gewichts. Dtsch Arztebl 2008 / 105(23) / S. 404

9. Birch LL: Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promote girls`eating in the absence of hunger. American Journal Clinical Nutrition 2003/78/S.215-220

10. Sörensen T et al: Intension to lose weight, weight chances, and 18-y mortality in overweight individuals without co-morbidities. Plos Medicine 2005/2/S.0510-0520

11.

<http://www.arzneitelegramm.de/db/regshow1.php3?&wirkstoffcode=del&knr=201308185b4528fdcc58b04d9fe854b641c4566f&abo=&nummer=1>