

Adipositas-Paradoxon

Übergewichtige leben etwas länger als Normalgewichtige



Übergewichtige leben etwas länger als Normalgewichtige, und selbst eine Grad-1-Adipositas bedeutet gegenüber Normgewicht keinen Mortalitätsnachteil, so das Ergebnis einer neuen Meta-Analyse.

Wie hängt das Gewicht mit der Lebenserwartung zusammen? Dieser Frage sind einmal mehr JAMA-Autoren in einer sehr grossen Meta-Analyse nachgegangen, in welche die Daten von 97 Studien mit zusammen 2,88 Millionen Personen und 270 Todesfällen eingingen. Die Autoren gingen von den derzeitigen Definitionen aus:

- ▶ Untergewicht: BMI < 18,5
- ▶ Normalgewicht: BMI 18,5 bis 25
- ▶ Übergewicht: BMI 25 bis 30
- ▶ Adipositas Grad1: BMI 30 bis 35
- ▶ Adipositas Grad2: BMI 35 bis 40
- ▶ Adipositas Grad3: BMI über 40

Keine Überraschung zeigte der Vergleich der Lebenserwartung zwischen Normalgewichtigen und Fettleibigen: Bei Betrachtung aller Adipösen zusammen war die Sterblichkeit gegenüber Normgewichtigen signifikant um 18% erhöht. Dies galt insbesondere für Personen mit Adipositas Grad 2 oder Grad 3, deren Sterblichkeit gegenüber Normgewichtigen um 29% höher lag.

Eine Grad1-Adipositas, also ein BMI von 30 bis 35, ging nicht mit einer erhöhten Sterblichkeit einher, numerisch war die Sterb-

lichkeit sogar um 5% geringer. Wer hingegen in die Kategorie Übergewicht fällt, entsprechend einem BMI zwischen 25 und 30, hatte gegenüber Normalgewichtigen eine um 6% geringere Gesamtsterblichkeit, und dies war – angesichts der grossen Datenmenge – statistisch signifikant.

Dass ein bisschen Übergewicht die Lebenserwartung nicht mindert, sondern sogar erhöht, war auch schon früher als sogenanntes Adipositas-Paradoxon beschrieben worden. Was mögen die Ursachen sein? Zu diskutieren ist, ob der Body Mass Index überhaupt der richtige Parameter ist, um die Langlebigkeit von dicken Menschen zu beurteilen, oder ob die derzeitigen Grenzen für Norm- und Übergewicht nicht eher einem Schönheits- denn einem Gesundheitsideal entsprechen. Eventuell geniessen übergewichtige Menschen auch protektive kardiometabolische Effekte, oder aber erfreuen sich einer gesteigerten ärztlichen Aufmerksamkeit. Sicher ist die Fettverteilung insbesondere das zentrale Körperfett wichtiger als der Body Mass Index.

Die Ergebnisse sollten jedoch keine Ausrede sein für Sport- und Bewegungsmuffel. Nicht wenige Studien der letzten Jahre haben ergeben, dass körperliche Fitness wichtiger ist als ein Idealgewicht. Der fitte Dicke ist allemal gesünder als der bewegungsfaule Schlanke.

▼ WFR

Quelle: KM Flegal et al.; Association of All-cause Mortality with Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 2013; 309(1): 71–82

Kardiale Rehabilitation

Frühe Terminvereinbarung erhöht Teilnahmequote

Wenn noch während des akuten Krankenhausaufenthaltes zusammen mit dem Herzpatienten ein Rehabilitationstermin vereinbart wird, dann erhöht dies die Reha-Teilnahme-Rate deutlich.

Bei akutem Koronarsyndrom hilft auch die beste Akuttherapie langfristig nichts, wenn der Patient nicht eine Lebensstiländerung herbeiführt und seine einschlägigen Risikofaktoren nachhaltig bekämpft. Die Erfolge der modernen Koronarintervention mit Hospitalisationszeiten von nur noch 3 bis 5 Tagen sind hier fast ein wenig kontraproduktiv. Schnell kann die kurze Episode vom Patienten wieder verdrängt und zum Alltag übergegangen werden.

Entscheidend für viele Patienten, die eine nachhaltige Lebensstiländerung nötig haben, ist die kardiale Rehabilitation. Doch die Teilnahmeraten sind nicht sehr hoch. Eine einfache Massnahme, um mehr Patienten für eine Rehabilitation zu gewinnen, ist eine

frühe Terminvereinbarung – am besten noch während der initialen Hospitalisierung. Dies zeigt jetzt eine Studie mit 148 Herzpatienten mit Reha-Notwendigkeit. Bei der Hälfte der Patienten war der Reha-Termin noch während des Krankenhausaufenthaltes vereinbart worden, im Schnitt nach 10 Tagen. Bei der Kontrollgruppe wurde die Reha wie üblich vom nachbehandelnden Arzt veranlasst, im Schnitt nach 35 Tagen.

Wie sich zeigte, nahmen 77% der Patienten mit früher Terminvereinbarung sowie 59% der Patienten mit später Terminvereinbarung die Rehabilitation schliesslich auch wahr. Dies war ein signifikanter Unterschied. Man müsste nur bei knapp sechs Patienten früh eine Reha vereinbaren, um einen zusätzlichen Patienten für die Reha zu gewinnen.

▼ WFR

Quelle: Q.R. Park, et al.; An early appointment to outpatient cardiac rehabilitation at hospital discharge improves attendance at orientation: A randomized, single-blind, controlled trial. Circulation 2012; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.121996

Grosstudie zeigt:

Frühere Kinikentlassung wird nicht erkaufte mit mehr Wiederaufnahmen

Die allmähliche Reduktion der Krankenhaus-Liegezeiten führt nicht zu einer Erhöhung der Wiederaufnahme-Rate, im Gegenteil. Dies zeigte jetzt eine grosse Studie aus den USA.

Die Reduktion der Krankenhausliegezeiten ist ein wichtiger Effizienzparameter der medizinischen Versorgung und allein aus Kostengründen eine Priorität vieler Gesundheitssysteme. Die Frage ist: Ist dies zu schaffen ohne Abstriche bei der Qualität? Ein wichtiger Qualitätsparameter in diesem Zusammenhang ist die Wiederaufnahme-Quote. Steigt sie an, sinkt offensichtlich die Qualität der Akutversorgung, die Behandlungskosten steigen wieder an.

Eine US-Autorengruppe hat den Zusammenhang zwischen der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und der Wiederaufnahmerate im Zeitraum zwischen 1997 und 2010 an allen 129 Veterans Affairs Krankenhäuser mit Akutaufnahme in den Vereinigten Staaten untersucht. Es handelte sich in Summe um über vier Millionen Krankenhausaufnahmen.

Zum einen zeigen sie, dass die Dauer des Krankenhausaufenthaltes über alle Diagnosen jährlich mit 2% rückläufig war. Die



durchschnittliche Verweildauer sank von 5,44 Tagen 1997 auf 3,98 Tage in 2010. Dies galt auch für fünf Diagnosen, die gesondert untersucht wurden. Besonders der Myokardinfarkt oder die ambulant erworbene Pneumonie werden heute deutlich schneller kuriert als noch vor 14 Jahren.

Diese Effizienzsteigerung ging nicht zulasten der Qualität. Denn die Wiederaufnahme-Raten stiegen nicht an, sie sanken ab von 16,5% im Jahr 1997 auf 13,8% im Jahr 2010. Dies galt auch für die fünf speziell untersuchte Diagnosen, z.B. den Herzinfarkt oder die COPD. Auch die Gesamtmortalität nach 90 Tagen sank über alle Diagnosen um jährlich 3%. Interessanterweise stieg die Wiederaufnahmerate in Krankenhäusern an, die ihre Patienten deutlich schneller entliessen als der Durchschnitt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind eine gute Nachricht und Ausdruck des Fortschritts in der Medizinischen Versorgung.

▼ WFR

Quellen: P.J. Kaboli, et al.; Associations Between Reduced Hospital Length of Stay and 30-day Readmission Rate and Mortality: 14-Year Experience in 129 Veterans Affairs Hospital. *Ann Intern Med.* 2012; 157: 837-845

Polycythaemia vera

Hämatokrit-Ziel unter 45% ist vorteilhaft

Patienten mit Polycythaemie vera leben länger, wenn bei ihnen der Hämatokritwert therapeutisch auf Werte unter 45% eingestellt wird.

Die Polycythaemia vera ist eine seltene hämatologische Erkrankung, die durch eine klonale Proliferation multipotenter Knochenmarkszellen charakterisiert ist. Meist liegt eine erworbene JAK2-Mutation zugrunde. Die Patienten weisen zu viele Erythrozyten auf, Thrombosen, Blutungen oder eine Transformation in Myelofibrose bzw. Leukämie sind typische Komplikationen.

Leitlinien empfehlen eine Einstellung des Hämatokrit auf Werte unter 45% sowie der Thrombozytenzahl auf Werte unter 400 000/ μ l. Therapeutisch werden Aderlässe und Hydroxyurea eingesetzt. Doch ob sich der Aufwand lohnt, war bisher nicht sicher. Tatsächlich hatten zwei post-hoc-Analysen randomisierter Studien angedeutet, dass eine weniger aggressive Therapie mit Hämatokrit-Werten zwischen 45% und 50% nicht nachteilig sein könnte.

Das ist sie aber doch, zeigt jetzt die erste grosse randomisierte Studie, die dieser Frage an einem grossen Patientenkollektiv nachging. In der „Cytoreductive Therapy in Polycythemia Vera (CYTO-PV)-Studie wurden die beiden Strategien bei 365 erwachsenen Patienten mit JAK2-positiver Polycythaemia Vera verglichen. Primärer Endpunkt waren entweder kardiovaskuläre Todesfälle oder schwerwiegende thrombotische Komplikationen.

Nach einem Follow-up von im Median 31 Monaten hatten 5/182 (2,7%) der Patienten mit aggressiver Hämatokrit-Einstellung sowie 18/183 (9,8%) der Patienten mit liberalerer Therapiestrategie eine dieser Komplikationen erlitten. Dies ist ein eindeutiger Vorteil für die Gruppe mit Hämatokrit-Zielwert unter 45% ($p = 0,007$). In beiden Gruppen erlitten in den 2,5 Jahren 10 bzw. 9 Patienten eine Progression der Erkrankung zu Myelofibrose, Myelodysplasie, oder Leukämie.

▼ WFR

Quelle: Quelle: R. Marchioli, et al.; Cardiovascular Events and Intensity of Treatment in Polycythemia Vera. *N Engl J Med* 2013; 368: 22-33