

Adipositas

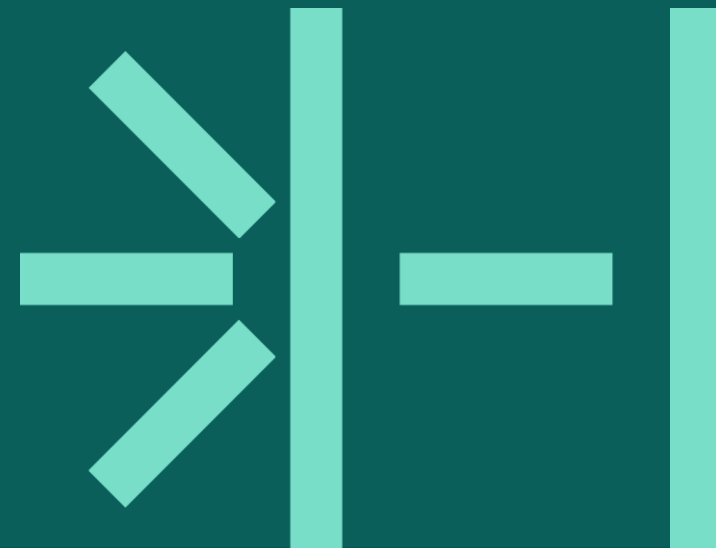
Tipps, Tricks and Drugs in der Adipositasbehandlung

Primary Care Academy 30.10.2026

Dr. med. Martina Bally

Endokrinologie, Diabetes & Metabolismus

Universitätsspital Basel



Prävalenz und Entwicklung in der Schweiz

Diagnose Adipositas

Therapie, Präparate und Limitatio

Nebenwirkungen

Follow up, langfristiger Verlauf



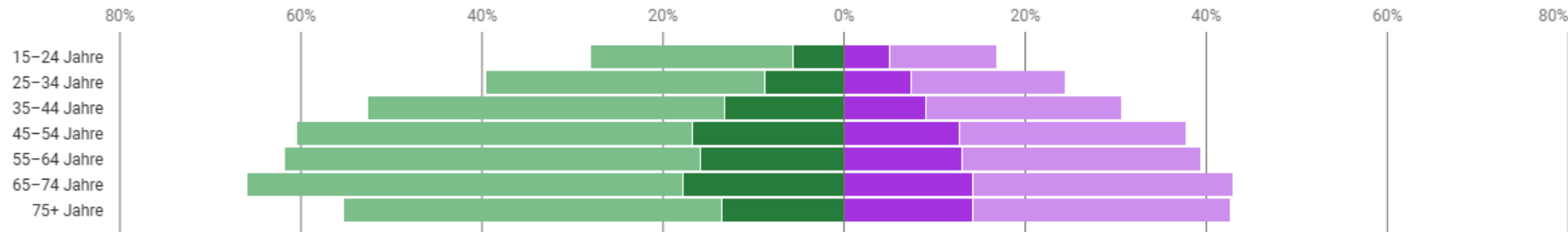
Übergewicht und Adipositas Schweiz



Übergewicht und Adipositas, 2022

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

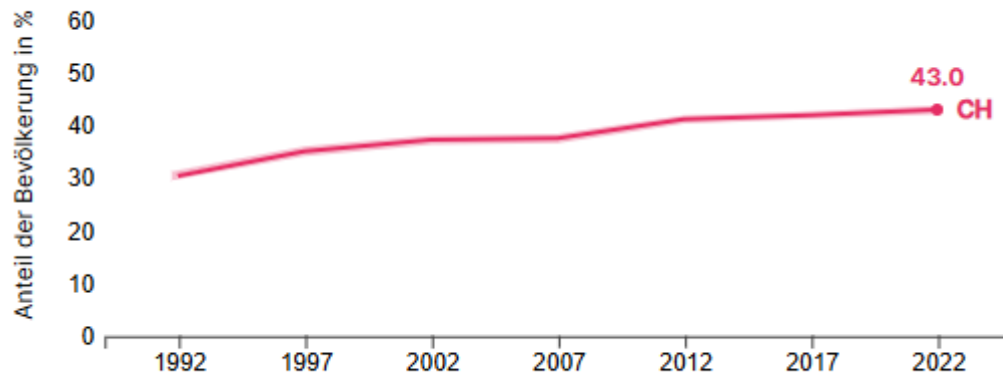
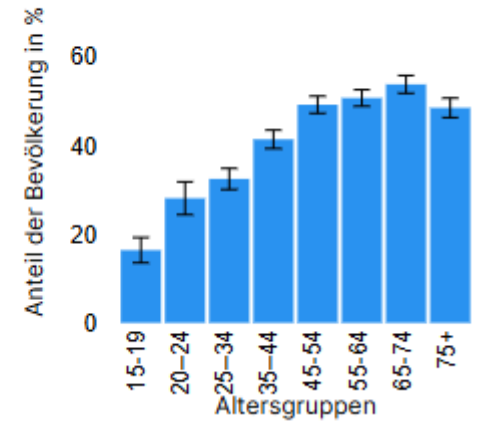
■ Männer: Adipositas ■ Übergewicht ■ Frauen: Adipositas ■ Übergewicht



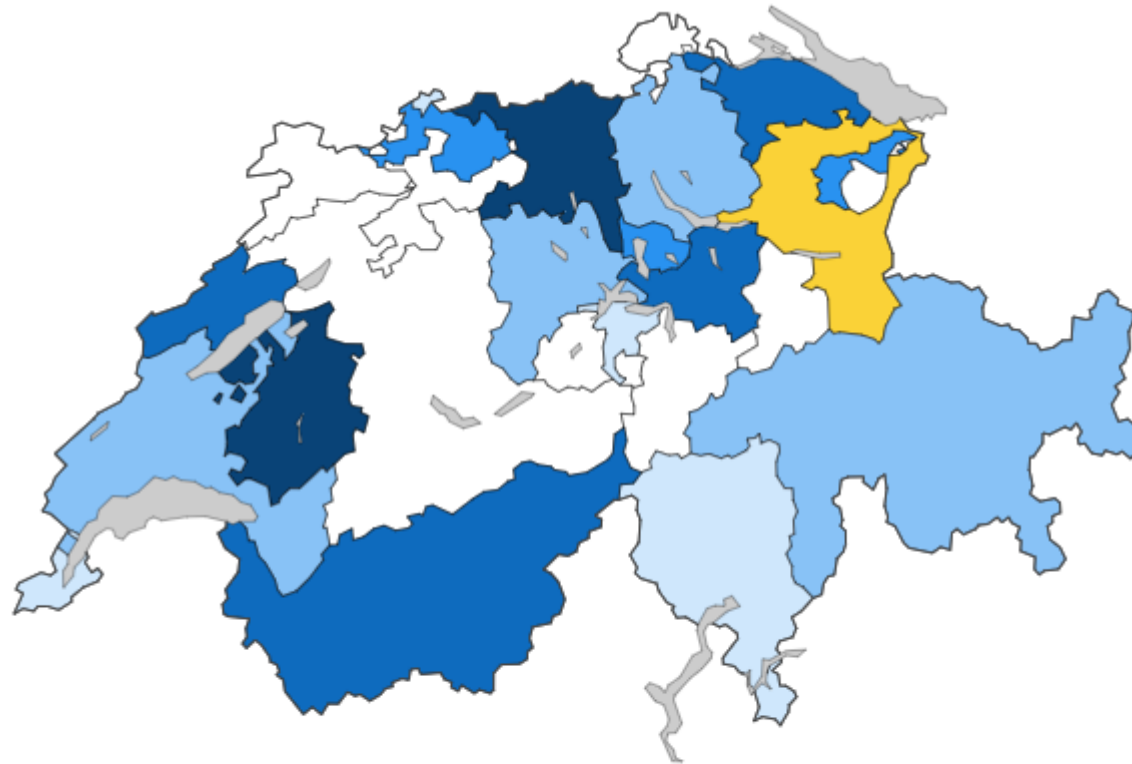
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

gr-d-14.02.05.01
© BFS 2023

Prävalenz Übergewicht und Adipositas 1992-2022



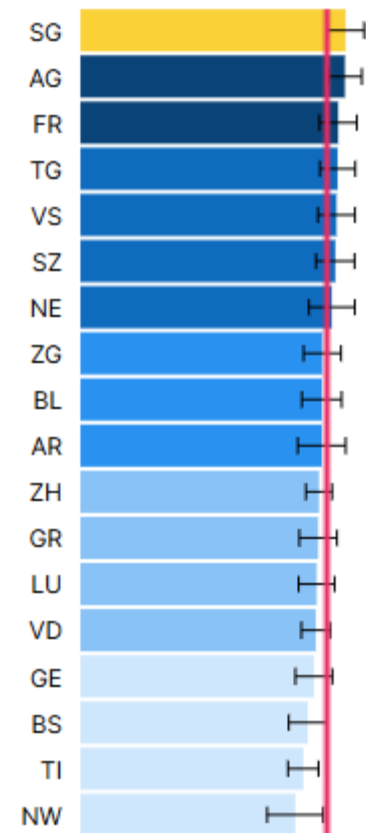
Kantonale Unterschiede



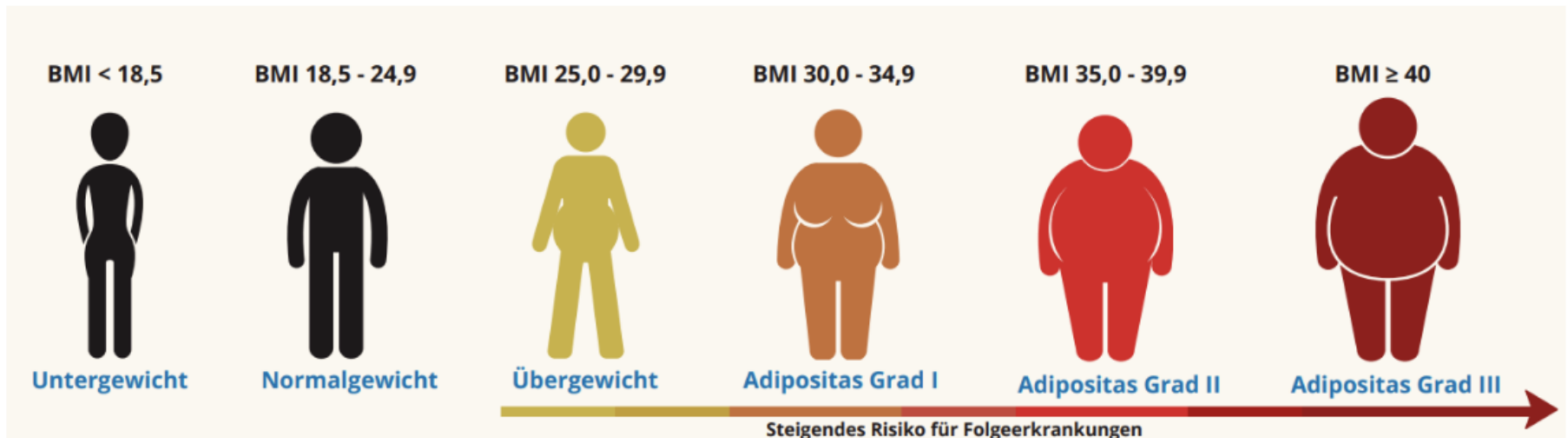
37.4 - 40.7 41.0 - 41.6 42.1 - 42.2 43.0 - 44.8 44.9 - 46.2

Anteil der Bevölkerung in % (in Quantilen)

Kantone ohne erweiterte Stichprobe werden nicht gezeigt (weisse Fläche).



Gradierung Adipositas



- Definition:
- Körpergewicht (kg)/Körpergröße (cm)²
- **Kritik am BMI:**
 - keine Unterscheidung Fett- und Muskelmasse (Bodybuilder)
 - keine Berücksichtigung der Fettverteilung (viszerales Fett)
 - Ethnie (Asien)

BMI- besser als nichts

- In der hausärztlichen Praxis **sehr relevant**
- Lassen sie den Patienten auf die Wage stehen, je adipöser desto falsch tiefer wird das eigene Gewicht eingeschätzt (Nawaz H, Chan W, Abdulrahman M Self-reported weight and height, American Journal of Preventive Medicine, 20, 294-298)
- Relevant für **Krankenkasse/ Verlaufsparemeter**
- Bei Grenzfällen, Asiaten, ältere Patienten: **alternative Messmethode** ergänzend anwenden
- Bei **älteren Patienten Grösse** messen, Abnahme 1 cm/10 Jahre ab 40 normal, bei Kyphose oder Wirbelkörperfrakturen oder starken degenerativen WS- Veränderungen durchaus auch mehr, kann deutliche Veränderung des BMI machen
- Spezialfall **Bodybuilder**: Muskelmasse ist zwar zu berücksichtigen, aber hoher BMI erhöht auch bei BB das kardiovaskuläre Risiko, auch bei hohem Anteil fettfreier Masse (ohne Berücksichtigung von Anabolikagebrauch...)

Alternative Messmethoden

- In Grenzfällen, zB «nur» Übergewicht

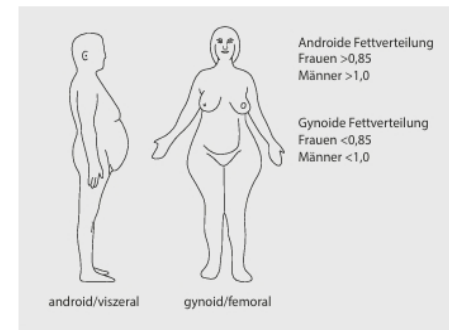
Messung Taillenumfang = waist circumference

- Grund: Erfassung abdominale Adipositas

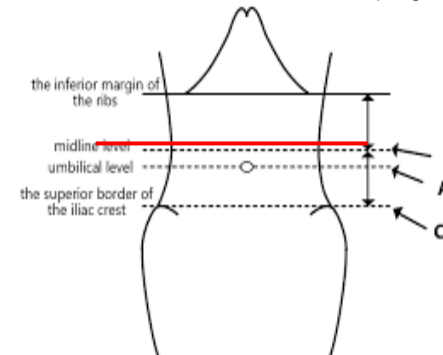
- Weitere Messmethoden:

- waist-to-hip ($\text{♀} < 0.85 / \text{♂} < 0.9$)

- waist-to-height (alterskorreliert, ab 60y < 0.6 , vorher < 0.5)



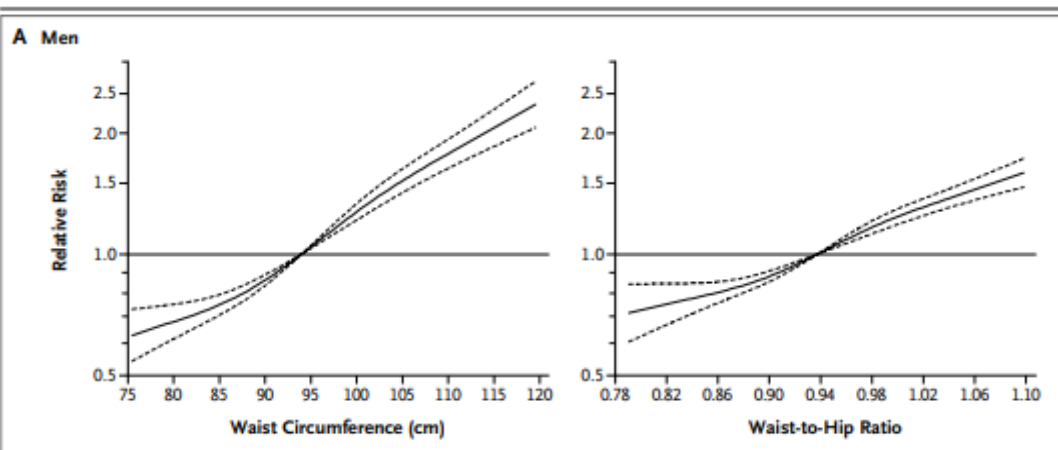
© 2018 Springer-Verlag GmbH Deutschland



■ $\text{♀} \geq 88 \text{ cm}$

■ $\text{♂} \geq 102 \text{ cm}$

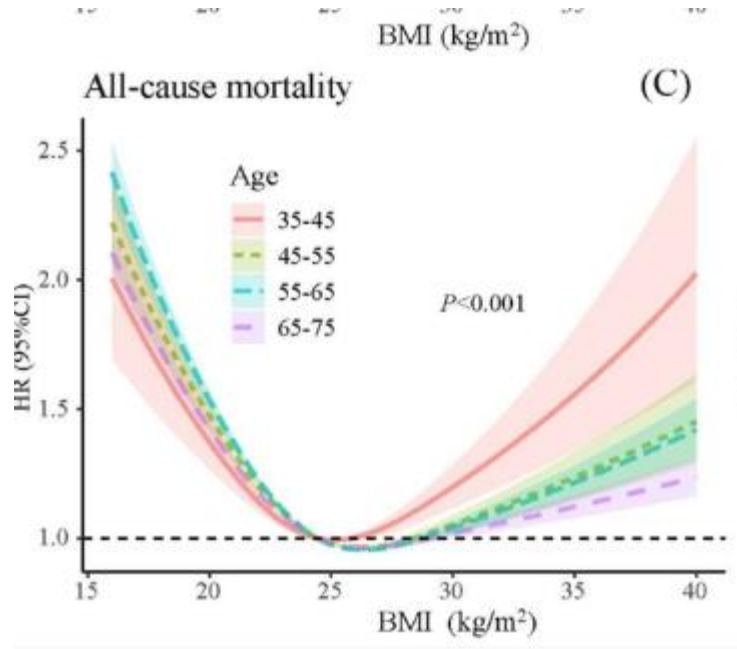
- Mortalitätsrisiko steigt mit zunehmenden Taillenumfang, unabhängig vom BMI



- Pischon et al, NEJM 2008

Adipositas behandeln- warum?

All-cause mortality vs BMI



Diabetes Obes Metab. 1. Juni 2025

Risikoerhöhung BMI ≥ 40 kg/m²

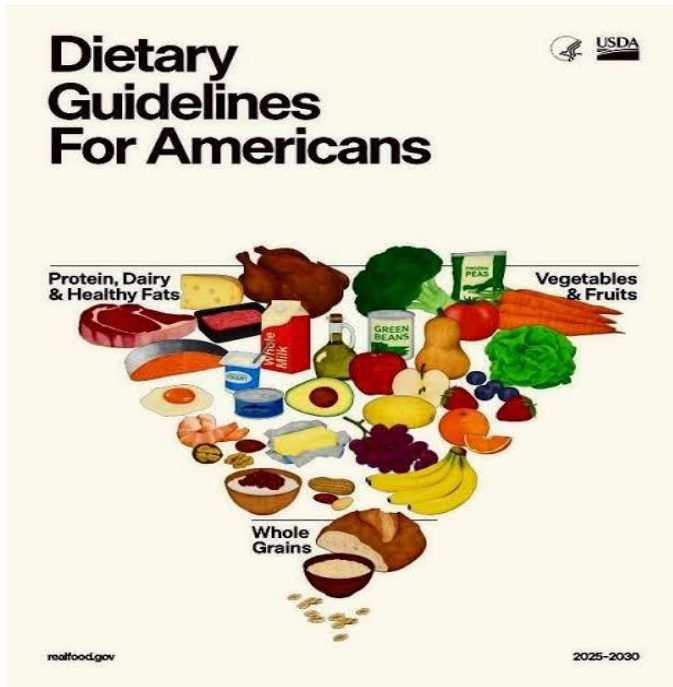
- KHK +176%
- T2D +200-300%
- Krebs +80% (besonders Mamma, Endometrium, Kolorektal, Ösophagus, Nierenzell)
- Arthrose +200-400%
- Weitere: Stroke, Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Reflux, Depression, Angststörung, Schlafapnoe

Therapeutische Optionen

- **Diät:** (low carb, Intervallfasten, Metabolic, Keto, Dash, Weight Watchers, Formula, Mediterran, etc etc) als alleinige therapeutische Massnahme nicht ausreichend
- Gewichtsverlust nach 3 Jahren (Cochrane Metaanalyse) 3%
- Low fat vs low calorie vs low carb: kurzfristig low carb überlegen, im längerfristigen Verlauf kein Unterschied

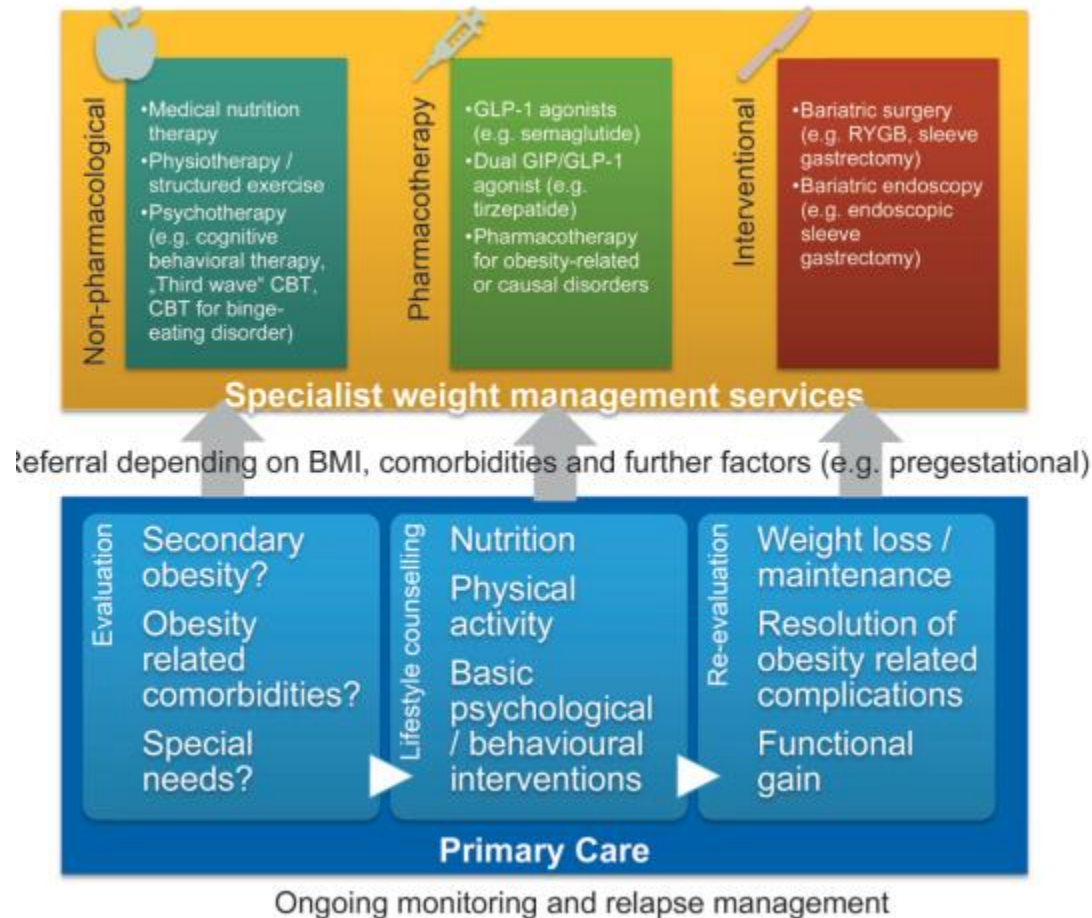


Ernährung: Evidenz versus Ideologie

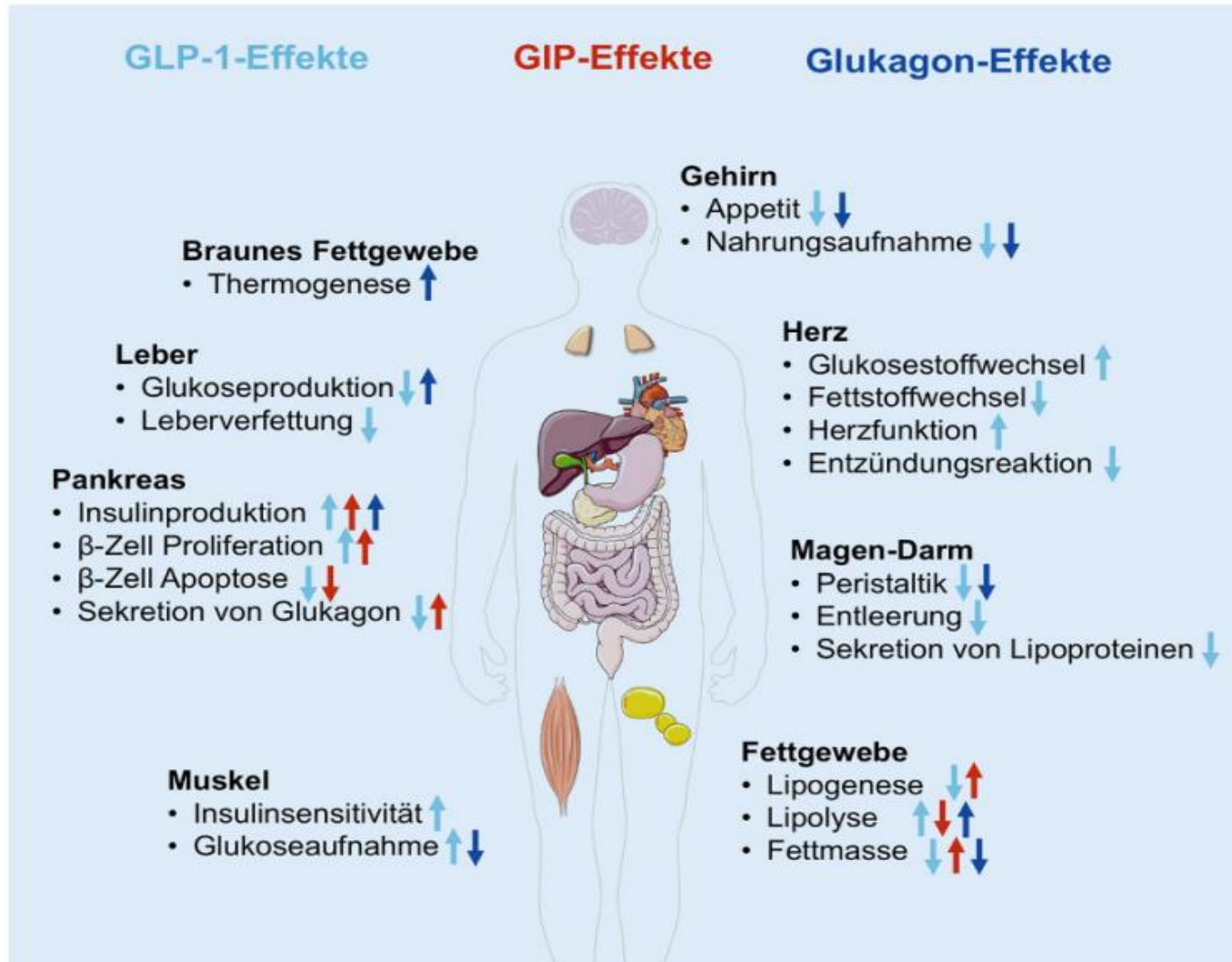


Quelle DGE

Therapie: 3 Säulen

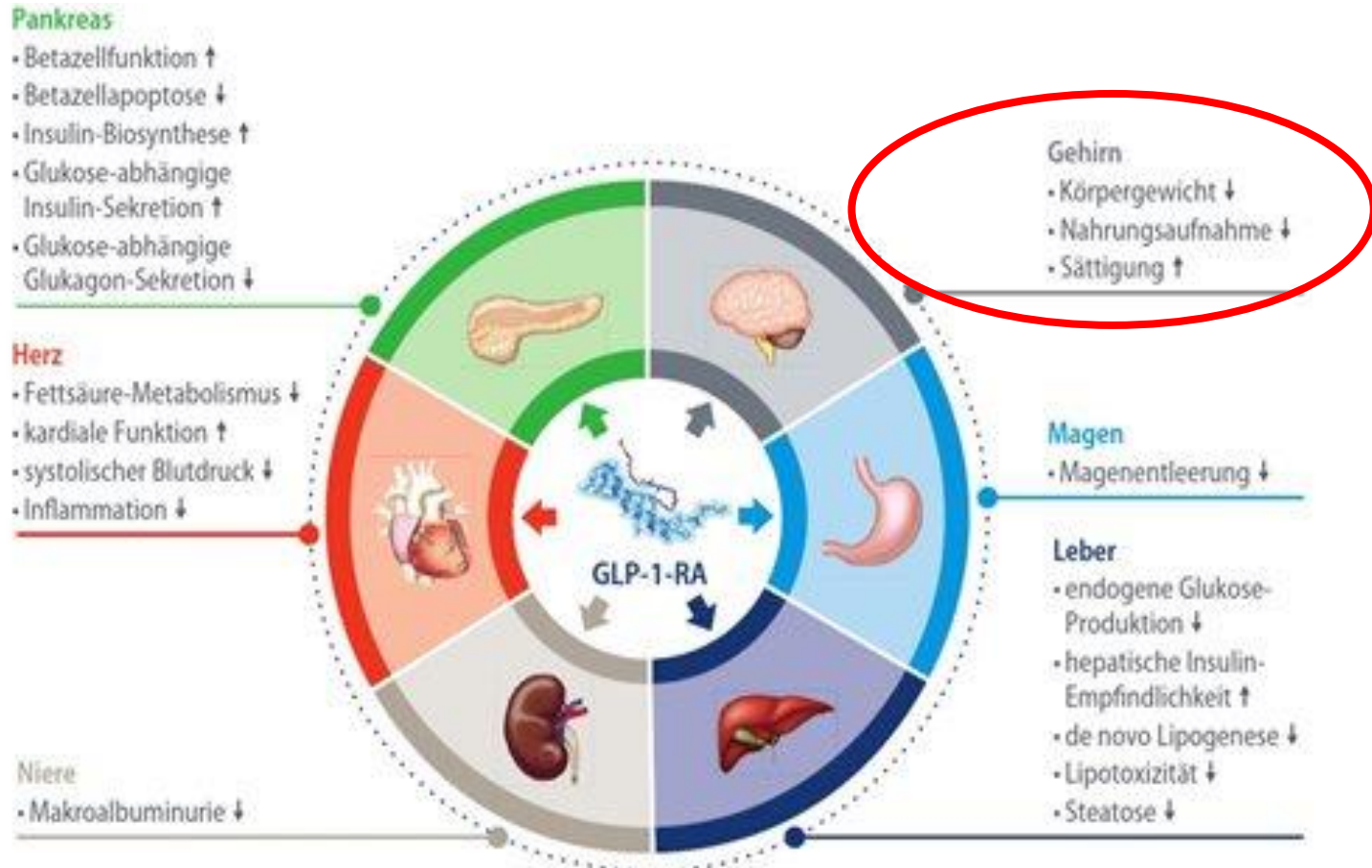


Therapeutische Optionen: GLP-1/GIP/Glucagon-Analoga



▪ Diabetologe 2017 · 13:505–513

Mechanismus GLP-1-Rezeptoragonisten



Limitatio Wegovy gemäss Spezialitätenliste BAG

Einsatz bei Diabetikern (DM Typ 2) nur, wenn diese nicht mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten, ausser einem zur Gewichtsreduktion eingesetzten, vorbehandelt sind, sowie bei Nicht-Diabetikern:

Als **Ergänzung zu einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät, begleitender Ernährungsberatung und verstärkter, belegter** (bspw. Schrittzähler) **körperlicher Aktivität** bei motivierten Patienten (ohne vorangegangene bariatrische Operation und ohne geplante oder bevorstehende bariatrische Operation) zur Gewichtsregulierung bei erwachsenen Patienten mit:

- **BMI ≥ 35 kg/m²**
- **BMI ≥ 28 kg/m²**, falls zusätzliche gewichtsbedingte Begleiterkrankungen (**Prädiabetes** oder **Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie**) vorliegen.

Die Behandlung bedarf der **Kostengutsprache** durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Die dokumentierte Einhaltung einer 500 kcal/Tag-Defizit-Diät ist Voraussetzung für die Vergütung von Wegovy und muss gegenüber dem Krankenversicherer bestätigt werden.

Limitatio Wegovy gemäss Spezialitätenliste BAG

- Die Verschreibung sowie die medizinischen Erfolgskontrollen nach **16 Wochen**, **10 Monaten** und danach **alle 6 Monate**, dürfen ausschliesslich vor Ort:
 - Durch Fachärzte für Endokrinologie/Diabetologie mit nachgewiesener Expertise in der Behandlung von Adipositas (vgl. unten)

ODER

- An einem Adipositas-Zentrum mit nachgewiesener Expertise in der Behandlung von Adipositas

Zulassung Swissmedic (≠ Kostenübernahme KVG!)

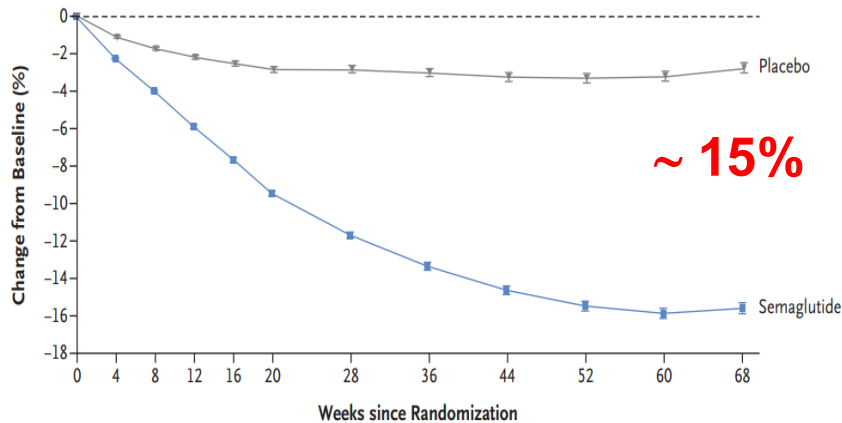
- Wegovy/Mounjaro sind gemäss Swissmedic zur Gewichtsreduktion zugelassen:
 - Erwachsenen mit einem Ausgangs-Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Adipositas)
 - oder
 - $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ bis $< 30 \text{ kg/m}^2$ (Übergewicht) bei Vorliegen mindestens einer gewichtsbedingten Begleiterkrankung (Hypertonie, Dyslipidämie, obstruktive Schlafapnoe, kardiovaskuläre Erkrankung, Prädiabetes oder Diabetes mellitus Typ 2)
- Hausärztliche Verordnung in dieser Limitation erlaubt (ohne off label use in Anspruch nehmen zu müssen)

Erwarteter Gewichtsverlust

Semaglutid



Body Weight Change from Baseline by Week, Observed In-Trial Data

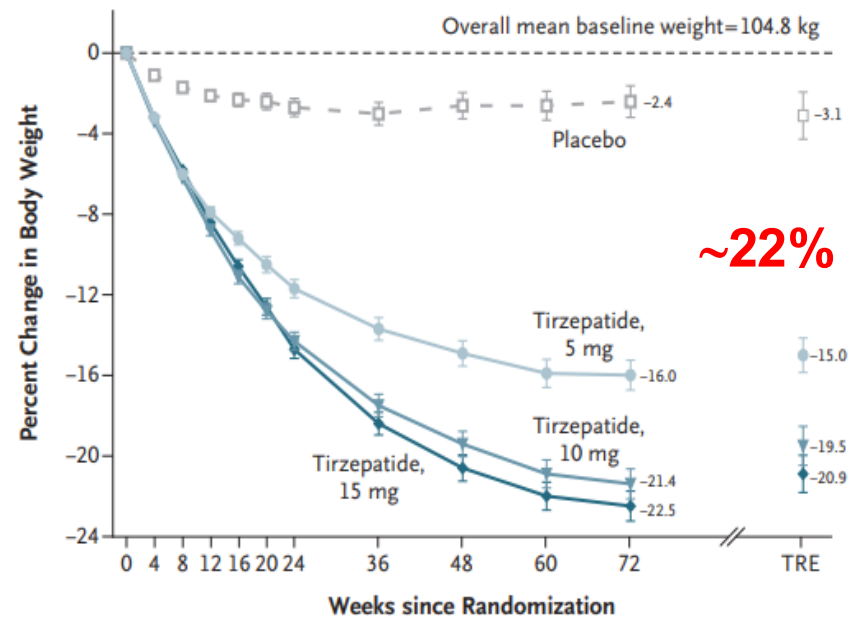


NEJM, Wilding et al., 2021

Tirzepatid



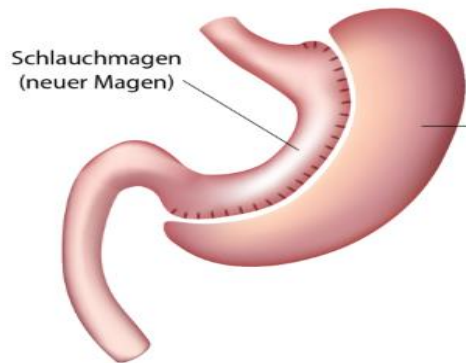
B Percent Change in Body Weight by Week (efficacy estimand)



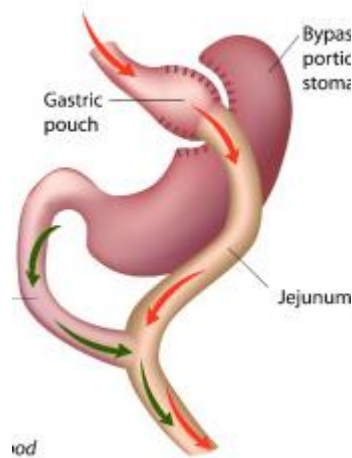
Ausblicke

- **Retatrutide:** (GIP, GLP-1 und Glucagon Triple Rezeptor Agonist (Eli Lilly))
- Noch nicht zugelassen in der Schweiz
- **Erwarteter Gewichtsverlust** in Phase III Studie (Triumph-1) **30%**
- **Vergleich: erwarteter Gewichtsverlust mit:**

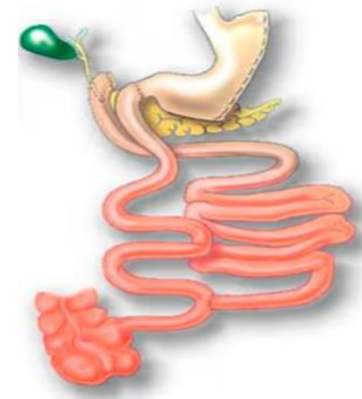
Sleeve Gastrektomie: 20-30%



Roux-Y-Gastric Bypass 25-35%



Duodenal Switch 30-40%



Ausblicke

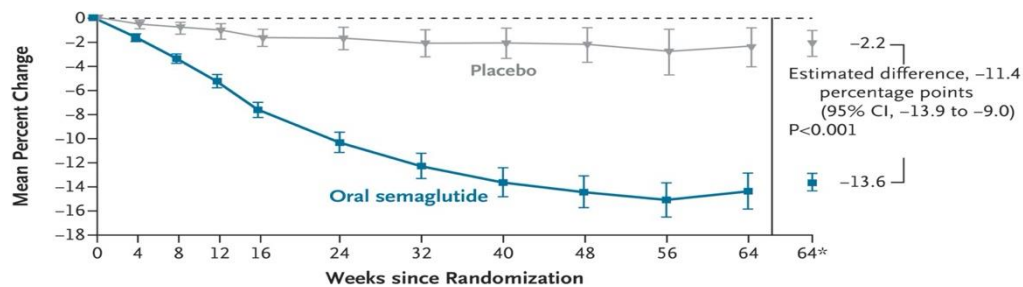
▪ Orforglipron:

oral GLP-1 Rezeptoragonist:

Gewichtsreduktion bis 13.6 % (Placebo 2.2%)

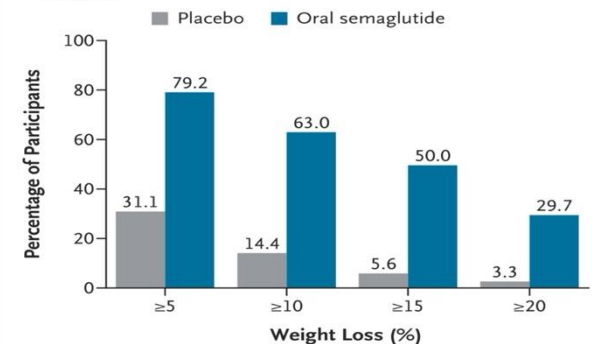
Vorteil gegenüber Rybelsus: nichtpeptidisches Molekül, orale Einnahme ohne Restriktionen möglich

A Change in Body Weight from Baseline



No. of Participants											
Placebo	102	100	99	99	99	92	89	89	88	87	90
Oral semaglutide	205	201	200	200	198	192	189	181	186	179	192

B Participants Meeting Weight-Loss Targets at Week 64



Behandlungsziele

BMI >28 kg/m²

Nach 16 Wochen:



-5% Ausgangsgewicht

Nach 10 Monaten:



-10% Ausgangsgewicht

BMI >35 kg/m²

Nach 16 Wochen:



- 7% Ausgangsgewicht

Nach 10 Monaten:



-12% Ausgangsgewicht

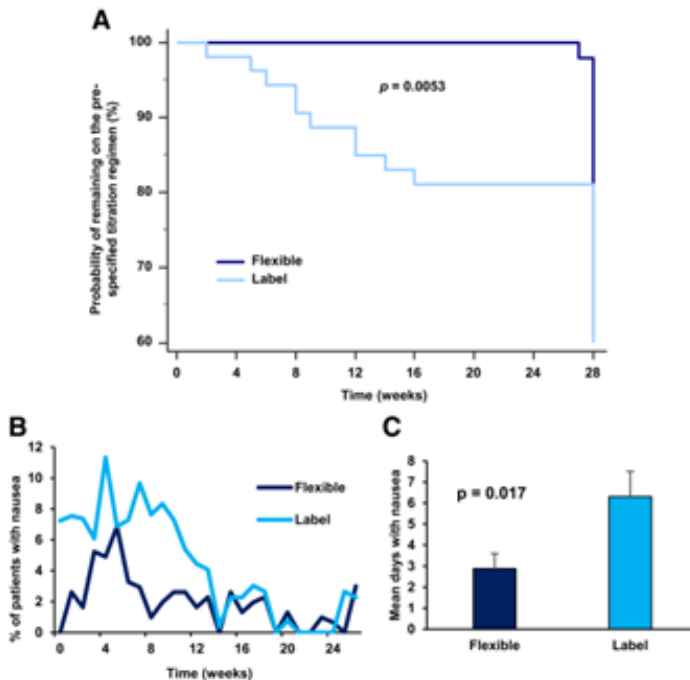
Langsame Dosissteigerung von Semaglutid führt zu besserer Therapieadhärenz und weniger Nebenwirkungen

RCT mit 104 Patienten mit Typ-2-Diabetes

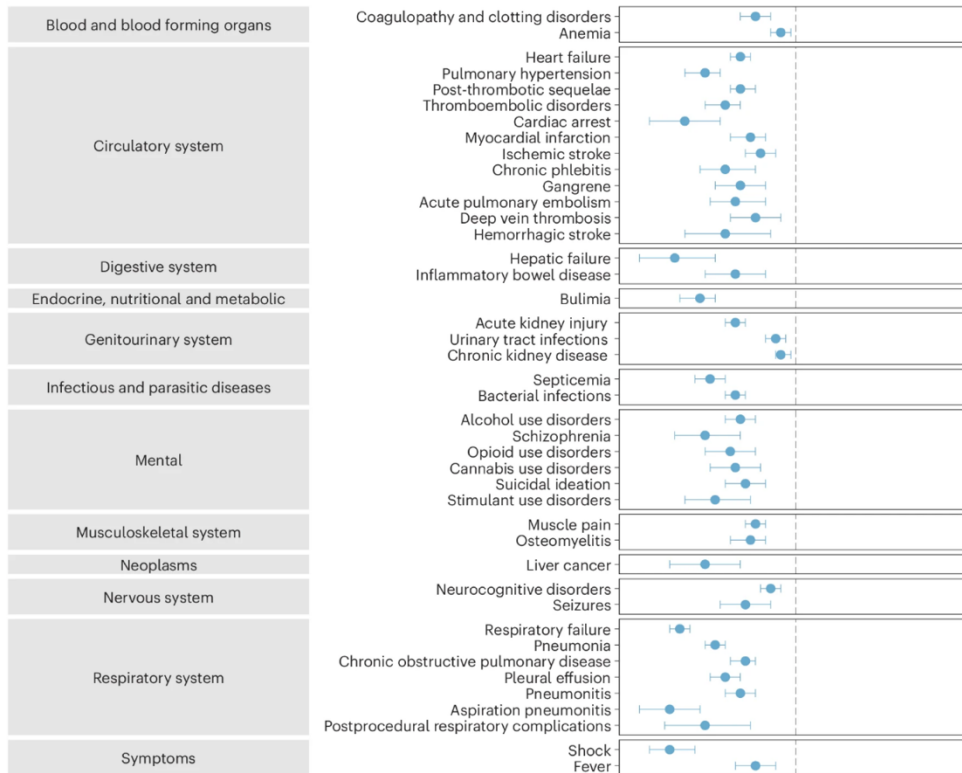
- Empfohlenes Regime: 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg alle 4 Wochen
- Flexible Dosissteigerung: Start bei 0,0675 mg, wöchentliche Steigerung, Anpassung bei GI-AEs

Ergebnisse

- 2% brachen die Behandlung aufgrund von GI-AEs ab (vs. 19%, $P = 0,005$)
- Weniger Übelkeit (45,1% vs. 64,2%, $P = 0,051$) und Asthenie (9,8% vs. 24,5%, $P = 0,047$) in der flexiblen Gruppe
- Ähnliche HbA1c- und BMI-Änderungen in beiden Gruppen



Reduzierte Risiken unter GLP-1RA-Therapie gegenüber Standardversorgung

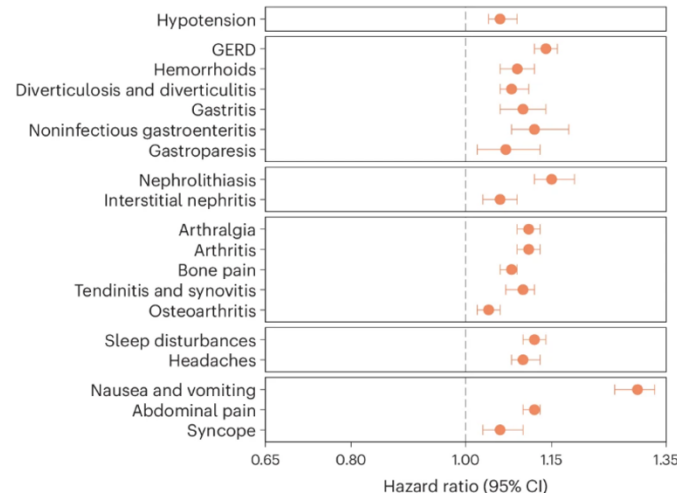


- Vergleich von GLP-1RAs mit anderen Diabetesmedikamenten bei 1.955.135 Personen über eine mediane Dauer von 3,68 Jahren
- Analyse der US Veterans Affairs-Datenbank
- Erstellung eines „Health Outcome Atlas“ zur Untersuchung von 175 Gesundheitsparametern

Xie Y, Nat Med, 2025

Erhöhte Risiken unter GLP-1RA-Therapie gegenüber Standardversorgung

Circulatory system
Digestive system
Genitourinary system
Musculoskeletal system
Nervous system
Symptoms



Vergleich von GLP-1RAs mit anderen Diabetesmedikamenten bei 1.955.135 Personen über eine mediane Dauer von 3,68 Jahren

Erhöhtes Risiko für

- **gastrointestinale Störungen**
- Hypotonie
- Synkopen
- Arthrose
- Nierensteine
- interstitielle Nephritis

Xie Y, Nat Med, 2025

Nebenwirkungen

Ozempic Face



30.10.2026

25

Nebenwirkungen

Ozempic Face

- In Studien wurden Patienten nach GLP-1 unterstütztem Gewichtsverlust ca. 5 Jahre älter geschätzt als gleichaltrige Menschen ohne Gewichtsverlust
- Identische Effekte werden beobachtet nach Bariatrie oder «Crashdiäten»
- Somit kein Hinweis auf GLP-1-Effekt sondern ausschliesslich Auswirkung des Gewichtsverlustes

Nebenwirkungen

Hautüberschuss

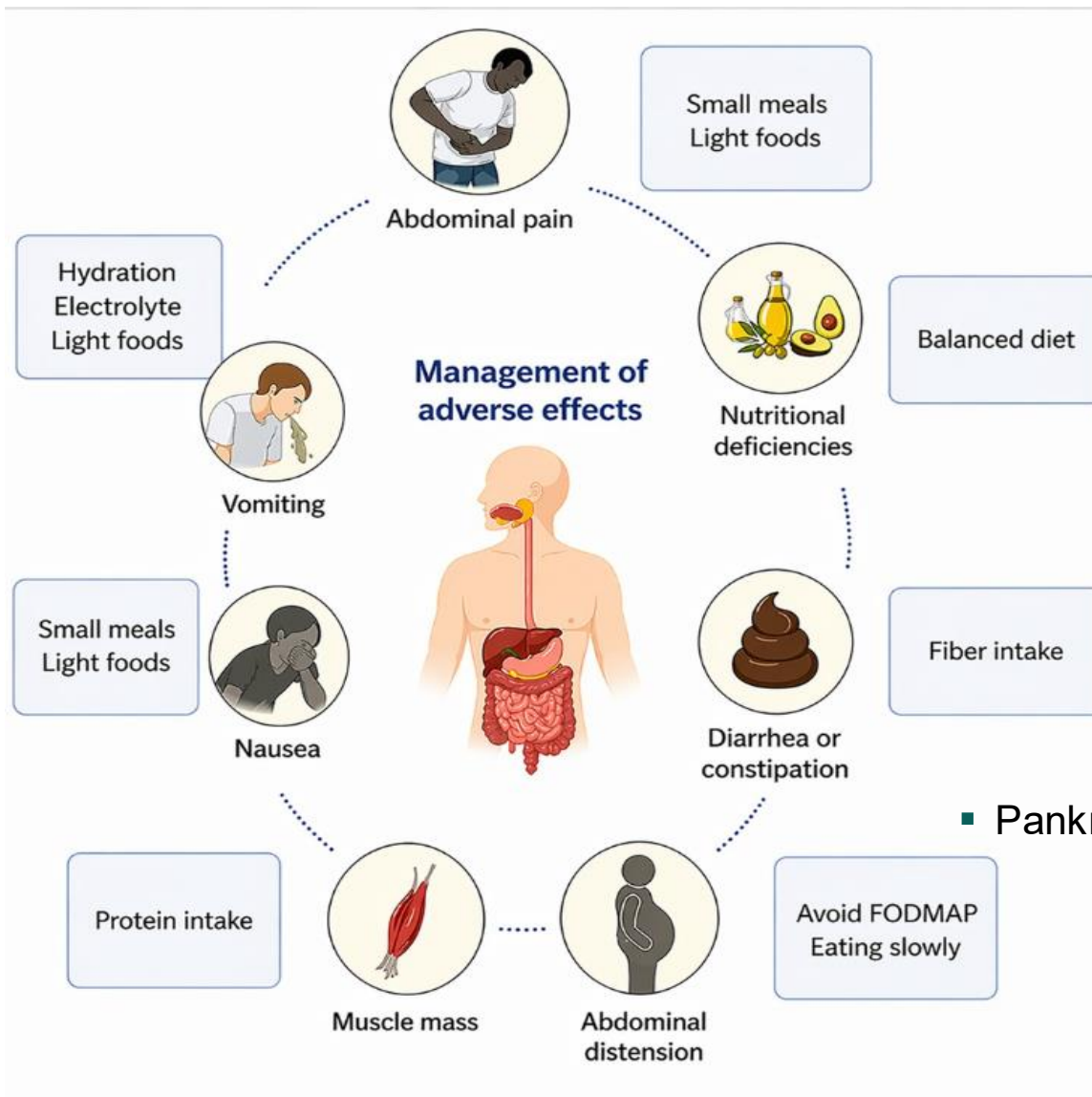
■ Risikofaktoren:

- starker Gewichtsverlust
- Langjährige Adipositas
- Alter
- Genetik
- Unsicher: Geschwindigkeit des Gewichtsverlustes
- Vorgeschädigte Haut (UV, Nikotin)
- Häufige Gewichtsschwankungen



■ Quelle Foto: Focus

Nebenwirkungen



- Häufig: **Übelkeit**
Erbrechen
Diarrhoe
Obstipation

Dosisabhängig!

- Pankreatitis: keine gesicherte Evidenz, Erhöhung Lipase und Amylase unter Therapie häufig **≠ Pankreatitis**

- Diabetes Obes Metab.

Nebenwirkungen

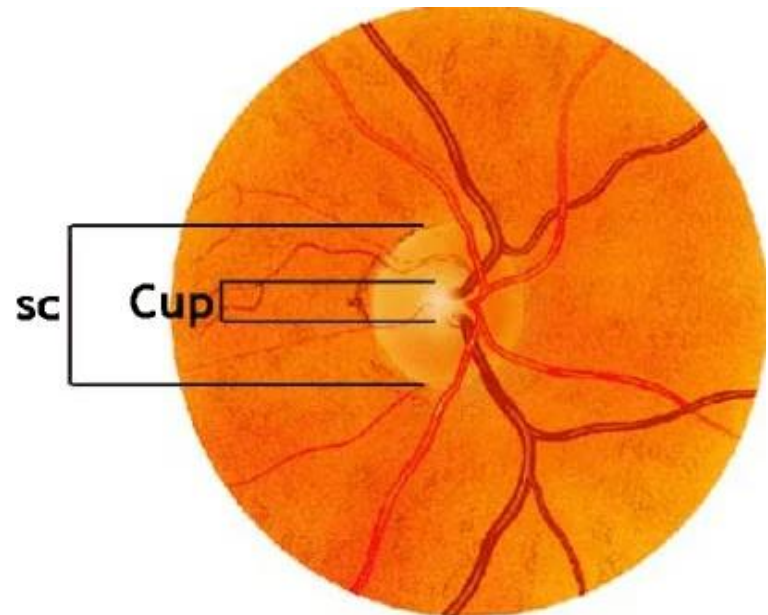
AION (nichtarteritische anteriore ischämische Optikusneuropathie)

- Grosse Kohortenstudien und Metaanalysen zeigen ein **1,7- bis 4,3-fach erhöhtes relatives Risiko** unter Semaglutid im Vergleich zu anderen Antidiabetika
- Für Tirzepatid ist die Datenlage schwächer, Signal aber vorhanden
- **Absolutes Risiko niedrig**: ca. 0,01–0,3%, entspricht etwa 1 zusätzlichem Fall pro 7'000 behandelten Patienten pro Jahr
- RCT-Daten zeigen bislang **kein signifikant erhöhtes Risiko** – Diskrepanz zu Beobachtungsstudien, da NAION zu selten für RCT-Power ist.

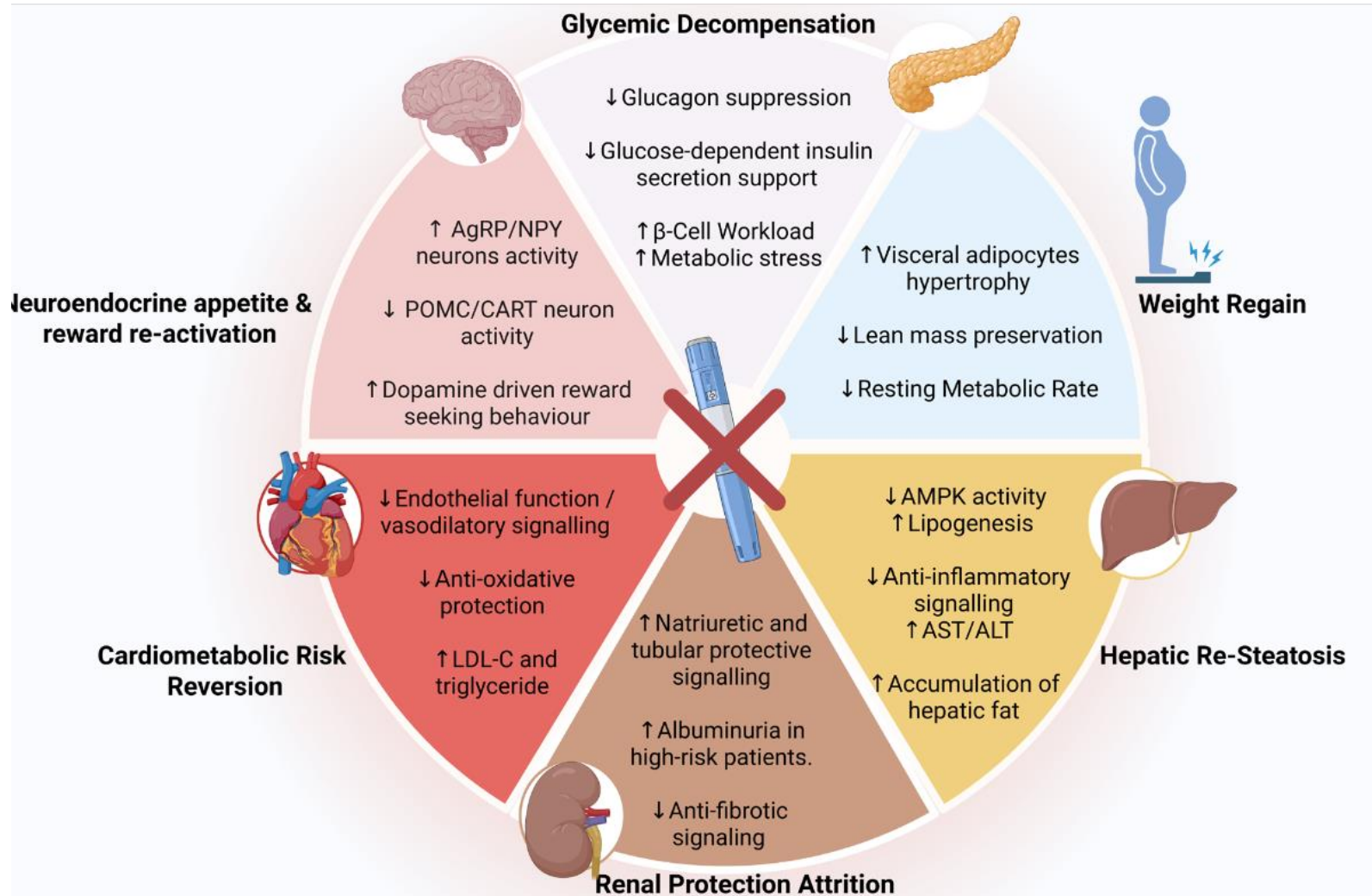
Nebenwirkungen

AION (nichtarteritische anteriore ischämische Optikusneuropathie)

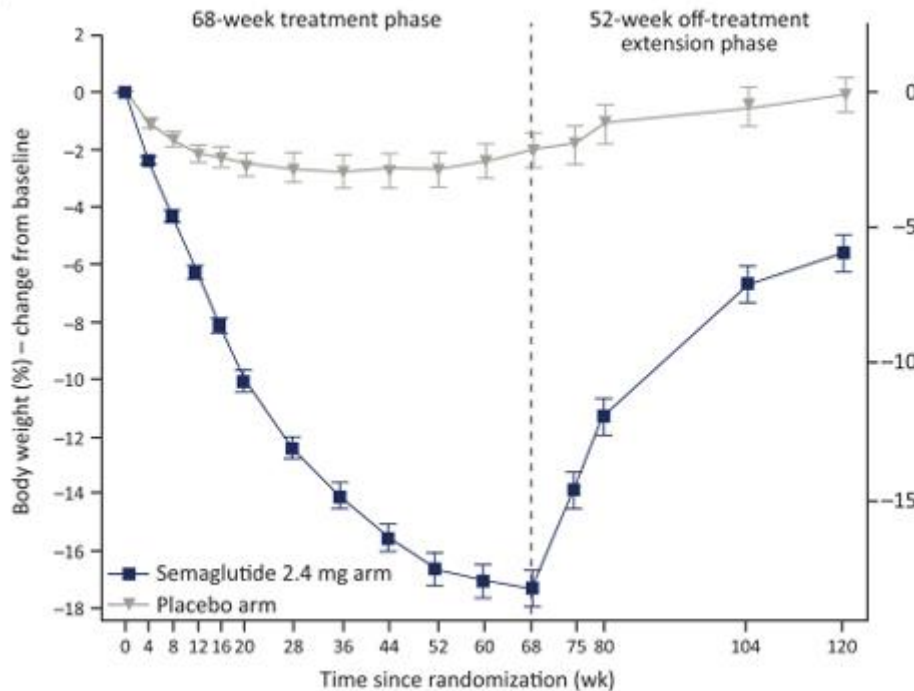
- Vorbestehende NAION (auch am anderen Auge)
- "Disc at risk" (kleine Cup-to-Disc-Ratio)
- Hypertonie, obstruktive Schlafapnoe, Rauchen
- Männliches Geschlecht



Verlauf/Follow up



Verlauf/Follow up



- **Erwartete Gewichtszunahme nach Absetzen: 50-67 % des verlorenen Gewichtes innerhalb eines Jahres**

Prädiktoren für eine Gewichtszunahme:

- **Grösserer Gewichtsverlust**
- **Insulinresistenz und zentrale Adipositas**
- **Psychiatrische Faktoren/Esstörungskomponente**
- **Sozioökonomische Faktoren**

Wichtig: längere Behandlungsdauer schützt nicht vor einer Wiedergewinnung!

Take home Adipositas

- **Chronische Krankheit** mit hoher Morbidität/Mortalität (>200 Komorbiditäten)
- Therapeutische Optionen begrenzt: Pharmakotherapie und bariatrische Chirurgie, übrige Therapien sehr selten erfolgreich
- Erheblicher **Kostenfaktor**: 180 CHF/Monat (Wegovy) bis 388 CHF/Monat (Mounjaro)
- Begleitung wichtig (**Sarkopenie** Risiko)
- Management nach Absetzen unklar
- Ausblick: neue, teils wirksamere Substanzen in Entwicklung rsp Zulassung

Swiss obesity clinical practice guidance

Developed by the Swiss Society of Endocrinology and Diabetology (SGED-SSED) / Swiss Association for the Study of Metabolism and Obesity (ASEMO-SAMO), the Swiss Multidisciplinary Obesity Society (SMOB) and the Society of Obesity in Childhood and Youth (AKJ); endorsed by the Swiss Obesity Alliance (ALLOB)

Philipp A. Gerber^a, Tinh-Hai Collet^b, Lucie Favre^c, Marco Bueter^d, Inge Ruiz Arana^e, Dominique Durrer^f, Eleonora Seelig^g, Bernd Schultes^h, Patrick Pasi, Daniel Konradⁱ, Lia Bally^k

a Department of Endocrinology, Diabetology and Clinical Nutrition, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland; b Service of Endocrinology, Diabetology and Metabolism, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland; c Service of Endocrinology, Diabetology and Metabolism, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland; d Visceral Surgery, Mannedorf Hospital, Mannedorf, Switzerland; e Endocrinology / Diabetology, Children's Hospital Central Switzerland, Lucerne, Switzerland; f Multidisciplinary Obesity Centre Neuchatel, Neuchatel, Switzerland; g Department of Endocrinology, Diabetology and Metabolism, University Hospital Basel, Basel, Switzerland; h Metabolic Centre St. Gallen, St. Gallen, Switzerland; i Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland; j Division of Endocrinology and Diabetology, University Children's Hospital Zurich, Zurich, Switzerland; k Department of Diabetes, Endocrinology, Nutritional Medicine and Metabolism, Inselspital, Bern University Hospital and University of Bern, Bern, Switzerland

■ Fragen?

