

Update Adipositas

Richtig einteilen, Stigmatisierung vermeiden

Im Umgang mit Adipositas ist eine empathische, nicht stigmatisierende Einstellung zentral. Wie eine neue Definition der Adipositas Fehlklassierungen bei Übergewichtigen und Adipösen vermeidet und welche Rolle der Lifestyle-Veränderung, den neuen Adipositas-Medikamenten oder bariatrischen Operationen heute in der Therapie zukommt, erläuterte Dr. Maria Mathiopoulou, Oberärztin, Endokrinologie und Diabetologie, Spital Uster, am 4. Ustermer Symposium.



Maria Mathiopoulou

(Foto: zVg)

Die Zahlen sind eindrücklich und beschreiben das Problem: 2020 lebten auf der Erde 810 Millionen Menschen mit Adipositas, inzwischen sind es immer mehr, und für das Jahr 2035 lautet die Prognose 1530 Millionen (1). Das würde bedeuten, dass mehr als die Hälfte (54%) der Weltbevölkerung mit Übergewicht oder Fettsucht leben wird. Auch in der Schweiz sieht es nicht viel anders aus, hier weist die Statistik des Bundes 43% der Personen über 15 Jahre als übergewichtig aus, die Adipositasrate liegt bei 12% (2). Die Liste der Komorbiditäten bei Adipositas ist erschreckend lang und reicht von metabolischen Störungen (Gallensteine, kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes etc.) bis zu mechanisch verursachten Problemen (Reflux, Inkontinenz, Kniearthrose etc.). In einer Studie aus Australien konnte zudem nachgewiesen werden, dass Übergewicht und Adipositas bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen mit einer Verkürzung der Lebenserwartung einhergeht (3).

Die Adipositas ist eine multifaktorielle Erkrankung, bei deren Entstehung epigenetische, neurobiologische und äussere Faktoren (Lifestyle, Stigmatisierung) zusammenwirken. Für die

Nahrungsaufnahme schilderte Dr. Mathiopoulou drei wichtige Dimensionen:

- Mit dem Ziel der Homöostase zwischen Hunger und Sättigungsgefühl wirken auf biologischer Ebene eine Vielzahl von Hormonen und gewebeabhängigen Botenstoffen zusammen, was man heute für die medikamentöse Therapie nutzen kann.
- Auf psychologischer Ebene spielt die Hedonie eine wichtige Rolle, also das durch Dopamin gesteuerte Verlangen nach Essen («wanting») sowie der über Opioid- und Cannabinoid-Rezeptoren kontrollierte Genuss am Essen («liking»).
- Im Frontalhirn lokalisierte Bereiche beeinflussen die exekutiven Funktionen im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme und bieten Ansatzpunkte für Lifestyle-Änderungen mit verhaltenstherapeutischen Anleitungen zur Esskontrolle.

Nicht nur der BMI zählt

Die gängige Einteilung der Adipositas beruht auf Gewicht, Körpergrösse und Geschlecht und findet ihren Ausdruck im Body-Mass-Index (BMI), der auch als Richtschnur für Therapieentscheidungen herangezogen wird. Kürzlich hat eine Publikation im «Lancet» vorgeschlagen, diese Einteilung um die Berücksichtigung des Körperfettgehalts, der Muskelmasse und des Vorliegens von Beschwerden oder Krankheitssymptomen zu erweitern (4). Damit wird es möglich, dem Phänotyp besser Rechnung zu tragen sowie Übertherapien und Stigmatisierungen zu begegnen. Dies illustrierte Dr. Mathiopoulou anhand einer Person mit BMI von 28,8 kg/m², die bisher als übergewichtig galt. Neu wird sie als «präklinisches Übergewicht» eingestuft, wenn sich Anzeichen für einen Überschuss an Körperfett nachweisen lassen, sonst unterbleibt die Diagnose Übergewicht (*Tabelle*). Selbst ein BMI von 32,4 kg/m² führt nicht zur Diagnose Adipositas, wenn sich gleichzeitig eine besonders hohe Muskelmasse nachweisen lässt. Eine Person mit einem sehr hohen BMI von 39,2 kg/m² gilt nur als «präklinisch adipös», wenn sich bei normaler oder tiefer Muskelmasse und fehlenden Krankheitssymptomen lediglich ein erhöhter Körperfettgehalt

KURZ UND BÜNDIG

- Eine neue Definition der Adipositas vermeidet Fehlklassierungen bei Übergewichtigen und Adipösen.
- Im Umgang mit Adipositas ist eine wertschätzende, empathische, nicht stigmatisierende Einstellung zentral.
- Im Rahmen der Therapiemöglichkeiten bei Adipositas sind Lifestyle-Änderungen unverändert wichtig.
- Die medikamentöse Unterstützung mit Inkretinanaloga erfolgt durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie.
- Steht eine bariatrische Operation zur Diskussion, muss die Zuweisung an ein Adipositas-Zentrum erfolgen.

nachweisen lässt. Die Diagnose «klinische Adipositas» erfolgt so nur bei gleichzeitig erhöhtem Körperfett und begleitenden Krankheitszeichen.

Wichtiges Ziel: Stigmatisierungen vermeiden

Der Vermeidung von Stigmatisierungen komme in der Betreuung von übergewichtigen und adipösen Patienten ein sehr hoher Stellenwert zu, betonte Dr. Mathiopoulou. Menschen mit Gewichtsproblemen begegnen heute vielfältigen Stigmatisierungen. Sie werden seltsam angeschaut, ihnen werden ein wenig gesundheitsbewusstes Verhalten und mangelnde Impulskontrolle oder fehlender Wille zur Gewichtsabnahme unterstellt. So führt die Adipositas über die externe Stigmatisierung zu anhaltendem psychologischem Stress, der eine Internalisierung des Stigmas bewirkt. Dies beeinflusst das emotionale Essverhalten negativ, führt dazu, Essen als (ungeeignete) Coping-Strategie einzusetzen und körperliche Aktivität zu vermeiden, alles Faktoren, welche die Adipositas verstärken: ein Teufelskreis (5,6).

Eine beachtenswerte multinationale Studie mit 13 996 Adipösen (hauptsächlich Frauen, durchschnittlicher BMI 30,5 kg/m²) zwischen 18 und 89 Jahren konnte nachweisen, dass die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas im Gesundheitssektor durchaus verbreitet ist (7). Von einer gewichtsbezogenen Stigmatisierung durch Ärzte berichteten 66,6% der Befragten. Dies führte zu deutlich selteneren regulären Check-up-Untersuchungen und zur Vermeidung von Arztbesuchen wegen Unwohlseins hinsichtlich der körperlichen Untersuchung beim Arzt.

Therapienutzen korreliert mit Ausmass der Gewichtsabnahme

Je nach erzieltm Gewichtsverlust führt die Adipositas-therapie gemäss einer Vielzahl von Studien zu assoziierten Gesundheitsverbesserungen. Schon eine geringe Gewichtsabnahme von bis zu 5% beeinflusst eine begleitende Hypertonie oder Hyperglykämie günstig. Eine Reduktion von 5–10% bewirkt eine Abnahme der kardiovaskulären Risikofaktoren, führt zu Verbesserungen beim polyzystischen Ovarialsyndrom, bei Stressinkontinenz, Atembeschwerden und Fettleberbefunden. Eine weitergehende Reduktion des

Körpergewichts um 10–15% wirkt positiv bei nicht alkoholischer Steatohepatitis, Schlafapnoesyndrom, gastroösophagealem Reflux und Kniearthrose. Für heute erreichbare drastische Gewichtsabnahmen von mehr als 15% sind eine Remission bei Typ-2-Diabetes sowie Reduktionen der kardiovaskulären Mortalität und einer begleitenden Herzinsuffizienz nachgewiesen worden.

Die Adipositasbehandlung folgt einem Pyramidenschema, an dessen Basis unverändert die Lifestyle-Änderung durch Beeinflussung des Essverhaltens und regelmässige körperliche Aktivität steht. Diese sollte um eine ernährungspsychologische Betreuung ergänzt werden, falls notwendig. Die weiteren Therapieoptionen bei zuvor nicht ausreichendem Behandlungserfolg bestehen in der Verschreibung eines Inkretinmimetikums durch Spezialärzte für Endokrinologie/Diabetologie oder in der Überweisung an ein Adipositas-Zentrum im Hinblick auf eine bariatrische Operation. Die Adipositas-therapie ist heute somit praktisch immer ein interdisziplinäres Vorgehen.

Erhalt der Gewichtsabnahme bleibt herausfordernd

Die am Rezeptor für Glukagon-like Peptide-1 ansetzenden Inkretinmimetika (GLP-1-Rezeptoragonisten) haben multifaktorielle Effekte auf Pankreas, Magen, Leber, Herz und Gehirn. Diese bestimmen die gewünschten, positiven Wirkungen und auch die Nebenwirkungen. Am häufigsten sind sie unter Semaglutid (Wegovy®) gastrointestinaler Natur (Übelkeit, Durchfall, Erbrechen und Verstopfung), werden meist als leicht bis mässig ausgeprägt beschrieben und verschwinden meist nach wenigen Tagen (8). Wichtig ist es, die Anfangsdosis tief zu wählen (0,25 mg) und nur langsam auf die Erhaltungsdosis (2,4 mg) zu steigern. Für die Adipositasbehandlung bestehen laut Zulassung detaillierte Einschränkungen und die Verschreibung muss durch einen Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie bzw. durch ein Adipositas-Zentrum erfolgen. Eine Behandlung mit Semaglutid sollte bei Adipositas (BMI ≥ 35 kg/m² oder ≥ 27 kg/m² bei gewichtsbedingten Begleiterkrankungen) zusätzlich zur Standardtherapie erfolgen, um das Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse zu senken sowie bei schon bestehender kardiovaskulärer Begleiterkrankung. Für die

Vergleich zwischen alter und vorgeschlagener neuer Definition von Übergewicht und Adipositas

BMI (kg/m²)	23,7	28,8	28,8	32,4	39,2	39,2
Überschuss an Körperfett?	nein	nein	ja	nein	ja	ja
Muskelmasse	normal/hoch	normal	normal/tief	hoch	normal/tief	normal/tief
Begleitsymptome?	nein	nein	nein	nein	nein	ja
alte Diagnose	kein Übergewicht	Übergewicht	Übergewicht	Adipositas	Adipositas	Adipositas
neue Diagnose	kein Übergewicht	kein Übergewicht	präklinisches Übergewicht	keine Adipositas	präklinische Adipositas	klinische Adipositas

BMI: Body-Mass-Index
Quelle: adaptiert von Dr. M. Mathiopoulou (nach Rubino F et al. [4])

Kostenübernahme durch die Krankenkassen müssen vor Behandlungsbeginn je nach Ausgangsgewicht bestimmte Aufnahmekriterien erfüllt sein, die dann auch über die weitere Kostenübernahme im Behandlungsverlauf mit Erfolgskontrollen nach vier und zehn Monaten (danach halbjährlich) entscheiden. Derzeit ist die Übernahme auf eine Behandlungsdauer von drei Jahren beschränkt.

Generell ist der Gewichtsverlust durch Lebensstilinterventionen langfristig gesehen nicht nachhaltig, die meisten Menschen nehmen mehr als die Hälfte des verlorenen Gewichts innerhalb von zwei Jahren wieder zu, nach fünf Jahren sind es sogar 80% (9). Unter Semaglutid 2,4 mg einmal pro Woche nahm das Körpergewicht in der STEP-1-Studie nach dem ersten Behandlungsjahr um 17,3% ab. In der Anschlussstudie über ein weiteres Jahr (STEP-1-Extension-Studie, off-treatment) blieben 5,6% Gewichtsverlust erhalten (10). Somit bleiben die langfristigen Lifestyle-Anpassungen vital für das Beibehalten des Gewichts.

Seit einem Jahr ist auch Tirzepatid (Mounjaro®), ein kombinierter Agonist an den Rezeptoren für GLP-1 und für glukoseabhängiges insulinotropes Peptid (GIP), zur Gewichtsreduktion bei Adipositas (BMI > 30 kg/m² oder BMI 27–30 kg/m² bei mindestens 1 Begleiterkrankung) zugelassen (11). Das Medikament ist derzeit noch nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt, weshalb die Kostenübernahme nicht gesichert ist. In einer offenen Vergleichsstudie mit Semaglutid (1,7 oder 2,4 mg/Woche) bewirkte Tirzepatid (10 oder 15 mg/Woche) nach 72 Wochen eine signifikant grössere Gewichtsreduktion und eine grössere Abnahme des Bauchumfangs. Die häufigsten Nebenwirkungen in beiden Behandlungsgruppen waren ähnlich und gastrointestinaler Natur, meist leicht bis mässig ausgeprägt, und traten hauptsächlich während der Dosisanpassungsphase auf (12).

Zu den vielversprechenden Substanzen in Erprobung gehört Orforglipron, ein orales GLP-1-Analogon, das in der höchsten Dosierung eine Körpergewichtsabnahme von 7,9% nach 40 Wochen bewirkte (13). Weitere interessante Kandidaten sind der dreifache Agonist Retatrutid an den Rezeptoren für GLP-1, GIP und Glukagon mit noch stärkerer Gewichtsreduktion oder CagriSema, die Kombination des Amylin-Rezeptoragonisten Cagrilintid mit Semaglutid (14,15).

Und was kann die bariatrische Chirurgie?

Neben den heute verfügbaren Medikamenten bietet die bariatrische Chirurgie ein Behandlungsoption bei massiver Adipositas, die an etliche Bedingungen geknüpft ist (16):

- BMI $\geq$ 36 kg/m² ($\geq$ 30 kg/m² bei Diabetes mellitus Typ 2 und HbA_{1c} $\geq$ 8% über mindestens 12 Monate);
- erfolglose zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion (bei BMI $\geq$ 50 kg/m² ist eine Dauer von 12 Monaten ausreichend);
- Indikationsstellung, Durchführung, Qualitätssicherung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB);
- Durchführung an einem von der SMOB anerkannten Zentrum;

- Schriftliche Einwilligung in die Verpflichtung zu lebenslanger Nachsorge im bariatrischen Netzwerk eines anerkannten Zentrums.

Nach einer bariatrischen Operation ist mit einer Gewichtsabnahme um 20–30% des Ausgangsgewichts zu rechnen. Der maximale Gewichtsverlust tritt jedoch erst 1–2 Jahre nach der Operation ein. Für die metabolische Chirurgie ist eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos von 30–50% dokumentiert. Eine grosse Metaanalyse aus 17 Studien mit 174 772 Teilnehmern fand eine Reduktion der Gesamtmortalität um 49,2% und ein medianes Überleben von 9,3 Jahren bei Diabetes mellitus und von 5,1 Jahren, wenn kein Diabetes mellitus vorlag (17). □

Halid Bas

Quelle: «Über Gewicht und Übergewicht – Update Adipositas». 4. Ustermer Symposium der Medizinischen Klinik, 4. September 2025, Uster

Referenzen:

1. World Obesity: Global Obesity Observatory. <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf>
2. Bundesamt für Statistik (BFS): Übergewicht und Adipositas. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Neuchâtel, November 2024. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.32669766.html>
3. Lung T et al.: Impact of overweight, obesity and severe obesity on life expectancy of Australian adults. *Int J Obes (Lond)*. 2019 Apr;43(4):782–789. doi:10.1038/s41366-018-0210-2
4. Rubino F et al.: Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025 Mar;13(3):221–262. doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4
5. Puhl RM et al.: Facing challenges for reducing weight stigma in public health policy and practice. *Annu Rev Public Health*. 2025 Apr;46(1):133–150. doi:10.1146/annurev-publhealth-060722-024519
6. Himmelstein MS et al.: Coping with weight stigma among adults in a commercial weight management sample. *Int J Behav Med*. 2020 Oct;27(5):576–590. doi:10.1007/s12529-020-09895-4
7. Puhl RM et al.: The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021 Jun 1;16(6):e0251566. doi:10.1371/journal.pone.0251566
8. Fachinformation Wegovy® unter <https://compendium.ch>
9. Horn DB et al.: What is clinically relevant weight loss for your patients and how can it be achieved? A narrative review. *Postgrad Med*. 2022 May;134(4):359–375. doi:10.1080/00325481.2022.2051366
10. Wilding JPH et al.: Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab*. 2022 Aug;24(8):1553–1564. doi:10.1111/dom.14725
11. Fachinformation Mounjaro® unter <https://compendium.ch>
12. Aronne LJ et al.: Tirzepatide as compared with semaglutide for the treatment of obesity. *N Engl J Med*. 2025 Jul 3;393(1):26–36. doi:10.1056/NEJMoa2416394
13. Rosenstock J et al.: Orforglipron, an oral small-molecule GLP-1 receptor agonist, in early type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2025 Sep 18;393(11):1065–1076. doi:10.1056/NEJMoa2505669
14. Melson E et al.: What is the pipeline for future medications for obesity? *Int J Obes (Lond)*. 2025 Mar;49(3):433–451. doi:10.1038/s41366-024-01473-y
15. Goldney J et al.: Triple Agonism Based Therapies for Obesity. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2025;19(1):18. doi:10.1007/s12170-025-00770-z
16. Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB): Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht. Gültig ab 1.7.2023. <https://www.smob.ch/richtlinien-zur-operativen-behandlung-von-uebergewicht/>
17. Syn NL et al.: Association of metabolic–bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *Lancet*. 2021 May 15;397(10287):1830–1841. doi:10.1016/S0140-6736(21)00591-2