



**Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland**  
Medizinische Klinik I,  
Universitätsklinikum  
RWTH Aachen,  
Aachen



**Prof. Dr. Alfred Wirth**  
Beirat und Leitlinien-  
beauftragter der  
Deutschen Adipositas  
Gesellschaft,  
Melle

## Komorbiditäten bei Diabetes und spezielle Adipositas-Situationen

Bei der Wahl der Therapiestrategie für Patienten mit Typ-2-Diabetes steht das kardioresnale Risiko im Vordergrund, nicht mehr primär die Höhe des HbA<sub>1c</sub>. Diese Studienlage und Rolle von Metformin diskutieren N. Marx und B. Gallwitz in einer Pro-Kontra-Darstellung. Diese Entwicklungen finden auch Eingang in z. B. die Nationale Versorgungsleitlinie zur Behandlung des Typ-2-Diabetes und ein gemeinsames Consensus-Papier der amerikanischen (ADA) und europäischen (EASD) Diabetes-Gesellschaften zur Bedeutung einer „Präzisions-Medizin“ in der Diabetologie [1, 2].

Prognose-Verbesserung und Organ-Protektion sind neben der Blutzuckersenkung Ziele einer Diabetestherapie. Diesen Paradigmenwechsel nimmt R. Schmieder in seiner Übersicht zur Behandlung der Patienten mit Diabetes und Nephropathie auf. Neue Studien haben gezeigt, dass neben dem kardiovaskulären auch das renale Risiko durch SGLT-2-Hemmer gesenkt werden kann. Eine aktuelle Arbeit konnte zeigen, dass Dapagliflozin bei Patienten mit bereits bestehender Niereninsuffizienz die Gesamt-Sterblichkeit relativ um 31 % gesenkt hat, die Hälfte davon waren nicht kardiovaskuläre Todesursachen [3].

Weitere Komorbiditäten spielen bei Typ-2-Diabetikern eine Rolle, so werden Zusammenhänge zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie einer Fettleber-Erkrankung immer deutlicher. A. Figge et al. fassen dies für das klinische Vorgehen zusammen. Eine Kernfrage für die „neue“ Schnittstelle zwischen Diabetologie und Gastroenterologie ist das Risiko für eine Fibrosierung. Neue Zusammenhänge zwischen metabolischem Syndrom, Fettverteilung, Insulinresistenz und Fibrosierung lassen eine Perspektive für neue Therapie-Strategien erkennen [4].

### Pandemie und Alter bei Adipositas

Während der Coronapandemie ändert sich auch die Lebenssituation für adipöse Personen. Mehrfach wur-

de festgestellt, dass Menschen in dieser Zeit häufig an Gewicht zunehmen. S. Gerlach zeigt in ihrem Beitrag, dass Adipöse in dieser Pandemie einem größeren Risiko ausgesetzt sind. Sie werden häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, finden sich überzählig auf Intensivstationen und sterben auch häufiger als normalgewichtige Personen. Woran liegt das? Die vom Fettgewebe sezernierten Adipokine wie TNF- $\alpha$  bedingen eine proinflammatorische Situation und ACE-Rezeptoren begünstigen das Eindringen des Erregers. Hinzu kommt, dass bei Adipösen eine restriktive Ventilationsstörung die Lungenfunktion beeinträchtigt. Liegt eine schlafbezogene Atmungsstörung vor, kann eine Hypoxie erheblichen Ausmaßes entstehen. All dies erklärt, dass etwa jeder zweite an COVID-19 erkrankte Krankenhauspatient adipös ist.

Das Alter ist nicht nur in der Coronapandemie von elementarer Bedeutung, sondern auch für die Ausprägung der Adipositas wie Kiesswetter et al. schreiben. Charakteristisch im Alter ist die Zunahme der Fett- und die Abnahme der Muskelmasse. Sind diese Veränderungen mit einer Abnahme der Muskelkraft und -funktionen kombiniert, besteht eine sog. sarkopene Adipositas. Auch die Fettverteilung passt sich an: Es kommt zu einer vermehrten Fetteinlagerung im Bauchraum. Im Alter von 60–80 Jahren sind ca. 30 % der Menschen adipös, die Hälfte mehr als bei jüngeren Erwachsenen. Das Therapieziel ist bei Senioren jedoch anders. Im Vordergrund stehen die Verbesserung der Selbständigkeit und die Lebensqualität. Erreicht wird dies durch eine moderate Gewichtsreduktion mit Fokus auf Erhalt der Muskelmasse.

Ihre Prof. Dirk Müller-Wieland und Prof. Alfred Wirth

### Literatur

Als Zusatzmaterial online unter  
<https://doi.org/10.1007/s15027-021-3510-8>