

Kritik am BMI

Entscheidend ist, wo die Fett-pölsterchen sitzen

Ein hoher Fettanteil am Körperstamm und ein geringer Fettanteil an den Beinen bedeuten ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko – selbst dann, wenn der BMI normal ausfällt.

US-Forscher sind der Frage nachgegangen, ob die regionale Fettverteilung das kardiovaskuläre Risiko auch im Normalbereich des Body-Mass-Index (BMI) beeinflusst. Beteiligt waren 2.683 postmenopausale Frauen mit einem BMI von 18,5–25 kg/m², die an der Women's Health Initiative teilgenommen hatten.

Während der Nachbeobachtungszeit von 17,9 Jahren erlitten 291 Studienteilnehmerinnen erstmals eine kardiovaskuläre Erkrankung (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall oder beides). Nach dem Abgleich gegen Merkmale des Lebensstils,

demografische Parameter und klinische Risikofaktoren waren weder die Fettmasse des Körpers insgesamt noch der relative Anteil des Fetts an der Gesamtmasse mit dem kardiovaskulären Risiko assoziiert. Wohl aber die Fettverteilung: Frauen mit einem Anteil des Körperstammfetts im höchsten Quartil hatten ein fast doppelt so hohes kardiovaskuläres Risiko wie die Frauen im untersten Quartil.

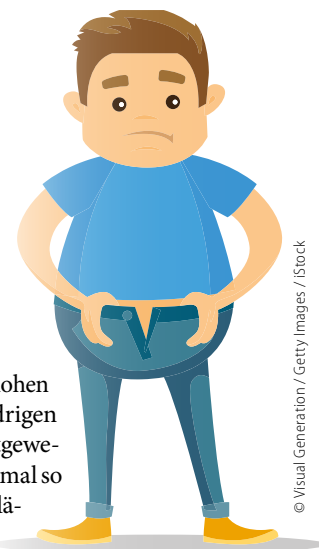
Umgekehrt stand Fett an den Beinen eher für eine günstige Assoziation. Das Risiko im höchsten Quartil war hier um 38% geringer als im niedrigsten Quartil. Die

Kombination eines hohen Stamm- und niedrigen Beinanteils des Fettgewebes stand für ein 3,3-mal so hohes kardiovaskuläres Risiko wie im Fall einer Kombination von niedrigem Stamm- und hohem Beinanteil.

Die Studienautoren sehen in ihren Ergebnissen die Bestätigung dafür, dass die Verteilung der Fettmasse für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen wichtiger ist als die Fettmasse insgesamt.

rb

Chen GC et al. *Eur Heart J* 2019;40(34):2849–55



© Visual Generation / Getty Images / iStock

Ärzte sind unterschiedlicher Meinung

Absetzen von Herzmedikamenten bei begrenzter Lebenserwartung?

Ob die Herz-Kreislauf-Medikation reduziert werden soll, wenn andere lebensbegrenzende Erkrankungen hinzukommen, wird von Ärzten je nach Fachrichtung unterschiedlich beurteilt.

In einer Studie aus den USA hatten 453 zufällig ausgewählte Ärzte der Fachrichtungen Geriatrie, Innere und Kardiologie Auskunft über das Deprescribing von Herz-Kreislauf-Medikamenten in ihrer Praxis gegeben. Danach hatten im letzten Monat in jeder Disziplin mehr als 80% der Ärzte einmal ein Absetzen in Betracht gezogen.

Der durchgängig häufigste Grund dafür waren Nebenwirkungen. Von den Geriatern wurde oft auch eine begrenzte Lebenserwartung genannt (73%), bei Internisten und Kardiologen war das deutlich seltener der Fall (37% und 14%). Als Barrieren für das Deprescribing wurden übereinstimmend die Sorge, die Thera-

piepläne anderer Ärzte zu durchkreuzen, und die Ablehnung durch die Patienten angeführt.

Weil davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse zum Teil die unterschiedliche Patientenklintel der drei Arztgruppen widerspiegeln, wurden allen Ärzten außerdem dieselben hypothetischen Szenarien zur Beurteilung vorgelegt. Alle betrafen eine 79-Jährige mit mehreren chronischen Erkrankungen und vier kardiovaskulären Medikamenten. Beim Auftreten potenzieller Nebenwirkungen wie Schwindel mit Stürzen hätten in jeder Disziplin über 90% mindestens ein Herz-Kreislauf-Mittel abgesetzt. Dagegen hätten beim Rezidiv eines metastasierten

Mammakarzinoms deutlich mehr Geriater (84%) als Internisten (68%) oder Kardiologen (45%) ein Deprescribing in Betracht gezogen; auch bei der Aufnahme in ein Pflegeheim wegen eines Morbus Alzheimer hätten von den Kardiologen die wenigsten auf eines der Medikamente verzichten wollen (59% vs. 92% der Geriater und 81% der Internisten).

„Potenzial von Deprescribing nicht genutzt“

Für die Studienautoren sind die Ergebnisse ein Hinweis, dass „Ärzte noch mehr für die Bedeutung des Deprescribing sensibilisiert werden müssen, damit sich die Verordnungspraxis bei alten Menschen verbessert“.

bs

Goyal P et al. *J Am Ger Soc* 2019; <https://doi.org/10.1111/jgs.16157>