



Adipositas-therapie in der Hausarztpraxis



Dr. med. Susanne Maurer

FMH Innere Medizin
Sport- und Ernährungsmedizin DGSM/DGEM
Delegierte Psychotherapie FMPP

Monika Schmid

Ernährungsberatung BSc SVDE
Geschäftsleitung Oviva Deutschschweiz

Ablauf

- ❖ Oviva Ernährungsberatung im ärztlichen Zentrum
- ❖ Fallbeispiel Adipositas
- ❖ Diagnostik
- ❖ Therapie
- ❖ Indikation zur Therapie Therapieziele/Therapieintensivierung

Wie es funktioniert

- Ernährungsberaterin HF/BSc vor Ort
 - Regelmässige Sprechstunde (z.B. fixer Wochentag alle zwei Wochen)
 - Eine fixe Betreuungsperson und funktionierende Kommunikation
- Abrechnung durch Oviva (eigene ZSR)
- Moderne Technologie (optional für Patient) zur Fernbetreuung
- Telefonzentrale für Patienten

Ihre Vorteile

- Einfache Kommunikation, tiefe Eintrittsbarrieren & höhere Patientenorientierung
→ **Mehr Patienten erreichen & binden**
- Niederschwellige und hochfrequente Betreuung durch App-Unterstützung
→ **Bessere Outcomes**
- Entlastung von gesprächsintensiven Patienten
→ **Mehr ärztliche Kapazität für höher vergütete Leistungen**



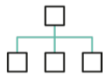
“Modell guter Praxis” vom BAG

1. Preis Forum Managed Care (FMC)

Für viele Indikationen ...



Adipositas



Stoffwechsel:

- Diabetes
- Hyperlipidämie
- Rheuma



Herz-Kreislauf: Hypertonie, KHK



Nieren: -insuffizienz, & -steine



Verdauungssystem:

- Obstipation / Diarrhoe
- Reizdarm
- Reflux
- Zöliakie



**Nahrungsmittelallergien &
Kreuzreaktionen**

Und viel mehr

... entlasten wir den Arzt von Gesprächsthemen

Pathophysiologie

Stadien & Typen Krankheit

Bedeutung vom Laborresultat (HDL/LDL ...)

Bedeutung für den Körper

Einfluss Umfeld, Ernährung, Bewegung & Stress

Umgang im Alltag

Wirkung (häufiger) Medikamente

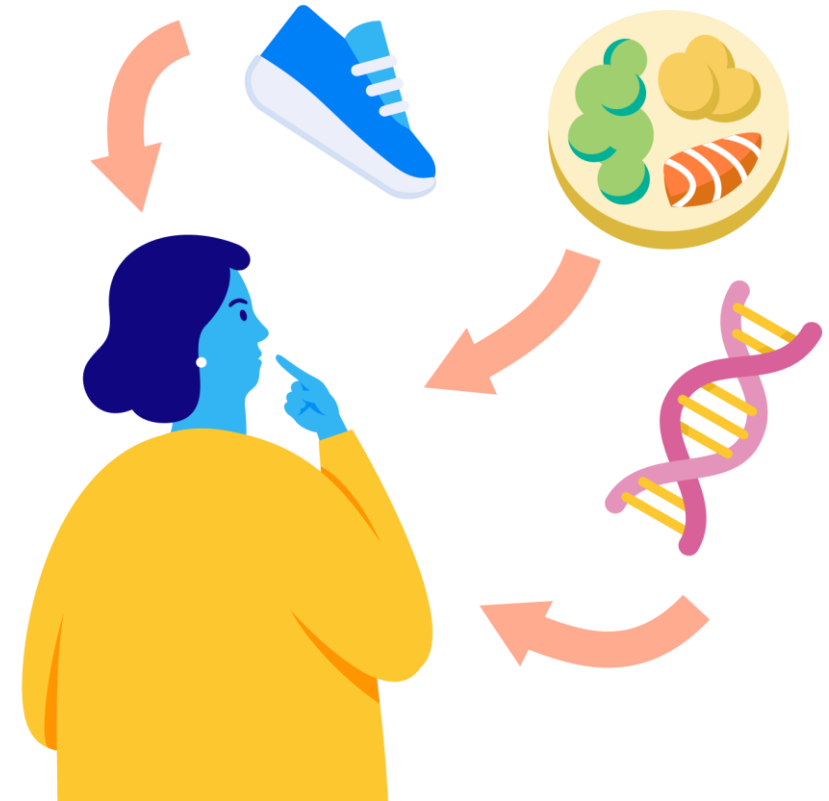
*Wir eskalieren immer an den Arzt bei
unerwarteten Änderungen z.B. im
Krankheitsverlauf oder mit Medikamenten*

Durch Integration und Kommunikation **stärken
wir die Patientenbindung** mit der Praxis

Und keine Belastung vom WZW Budget!

Fallbeispiel

- ❖ Weiblich, 42 Jahre, verheiratet,
3 Kinder (15j., 13j., 10j.)
- ❖ Beruf: ohne im Moment
- ❖ Diverse Diätversuche (immer
wieder
Jojo-Effekt)



Anamnese

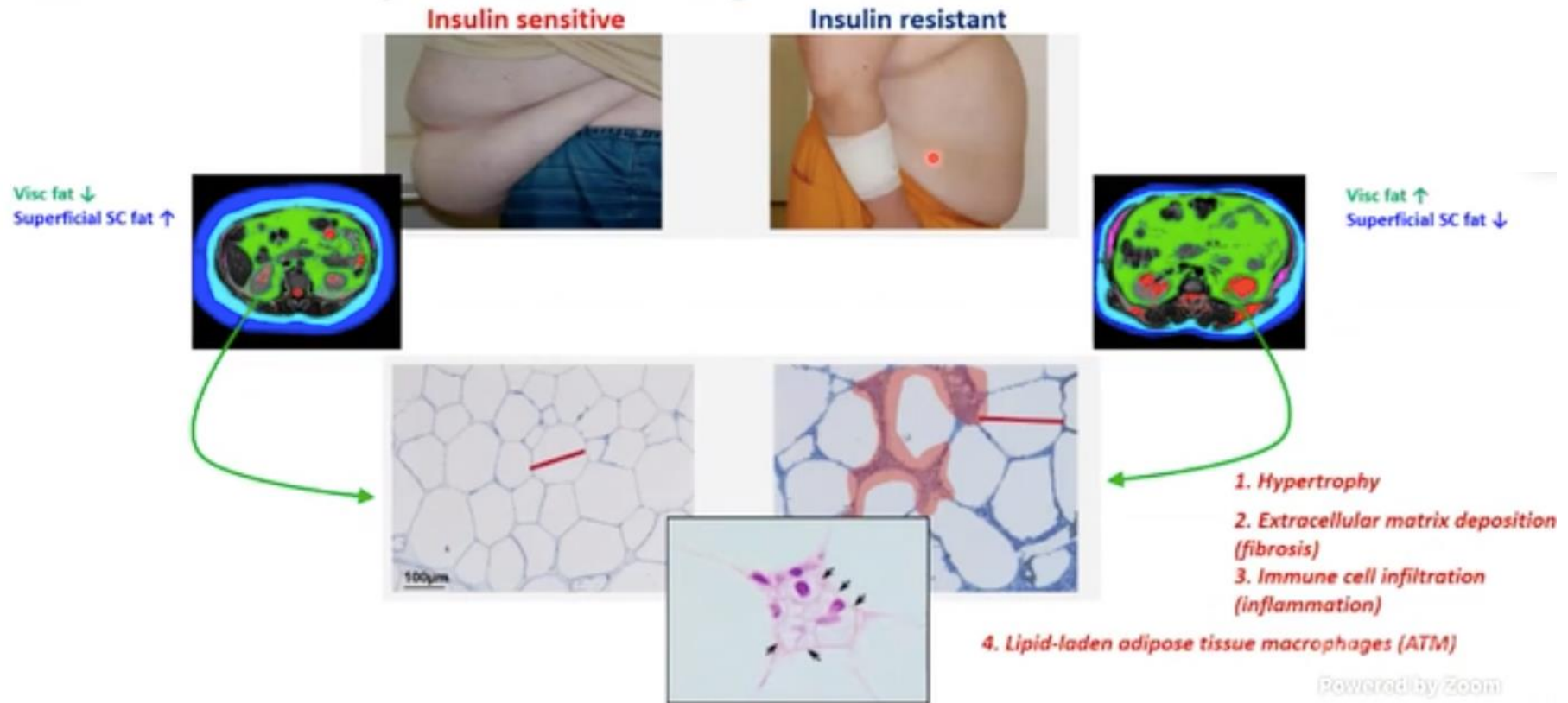
März 2020

- ❖ Medikamente / Supplemente: keine
- ❖ Grösse: 168cm / Gewicht am 103kg / BMI: 34.4
- ❖ Gewichtsverlauf: Mai 2017: 99kg /
März 2020: 103kg
- ❖ Bewegung
- ❖ Essverhalten

Diagnostik

- ❖ Laborwerte
- ❖ Bio-Impedanz-Analyse (Körperzusammensetzung)

Why do we need better obesity sub-phenotype *Because obesity is so heterogenous!*



Blüher: *Am J Physiol – Endocrinol and Metab* 299: E506, 2010; Golan: *Diabetes Care* 35: 640, 2012; Shapiro: *JCEM* 98: 1173, 2013; Gepner, Shai: *Circulation* 2017

Diagnostik

❖ Laborwerte

❖ HOMA-Index (12h Nahrungskarenz)

$$= \text{Ins. (nü., } \mu\text{U/ml)} \times \text{BZ (nü., mg/dl)} / 405$$

$$= \text{Ins. (nü., } \mu\text{U/ml)} \times \text{BZ (nü., mmol/l)} / 22.5$$

❖ Indikation:

- Infertilität
- Vd. PCOS
- Vd. Metabolisches Syndrom (BMI > 28 kg/m²)

HOMA-Index	Interpretation
< 1	normal
> 2	Hinweis auf Insulinresistenz
> 2.5	Insulinresistenz
> 5.0	Durchschnittswert bei Typ-2-Dm

Diagnostik

- ❖ Laborwerte
- ❖ Weitere Parameter können hilfreich sein:
 - ❖ CRP; hCRP; HDL-Chol.; TG; Leberwerte; SHGB
 - ❖ Hilft der HbA1c????

Beispiel Labor

Weibliche Pat. 35 J.; Diagnosen: Metabolisches Syndrom;
massive Insulinresistenz; HLP/Dyslipidämie; Vd. Migräne

HbA1c: 5.2%;

HDL: 0.98 mmol/l; LDL: 3.42 mmol/l;

SHGB: 35.6 nmol/l

HOMA-Index: 3.3

Ergebnisse des oralen Glucosetests vom 10.06.2020:

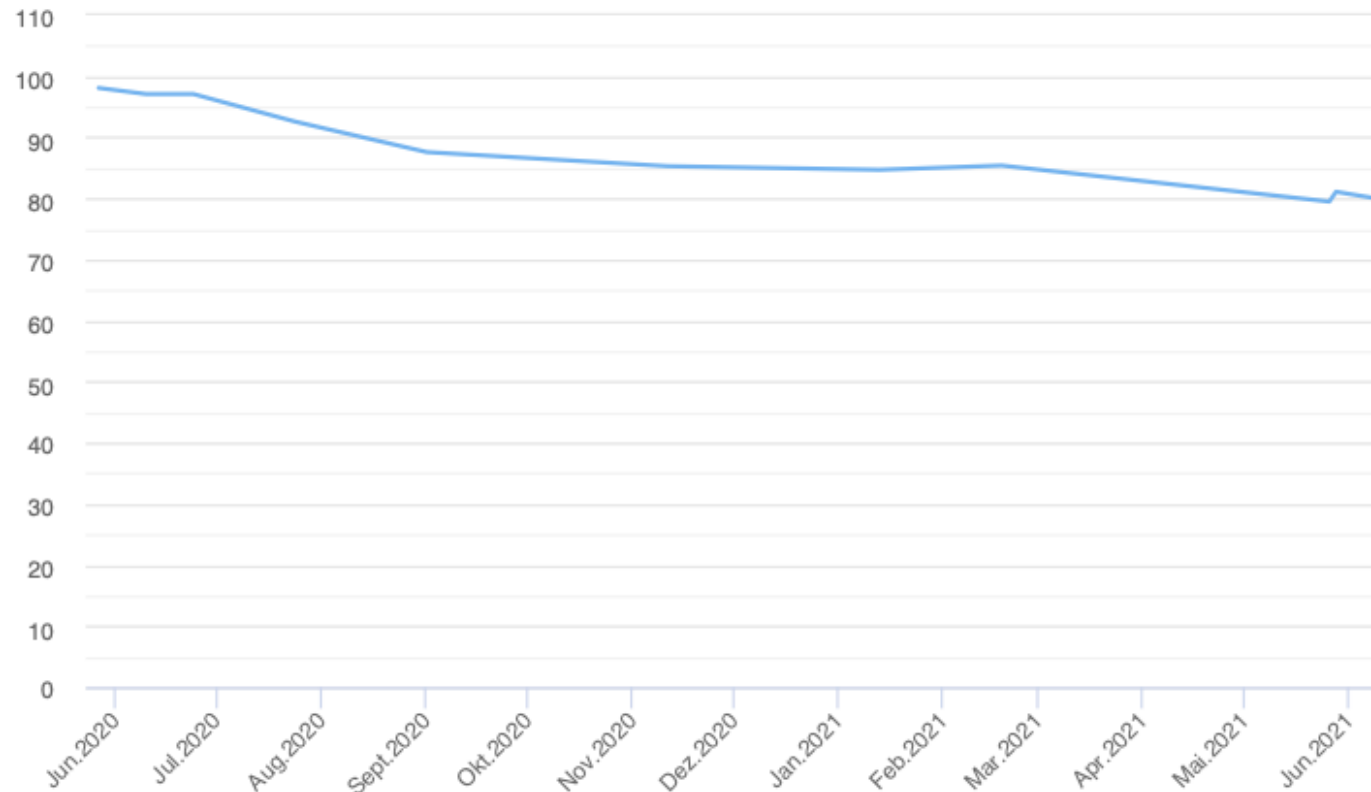
Zeitpunkt	Glucose kap	Glucose venös	Insulin
Nüchtern (0 Minuten)	4.7 mmol/l	4.89 mmol/l	109.0 pmol/l
60 Minuten	10.6 mmol/l	10.32 mmol/l	2011.0 pmol/l
120 Minuten	5.7 mmol/l	5.86 mmol/l	878.3 pmol/l

Während des ganzen Tests war [REDACTED] beschwerdefrei.

Beurteilung:

Bei der Patientin besteht eine beginnende Störung der Glukosetoleranz, vor allen Dingen hat sie eine Insulinresistenz nüchtern aber massiv ausgeprägt auch postprandial.

Chronologischer Gewichtsverlauf (in kg)



Weibliche Pat. 35 J.; Diagnosen: Metabolisches Syndrom; massive Insulinresistenz; HLP/Dyslipidämie; Vd. Migräne

BIA – Fallbeispiel

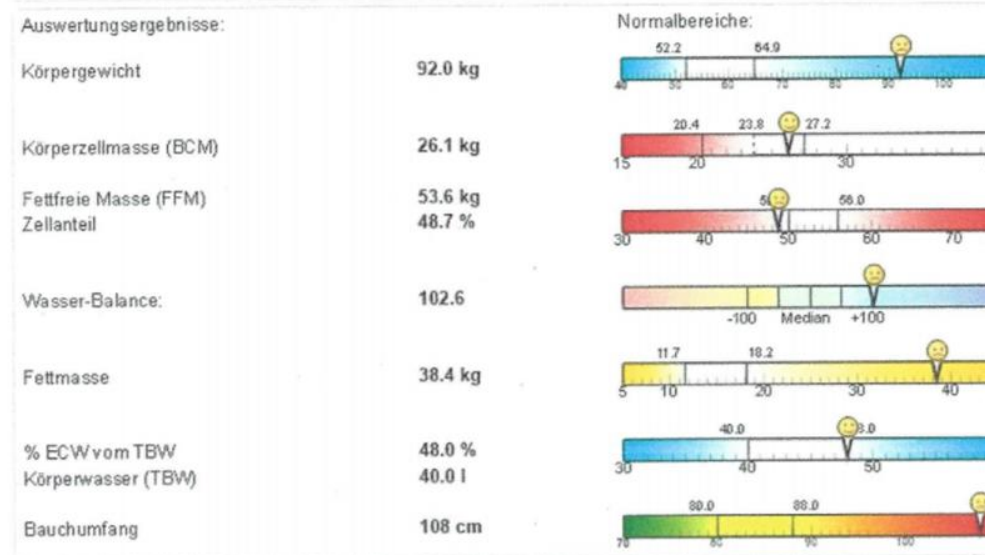
Alter: 42
 Geschlecht: weiblich
 Größe: 168 cm
 Gewicht: 92.0 kg
 Body Mass Index (BMI): 32.6 kg/m²
 Grundumsatz (BMR): 1668 kcal

Impedanzwerte:

	RARF	RALA	RFLF	LALF
Rz	486	487	452	493
Xc	47	40	47	45
PA	5.5	4.7	5.9	5.2

aktuelle Messung (1)
18.05.2017 09:23

Notiz:



Beispiel BIA

Weibliche Pat. 35 J.; Diagnosen: Metabolisches Syndrom;
massive Insulinresistenz; HLP/Dyslipidämie; Vd. Migräne

Name:



34 weiblich 10.06.2020 08:20

BMI

Gewicht: 97.00 kg BMI: 32.86 kg/m²

Größe: 171.8 cm

35 weiblich 09.06.2021 09:59

Fettmasse

Fettmasse (FM): 44.97 kg (46.4 %)* Fettmasse-Index (FMI): 15.2 kg/m²

Fettmasse

Fettmasse (FM): 32.36 kg (40.5 %)* Fettmasse-Index (FMI): 10.9 kg/m²

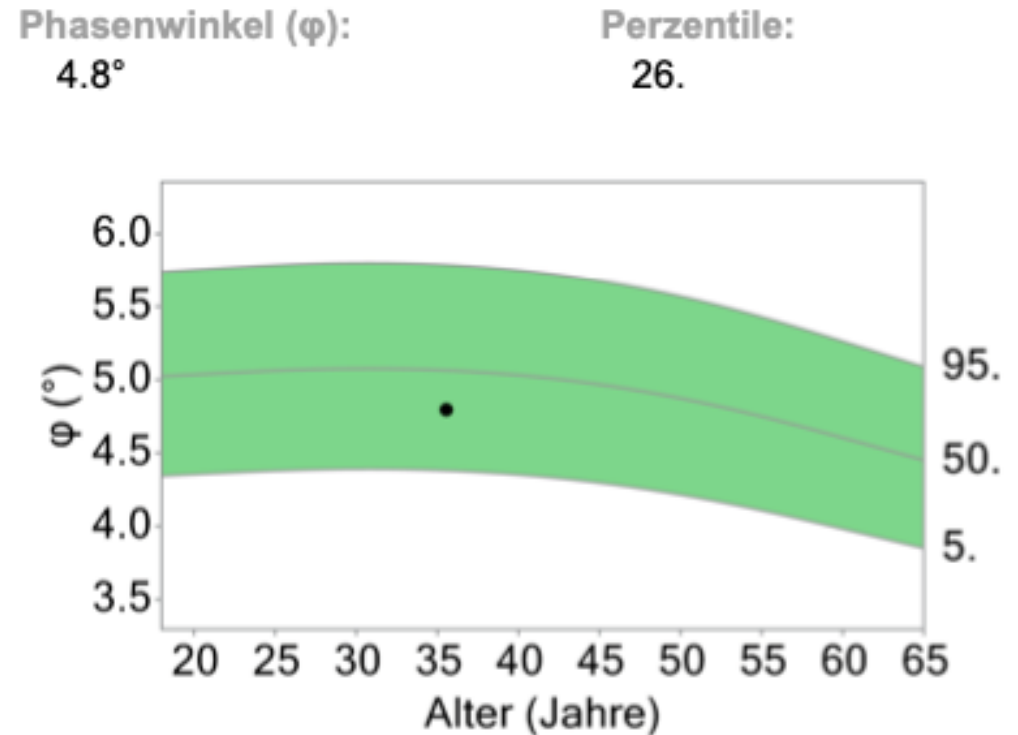
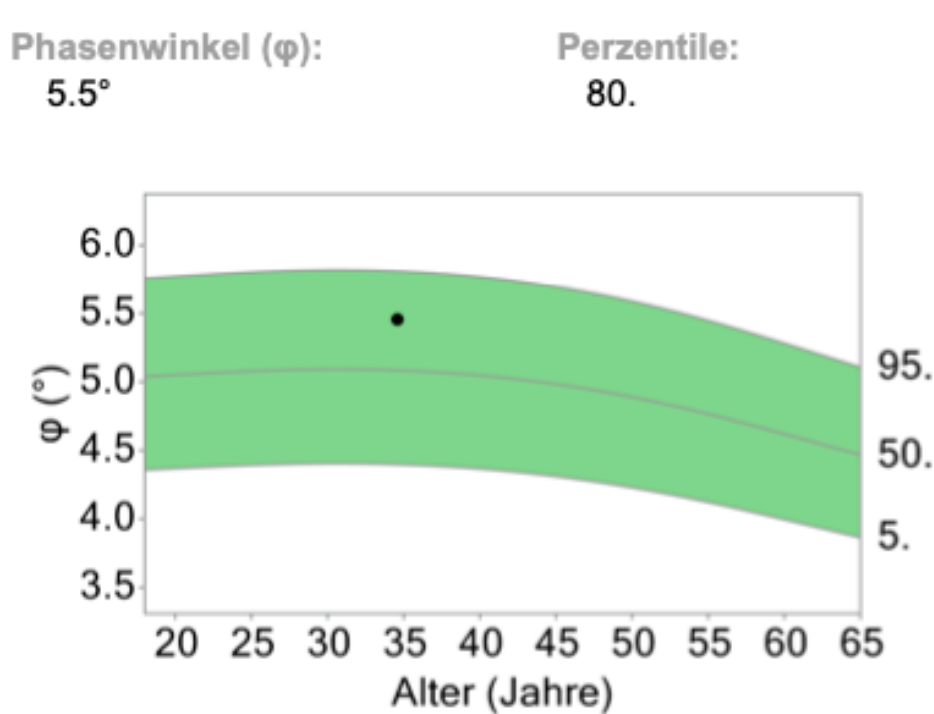
BMI

Gewicht: 79.80 kg BMI: 26.79 kg/m²

Größe: 172.6 cm

Beispiel BIA

Weibliche Pat. 35 J.; Diagnosen: Metabolisches Syndrom;
massive Insulinresistenz; HLP/Dyslipidämie; Vd. Migräne



Nach Bosy-Westphal

Ernährungs- therapie

- ❖ Was war wichtig zu sehen?
- ❖ Essprotokoll via Oviva-App
- ❖ Zielsetzung
- ❖ Bewegung
- ❖ Zeitmangel
- ❖ Motivation

Ernährungs- therapie



- ❖ April 2020 → 102kg
- ❖ Juni 2020 → Start mit medikamentöser Unterstützung
- ❖ Juli 2020 → 100.5kg
- ❖ Sept. 2020 → 96kg
- ❖ Nov. 2020 → 95.6kg (Medikament nicht mehr regelmässig genommen)
- ❖ Dez. 2020 → psychologische Unterstützung angesprochen
- ❖ Januar 2021 → 96kg
- ❖ April 2021 → 97kg

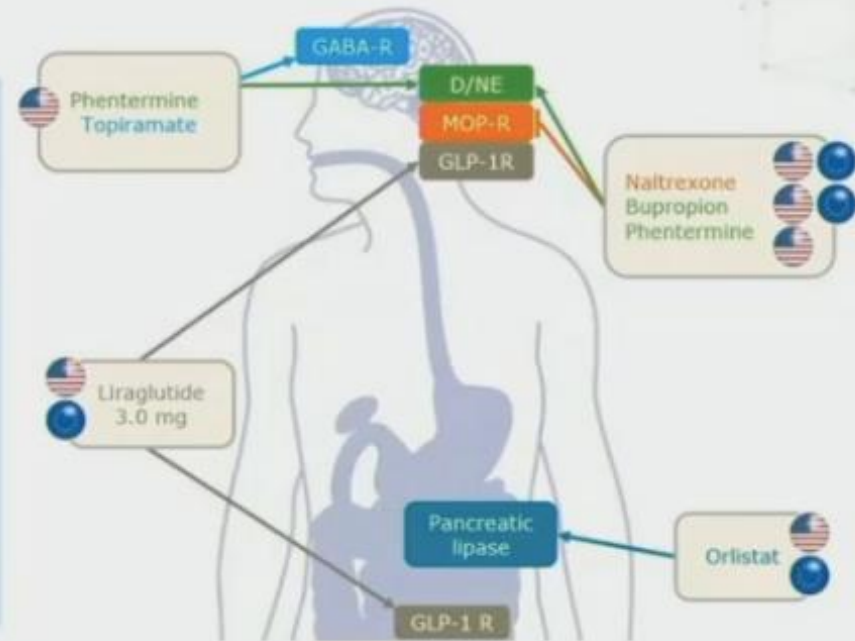
Therapieziele

- ❖ Diskussion:
- ❖ Indikation zur Gewichtsreduktion
- ❖ Zielgewichtsvereinbarung
- ❖
- ❖ Therapieintensivierung????

Therapieziele

Pharmacological options for weight management

			Mode of action	Indications
Orlistat (Xenical [®] , Alli [®])	✓	✓	Energy wastage	
Phentermine* (Adipex-P [®] , Suprenza [®])	✗	✓	Appetite reduction	Adjunct to diet and physical activity for chronic weight management in
Phentermine/topiramate (Qsymia [®])	✗	✓	Appetite reduction	a) obesity BMI ≥ 30 kg/m ²
Naltrexone/bupropion (Mysimba [®] , Contrave [®])	✓	✓	Appetite reduction	b) overweight BMI ≥ 27 kg/m ² with comorbidity
Liraglutide 3.0 mg (Saxenda [®])	✓	✓	Appetite reduction	



BMI, body mass index; D/NE, dopamine/norepinephrine; GABA-R, γ -aminobutyric acid receptor; GLP-1 R, glucagon like peptide-1 receptor; MOP-R, mu opioid receptor





*Approved for short-term use; [†]Xenical is indicated for obesity management including weight loss and weight maintenance when used in conjunction with a reduced-calorie diet. Alli is indicated for weight loss in adults who are overweight (body mass index, BMI, ≥ 28 kg/m²) and should be taken in conjunction with a mildly hypocaloric, lower-fat diet
 FDA Drugs: <http://www.fda.gov/Drugs/default.htm>; EMA Medicines: <http://www.ema.europa.eu/>

Therapieziele

Phentermine/topiramate is not approved in EU

The trial design, duration and baseline characteristics of the participants differ between the trial, hence it may not be a direct comparison

Pharmacological options for weight management





	Orlistat¹⁻³ 	Phentermine/Topiramate^{4,5} 	Naltrexone/bupropion⁶ 	Liraglutide 3.0 mg⁷⁻⁹ 
Weight loss at 1 year, placebo subtracted	-2.9%	-8.6%	-4.8%	-5.4%
Effect on weight over longer term, placebo subtracted	-2.8 kg at 4 years	Not studied	Not studied	-4.2 % at 3 years
% of patients achieving ≥5% weight loss at 1 year	54% (vs 33% in placebo)	67% (15 mg/92 mg) (vs. 17% in placebo)	48% (vs 16% in placebo)	63.2% (vs 27.1% in placebo)
% of patients achieving ≥10% weight loss at 1 year	26% (vs 14% in placebo)	47% (15 mg/92 mg) (vs. 7% in placebo)	25% (vs 7% in placebo)	33.1% (vs 10.6% in placebo)
Effect on maintenance of previous weight loss	2.4 kg less weight regain vs placebo over 3 years	Not studied	Not studied	-6.0% additional placebo-subtracted weight loss at 1 year

1. Rucker et al. *BMJ*. 2007;335(7631):1194-1199; 2. Torgerson et al. *Diabetes Care*. 2004;27(1):155-161; 3. Richelsen et al. *Diabetes Care*. 2007;30(1):27-32 ; 4. Qsymia PI 2018. Available [here](#) ; 5. Gadde et al. *Lancet*. 2011;377(9774):1341-1352; 6. Greenway et al. *Lancet*. 2010;376(9741):595-605; 7. Roux et al. *Lancet*. 2017;389(10077):1399-1409; 8. Pi-Sunyer et al. *N Engl J Med*. 2015;373(1):11-22; 9. Wadden et al. *Int J Obes*. 2013;37(11):1443-1451

Therapieziele

Phentermine/topiramate is not approved in EU
The trial design, duration and baseline characteristics of the participants differ between the trial, hence it may not be a direct comparison

Pharmacological options for weight management

	Orlistat 	Phentermine/topiramate 	Naltrexone/bupropion 	Liraglutide 3.0 mg 
Effect on CV morbid/mortal	Improvements in CV risk factors: blood pressure and serum lipid levels	Improvement in lipids and BP	Improvement in lipids Small increase in placebo subtracted BP	Safety data from Victoza® CVOT LEADER has been added to label
Most common AEs (>5%)	Abdominal pain	Paraesthesia, dizziness, dysgeusia, insomnia, constipation, mood changes and dry mouth	Nausea, constipation, headache, vomiting, dizziness, insomnia, dry mouth, diarrhoea	Nausea, diarrhoea, constipation, vomiting, headache, dyspepsia, fatigue, dizziness, abdominal pain, hypoglycaemia
Rare AEs	Liver failure Nephrolithiasis Acute kidney injury	Fetal toxicity May worsen depression Angle closure glaucoma	Risk of seizures with higher doses Worsening of depression	Pancreatitis Cholelithiasis

ADMs, anti-diabetic medications; AEs, adverse events; BP, blood pressure; CV, cardiovascular; CVOT, cardiovascular outcomes trial
EMA. EMA Medicines. Available from: <http://www.ema.europa.eu/> [accessed 10 March 2020]; FDA. FDA Drugs. Available from: <http://www.fda.gov/Drugs/default.htm> [accessed 10 March 2020]

Therapieziele

Greater weight loss leads to improved health outcomes

Towards greater weight loss and overall health improvement¹⁻⁵

- ✓ Hypertension¹
- ✓ Hyperglycaemia¹
- ✓ Prevention of T2D¹
- ✓ PCOS¹
- ✓ Dyslipidaemia¹
- ✓ Asthma/Airway disease¹
- ✓ NAFLD¹
- ✓ Cardiovascular¹ disease
- ✓ Urinary stress incontinence¹
- ✓ NASH¹
- ✓ OSA¹
- ✓ GERD¹
- ✓ Knee OA¹
- ✓ T2D remission¹⁻³
- ✓ CV mortality^{1,4,5}
- ✓ HFpEF^{1,4,5}

Weight loss

0 – 5%

5 – 10%

10 – 15%

≥ 15%

Take Home



- ❖ Schauen Sie auf die Indikation zur Gewichtsabnahme (4-M-System)
- ❖ 10% Gewichtsabnahme reicht bei 80% der Patienten
- ❖ Kommunizieren Sie das medizinische Zielgewicht **IMMER UND IMMER WIEDER**
- ❖ Ziehen Sie sämtliche Therapieregister, die der Patient erlaubt.... **EINES NACH DEM ANDEREN** (Ping-Pong-Frage-System)
- ❖ Nehmen Sie es mit Humor
- ❖ Schützen Sie Ihre eigene Psyche.
- ❖ Bedenken Sie, das Problem **ADIPOSITAS** heilt man nicht und schon recht nicht mit Gewichtsabnahme

❖ **Dr. med. Susanne Maurer**

FMH Innere Medizin / Sport- und Ernährungsmedizin DGSM/DGEM

Fähigkeitsausweis Delegierte Psychotherapie FMPP

Geschäftsführerin Adimed / Zemed Winterthur

s.maurer@adimed.ch

❖ **Monika Schmid**

Oviva Geschäftsleitung Deutschschweiz

Ernährungsberaterin BSc SVDE

monika.schmid@oviva.com