

Adipositaschirurgie – mehr als nur Gewichtsreduktion

Unsere „adipogene“ Umwelt, also der Mix aus dickmachenden Lebensmitteln, fehlender Bewegung und psychischen Stressoren führt für immer mehr Menschen zu einer schweren chronischen Erkrankung. Warum tun wir uns so schwer damit, sie angemessen zu behandeln?



Prof. Dr. med. Jürgen Ordemann

Chefarzt des Zentrums für Adipositas und metabolische Chirurgie, Vivantes Klinikum Spandau

Herr Professor Ordemann, über 18 Millionen Menschen in Deutschland gelten als adipös (BMI > 30). Was bedeutet das im Alltag für die Betroffenen?

Für die Betroffenen bedeutet das häufig sehr viel Leid, zumal adipöse Patienten in vielen Fällen dramatische Folgeerkrankungen entwickeln können, die nicht nur die Lebensqualität vermindern, sondern auch die Lebenszeit verkürzen können. Darüber hinaus werden adipöse Patienten häufig stigmatisiert, was für die Betroffenen schmerzhaft ist.

Klassische Folgeerkrankungen der Adipositas sind z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Fettleber, Depressionen und auch Tumorerkrankungen. Wie hoch schätzen Sie die damit verbundenen Behandlungskosten?

Die Behandlungskosten der Adipositas bedingten Folgeerkrankungen sind enorm hoch und belasten das Gesundheitssystem erheblich. Die Kosten werden auf mehr als 60 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Somit entfallen rund 8 Prozent der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung von Erkrankungen, die mit Adipositas assoziiert sind.

Demgegenüber wird für die Therapie der Adipositaschirurgie selbst, also der Ursache dieser Folgeerkrankungen, nur sehr wenig Geld aufgebracht. Das ist nicht nur schade, das ist vor allem eine Katastrophe für die Betroffenen und ein Desaster für unser Gesundheitssystem!

Ist es so, dass ich mich „süchtig“ machen kann, indem ich beispielsweise zuviel Fastfood aufnehme?

Ich vermeide den Begriff „Sucht“ im Zusammenhang auf die weltweite Zunahme der Adipositaschirurgie. Der Begriff „Sucht“ wird der komplexen Erkrankung Adipositas nicht gerecht.

Grundsätzlich liegen bei adipösen Patienten häufig Störungen zentraler Gewichtsregulationsprozesse vor, die durch industrielle Ernährung, also Fastfood, aber auch durch Faktoren wie Stress, Überbelastung und

”

Evolutionär gesehen war eine Gewichtsreduktion immer nur mit Krankheit und Mangel verbunden.

– Prof. Dr. med. Jürgen Ordemann

Depressionen hervorgerufen werden können. Die Kombination von „dickmachenden“ Umweltfaktoren und einer individuellen genetischen Prädisposition führen dazu, dass das eigene Körpergewicht kaum noch kontrolliert werden kann.

Warum ist Abnehmen so schwer?

Das Körpergewicht zu reduzieren, stellt sich gegen das biologische System des Gewichtserhalts! Eine gewollte Gewichtsreduktion (Diät) ist in der langen Geschichte der Menschheit nicht vorgesehen und in der Natur mit einem „negativen“ Signal verbunden.

Evolutionär gesehen war eine Gewichtsreduktion immer nur mit Krankheit und Mangel verbunden. Damit ist eine „Diät“ tatsächlich eine biologische Herausforderung, die sehr positive Effekte haben kann. Bei schwer adipösen Patienten dagegen ist diese Herausforderung leider mit einem ständigen „Kampf“ verbunden. Betroffene Patienten können davon ein Lied singen.

Da muss man aber auch lange wegschauen, bevor man so viel Gewicht zugelegt hat ...

Die Entwicklung von Normalgewicht zu Übergewicht und schließlich zu Adipositas ist ein schleichender Prozess. In den meisten Fällen handelt es sich um eine jahrzehntelange Leidensgeschichte und eine Aneinanderkettung von Diäten und Rückschlägen, den JoJo-Effekt. Je höher das Körpergewicht schließlich ansteigt, um so stärker gewinnt die Erkrankung eine „Eigendynamik“ und ein „zurück“ ist dann kaum noch möglich!

Wie sinnvoll ist es, adipöse Menschen in „konservative“ Therapien zu schicken, Abnehmprogramme, die meist einer bariatrischen OP vorausgehen müssen?

Konservative Therapien sind grundsätzlich immer hilfreich und notwendig. Sie sollten aber nicht als Voraussetzung für eine bariatrische Therapie gefordert werden. Die bariatrische Chirurgie wird von den Krankenkassen

sen immer noch als „Ultima Ratio Therapie“ angesehen und das spiegelt nicht den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand wider.

Wie denken wir denn in Deutschland über die Erkrankung?

Vorurteile gegenüber adipösen Menschen sind in Deutschland leider eine weitverbreitete Realität. Adipositas ist eben eine sichtbare Erkrankung und lässt sich nicht verbergen. Somit sind die Patienten ungeschützt den Vorurteilen der Außenwelt ausgesetzt.

Unglücklicherweise finden wir diese Vorurteile nicht nur in weiten Kreisen der Bevölkerung, sondern auch im Gesundheitssystem, bei den politischen Entscheidungsträgern und den Krankenkassen. Diese sehr unangenehme Tatsache ist nicht nur für die Betroffenen furchtbar, sondern dadurch wird eine notwendige Therapie nicht nur erschwert, sondern auch verzögert.

In Ländern wie zum Beispiel der Schweiz oder auch in Holland scheint mir dieses Problem nicht so ausgeprägt zu sein.

Es kommt also auf das Land an?

Sehr richtig, die Versorgung und Therapie der Adipositaschirurgie ist in anderen Ländern deutlich besser. Die restriktive Genehmigungspraxis der Krankenkassen in Deutschland führt dazu, dass bariatrische Eingriffe im internationalen Vergleich deutlich seltener und häufig leider auch zu spät durchgeführt werden.

Wie ist der Therapiepfad für bariatrische Chirurgie in Deutschland?

Eine bariatrische Operation soll und darf nicht einfach mal eben durchgeführt werden. Da dieser Eingriff einen sehr großen Effekt auf die Lebensrealität von Patienten hat, muss dieser auch sehr gut vorbereitet sein.

Nach den sogenannten S3-Leitlinien müssen Patienten vor einer Operation eine Ernährungsberatung und eine Bewegungstherapie durchgeführt haben. Auch eine psychologische Stellungnahme und spezielle Laboruntersuchungen sind erforderlich. Patienten, die besonders adipös sind, also zum Beispiel einen BMI von 50 kg/m² und mehr haben, kann dieser Pfad verkürzt werden.

Wie schätzen Sie die derzeit sehr gehypten Medikamente „Ozempic“ und „Wegovy“ ein?

Ein Hype ist immer mit Vorsicht zu betrachten. Trotzdem muss festgestellt werden, dass diese neuen Medikamente ein „Game-changer“ darstellen. Sie werden vielen übergewichtigen und adipösen Men-

schen helfen ihr Gewicht zu kontrollieren. Das Besondere an diesen Medikamenten ist, dass sie an der Pathologie bzw. Biologie der Gewichtsregulation ansetzen. Sie ahmen ein Darmhormon nach, das GLP1, welches eine Veränderung des Hunger- und Sättigungsgefühls auslöst. Allerdings können diese Medikamente auch erhebliche Nebenwirkungen haben, die unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Aber die Kassen zahlen sie nicht für die Abnehmtherapie ...

Sehr richtig, der Lifestyle-Paragraf 34 SGB V verhindert, dass die Krankenkassen diese Therapie bezahlen müssen. Die Krankenkassen sind darüber erleichtert, da sie dadurch nicht gefordert werden. Für die betroffenen Patienten ist das allerdings ein weiteres Problem. Es zeigt erneut, dass Adipositas „nur“ als Lifestyle-Problem angesehen wird und nicht als eine Erkrankung. Jetzt ist es ganz wichtig, dass der Gesetzgeber hier eine Änderung der Gesetzeslage (§34) beschließt.

”

Der Lifestyle-Paragraf 34 SGB V verhindert, dass die Krankenkassen diese Therapie bezahlen müssen.

– Prof. Dr. med. Jürgen Ordemann

Auch die Kostenübernahmen für bariatrische OP's werden nur ungern bewilligt, weil es sich um ein „gesundes“ Organ handelt, das operiert wird. Sind die Entscheidungsträger blind?

Nein, die Entscheidungsträger sind nicht blind und sie wissen über die segensreichen Effekte der Adipositaschirurgie gut Bescheid. Und trotzdem werden den betroffenen Patienten „Hürden“ auferlegt, die den Einsatz dieser Operation erschweren. Ich empfinde das tatsächlich als „unterlassene Hilfeleistung“.

Ist denn die Operation immer ein Erfolg?

In den meisten Fällen ist die Operation ein sehr großer Erfolg. Das gilt sowohl für die Gewichtsreduktion, als auch für die Verbesserung der Folgeerkrankungen.

Dabei muss man wissen, dass die Reduktion des Gewichtes nicht das Ergebnis eines kleineren Magens ist. Der Hauptwirkmechanismus der Adipositaschirurgie ist eine neurophysiologische Umstellung des Hunger- und Sättigungsgefühls, so dass eine Diät nicht mehr als „Kampf“, sondern als Normalzustand empfunden wird. Das ist für die Patienten ein Segen!

Aber jeder Patient muss auch wissen, dass die Adipositaschirurgie eine chronische Erkrankung ist und, dass die Erkrankung durch eine Operation nicht geheilt werden kann. Adipositas neigt zu „Rezidiven“ und das Gewicht kann nach einer Operation auch wieder ansteigen.

Was passiert nach der OP?

Im optimalen Fall erhalten Patienten nach einer Operation eine lebenslange Nachbetreuung. Je intensiver die Nachbetreuung, um so besser das Ergebnis der Operation und um so geringer die Gefahr, dass das Gewicht wieder ansteigt.

Leider wird auch die Nachbetreuung in Deutschland nicht finanziert, so dass auch hier ein erhebliches Defizit vorliegt.

Man hat den Verdacht, dass hier eine Diskriminierung fortgesetzt wird, die auch die Gesellschaft noch weitgehend beherrscht.

Da haben Sie recht. Wenn Adipositas auf individuelles Fehlverhalten zurückgeführt wird, dann steigen auch abschätzige und aggressive Äußerungen im Alltag. Stigmatisierungserfahrungen, Depressionen und vermindertes Selbstvertrauen verstärken übrigens die Adipositaschirurgie zusätzlich, ein Teufelskreis, der kaum zu durchbrechen ist.

Wie wäre es mit mehr Prävention?

Prävention ist immer gut und eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Erkrankungen erst gar nicht entstehen. In Bezug auf die Adipositaschirurgie benötigen wir tatsächlich eine nationale, am besten eine europäische Kraftanstrengung, die „Vergiftung“ der Bevölkerung durch Zucker zu verringern und die „Verführungen“ einer ungesunden Ernährung zu beseitigen. Dabei spielt Bildung natürlich eine ganz entscheidende Rolle.

Ich befürchte allerdings, dass Verhaltensänderungen erst dann erreicht werden können, wenn bestimmte „Zügel“ etwas angezogen werden, wie zum Beispiel eine „Zuckersteuer“ und ein Werbeverbot für ungesunde Nahrungsmittel.

Herr Professor Ordemann, vielen Dank für das Gespräch!