

Wie Adipositas den Mangel an Fachkräften verschärft

Prof. Dr. med. Stephan Martin

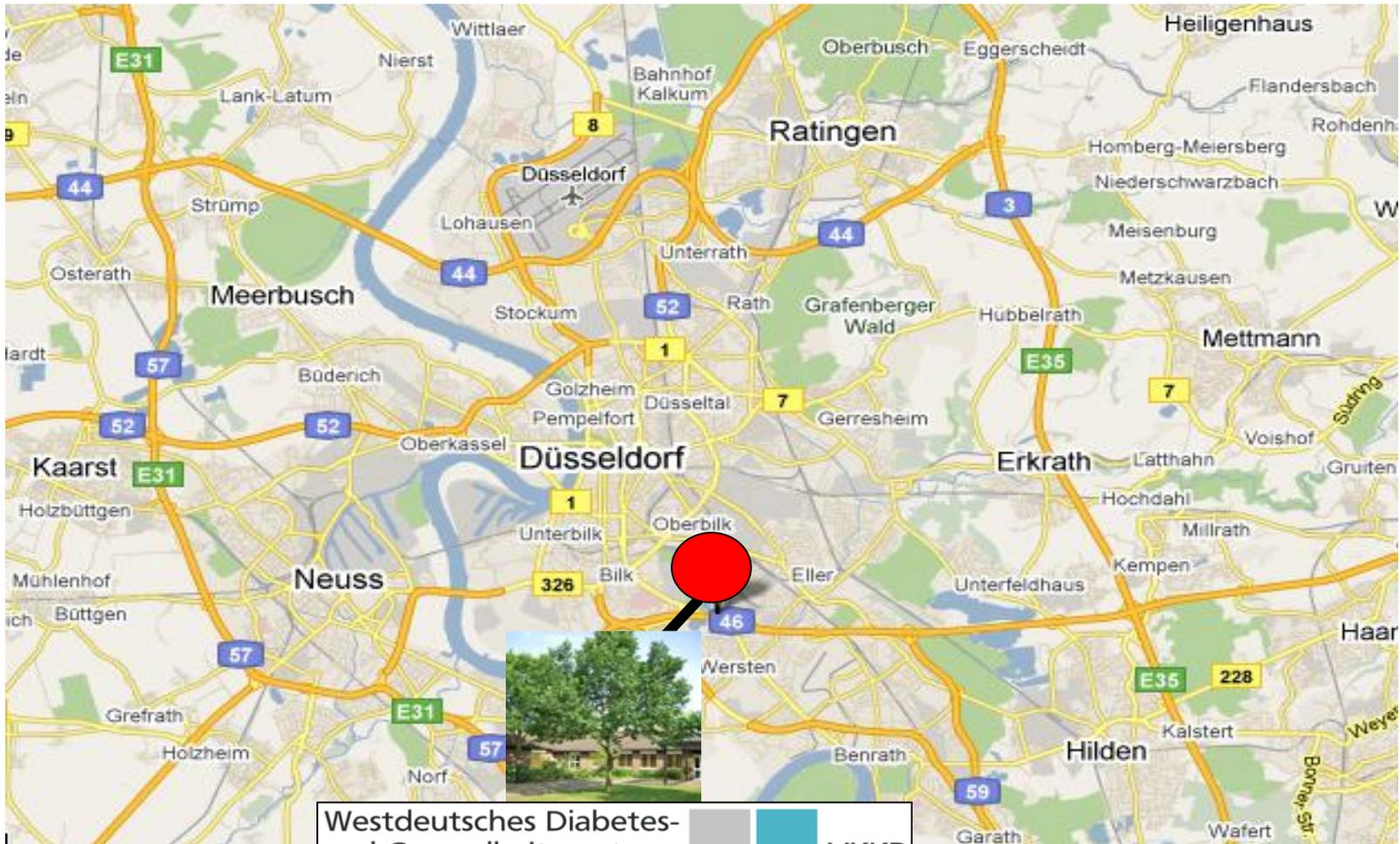
Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums (WDGZ)
Chefarzt für Diabetologie Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD)

Westdeutsches Diabetes-
und Gesundheitszentrum
WDGZ



VKKD



Westdeutsches Diabetes-
und Gesundheitszentrum
WDGZ



VKKD

Befragung von IHK-Unternehmen



Köln



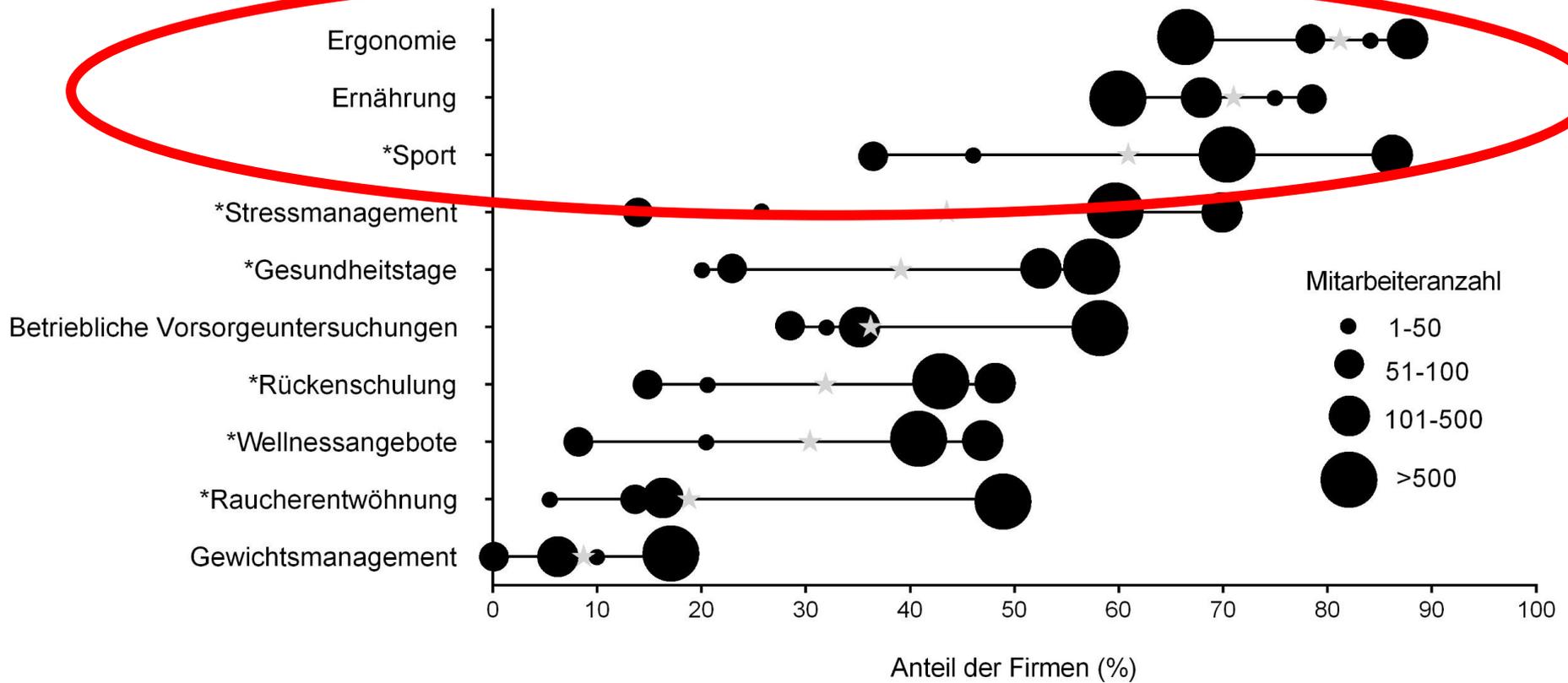
Düsseldorf

**Was wird von IHK-Unternehmen als BGF-Maßnahmen angeboten
und wie werden die Maßnahmen eingeschätzt?**



**Rheinische
Fachhochschule
Köln**

Wie sieht die wissenschaftliche Evidenz aus?



Wissenschaftliche Evidenz

Physical activity and health promotion programs in the workplace: A meta-analysis of effectiveness in European organizations

Delphi list. In 18 analyzed studies, a small effect of the programs over the variables, in general, was found (ES = 0.21; CI 95% 0.07-0.35). Additionally, the effect of the interventions on some of the predominant variables was also small. These results suggest a high variability. It would be useful to develop more interventions in the future, as well as to obtain global health indicators that may help clear such variability and move toward designing successful approaches.

Díaz-Benito VJ, Journal of Workplace Behavioral Health 2020; 35: 232-255

JAMA Internal Medicine | Original Research
Effects of a Workplace Wellness Program on Employee Health: A Randomized Clinical Trial

CONCLUSIONS AND RELEVANCE
Workplace wellness programs can improve health outcomes, rates of medical visits, and productivity, but it increased the proportion of employees who were not employed by the end of the study.

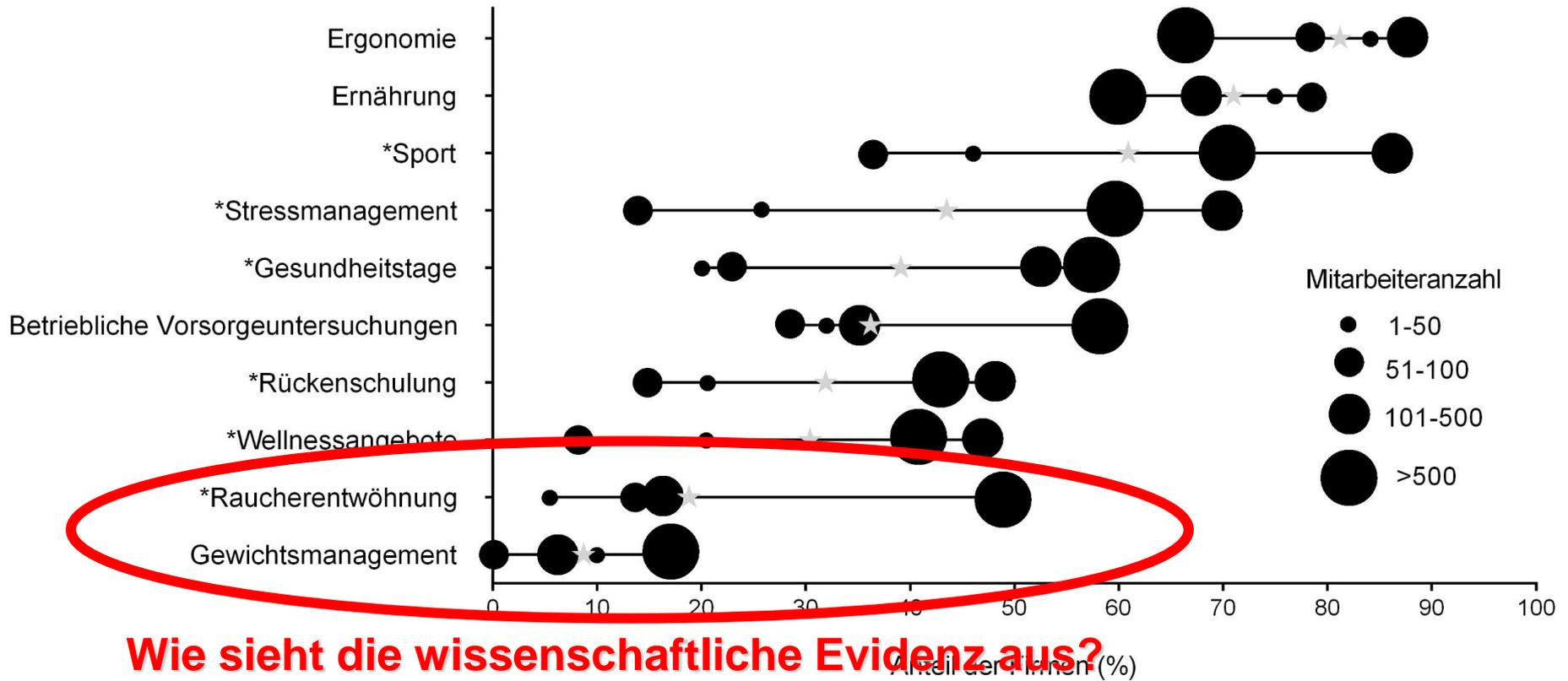
INTERVENTIONS The 2-year workplace wellness program included on-site biometric screening, paid time off for annual on-site biometric screening, and ongoing wellness activities (eg, physical activity, smoking cessation, and stress management).

Straube S, et al., Pain 2016; 157: 2160-2167

the back
low back

ronic
arged.

Befragung von IHK-Unternehmen



Wissenschaftliche Evidenz



SOCIETY FOR THE
TY OF
TION

Cost Effectiveness of a Weight Management Program Implemented in the Worksite

Translation of Fuel Your Life

Phaedra S. Corso, PhD, Justin B. Ingels, MPH, Heather M. Padilla, MS, Heather Zuercher, MPH,
David M. DeJoy, PhD, Robert J. Vandenberg, PhD, and Mark G. Wilson, MSD

Conclusions: Prevention programs require adaptation at the local level and significantly affect the cost, effectiveness, and cost-effectiveness of the program.

was most costly (\$601 to \$589/employee) and the self-study condition was least costly (\$145 to \$143/employee). For weight loss, delivering FYL through the small group condition was no more effective, yet more expensive, than the self-study delivery. For QALYs, the group delivery of FYL was in an acceptable cost-effectiveness range (\$22,400/QALY) relative to self-study (95% confidence interval [CI]: \$10,600/QALY—dominated).
Conclusions: Prevention programs require adaptation at the local level and significantly affect the cost, effectiveness, and cost-effectiveness of the program.

Keywords: cost-effectiveness analysis, economic evaluation, fuel your life, obesity, quality of life, workplace health

including comparison of different delivery modes.

- Discuss the implications for choosing the mode of delivery of workplace wellness programs, based on costs and desired outcomes.

presenteeism, and the costs of employer-covered health insurance.⁴ Obesity in the workplace is estimated to cost US businesses \$73.1 billion dollars annually (in 2003\$) in both health insurance costs and reduced productivity.⁵ Others have estimated that health-related presenteeism and absenteeism costs US companies \$11.7 billion (in 2002\$) annually for obese workers.⁶ A recent comparison of lost

Corso PS, et al., J Occup Environ Med 2018; 60: 683-687

...D-5 L) and resource u...
...ce period). For the CEA the prima...

van den Brand FA,

Cd003440

(ICER) tab
interv

Interpret
increase
workplace sh

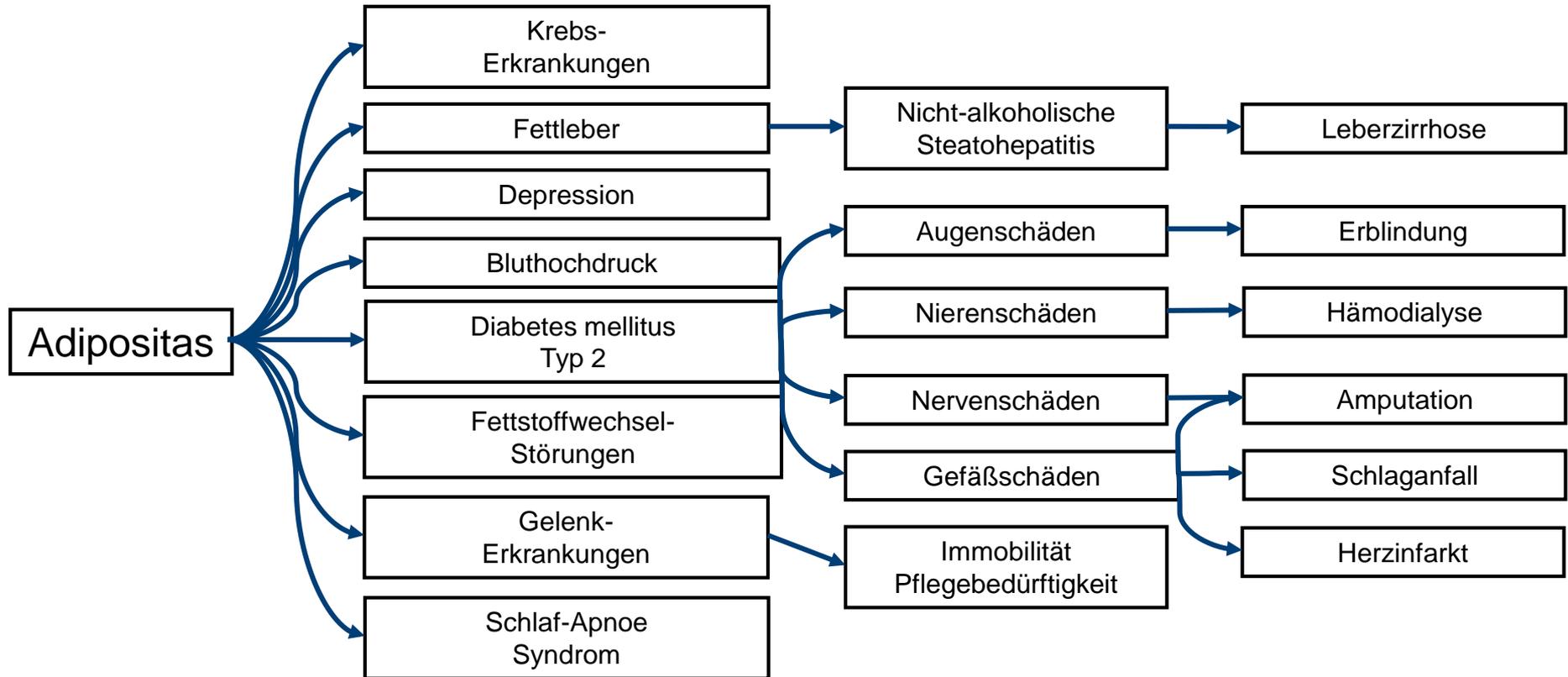
Method
recreation pro
employees and sp
weekly 90-min sessio
weekly participants in the
training programme. E50 3 months after
programmes were randomly assigned to
Companies were randomly assigned to
group with a digital randomisation progr

n the
with
ncen-
QALYs
...
...Y.
...time

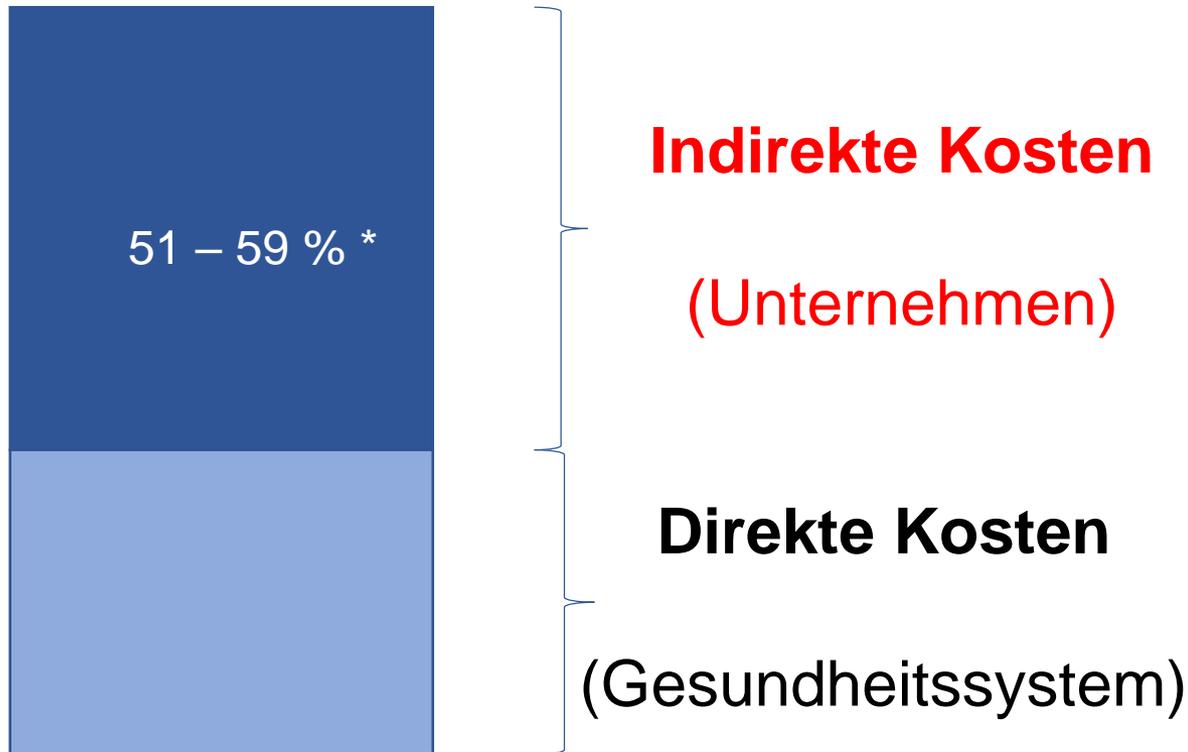


Warum führt Übergewicht bzw. Adipositas zur finanziellen Belastung von Betrieben?

Folgeerkrankungen durch Übergewicht



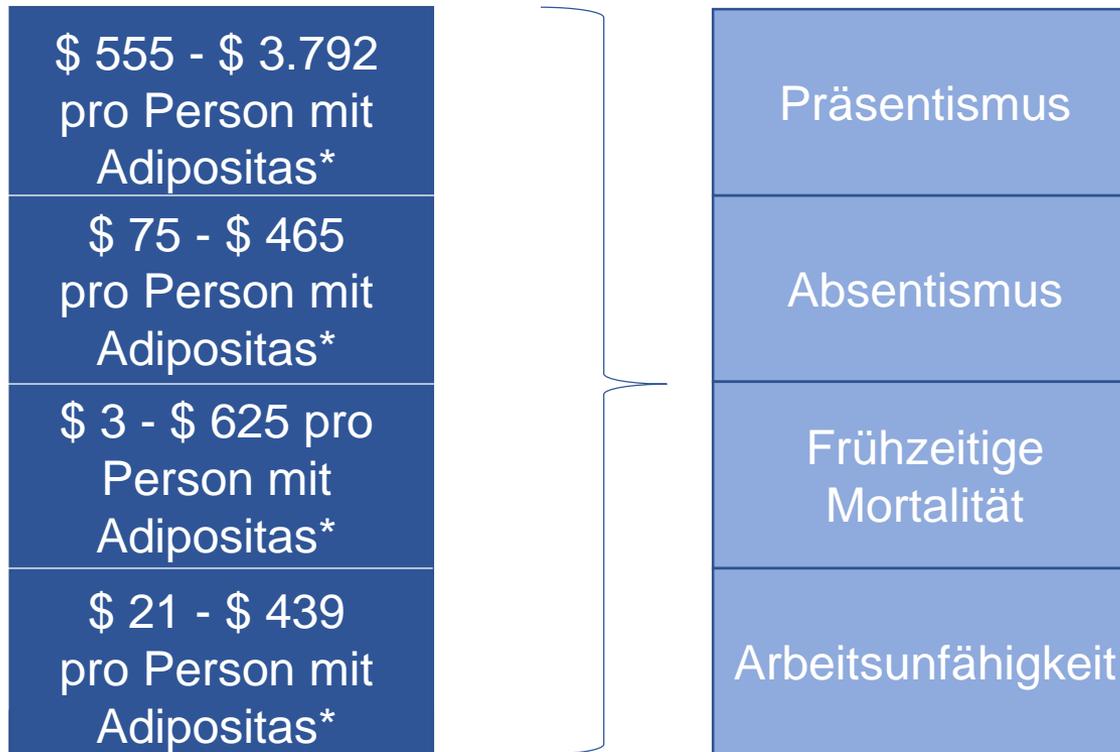
Finanzielle Belastung für Unternehmen durch Adipositas



*abhängig vom betrachteten Land

Finanzielle Belastung für Unternehmen durch Adipositas

Indirekte Kosten



*abhängig vom betrachteten Land

Shrestha, N. et al., *Curr Obes Rep* 2016; 5: 344–360

Trogdon, J. et al., *Obes Rev* 2014; 9: 489–500

Kigozi, J. et al., *Value in Health* 2017; 20: 496–506

Goettler, A. et al., *BMJ Open* 2017; 7

Fachkräftemangel ist nicht berücksichtigt

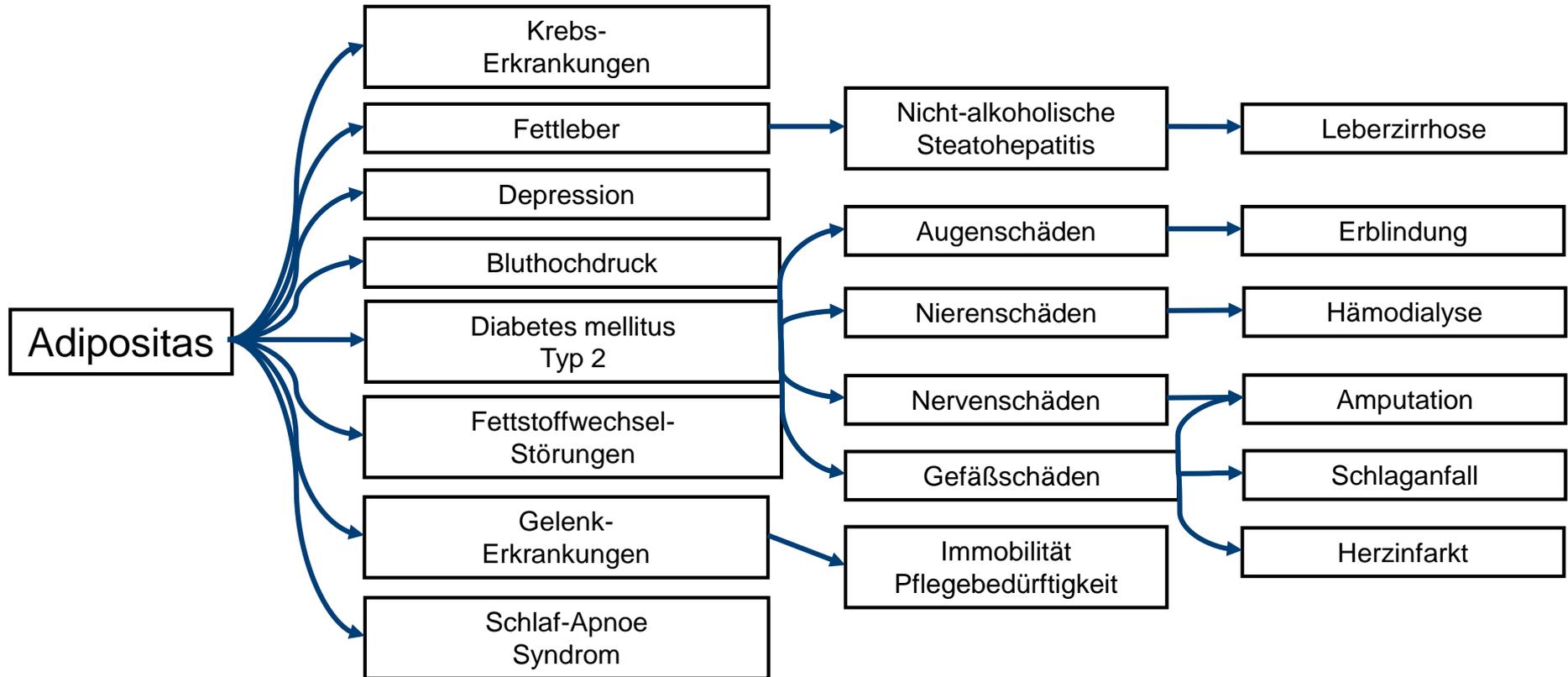
Indirekte Kosten

Bis zu
\$ 1.627
pro
Person
mit
Adipositas
pro Jahr*

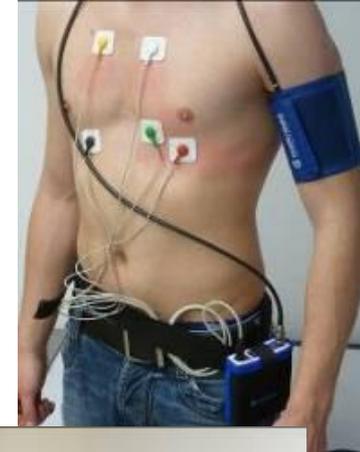
Gesamt-
kosten

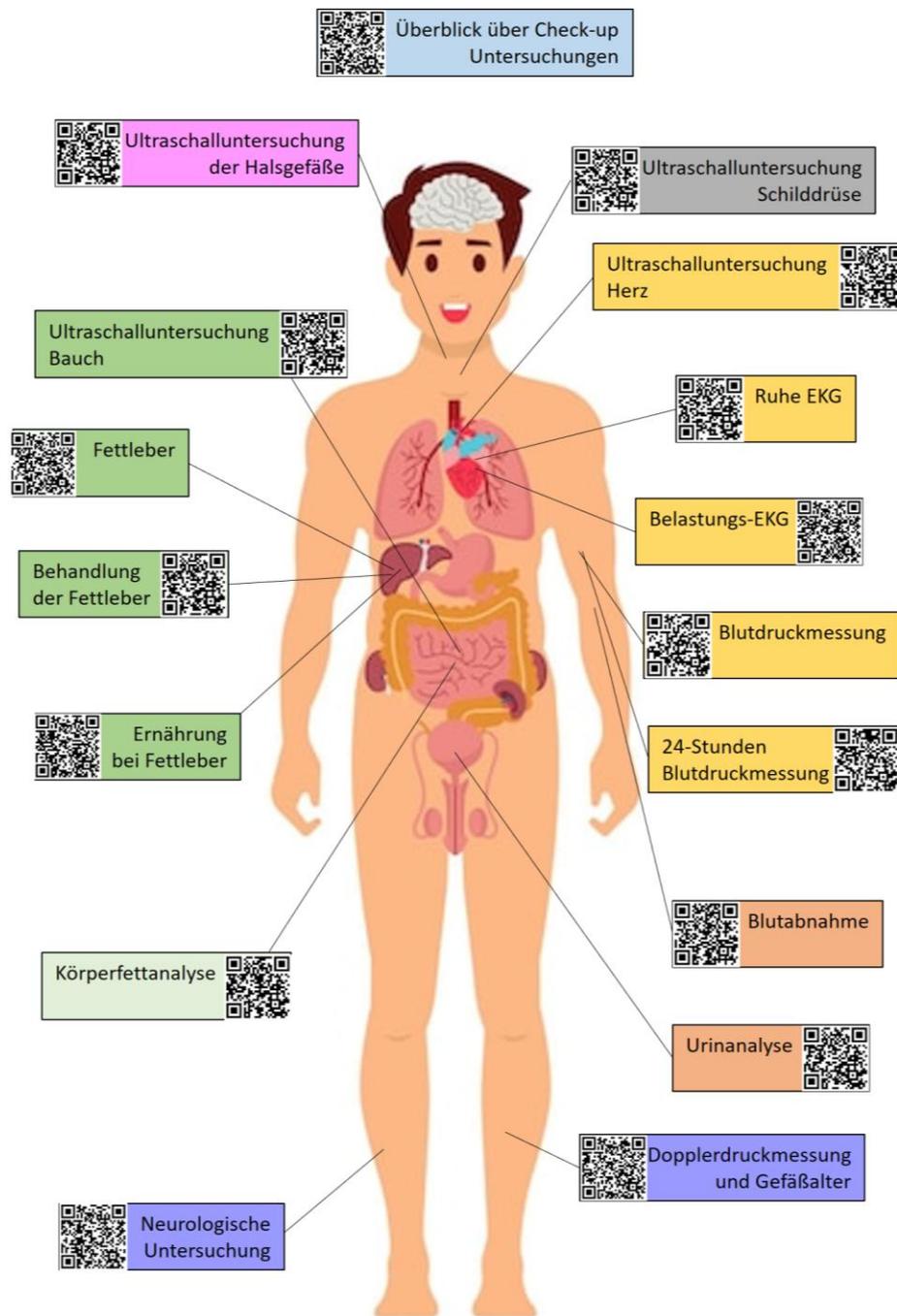
*abhängig vom betrachteten Land
Trogon, J. et al., *Obes Rev* 2014; 9: 489–500

Folgeerkrankungen durch Übergewicht

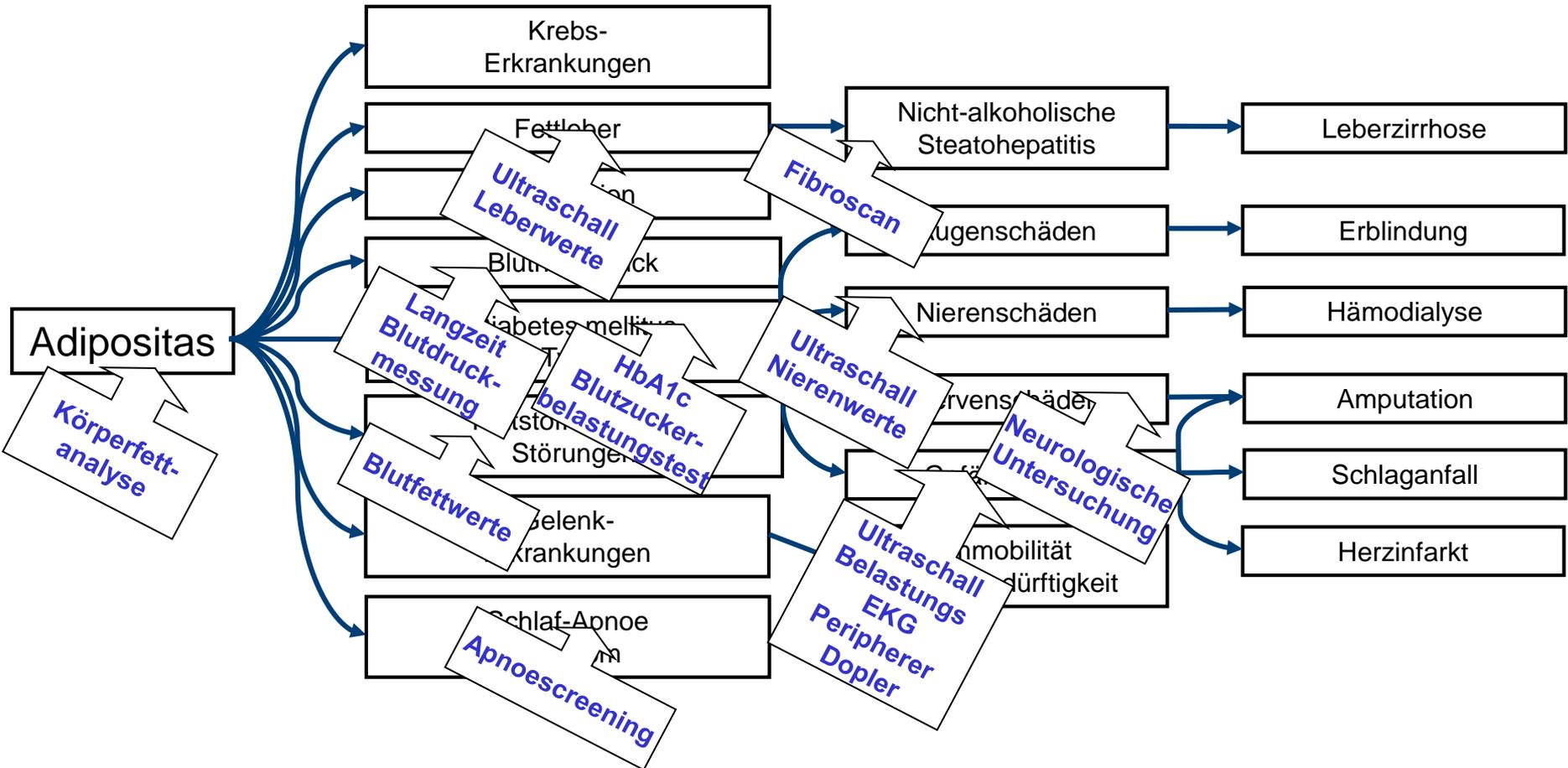


Führungskräfte Check-up

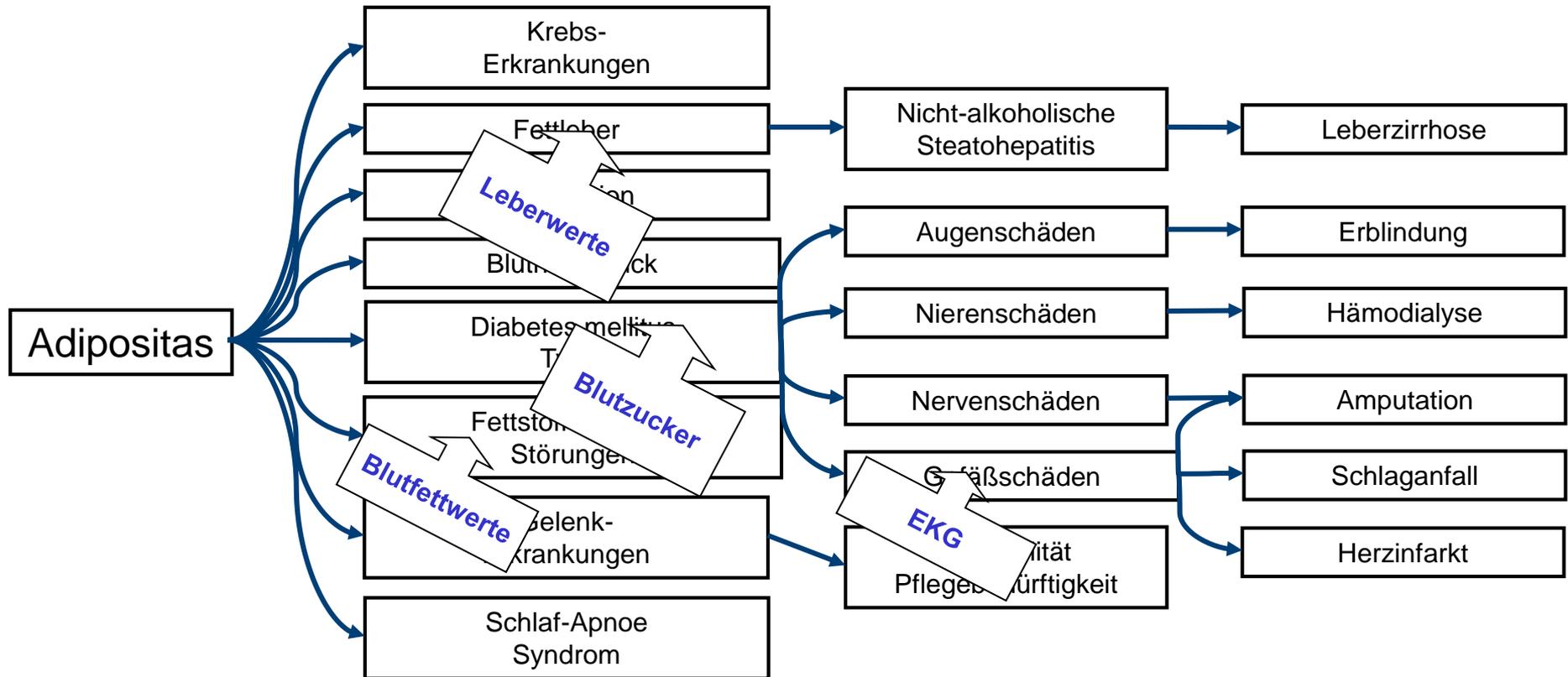




Folgeerkrankungen durch Übergewicht



Was zahlen die Krankenkassen?



EDITORIAL

Die Prävention kommt zu kurz!

STEPHAN MARTIN

In einem vor zwei Jahren veröffentlichten wissenschaftlichen Kommentar wird kritisiert, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Industrieländern bei der Steigerung der Lebenserwartung hinterherhinkt und „diese überdurchschnittliche Sterblichkeit im Vergleich zu anderen Ländern offenbar hauptsächlich auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist“.

Als Ursache wird eine unzureichende Umsetzung präventiver Maßnahmen genannt. So wird angeführt, dass „weniger als 50 Prozent der Deutschen mit Dyslipidämie als erkrankt identifiziert und nur 30 Prozent lipidsenkende Medikamente erhalten“; und „bei jungen Männern zwischen 18 und 29 Jahren wird der arterielle Blutdruck in bis zu 76 Prozent der Fälle nicht diagnostiziert“.

Aufgrund der Tatsache, dass der Anteil der aktiven Raucher in der Altersgruppe der 18- bis 79-Jährigen weiterhin bei 30 Prozent liegt, wird ein weiterer Anstieg der Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen prognostiziert. Die Autoren schlussfolgern: „Dies ist eindeutig nicht akzeptabel.“

Außer Professor Stephan Baldus aus Köln ist Gesundheitsminister a. D. Professor Karl Lauterbach einer der Autoren des genannten Artikels. Herr Lauterbach war bei den Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD Mitglied in der AG Gesundheit, sodass es sich lohnt, den Koalitionsvertrag auf Lösungen für die von ihm dargestellten Defizite zu beleuchten.

Nun: Das Wort Prävention zwar neun Mal vor, auf Seite 10 sogar ein ganzes Kapitel gewidmet bis auf die Aussage „Krankheitsdämpfung, Gesundheitsförderung und Prävention spielen für uns eine wichtige Rolle“, finden sich keine konkreten Pläne, um die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern. Im Kapitel „Umwelt und Ernährung“ liest man, allem auf Freiwilligkeit, Anreiz- und Verantwortung zu setzen sei. Die nach Begriffen wie „Diabetes“, „Adipositas“ ergeben keinen Treffer. Der Koalitionsvertrag ist mit Blick auf Herrn Lauterbach benannten Diabetes-Bereich der gesundheitlichen Prävention als Nullnummer zu sehen.

Für die Union ist mit Professor Dr. Streek ebenfalls ein Mediziner benannt gewesen, dem die Problematik des Berufs bekannt sein sollte. Insofern ist ein fehlendes Fachwissen nicht der Grund, warum sich die Regierung in den nächsten vier Jahren nicht um das wichtige Thema kümmern will.

Ausgangspunkt des anfangs erwähnten Kommentars war eine Analyse des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung (MPIDR) in Rostock, wonach die geringere Lebenserwartung in Deutschland hauptsächlich auf einen langjährigen Nachteil bei der Überlebensrate älterer Menschen im gesetzlichen Rentenalter aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Deutschland liegt sogar hinter Ländern wie den USA und dem Vereinigten Königreich.

Während die Akutmedizin mit erheblichen Gesundheitsausgaben für entsprechende Interventionen flächendeckend gut aufgestellt sei, bestehen erhebliche Defizite bei der sich daran anschließenden leitliniengerechten medikamentösen Prävention.

Ein wesentlicher Kostentreiber in weltweit allen Gesundheitssystemen ist der Anstieg der Prävalenz von Adipositas und den sich daraus ergebenden kardiovaskulären Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes oder arterielle Hypertonie.

Personen mit Typ-2-Diabetes haben bekanntlich ein vergleichbares Myokardinfarkt- und Schlaganfallrisiko wie Personen ohne Diabetes, der bereits erlittene Myokardinfarkt Typ-2-Diabetes ist ein Herzinfarkt-Äquivalent. Für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen gibt es zunehmend wissenschaftliche Nachweise.

So geht aus einer aktuellen Publikation hervor, dass Effekte einer Primärprävention bei Typ-2-Diabetes auch 21 Jahre später nachweisbar sind. In Großbritannien



Professor Stephan Martin ist Chefarzt für Diabetologie und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums (WDGZ) in Düsseldorf.
© STEPHAN MARTIN

Der Begriff „Rente“ kommt jedoch im Koalitionsvertrag von Union und SPD mehr als doppelt so häufig wie „Prävention“ vor. Man kann nur hoffen, dass die fehlende gesundheitliche Prävention im Koalitionsvertrag nicht der Rentensicherheit zum Opfer gefallen ist.

Koalitionsvertrag nicht der Rentensicherheit zum Opfer gefallen ist.

Was ist Adipositas?

Was ist Übergewicht bzw. Adipositas?

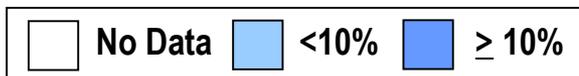
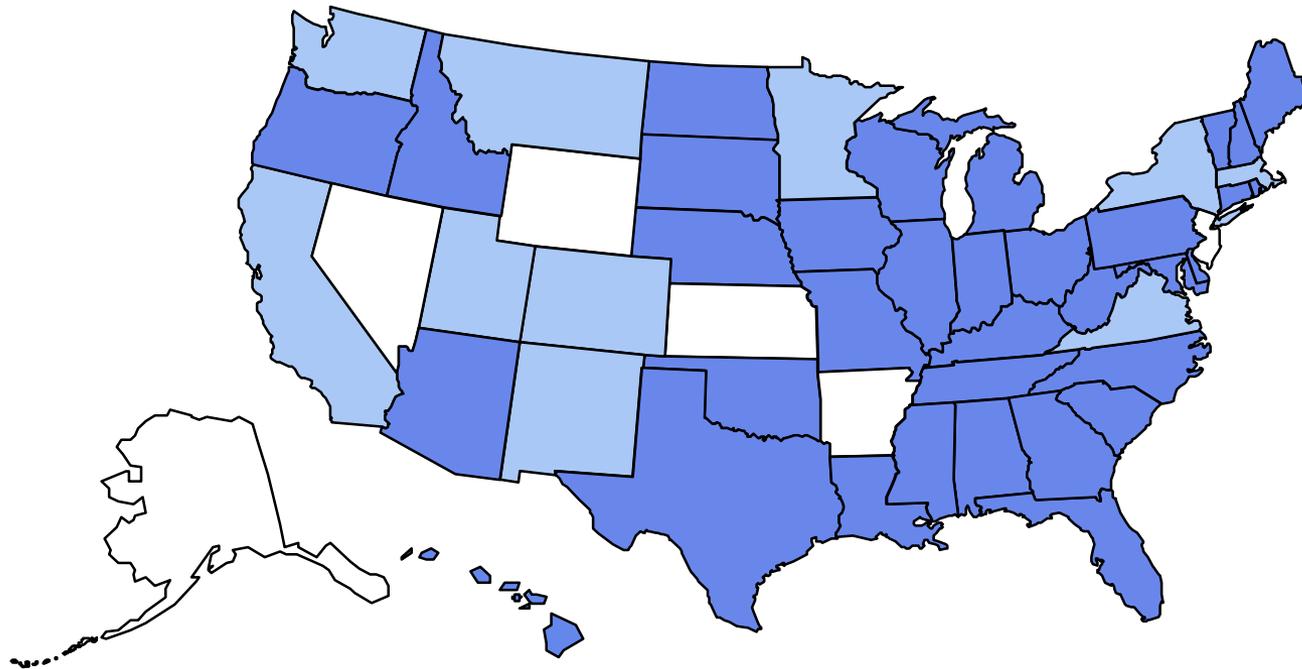
$$\text{Body-Mass-Index} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Größe x Größe (in m)}} = (\text{kg/m}^2)$$

$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	Untergewicht
$\geq 18,5 < 25,0 \text{ kg/m}^2$	Normalgewicht
$\geq 25,0 < 30,0 \text{ kg/m}^2$	Übergewicht
$\geq 30,0 < 35,0 \text{ kg/m}^2$	Adipositas Grad I
$\geq 35,0 < 40,0 \text{ kg/m}^2$	Adipositas Grad II
$\geq 40 \text{ kg/m}^2$	Adipositas Grad III

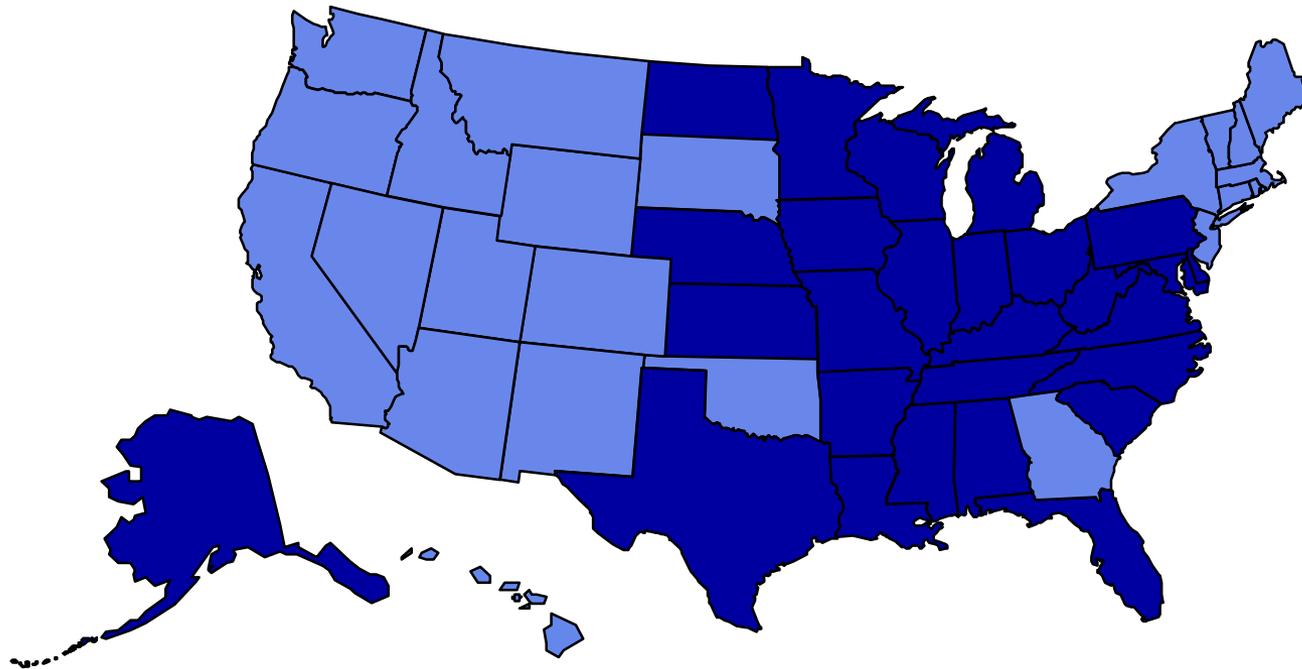
Wie groß ist das Adipositas Problem ?

Adipositas in den USA

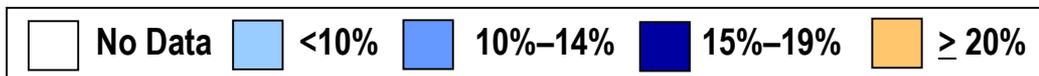
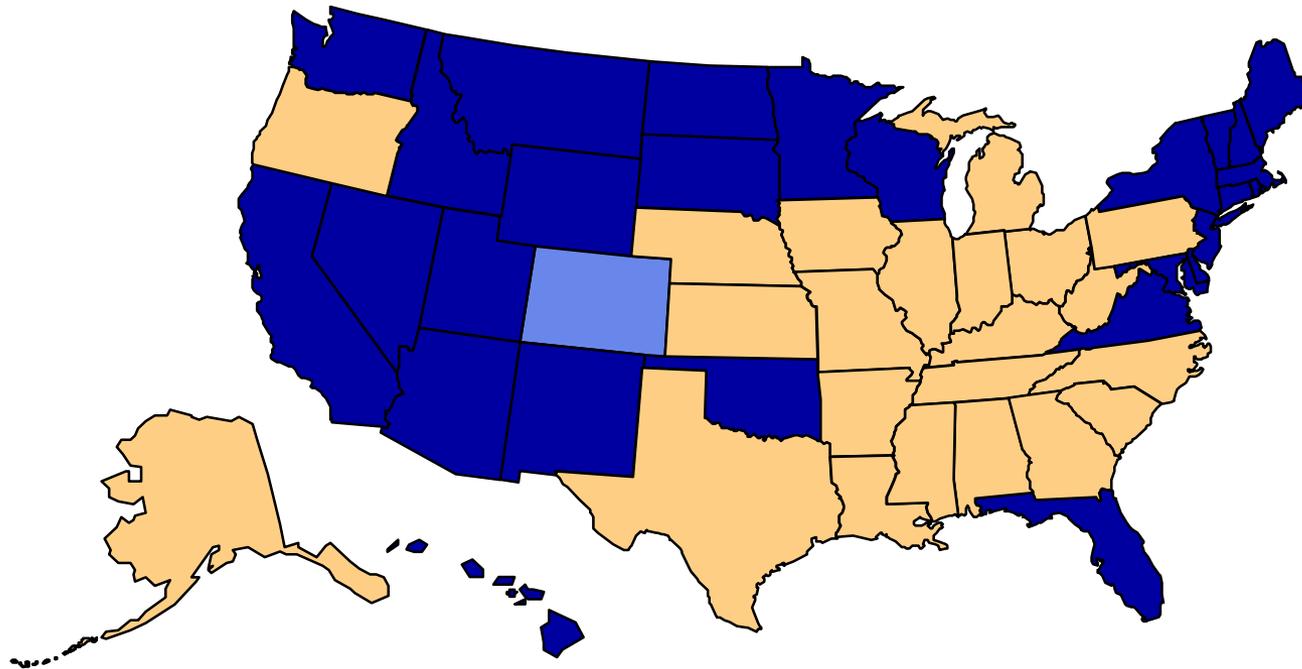
1990



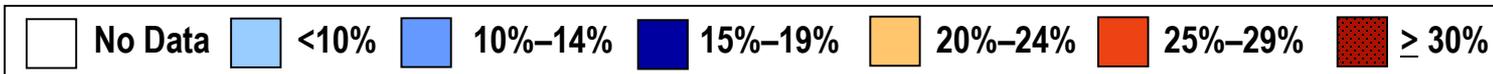
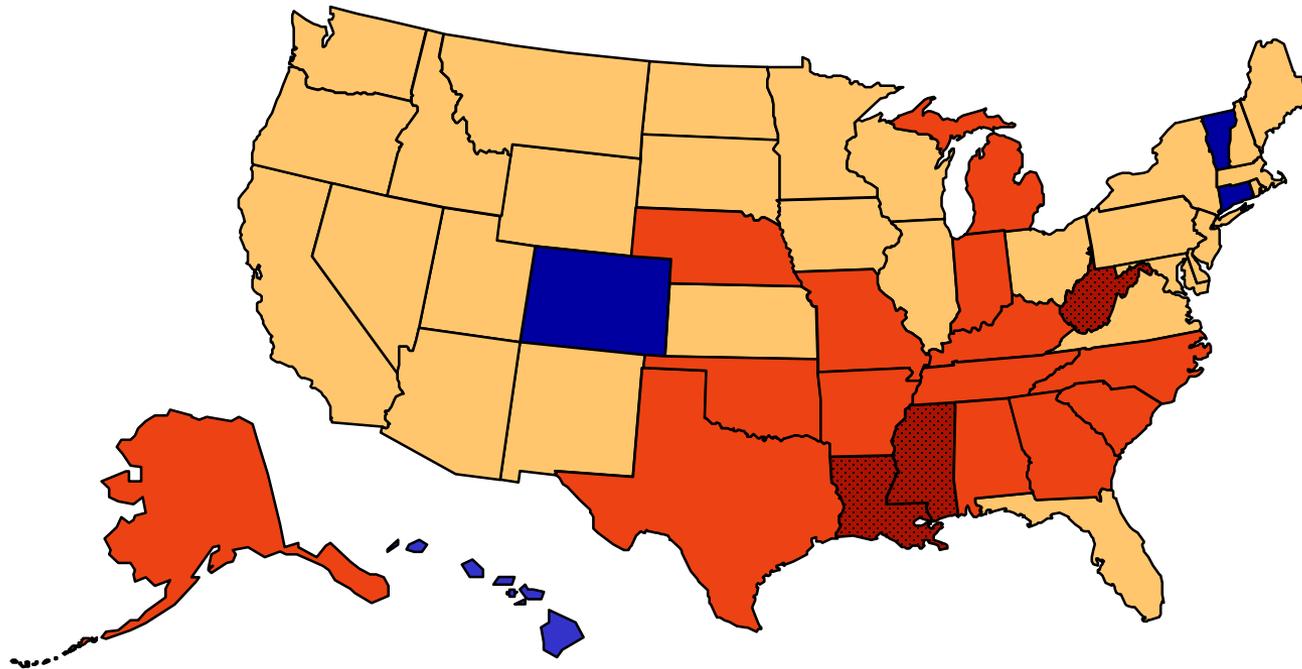
1995



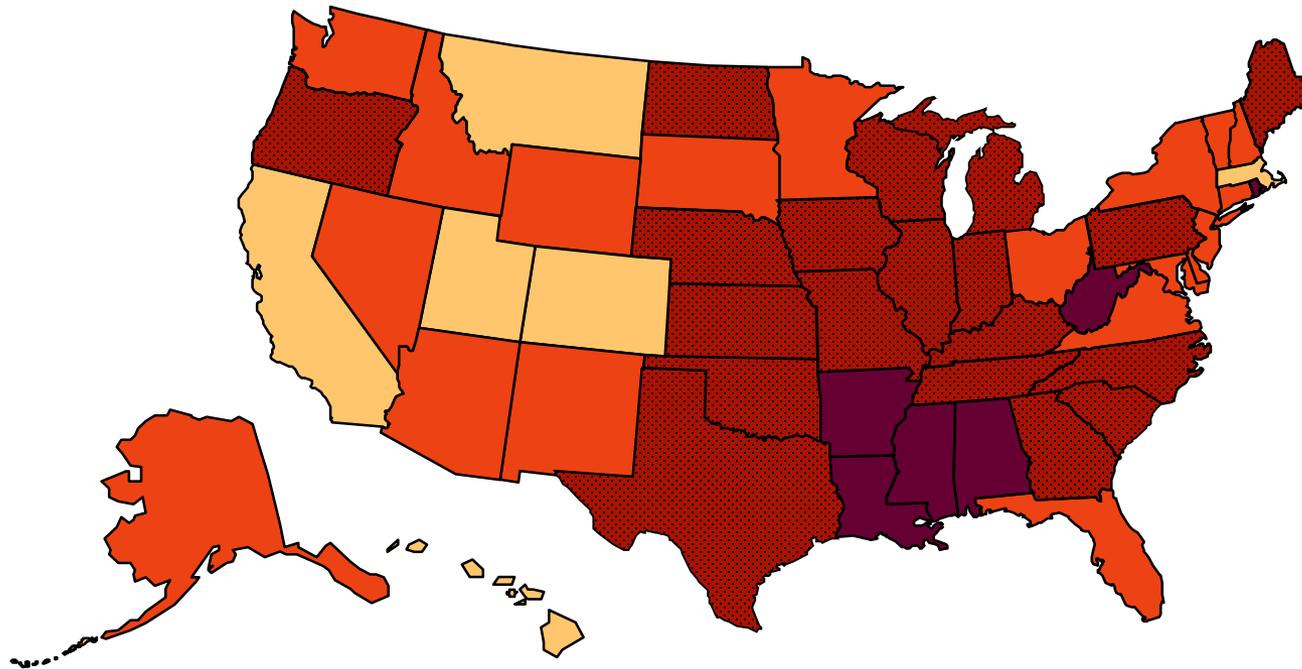
2000



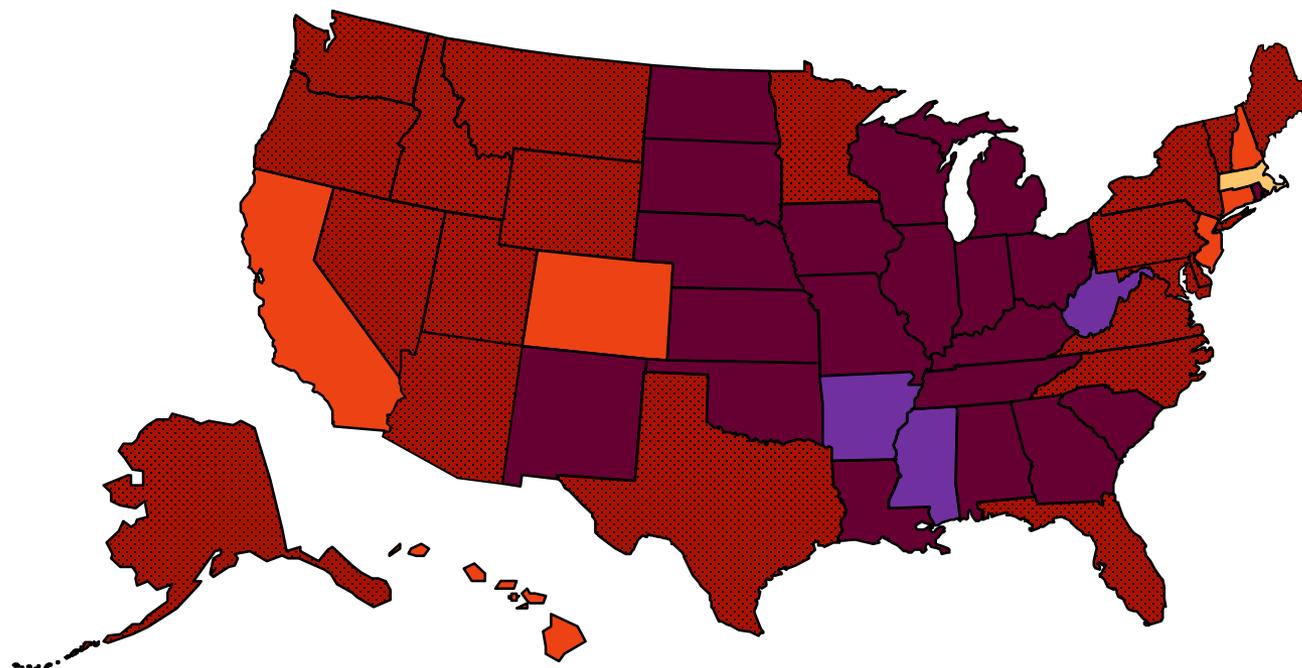
2005



2015

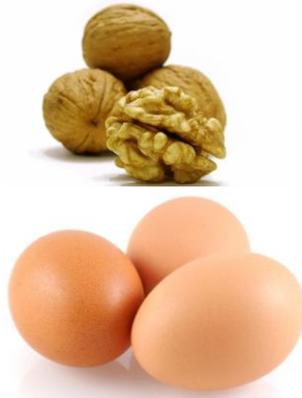


2023



Übergewicht/Adipositas sind Krankheitstreiber

Fett



Zucker



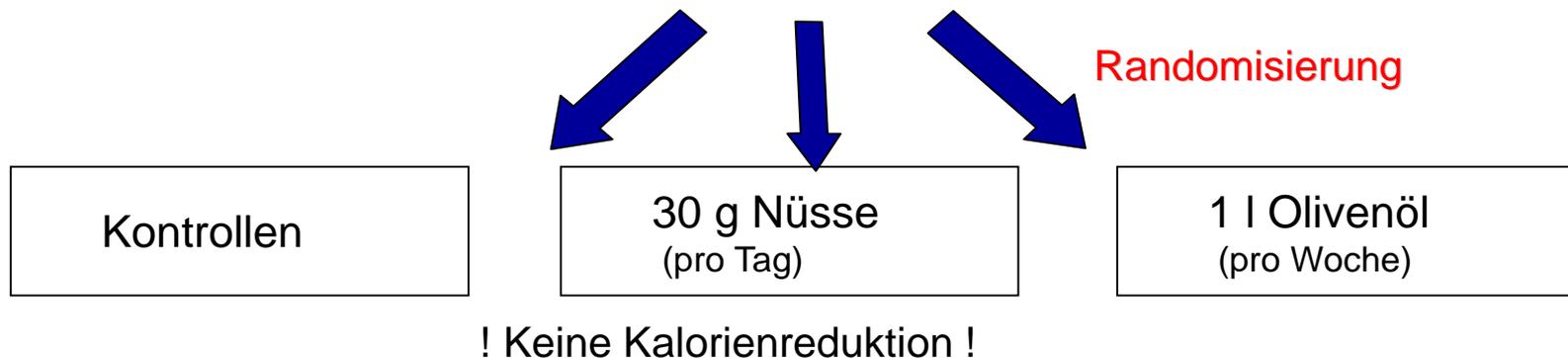
PREDIMED-Reus Studie

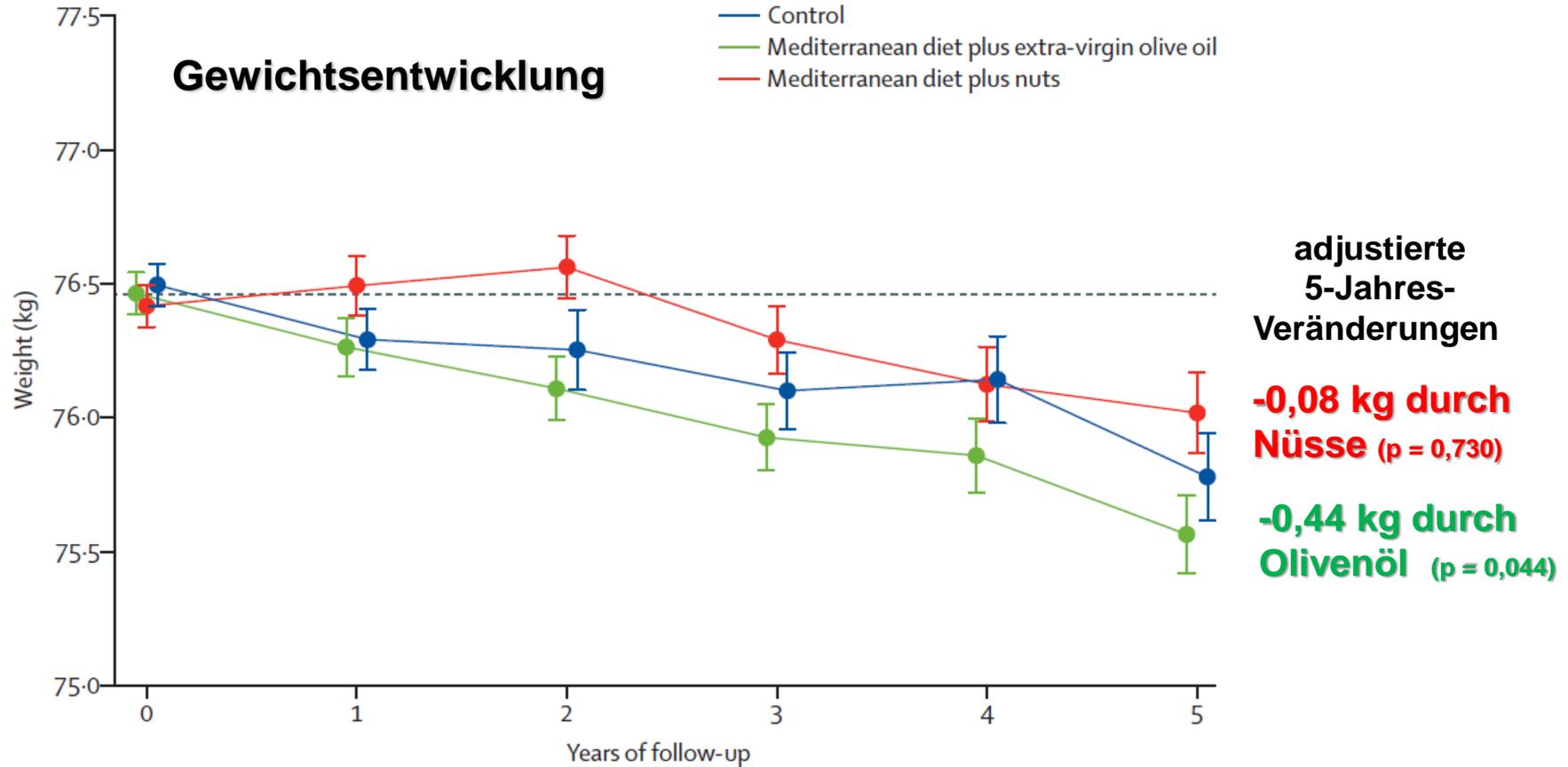
7447 Personen

- Alter: Frauen 60-88 Jahre, Männer 55-80 Jahre
- keine kardiovaskulären Erkrankungen
- Diabetes mellitus Typ 2

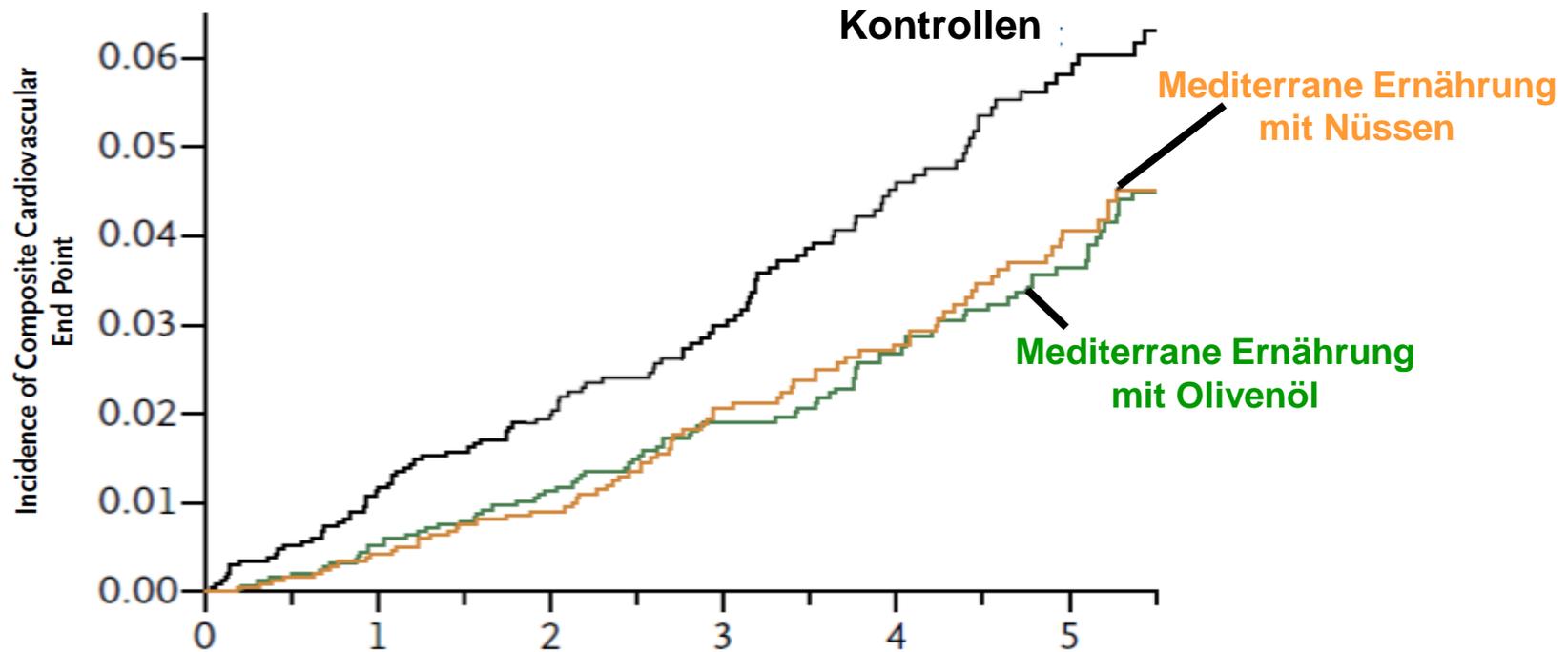
oder mindestens 3 Risikofaktoren:

- Raucher
- arterielle Hypertonie
- Dyslipoproteinämie
- BMI ≥ 25 kg/m²
- Familienanamnese frühzeitiges vaskuläres Ereignis





Herzinfarkt, Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Sterblichkeit





Wie kann man nachhaltig Gewicht abnehmen?

Was hat **INSULIN** mit Übergewicht zu tun?

INSULIN

senkt den Blutzucker

INSULIN

senkt den **Blutzucker**

aber

blockiert die Fettverbrennung

und

fördert die Fettpölsterchen

Was steigert die **INSULIN**-Produktion?

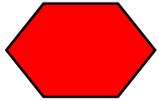
Zucker

?

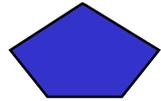


Kohlenhydrate

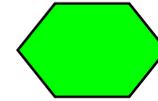




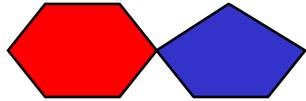
**Traubenzucker
(Glukose)**



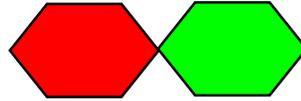
**Fruchtzucker
(Fruktose)**



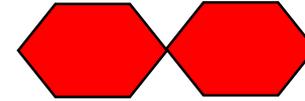
**Schleimzucker
(Galaktose)**



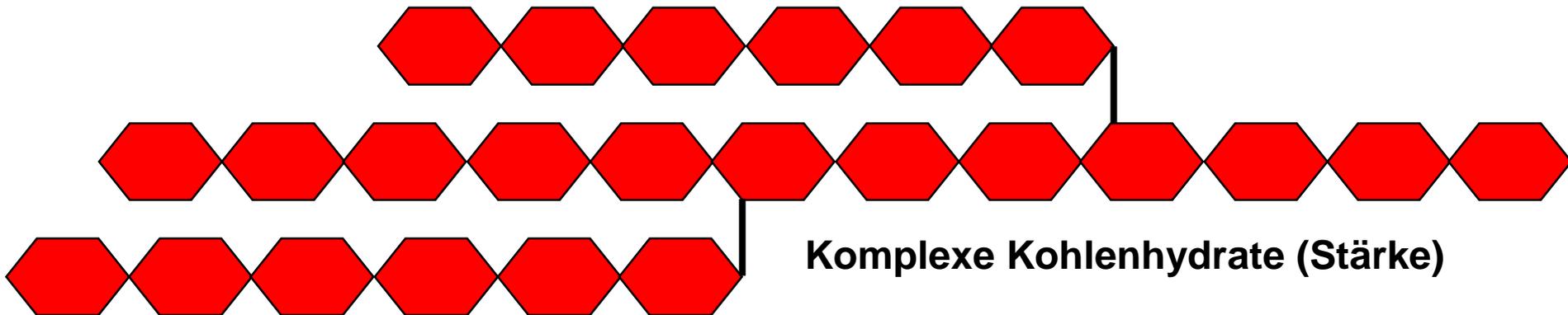
**Haushaltszucker
(Saccharose)**



**Milchzucker
(Laktose)**

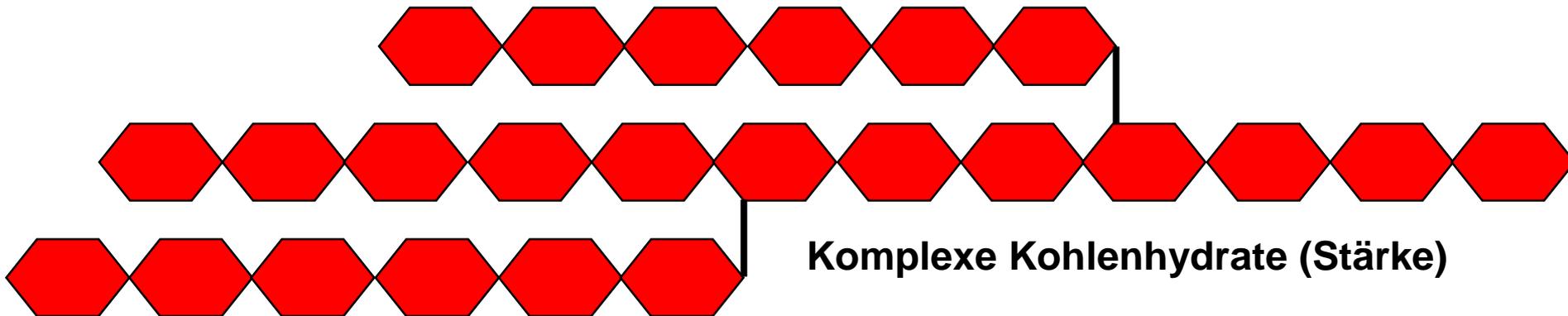
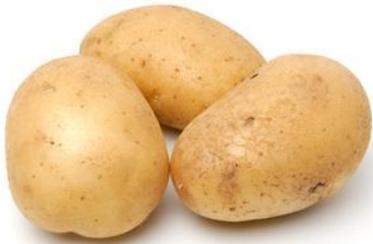


**Malzzucker
(Maltose)**

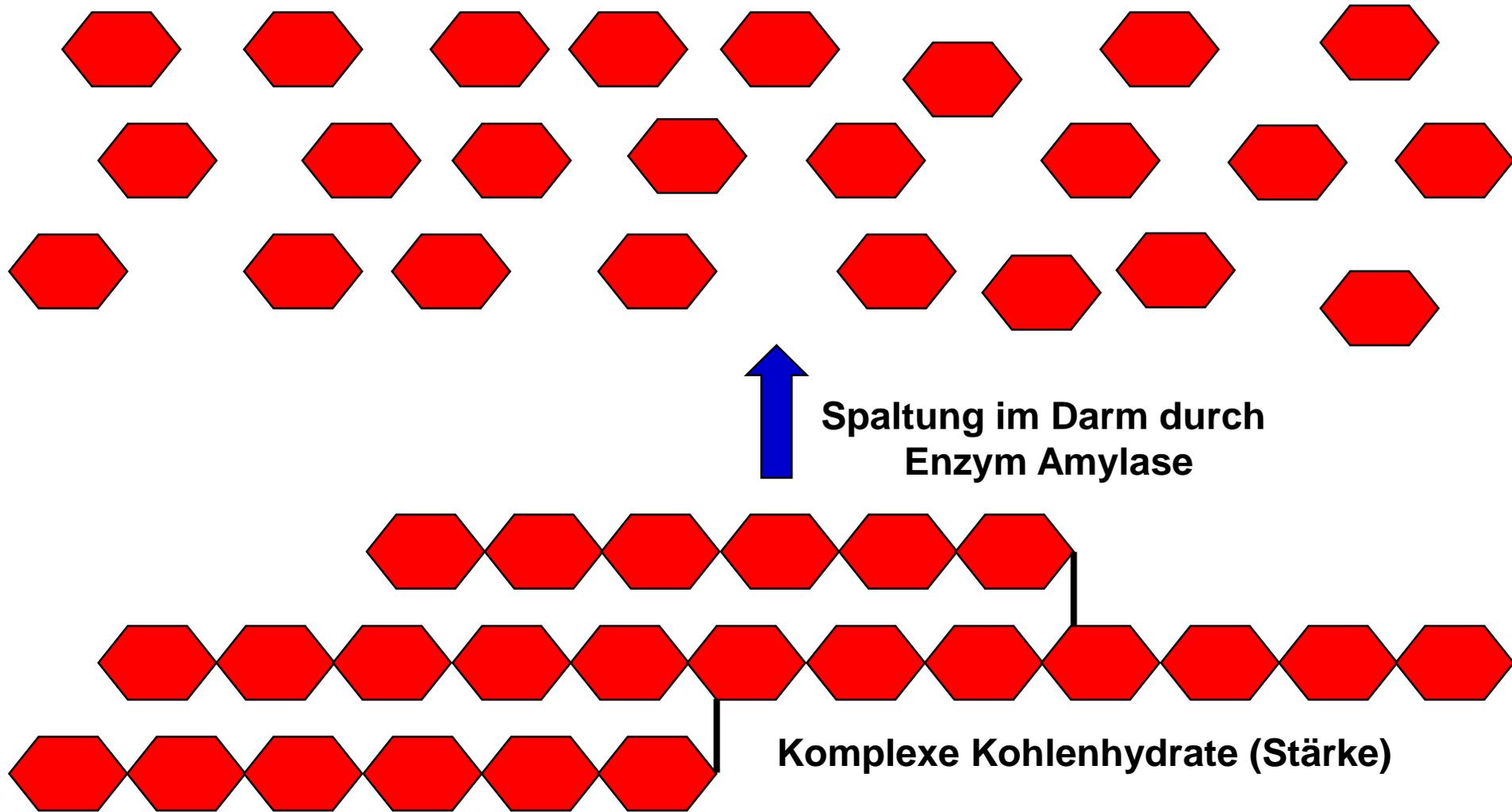


Komplexe Kohlenhydrate (Stärke)

Kohlenhydrate

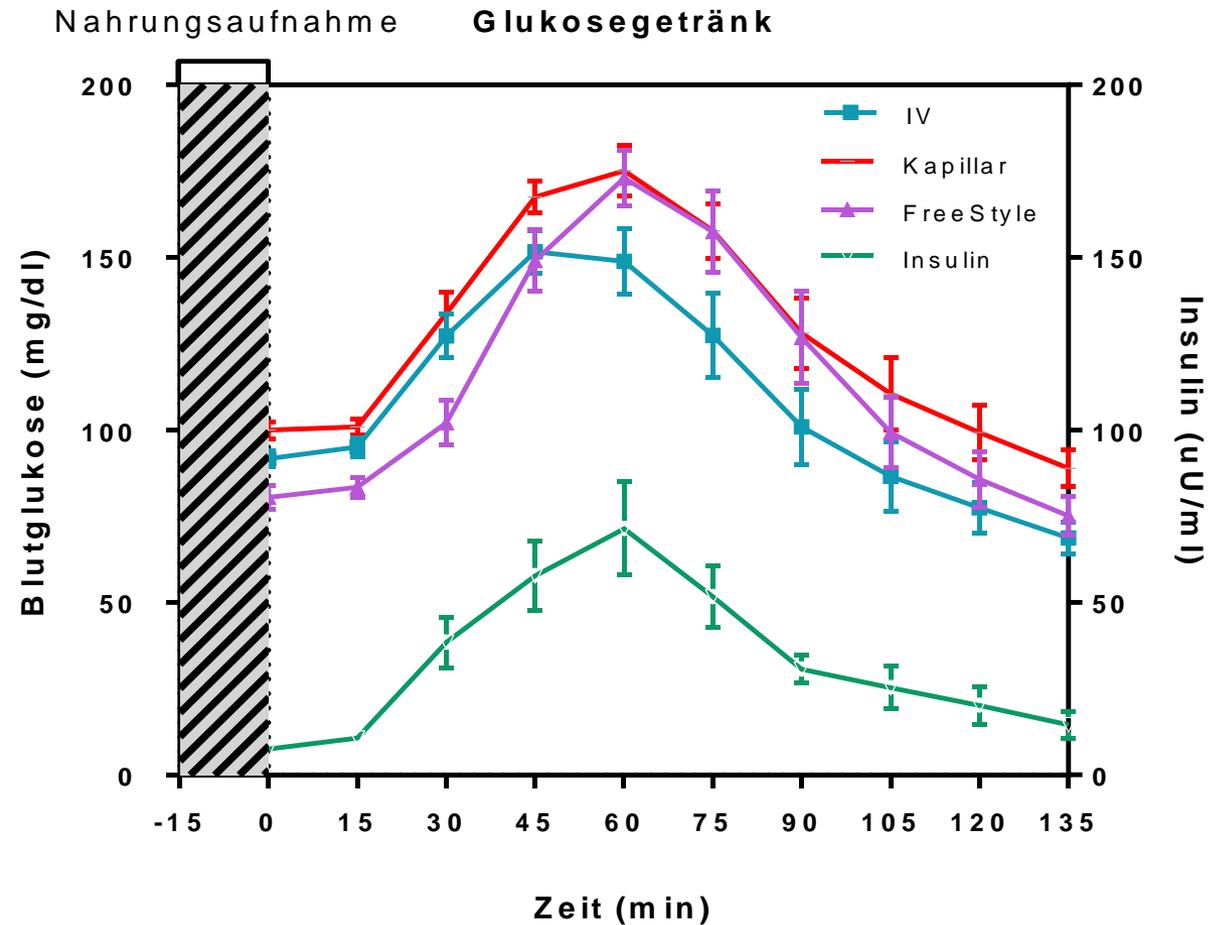


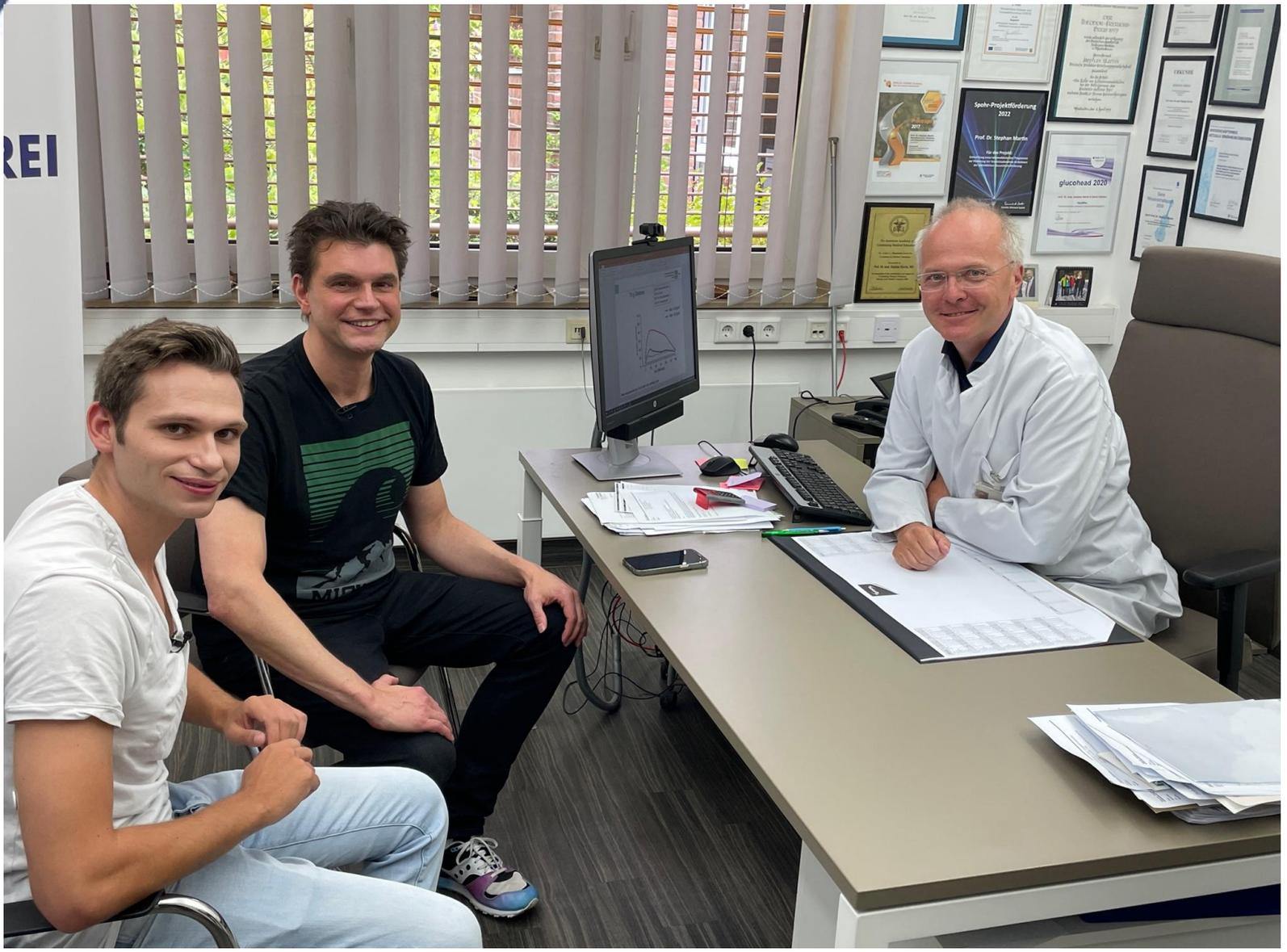
Komplexe Kohlenhydrate (Stärke)



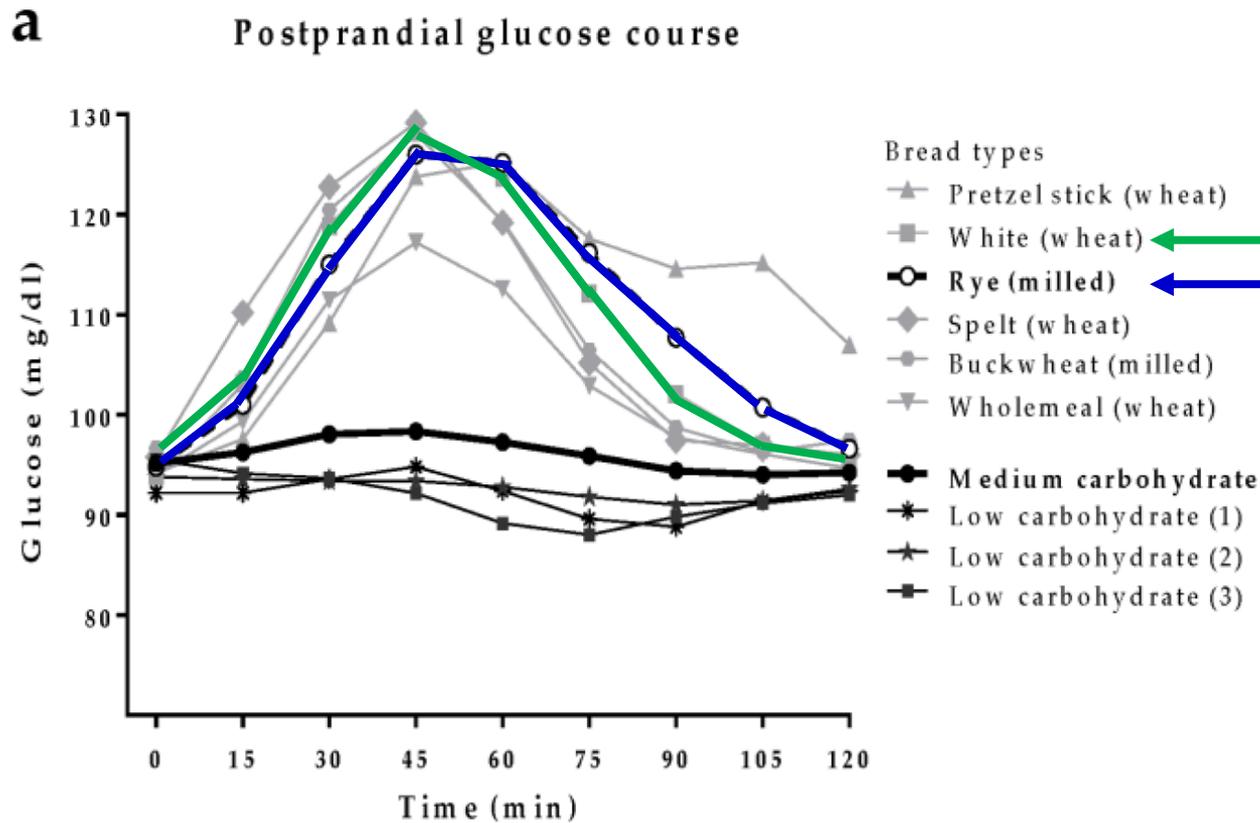
Wie testet man **INSULIN**-Produktion?

Messung von (Blut-) Glukose / Insulin



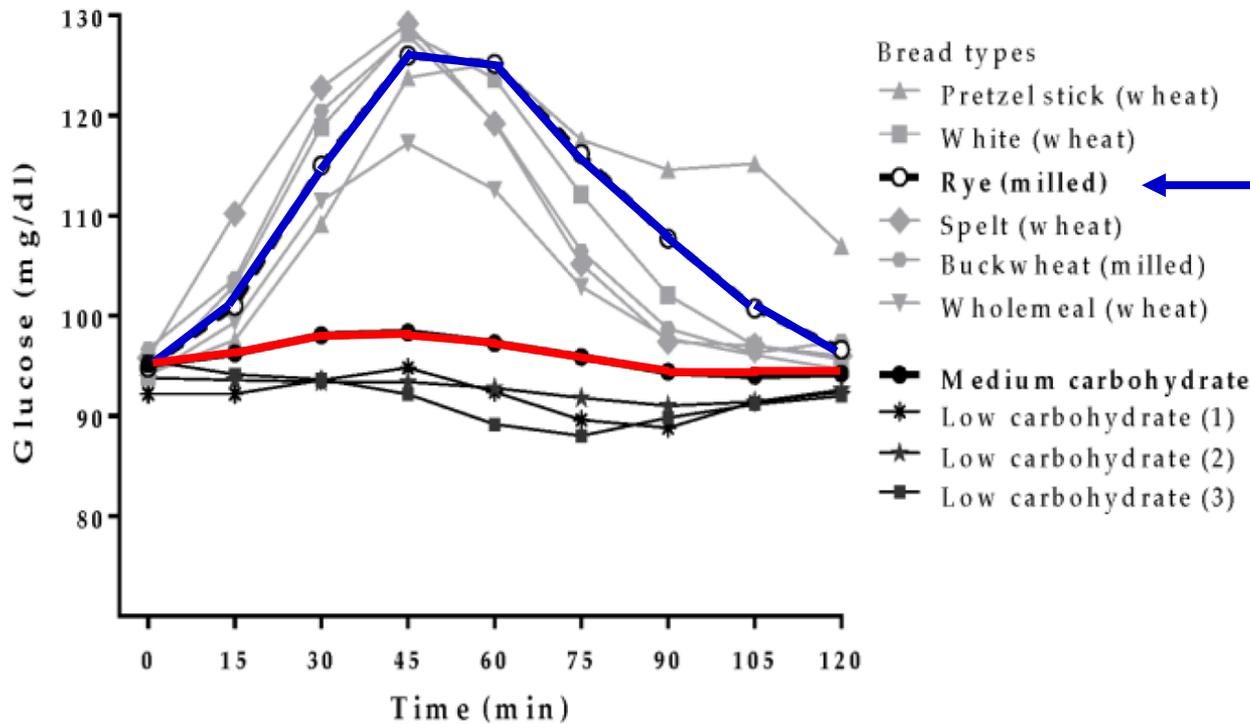


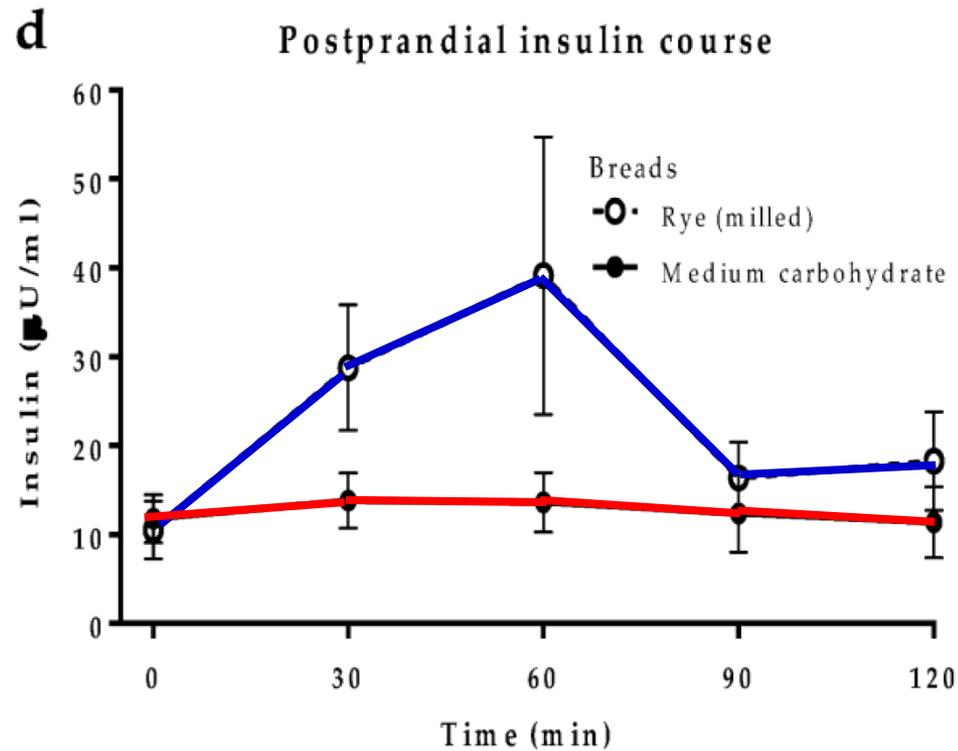




a

Postprandial glucose course

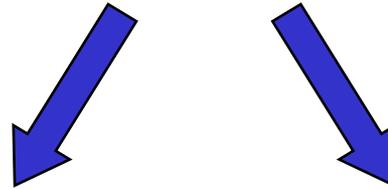




Einschlußkriterien:

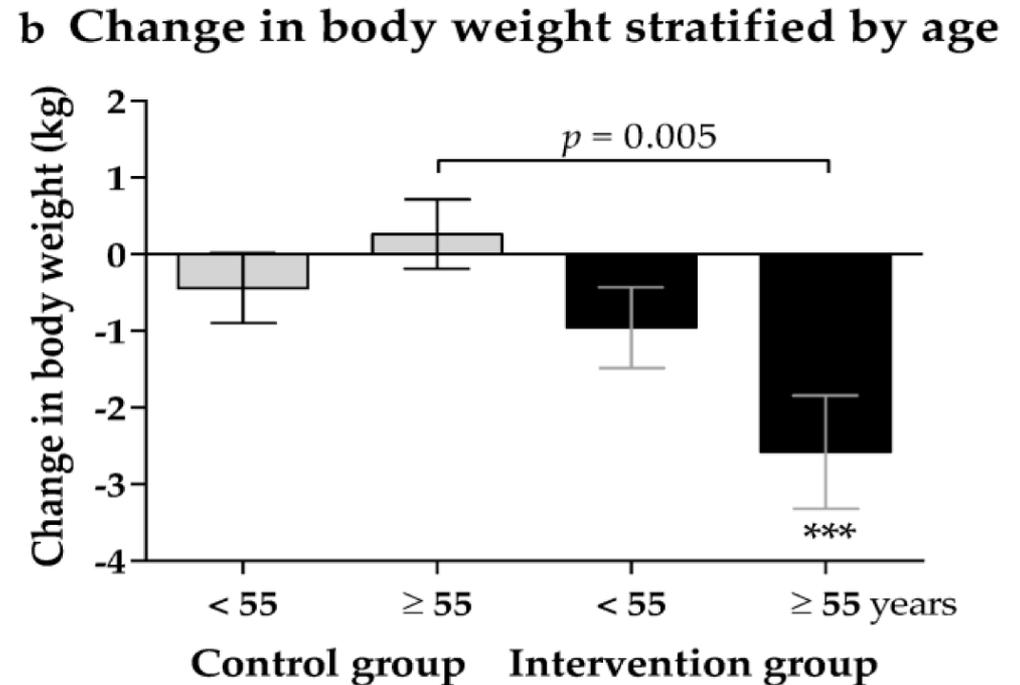
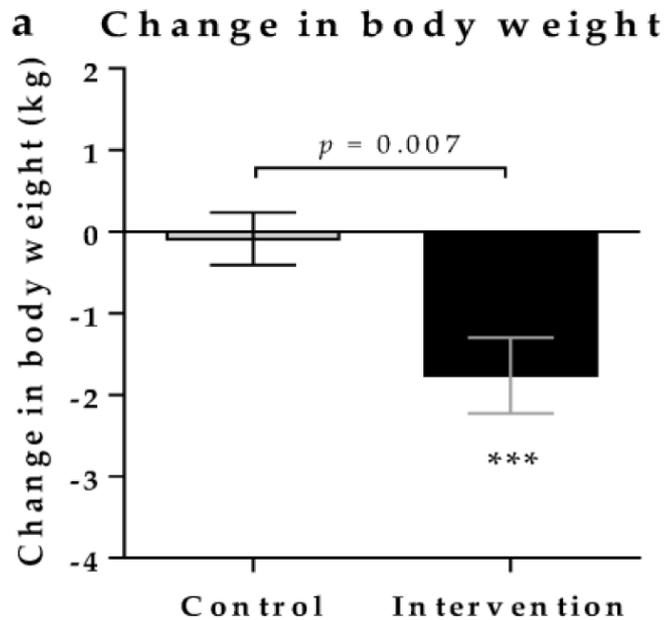
- Alter 18-69 Jahre
- BMI ≥ 27 kg/m²
- regelmäßige Brotesser

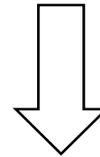
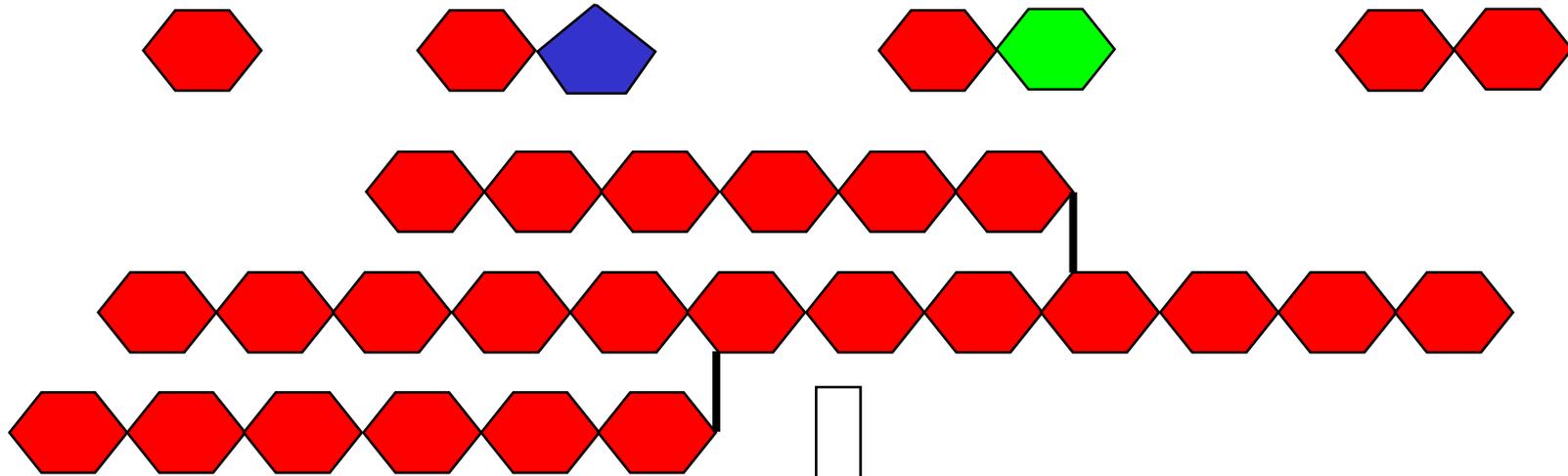
n= 80



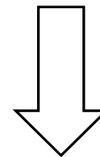
3 Monate

Primärer Endpunkt: - Veränderung des Körpergewichts

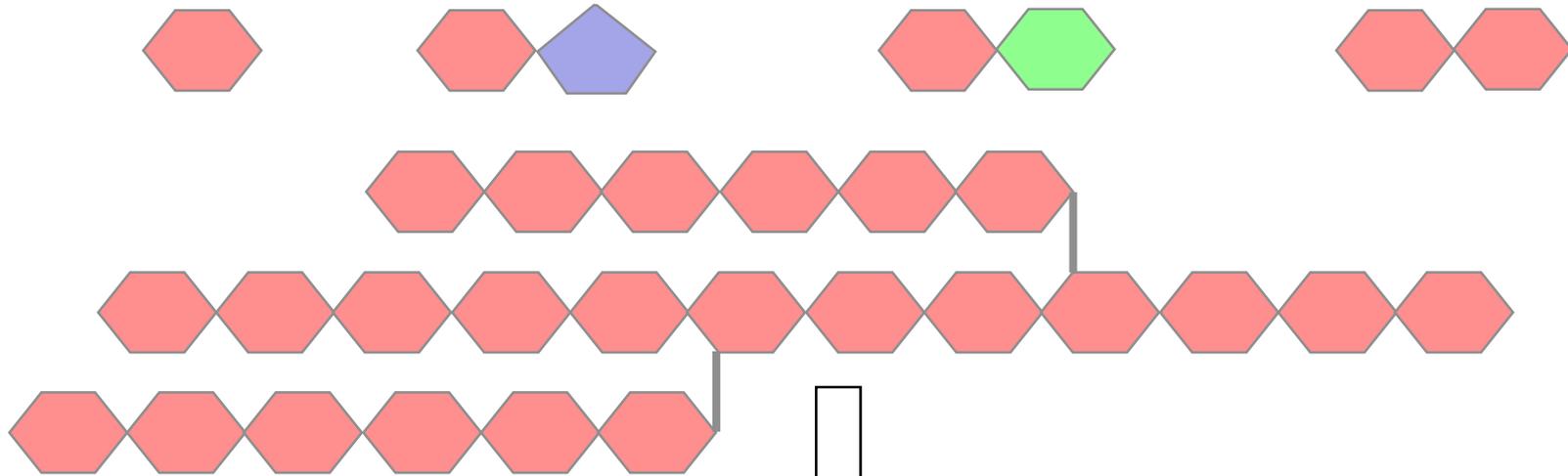




INSULIN



**Blockade der Fettverbrennung
und
Förderung des Fettpölsterchen**

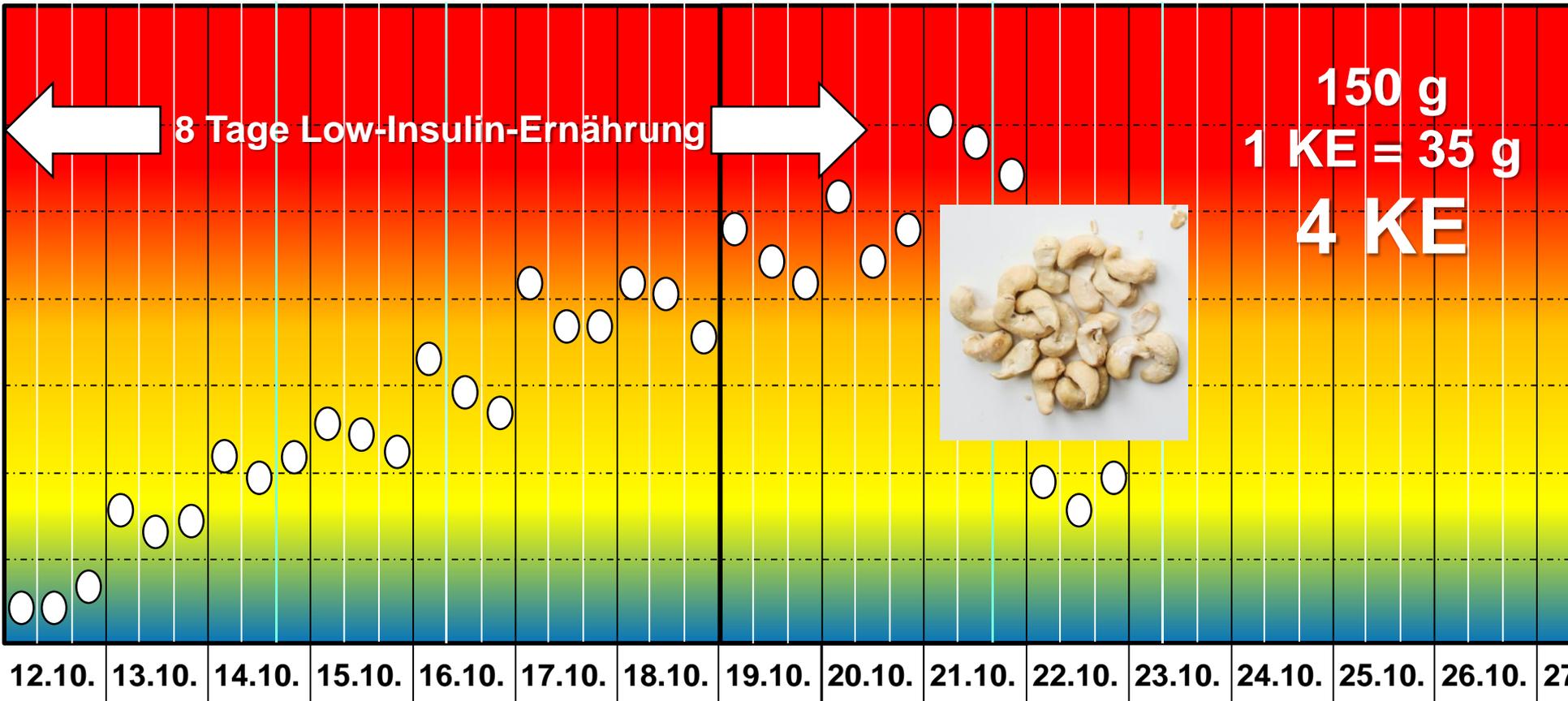


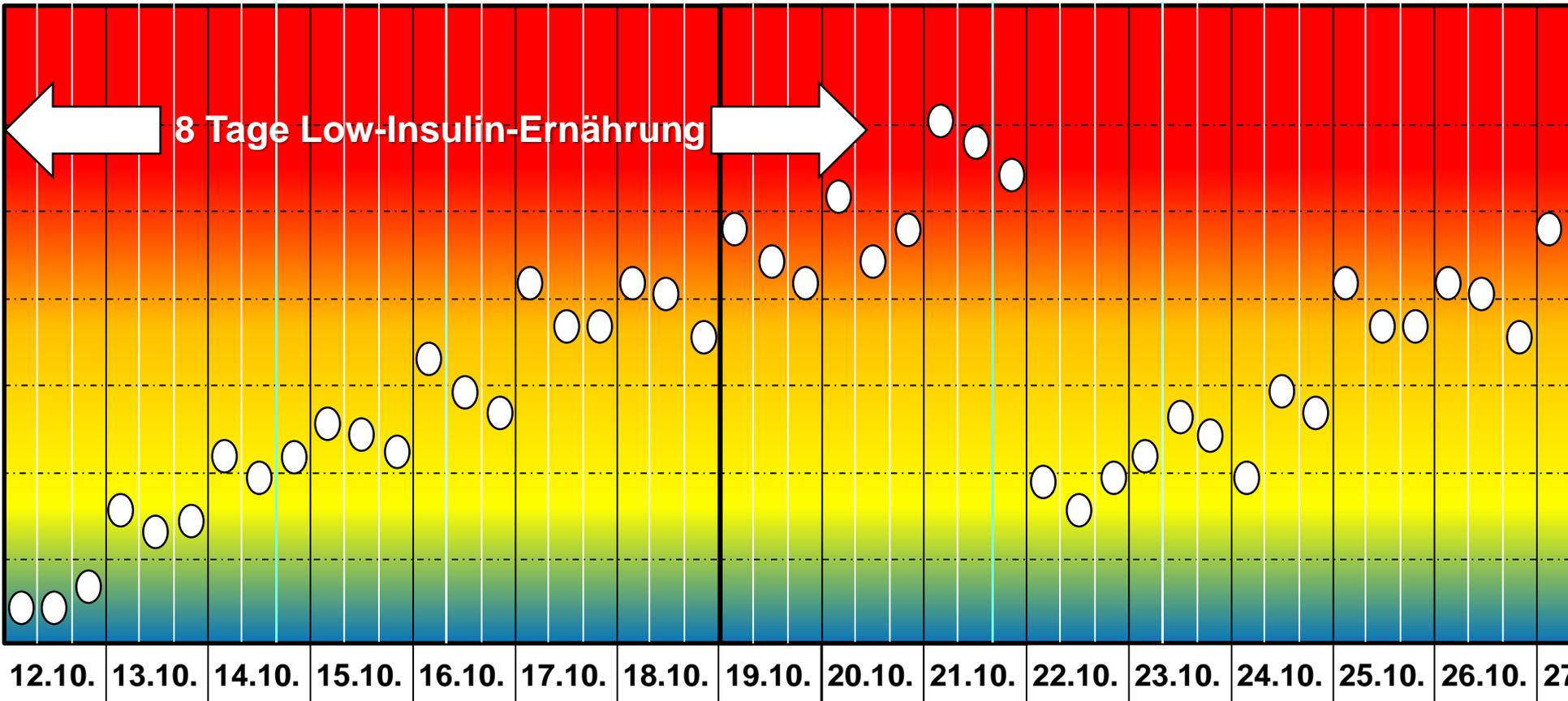
INSULIN

**Fettverbrennung
und
Gewichtsabnahme**

Kann man die Fettverbrennung messen?







**Low-Insulin
Ernährung**

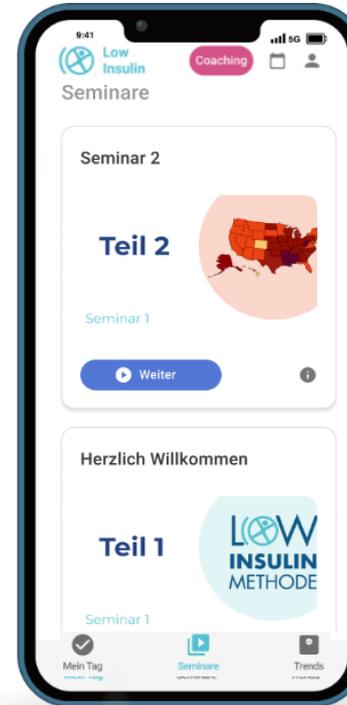
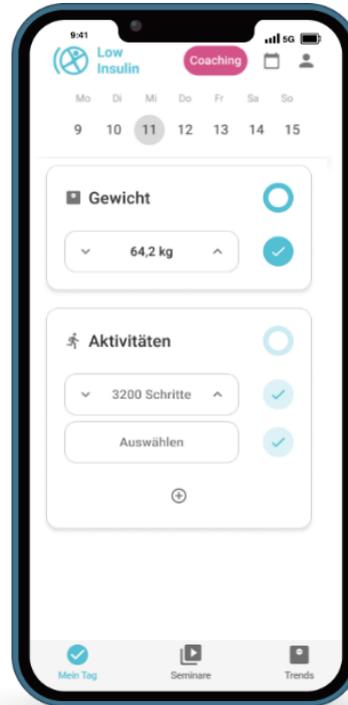
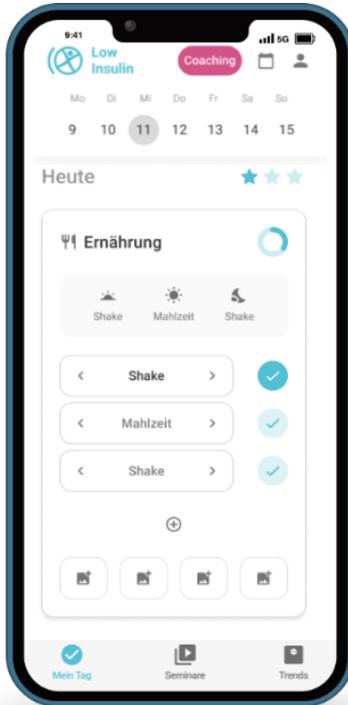
**Glukose
Monitoring**

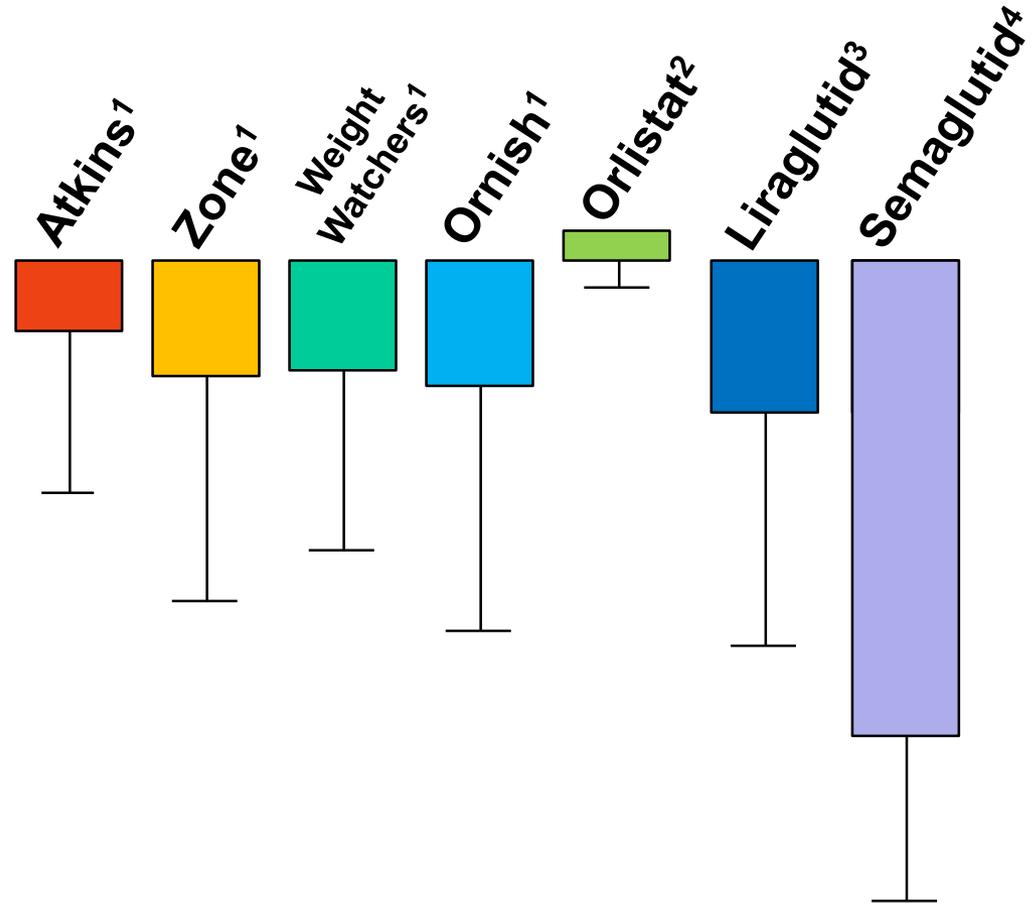
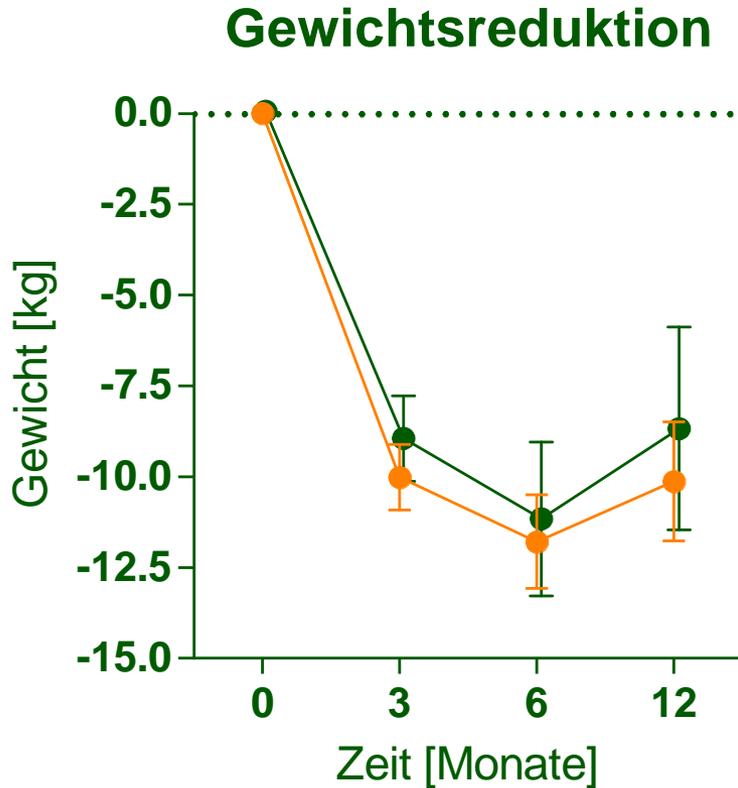
**Low-Insulin
Formula-
Diät**

**Monitoring
Fett
Verbrennung**

**Online
Seminare**

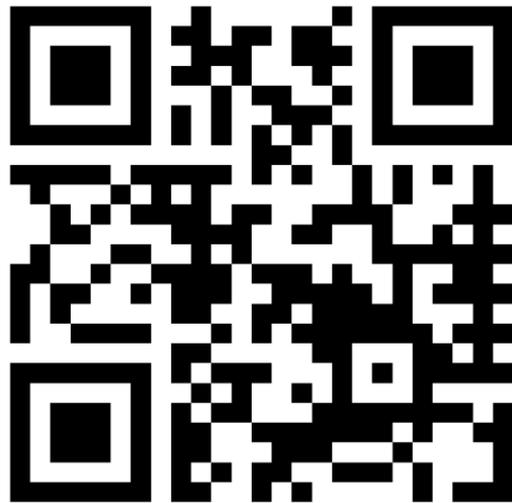
**Online
Fragestunden**





1. Dansinger et al., JAMA 293: 43-53, 2005
2. Chanoine et al., JAMA 293: 2873-2883, 2005
3. Kelly et al., N Engl J Med 382: 2117-2128, 2020
4. Wilding et al., N Engl J Med 384: 989-1002, 2021

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



 REZEPT-FREI

