

Leitfaden Adipositas im KEEA – Kompetenzzentrum Ernährung, Essstörung und Adipositas

WAS IST DAS KEEA?	2
ANGEBOT KEEA	2
ANMELDUNGEN	3
GRUNDPRINZIPIEN DER ADIPOSITASTHERAPIE	4
ASSOZIATION BMI UND GESAMTMORTALITÄT	4
ZIELE DER SOMATISCHEN ERSTKONSULTATION	4
HAUPTASPEKTE DER ANAMNESE	4
ÜBERSICHT DER THERAPIEOPTIONEN GEMÄSS BMI	5
EVALUATIONSKRITERIEN DER THERAPIESTRATEGIE	5
WIRKSAMKEIT DER THERAPIEOPTIONEN IM VERGLEICH	6
KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND SPORT	10
METABOLISCHE EFFEKTE DER BEWEGUNG	10
EINFLUSS VON BEWEGUNG AUF GESAMTÜBERLEBEN IN BEOBACHTUNGSSTUDIEN	10
EMPFEHLUNGEN	11
PSYCHIATRISCHE ASPEKTE DER ADIPOSITAS	13
ÜBERSICHT ÜBER ADIPOSITAS ASSOZIIERTE ESSVERHALTENSSTÖRUNGEN	13
RELEVANTE ASPEKTE DES PSYCHOSTATUS (FÜR BERICHT PSYCHOSOMATIK)	13
INDIKATION PSYCHOTHERAPIE IM ZUSAMMENHANG MIT ADIPOSITAS	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
KURZÜBERSICHT SAXENDA	15
KRITERIEN ZUR KOSTENÜBERNAHME AUS DER GRUNDVERSICHERUNG	15
THERAPIEAUFBAU	15
KRITERIEN FÜR DEN THERAPIEABBRUCH	15
NEBENWIRKUNGSPROFIL	15
EMPFEHLUNGEN ZUR REDUKTION GASTROINTESTINALER NEBENWIRKUNGEN	16
ERSTKONSULTATION SAXENDA	16
EINTREFFEN DER RÜCKMELDUNG DER KRANKENKASSE	16
VERLAUFSKONTROLLEN GEMÄSS VORGABE (SIEHE "THERAPIEAUFBAU")	16
VORLAGEN	17
VORLAGE KOSTENGUTSPRACHENGESUCHE	17
VORLAGE REZEPT	17
ÜBERSICHT WEGOVY	18
APPENDIX	19
ÜBERSICHT CUSHING-ZEICHEN	19

Anmeldungen

- Endokrinologie / Ernährungsmedizin: schriftliche Zuweisung an annic.baumgartner@ksa.ch
- Bariatrie: schriftliche Zuweisung an gabriela.werder@ksa.ch (KSA)
- Psychiatrie/Psychotherapie schriftliche Anmeldung an
 - Psychotherapie Standort Zofingen: patricia.paniz@spitalzofingen.ch (SPZ)
 - Präbariatrische Beurteilung Standort KSA: pia.kaiser@ksa.ch
 - Präbariatrische Beurteilung Standort SZ: patricia.paniz@spitalzofingen.ch
- Ernährungsberatung (ERB)

Verordnung spezifizieren mit **"erhöhtem Aufwand"**

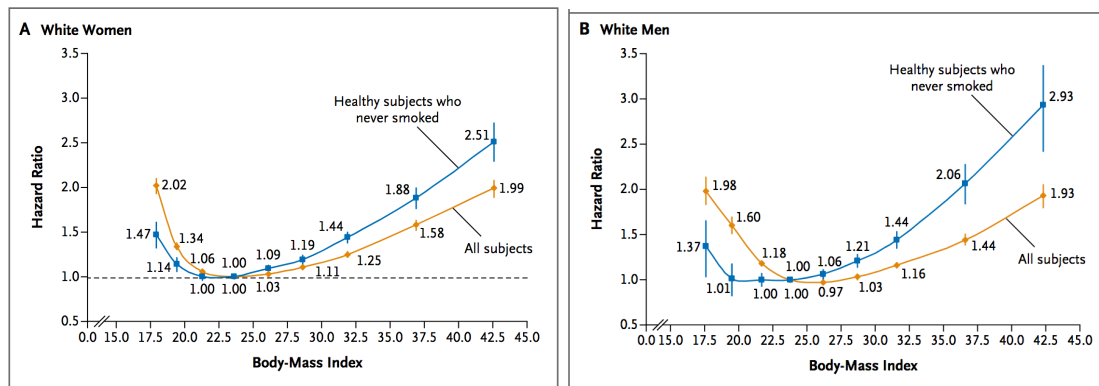
- KSA: Dashboard: Anmeldung ERB oder via Berichtsformular "Verordnung ERB"
- SPZ: Bericht "Verordnung ERB" (Versand mittels link auf dem Formular)
- Physiotherapie bei erfüllter Kostendeckung durch die KK
 - KSA: Dashboard: Anmeldung Fremdklinik Physiotherapie
 - SPZ: Bericht Verordnung Physiotherapie (Versand mittels link auf dem Formular "Senden an Physiotherapie")

Die Indikation zur psychotherapeutischen Anbindung bei Adipositas wird unter "[Psychiatrische Aspekte der Adipositas](#)" erläutert.

Die Indikation zur physiotherapeutischen Anbindung wird unter "[Bewegung](#)" erläutert

Grundprinzipien der Adipositas therapie

Assoziation BMI und Gesamtmortalität



Gesamtüberleben

BMI 30 – 35kg/m² HR 1.44 (95% CI, 1.38 to 1.50)

BMI 35 – 40kg/m² HR 1.88 (95% CI, 1.77 to 2.00)

BMI 40 - 50 kg/m² HR 2.51 (95% CI, 2.30 to 2.73)

Berrington de Gonzalez et al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. N Engl J Med 2010; 363:2211-2219

DOI: 10.1056/NEJMoa1000367

Ziele der somatischen Erstkonsultation

- Erfassung Ausmass der Adipositas und metabolischer Folgeschäden
 - Evaluation weiterer Abklärungen gemäss Bedarf (NAFLD, OSAS etc.)
- Screening bzgl. Vorliegen und Ausmass einer assoziierten Essverhaltensstörung
- Screening / Ausschluss endokriner Ursachen der Adipositas
- Aufklärung bzgl. kardiovaskulärem Risikoprofil und Mortalität
- Erläuterung der Therapiestrategien
 - Konservativ multimodal (Verhaltensänderung)
 - Medikamentös unterstützte, konservative Therapie
 - Bariatric
- Erstellen eines individuellen Therapiekonzeptes

Hauptaspekte der Anamnese

- Motivation zur Gewichtsreduktion zum aktuellen Zeitpunkt
- Gewichtsverlauf (Auslöser Gewichtsanstieg, Dynamik)
- Diätanamnese / Diäterfolge / Vorschulung durch ERB (Ausbildungsgrad BSc/MSc gemäss SVDE) / kumulative Zeitdauer der professionellen Betreuung
- Erfassung Grundzüge Essverhalten/-kultur (Mahlzeitenstruktur, Geschwindigkeit, Sättigung, Hinweise für Essverhaltensstörungen wie binge eating, emotional eating, night eating)
- Grobe Ernährungsfehler: Snacking, Süssgetränke, Süchte/ Lüste
- Detaillierte Ernährungsanamnese (qualitativ und quantitativ) durch ERB
- Bewegungsverhalten (was, wie oft, ggf. Intensität), Sport

- Allgemeine Anamnese (Medikamente, Allergien, Noxen, Familienanamnese kardiovaskulär)

Übersicht der Therapieoptionen gemäss BMI

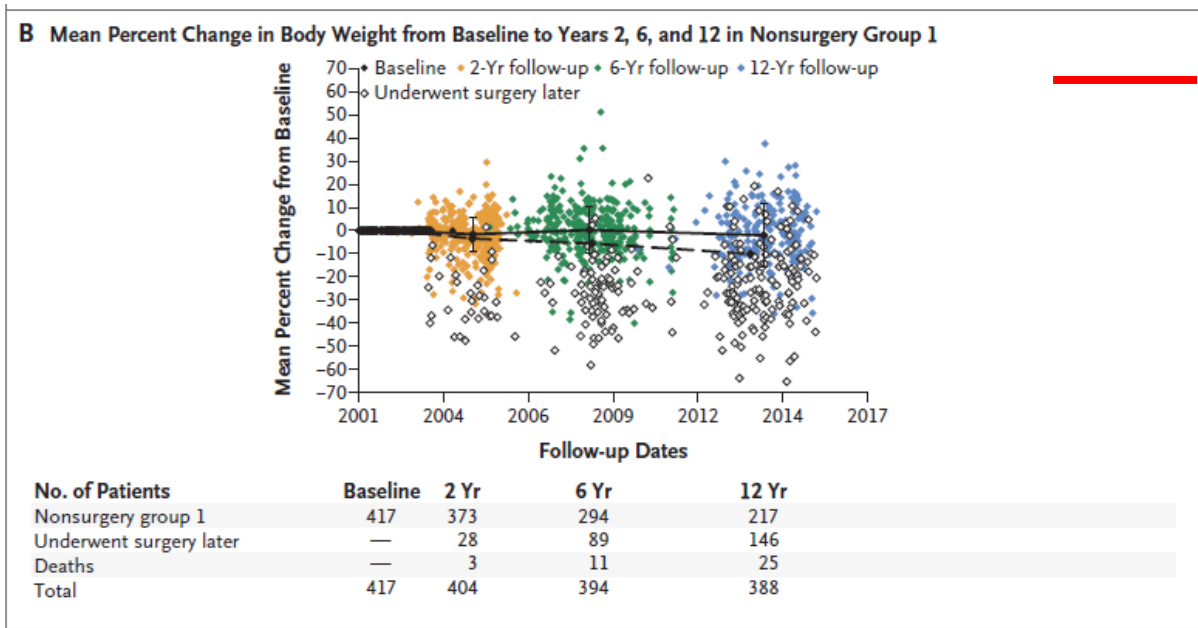
25-30kg/m ²	Konservativ (Ernährung / Bewegung/ggf. Psychotherapie) BMI >28kg/m ² + metabolische Erkrankung: GLP-1-RA (BMI >28kg/m ² + T2DM unter Therapie: Orlistat)
30-35kg/m ²	Konservativ (Ernährung / Bewegung/ggf. Psychotherapie) BMI >28kg/m ² + metabolische Erkrankung: GLP-1-RA (BMI >28kg/m ² + T2DM unter Therapie: Orlistat)
35-40kg/m ²	Konservativ (Ernährung / Bewegung/ggf. Psychotherapie) GLP-1-RA (Orlistat) Chirurgische Verfahren
>40kg/m ²	Konservativ (Ernährung / Bewegung/ggf. Psychotherapie) Potenz medikamentöser Verfahren begrenzt Ggf. Medikamentöse + chirurgische Verfahren sequentiell Chirurgische Verfahren

Evaluationskriterien der Therapiestrategie

- Kardiovaskuläres Risikoprofil
- Alter und zu erwartender Benefit über Zeit
- Psychische Stabilität
- Zeitliche, persönliche und familiäre Ressourcen (Unterstützung)
- Erwartungshaltung und Motivation
- Nachhaltigkeit der Intervention

Wirksamkeit der Therapieoptionen im Vergleich

Konservativ im multiprofessionellen Setting



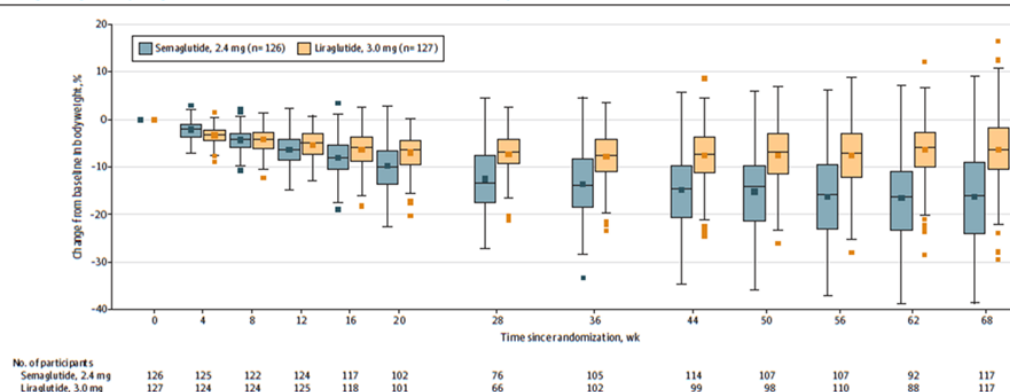
Ted Adams et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *N Engl J Med* 2017;377:1143-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1700459

Madigan C D, Graham H E, Sturgiss E, Kettle V E, Gokal K, Biddle G et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials *BMJ* 2022; 377 :e069719 doi:10.1136/bmj-2021-069719

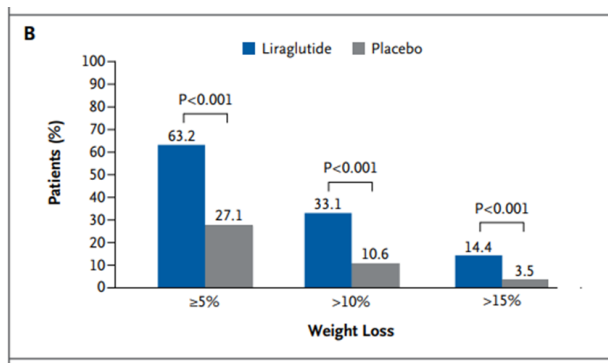
Medikamentös Gewicht

Vergleich Liraglutid 3mg (Saxenda) vs. Semaglutid 2.4mg (Wegovy)

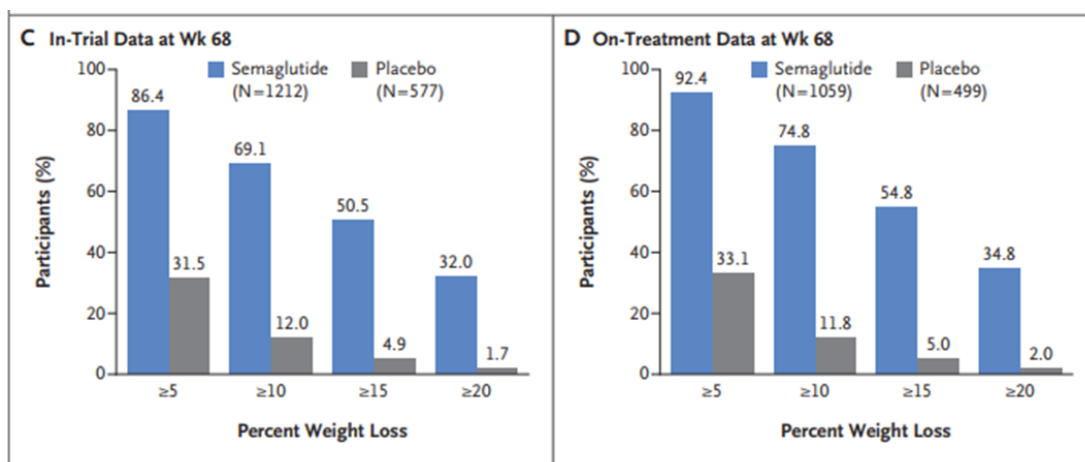
Figure 2. Percentage Change in Body Weight From Baseline to Week 68 (Observed In-Trial Data; Full Analysis Set)



Rubino DM, Greenway FL, Khalid U, O'Neil PM, Rosenstock J, Sørrig R, Wadden TA, Wizert A, Garvey WT; STEP 8 Investigators. Effect of Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Daily Liraglutide on Body Weight in Adults With Overweight or Obesity Without Diabetes: The **STEP 8** Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2022 Jan 11;327(2):138-150. doi: 10.1001/jama.2021.23619. PMID: 35015037; PMCID: PMC8753508.

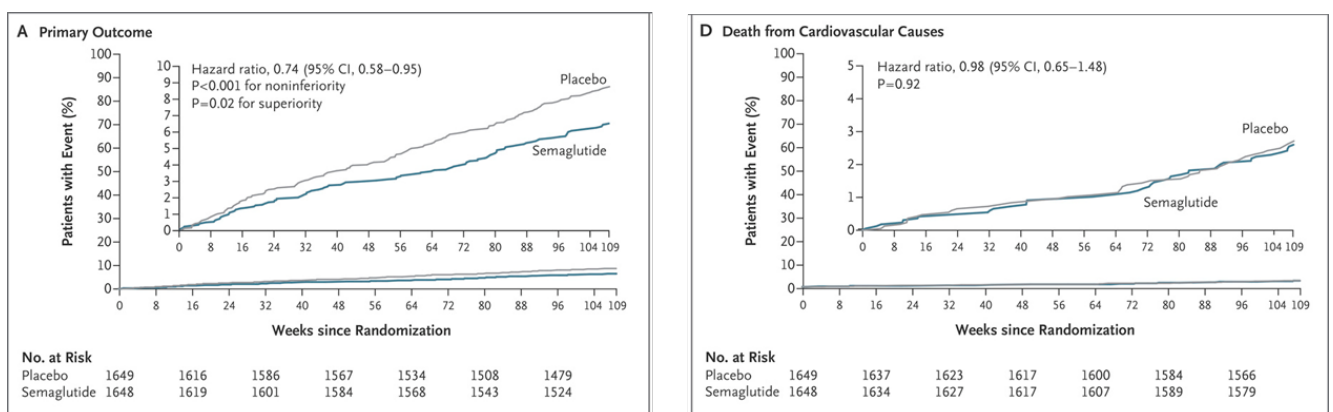


Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, Lau DC, le Roux CW, Violante Ortiz R, Jensen CB, Wilding JP; **SCALE** Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015 Jul 2;373(1):11-22. doi: 10.1056/NEJMoa1411892. PMID: 26132939.



Wilding JPH, Calanna S, Kushner RF. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. Reply. *N Engl J Med.* 2021 Jul 1;385(1):e4. doi: 10.1056/NEJMc2106918. PMID: 34192450.

Kardiovaskuläres Outcome

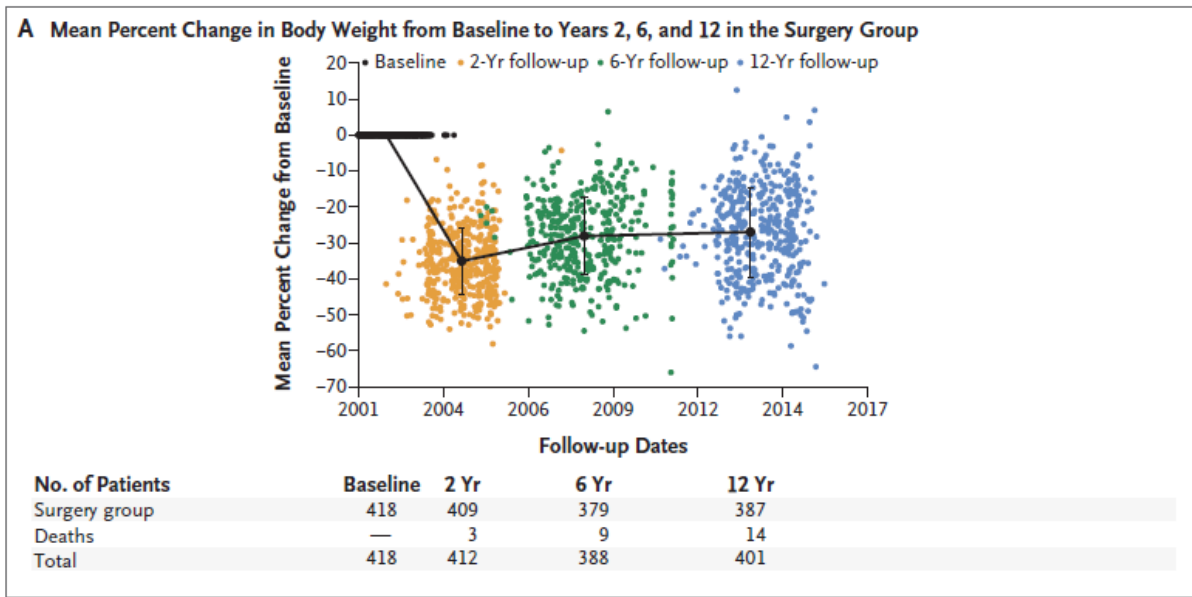


Reduktion 3-Punkte MACE (kardiovaskulärer Tod, nicht tödlicher Myokardinfarkt und nicht tödlicher Stroke)

Effects of Liraglutide on Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus With or Without History of Myocardial Infarction or Stroke

Subodh Verma, MD, PhD, Neil R. Poulter, FMedSci, Deepak L. Bhatt, MD, MPH, Stephen C. Bain, MD, John B. Buse, MD, PhD, Lawrence A. Leiter, MD, Michael A. Nauck, MD, Richard E. Pratley, MD, Bernard Zinman, MD, David D. Ørsted, MD, PhD, Tea Monk Fries, MD, PhD, Søren Rasmussen, MSc, PhD, Steven P. Marso, MD, For the LEADER Publication Committee on Behalf of the LEADER Trial Investigators

Chirurgisch Gewicht



Ted Adams et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. *N Engl J Med* 2017;377:1143-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1700459

Amanda Jiménez et al. Weight-loss thresholds after bariatric surgery and cardiovascular outcomes: more is better. *International Journal of Obesity* (2022) 46:279–286; <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00986-0>

Metabolische Veränderungen

Table 2. Adjusted Mean Change from Baseline at 12 Years, According to Study Group.*

Variable	Surgery Group Mean Change (95% CI)	Nonsurgery Group 1 Mean Change (95% CI)		Nonsurgery Group 2 Mean Change (95% CI)	
		Excluding Patients Who Underwent Subsequent Bariatric Surgery	Including Patients Who Underwent Subsequent Bariatric Surgery	Excluding Patients Who Underwent Subsequent Bariatric Surgery	Including Patients Who Underwent Subsequent Bariatric Surgery
Weight — kg	−35.0 (−38.4 to −31.7)	−2.9 (−6.9 to 1.0)†	−12.7 (−16.4 to −9.0)†	0 (−3.5 to 3.5)†	−3.4 (−7.2 to 0.4)†
Body-mass index‡	−11.5 (−12.7 to −10.3)	0.1 (−1.3 to 1.5)†	−3.4 (−4.7 to −2.0)†	1.2 (−0.1 to 2.4)†	−0.1 (−1.5 to 1.3)†
Systolic blood pressure — mm Hg	0.1 (−3.7 to 3.8)	10.1 (5.5 to 14.8)†	6.5 (2.8 to 10.2)†	8.3 (4.2 to 12.5)†	7.2 (3.3 to 11.1)†
Diastolic blood pressure — mm Hg	3.1 (0.5 to 5.7)	10.0 (6.9 to 13.2)†	7.7 (5.2 to 10.2)†	7.5 (4.7 to 10.4)§	6.8 (4.1 to 9.4)¶
Glucose — mg/dl	−8.0 (−15.5 to −0.5)	14.4 (5.1 to 23.7)†	4.7 (−2.8 to 12.1)†	10.5 (2.3 to 18.7)†	7.4 (−0.4 to 15.2)†
Glycated hemoglobin — %	0 (−0.3 to 0.2)	0.4 (0.2 to 0.7)†	0.2 (0 to 0.4)	0.5 (0.3 to 0.8)†	0.4 (0.2 to 0.6)†
LDL cholesterol — mg/dl	−11.0 (−18.2 to −3.8)	19.3 (10.5 to 28.2)†	13.8 (6.7 to 20.9)†	16.5 (8.9 to 24.2)†	14.3 (6.9 to 21.6)†
HDL cholesterol — mg/dl	12.9 (9.9 to 16.0)	−2.3 (−6.0 to 1.4)†	0.8 (−2.4 to 3.9)†	−3.3 (−6.5 to 1.4)†	−2.6 (−5.7 to 0.6)†
Triglycerides — mg/dl	−62.8 (−79.0 to 46.6)	11.2 (−8.6 to 31.0)†	−6.5 (−32.0 to 19.1)†	11.7 (−5.5 to 28.8)†	−7.1 (−33.3 to 19.2)†

* Confidence intervals and significance levels were adjusted for multiple comparisons (see the Supplementary Appendix).

† P<0.001 for the comparison with the surgery group.

‡ The body-mass index is the weight in kilograms divided by the square of the height in meters.

§ P<0.01 for the comparison with the surgery group.

¶ P<0.05 for the comparison with the surgery group.

Remission Diabetes

50% nach 12 Jahren

Remission Hypertonie	80-90% nach 12 Jahren, relapse rate um 30%
Remission Dyslipidämie	60-80% nach 6 Jahren; relapse rate um 25% (zusammengefasst für alle Parameter LD, HDL, TG)

Ted Adams et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. N Engl J Med 2017;377:1143-55. DOI: 10.1056/NEJMoa1700459

Karen Coleman et al. Remission and Relapse of Dyslipidemia After Vertical Sleeve Gastrectomy vs Roux-en-Y Gastric Bypass in a Racially and Ethnically Diverse Population. JAMA Netw Open. 2022;5(9):e2233843. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.33843

Cardiovasculäres Outcome (Meta-Analyse)

Reduktion cv Mortalität	40%
Reduktion Gesamtmortalität	45%
Reduktion Inzidenz Myokardinfarkt	40%
Reduktion Inzidenz Stroke	40%
Reduktion Inzidenz Herzinsuffizienz	50%

Sophie L van Veldhuisen, Thomas M Gorter, Gijs van Woerden, Rudolf A de Boer, Michiel Rienstra, Eric J Hazebroek, Dirk J van Veldhuisen, Bariatric surgery and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis, European Heart Journal, Volume 43, Issue 20, 21 May 2022, Pages 1955–1969, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac071>

Prädiktoren für gutes postoperatives Ansprechen

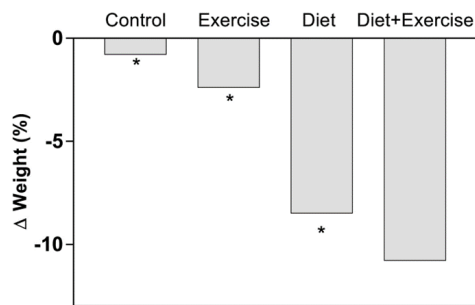
Diverse Studien konnten bisher kein klares Cluster bzgl. verlässlicher Prädiktoren in Bezug auf ein gutes postbariatrisches Resultat festlegen eine Gewisse Tendenz ist zu sehen für Folgende Parameter:

- Alter <50 Jahre
- Anzahl/Schweregrad der Komorbiditäten, insb. Abwesenheit von Diabetes
- Psychologisch: Abwesenheit von Depression, Suchtverhalten, Essstörung
- Psychologisch positiv: gute self-monitoring postoperativ (Foodtracking, Wägen etc.)
- Sozial: erhaltene Arbeitsfähigkeit / -tätigkeit
- Technik: Bypass vs. Sleeve

Exemplarisch: Adena-Obando et al. BMC Endocrine Disorders (2020) 20:20

Körperliche Aktivität und Sport

Einfluss der Bewegung auf Gewichtsreduktion (Grafik exemplarisch)

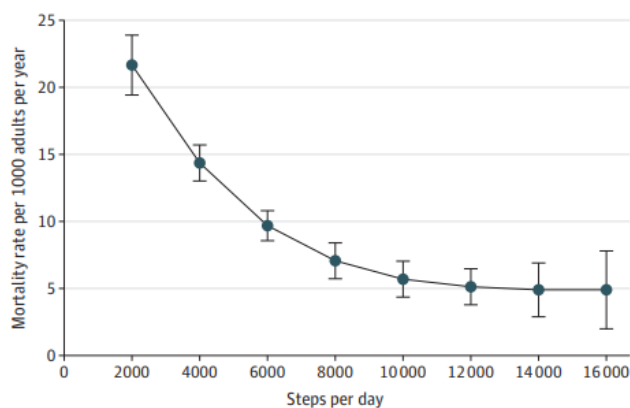


Swift DL, McGee JE, Earnest CP, Carlisle E, Nygard M, Johannsen NM. The Effects of Exercise and Physical Activity on Weight Loss and Maintenance. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018 Jul-Aug;61(2):206-213. doi: 10.1016/j.pcad.2018.07.014. Epub 2018 Jul 9. PMID: 30003901

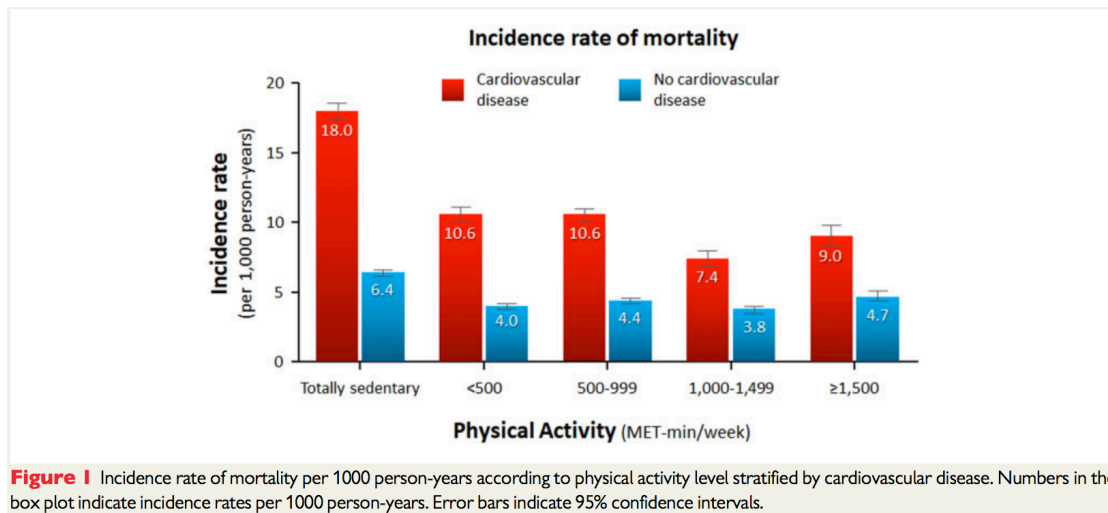
Metabolische Effekte der Bewegung

- Steigerung Insulinsensitivität und Glucosetoleranz
- Verbesserung Lipidprofil
- Reduktion Inflammation
- Steigerung Ruhe-Energie-Umsatz
- Steigerung / Erhalt Muskelmasse
- Steigerung / Erhalt Knochendichte
- Steigerung kardiopulmonale Leistungsfähigkeit

Einfluss von Bewegung auf Gesamtüberleben in Beobachtungsstudien



Pedro F. Saint-Maurice et al. Association of Daily Step Count and Step Intensity With Mortality Among US Adults. *JAMA*. 2020;323(12):1151-1160. doi:10.1001/jama.2020.1382



Sang-Woo Jeong, Sun-Hwa Kim, Si-Hyuck Kang, Hee-Jun Kim, Chang-Hwan Yoon, Tae-Jin Yoon, In-Ho Chae, Mortality reduction with physical activity in patients with and without cardiovascular disease, *European Heart Journal*, Volume 40, Issue 43, 14 November 2019, Pages 3547–3555, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz564>

Messung des Energieverbrauchs der Bewegung

Metabolic equivalent of task (**MET**): Das metabolische Äquivalent wird verwendet, um verschiedene körperliche Aktivitäten zu vergleichen und den Energieverbrauch basierend auf dem Sauerstoffverbrauch einzuschätzen.

Grundannahme: 40-jährigen Mann, Gewicht 70 kg, keine Bewegung: 3,5 ml O₂/kgKG/min

Demnach entspricht 1 MET dem Verbrauch von 1 kcal/kgKG /h

Empfehlungen

1. Bewegung im Alltag

8000-10'000 Schritte an mind. 5 von 7 Tagen

2. Sport (Empfehlung gemäss ESC)

Moderates Ausdauertraining 3x 50min/Woche (Steigerung Intensität im Verlauf) = 600MET min.

Ggf. additiv Krafttrainingskomponente im Verlauf

3. Indikation zur Physiotherapie

- Anmeldung in der Physiotherapie aus Kapazitätsgründen primär für Patienten mit postoperativer Gewichtszunahme und hoher Motivation / hohe Compliance für unterstützten Trainingsaufbau (MTT) als Basis für Selbsttraining
- Kostenübernahme gemäss allgemeiner Physioverordnung (am einfachsten bei vorbestehenden Gelenksbeschwerden)
- Standort Zofingen: Option Aquafit via Physiotherapie

Gradueller Trainingsaufbau

1. Steigerung Schrittzahl im Alltag um 1000 Schritte pro Tag bis dies an mind. 5/7 Tagen pro Woche erreicht wird
2. Abwägen von weiterer Steigerung der Schrittzahl im Alltag ab mind. 5000/d
Anschliessend alternativ Einführung Sport. Graduelle Steigerung Dauer / Häufigkeit und Intensität des Trainings

Ziel: Kontinuierliche Steigerung der Bewegung und Verbesserung der kardiopulmonalen Fitness; Aufrechterhaltung der Motivation zur Lebensstiländerung

Evaluation soziale Unterstützung (Freunde, Familie) beim Sport

Psychiatrische Aspekte der Adipositas

Übersicht über Adipositas assoziierte Essverhaltensstörungen

Binge Eating

Prävalenz	1-3% in Allgemeinbevölkerung 50% bei Adipösen mit BMI $>35\text{kg/m}^2$, bis 75% ab BMI 50kg/m^2
Definition	Übermäßige Nahrungszufuhr in kurzem Zeitintervall Kontrollverlust beim Überessen Assoziation mit Unwohlsein, Schuldgefühlen, Scham oder Ekel Frequenz: mind. 1x wtl. während der letzten 3 Mt.

Emotionales Essverhalten

Prävalenz	75% bei Adipösen mit BMI $>35\text{kg/m}^2$
Definition	Tendenz sich zu überessen als Reaktion auf negative Emotionen (Angst, innere Anspannung etc.)

Night Eating

Prävalenz	1.5% in Allgemeinbevölkerung 50% alle bariatrischen Patienten
Definition	Übermäßige Energiezufuhr nachts mit einem Mindestanteil von 25% des Tagesbedarfs

Häufigste mit Adipositas komorbide psychiatrische Erkrankungen

- Depression, Angststörung, somatoforme Störungen, Abhängigkeitserkrankungen
- Bei Binge-Eating: zusätzlich Persönlichkeitsstörungen (v.a. emotional instabile PS)
- Adipositas-> Stigmatisierung, wiederholtes Scheitern von Diäten-> Selbstwertstörung -> evt. psych. Störung
ABER AUCH UMGEKEHRT:

Psych. Störung mit Auswirkung auf Appetit /Essverhalten inkl. nicht gewichtsneutrale Psychopharmaka -> evt. Adipositas

Deshalb wichtig:

- **Persönliche Anamnese** "Waren Sie schon einmal bei einer Psychologin /Psychiaterin (wann, worum ging es, Psychopharmaka)? Gabe es stationäre psychiatrische Behandlungen?"
- Familienanamnese: Psychiatrische Erkrankungen inkl. Alkoholabhängigkeit und Suizide?

Häufigste Antidepressiva mit hohem Risiko für Gewichtszunahme

Patient informieren, Umstellung im Bericht empfehlen, ggf. Rücksprache mit behandelndem Psychiater

- Mirtazapin /Remeron
- Trimipramin /Surmontil; Amitriptylin /Saroten

- ABER AUCH: bei SSRI (Sertralin, Cipralex, ...) Gewichtszunahme mögl. (individuell)

Relevante Aspekte des Psychostatus (für Bericht Psychosomatik)

(in **fett** minimal zu erfragende Items)

XX- jährige, altersentsprechend aussehende, übergewichtige, gepflegte Patientin.

Im Kontakt *offen und freundlich/ misstrauisch /zurückhaltend*.

Orientiert. **Auffassung, Konzentration:** *unbeeinträchtigt/subjektiv eingeschränkt, ablenkbar*

Formales Denken *kohärent, adäquates Tempo, evt. Grübeln*

Keine Hinweise auf psychotisches Geschehen (*Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen*).

Im Affekt: *ausgeglichen /im depressiven Bereich verstimmt, Affektmodulation eingeschränkt/erhalten, gereizt, hoffnungslos, weitere die Stimmung beschreibende Adjektive, (Körper-) Scham*

Ängste / ständige Sorgen /Panikattacken (mit /ohne Vermeidungsverhalten)

Evt. Zwangsstörung

Psychomotorisch: unauffällig, vermindert, gesteigert

Innere Unruhe /Anspannung: verneint.

Antrieb erhalten /reduziert.

Schlaf: von XX bis XX, Einschlaf-/Durchschlafstörung, Alpträume, Müdigkeit / Tagesschläfrigkeit.

Selbstverletzung: ja/nein

Keine akute **Suizidalität** (*aber evt. passive Suizidgedanken*), keine Fremdgefährdung.

Indikation Psychotherapie im Zusammenhang mit Adipositas

- Grundsätzlich interdisziplinäre (ERB, Psy) **Adipositas-Gruppe** (8 Sitzungen) bevorzugen.
Kontraindikationen für Adip-Gruppe: Minderintelligenz /neurokognitive Einschränkungen, Sprachbarriere, sehr **akute** schwere psychiatrische Ko-Morbidität wie schwere Depression, Suizidalität
- **Einzel-Psychotherapie** (in der Regel 1x monatlich):

Eine Anmeldung soll nur erfolgen, wenn die Essverhaltensstörung in einem so ausgeprägten Ausmass vorliegt, dass davon ausgegangen werden muss, das Körpergewicht lässt sich ohne explizite Thematisierung der Essstörung resp. der darunter liegenden psychischen Problematik nicht nachhaltig senken

Oder

Relevante den Patienten stark beeinträchtigende psychiatrische Begleiterkrankungen bestehen, ohne deren explizite Betreuung ebenfalls kein nachhaltiger Erfolg der Gewichtsreduktion erreicht werden kann

Und

Der/Die PatientIn für Psychotherapie motiviert ist (oder zumindest offen)

Kurzübersicht Pharmakotherapie

Saxenda

Kriterien zur Kostenübernahme aus der Grundversicherung (Stand Juni 2023)

- BMI $>35\text{kg/m}^2$ oder BMI $>28\text{kg/m}^2$ + DM2/ Prädiabetes/Art.Hypertonie/Dyslipidämie)
- Zeitgleiche Anbindung in der Ernährungsberatung
- Steigerung der körperlichen Aktivität unter Selbstdokumentation
 - z.B. Graduelle Steigerung Tages-Schrittzahl auf 10'000Schritte /d
 - danach Beginn eines regelmässigen Kraft- oder Ausdauertrainings
- Abwesenheit von Kontraindikationen (vgl. Entsprechende Rubrik unter Patientenangaben)
- Kostengutsprachengesuch durch Endokrinologie oder gelistete Spezialisten

Therapieaufbau

- Beginn mit Saxenda 0.6mg s.c. pro Tag, Zeitpunkt nach Belieben wählbar
- Steigerung wöchentlich um 0.6mg bis auf maximal 3.0mg/d
- Maximale Therapiedauer: 3 Jahre
- **1. Ärztliche Therapiekontrolle** 16 Wochen nach Therapiebeginn
- Zielgewicht bei Start-BMI $>35\text{kg/m}^2$: -7% des initialen Gewichts
- Zielgewicht bei Start-BMI $>28\text{kg/m}^2$: - 5% des initialen Gewichts
- Verlängerungsgesuch der Kostengutsprache einzureichen
- **2. Ärztliche Therapiekontrolle** 6 Monaten nach 1. Kontrolle
- Zielgewicht bei Start-BMI ≥ 35 : $\geq$ -12% des initialen Gewichts
- Zielgewicht bei Start-BMI ≥ 28 : $\geq$ -10% des initialen Gewichts
- Verlängerungsgesuch der Kostengutsprache einzureichen
- **Weitere ärztliche Therapiekontrollen** alle 6 Monate
- Zielgewicht bei Start-BMI ≥ 35 : $\geq$ -12% des initialen Gewichts
- Zielgewicht bei Start-BMI ≥ 28 : $\geq$ -10% des initialen Gewichts
- Verlängerungsgesuch der Kostengutsprache einzureichen

Kriterien für den Therapieabbruch

- Nicht-Erreichen des definierten Zielgewichts
- BMI $<25\text{kg/m}^2$
 - Bei Wiederansteigen des BMI >25 kann die Therapie weitergeführt werden bis zur maximalen Therapiedauer
- Maximale Therapiedauer von 3 Jahren erreicht
- Wunsch des Patienten
- Schwangerschaftswunsch oder andere wichtige Gründe

Nebenwirkungsprofil

- Rasche Sättigung, Völlegefühl, Reflux, Nausea, selten Erbrechen (Toleranzentwicklung im Verlauf)
- Diarrhoe, Obstipation
- Erhöhtes Rezidivrisiko nach Pankreatitiden
- Erhöhtes Risiko für Choledocholithiasis

- Kopfschmerzen
- Seltener Nebenwirkungen gemäss [Compendium](#)

Empfehlungen zur Reduktion gastrointestinaler Nebenwirkungen

- Reduktion der Portionengrösse
- Vermeiden stark gewürzter, fettreicher Mahlzeiten insbesondere abends („Schonkost“)
- Verzicht auf Mahlzeiten bei fehlendem Hunger oder rascher Sättigung
- Vermeiden von Nikotin und Alkohol
- Bei ausgeprägten gastrointestinalen Beschwerden, Gewichtsreduktion und Wunsch nach Fortsetzung der Therapie: Langsame Dosissteigerung unter Berücksichtigung des Zielgewichts

Ablauf Saxenda-Therapie

Erstkonsultation Saxenda

- Aufklärung: Wirkung, Nebenwirkungen, additive Kriterien der Kostenübernahme durch die KK (ERB, Bewegung, Erreichen aller Gewichtsziele, keine Zweitverordnung zum Neustart möglich, Kostenübernahme für maximal 3 Jahre)
- Festlegen des Zielgewichtes für Kontrolle nach 16 Wochen
- Anmeldung ERB (Gruppentherapie; nur in Einzelfällen bspw. Sprachbarriere in Einzeltherapie)
- Erstellen der KoGu gemäss Berichtsvorlage
- Erstellen und Abgeben des Rezeptes inkl. Abgaben Dosissteigerung und Bezug Material nach Erhalt der KoGu (s.u.).
- Dauerrezept für 6 Mt. für Saxenda und BD-Pennadeln 4mm (Siehe Textbaustein im KISIM)

Eintreffen der Rückmeldung der Krankenkasse

- Anmeldung Kontrolltermin EDM / AIN in 16 Wochen
- Anmeldung Diabetesberatung zur Gruppeninstruktion für die Anwendung

Verlaufskontrollen gemäss Vorgabe (Siehe "Therapieaufbau")

- Evaluation Therapieerfolg in Bezug auf Therapieziel: Strategieänderung nötig? Additive Therapie erforderlich (PSY, Physio)?
- Definition des neuen Zielgewichtes, aktueller Fokus der Ernährungsumstellung und Festlegung Bewegungsziele
- Erstellen des Rezeptes sofern das Zielgewicht erreicht wurde
- Verlängerungsgesuch an die Krankenkasse gemäss Vorlagen

Vorlagen

Vorlage Bericht und Kostengutsprachengesuche

s. KISIM unter gemeinsamen Favoriten

Vorlage Rezept

s. KISIM unter gemeinsame Favoriten

☒ KK ☐ UV ☐ IV ☐ MV ☐ einmalig ☒ Dauerrezept ☒ 1/2 Jahr ☐ 1 Jahr ZSR-Nr.: B727519

Beginn Rezeptierung

Rp	Medikamentenname Wirkstoff	*	Mo	Mi	Ab	Na	Bem. zur Anwendung	Bem. für Patient
1 OP	Saxenda (Inj Lös 6 mg/ml) Fertpen Liraglutid 6 mg/ml						mg s.c.	
1 OP	BD Pennadeln 4mm							

* : Aus medizinischen Gründen nicht substituieren.

§ Betäubungsmittel: ist auf separatem Betäubungsmittelrezept verordnet und hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt.

Injektionen täglich morgens

Dosissteigerung wöchentlich beginnend mit 0.6mg. Anschliessend, 1.2mg für 1 Woche, dann 1.8mg für 1 Woche, dann 2.4mg für 1 Woche, dann 3.0mg (Erhaltungsdosis)

Beginn nach Vorlage der Kostengutsprache durch die Krankenkasse und die Instruktion durch die Diabetesberatung.

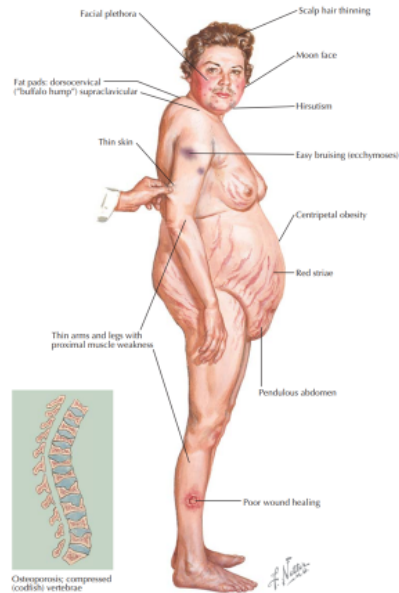
Ende Rezeptierung

Übersicht Wegovy

Folgt nach Aufnahme Wegovy in die Spezialitätenlist

Appendix

Übersicht Cushing-Zeichen



Clinical Features of Cushing Syndrome

Feature	Percent
Obesity or weight gain	95%*
Facial plethora	90%
Rounded face	90%
Decreased libido	90%
Thin skin	85%
Decrease in linear growth in children	70-80%
Menstrual irregularity	80%
Hypertension	75%
Hirsutism	75%
Depression/emotional lability	70%
Easy bruising	65%
Glucose intolerance	60%
Weakness	60%
Osteopenia or fracture	50%
Nephrolithiasis	50%

*100% in children.

Adapted from Newell-Price J, et al: Cushing syndrome. Lancet 367:1605-1616, 2006.

Newell-Price, Lancet, 2006