

„Adipöse werden extrem stigmatisiert“

Das Zentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie in der Gräfelinger Wolfart-Klinik ist auf Dicke spezialisiert. Der Ärztliche Leiter, Privatdozent Dr. Günther Meyer (65), erklärt im Interview, warum häufig eine Operation die letzte Hoffnung auf ein normales Leben ist.

Gräfelting – Zwei Drittel der Deutschen haben Übergewicht, jeder Vierte leidet an Adipositas, auch Fettleibigkeit oder Fettsucht genannt. Seit 1997 ist Adipositas von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als chronische Ernährungs- und Stoffwechselerkrankung anerkannt. Das zur Wolfart-Klinik gehörige Zentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie (AMC) in Gräfelting behandelt seit zehn Jahren dicke Menschen. Durch verschiedene Operationsmethoden an Magen und Dünndarm wird bewirkt, dass der Kranke weniger Nahrung zu sich nehmen und verwerten kann, was zu einer Gewichtsabnahme führt. Der Münchner Merkur Würmtal sprach mit Privatdozent Dr. Günther Meyer (65), dem Ärztlichen Leiter des AMC, über eine Krankheit, die ausgrenzt.

Wann ist man übergewichtig, wann adipös?

Das errechnet sich nach dem BMI, dem Body-Mass-Index. Ab BMI 25 ist man übergewichtig, ab 30 ist man adipös, Grad 1. Ab 35 adipös Grad 2 und ab 40 adipös Grad 3.

Das heißt, jeder kann selbst ausrechnen, ob er Adipositas hat?

Ja, der BMI ergibt sich aus dem Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat. Wenn man es ganz genau wissen will, muss das Lebensalter zusätzlich berücksichtigt werden. Das Alter ist relevant, da sich das Normalgewicht mit dem Alter verschiebt: Man nimmt ganz natürlich einige Kilogramm zu. Ein 50-jähriger Mann mit 1,80 Meter Größe und 80 Kilo Gewicht hat beispielsweise einen BMI von 24,7 – ist also noch normalgewicht, im Internet findet man sogenannte Body-Mass-Index-Rechner, auch auf unserer Homepage.

Fettleibige Menschen essen oft kaum mehr oder anders als andere. Welche Rolle spielen Stoffwechsel, Genetik und Ernährung als Ursache für Adipositas?

Genetik spielt eine sehr große Rolle, man sagt etwa 70 Prozent. Allerdings wird man nur adipös, wenn man mehr isst, als man an Kalorien verbraucht. Es ist immer ein Missverhältnis zwischen Kalorienaufnahme und Kalorienverbrauch über viele, viele Jahre. Treten Gewichtsprobleme auf, macht man alle Diäten, 1000 Mal. Man nimmt ein paar Kilo ab, bis der Jo-Jo-Effekt eintritt und man mehr zunimmt, als man abgenommen hat. So diätet man sich über 20, 30 Jahre langsam in dieses adipöse Gebiet rein und macht dabei den Stoffwechsel kaputt. Ernährungsmediziner raten daher schon seit Langem von Diäten ab und empfehlen eine gesunde, kalorienreduzierte und ballaststoffreiche mediterrane Mischkost.

Wie sieht es mit Bewegung aus?

Bewegung spielt eine große Rolle. Aber wenn Sie schwere Ernährungsfehler machen, wird es sehr schwierig, das mit Bewegung wieder abzubauen. Ein Beispiel: Sie essen eine Leberkäsemel. Das sind etwa 700 Kalorien. Ist in fünf Minuten passiert. Da müssen Sie ungefähr drei Stunden Rad fahren oder eine Stunde joggen. Wer hätte dazu die Zeit? Deshalb sollte man eine Vorstellung davon



Zusammen 245 Kilo abgenommen: Anja Lex (l.) ließ sich 2017 in der Wolfart-Klinik einen Mini-Bypass, Omega-Loop genannt, einsetzen. Angela Schirrmann (Mitte) bekam 2016 einen Sadi-S-Bypass, die chirurgisch anspruchsvollste Variante. Peggy Müller-Weiß entschied sich ebenfalls 2016 für den Ruox-Y-Magen-Bypass, die häufigste Technik in der Adipositas-Chirurgie.

FOTO: ACHIM SCHMIDT

haben, wie viel Kalorien die Nahrung hat, die man gerade verzehrt. Mediziner empfehlen etwa 150 Minuten sportliche Betätigung in der Woche. Wenn Sie erst mal einen BMI von über 50 haben – wir haben viele Patienten mit 60, 70 –, dann ist das mit der Bewegung nicht mehr so einfach und oft auch unmöglich.

Sind Ihre Patienten einfach nur dick?

Oft gibt es psychische Begleitprobleme. Wir haben relativ häufig Patienten mit Missbrauchanamnese. Manchmal auch mit psychiatrischen Erkrankungen, aber eher selten. Es sind eher psychologische Sachen mit Auswirkung auf das Essverhalten. Psychologen sind daher wesentlicher Bestandteil unseres Teams. Viele sind Frustesser oder Belohnungesser. Manche essen den ganzen Tag über und oft die falschen Sachen, andere wiederum haben ein strukturiertes Essverhalten, aber kein Sättigungsgefühl und essen daher viel zu große Portionen. Viele Patienten lieben Süßigkeiten und trinken viel zu große Mengen an süßen Getränken, anderen dagegen schmeckt Herzhaftes besonders gut. Das Bild ist sehr gemischt.

Welche Begleiterkrankungen stellen sich bei starkem Übergewicht ein?

Zucker, Bluthochdruck, Fettstoffwechsel-Störungen, Schlafapnoe-Syndrom, also dass Sie nachts schnarchen und Atemaussetzer haben, und und und. Auch das Risiko, bösartige Erkrankungen zu bekommen, erhöht sich deutlich. Von den verschiedenen orthopädischen Problemen ganz zu schweigen. Adipositas führt zu einer chronischen Entzündung im Körper mit zahlreichen gesundheitsschädlichen Folgen. Diese resultieren letztendlich in einer deutlich geringeren Lebenserwartung.

Welches Ziel hat eine Adipositas-Operation?

Wir machen keine kosmetische oder plastische Chirurgie, sondern wir machen Chirurgie aus Gesundheitsgründen. Es geht darum, dass man das Risiko für die Entwick-

lung dieser Erkrankungen durch die Operation zurückdrängt oder dass sich schon eingetretene Folgeschäden weitgehend zurückbilden. Die Chirurgie steht aber nicht am Anfang, sondern am Ende der therapeutischen Skala. Nachdem andere Krankheiten als Ursache ausgeschlossen sind, sollte zunächst eine sogenannte multimodale konservative Therapie strukturiert über sechs bis zwölf Monate durchgeführt werden. Sie besteht aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Das kann auch bei uns am Zentrum erfolgen. Erst wenn sich dabei keine Besserung ergibt, kommt ein operativer Eingriff in Betracht, wenn der Patient dies wünscht.

Muss der Patient bestimmte Voraussetzungen erfüllen?

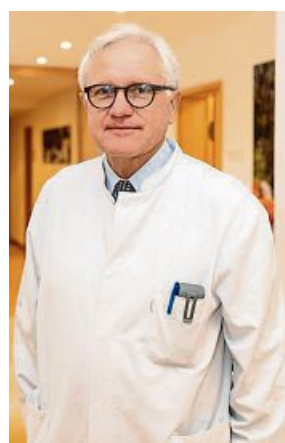
Voraussetzung ist ein BMI von mindestens 35 und das Vorliegen einer relevanten Folgeerkrankung oder ein BMI von 40 ohne Folgeerkrankung. Von diesen in einer medizinischen Leitlinie aufgeführten Vorgaben gibt es aber Ausnahmen. Beispielsweise wenn eine schwere Erkrankung keinen weiteren Aufschub erlaubt, wenn der BMI über 50 liegt und konservative Therapie somit nicht mehr zu dem notwendigen Gewichtsverlust führen kann, oder wenn eine schwere Zuckerkrankheit vorliegt. Man spricht dann von primärer Indikation.

Wer kommt zu Ihnen?

Menschen mit Adipositas, die Hilfe suchen. Das sind überwiegend Frauen. Ich würde sagen, im Verhältnis mindestens 80 zu 20. Die Patienten kommen vor allem aus der Region München und Bayern, gelegentlich aus ganz Deutschland und teilweise aus dem Ausland.

Wie alt sind sie?

Wir haben Patienten, die sind noch keine 20, und wir hatten auch mal eine Patientin, die 75 war. Wobei wir bei diesen Fällen im Grenzbereich zögern. Üblicherweise kommen Patienten zwischen 18 und 65 Jahren für einen operativen Eingriff in Betracht, aber das



Hat das AMC aufgebaut: Privatdozent Dr. Günther Meyer.

FOTO: SCHMIDT

biologische Alter ist entscheidend. Die Entscheidung für oder gegen eine Operation wird übrigens nicht vom Chirurgen alleine getroffen, sondern von verschiedenen an der Abklärung und Behandlung beteiligten Disziplinen, dem Adipositas-Board. Wir waren meines Wissens in Deutschland die Ersten, die so ein Board etabliert haben.

Wenn man 20 ist, muss ja von Anfang an alles falsch gelaufen sein in der Ernährung.

Ja, das gibt es. Wir werden von Pädiatern kontaktiert, die nicht mehr weiter wissen mit Kindern im Jugendalter, die schon fünf Kuren hinter sich haben. Wir sind aber äußerst zurückhaltend bei Jugendlichen. Da gibt es Anlaufstellen, die sich schwerpunktmäßig damit befassen. Wenn die nicht mehr ein und aus wissen und in einem adipositaschirurgischen Eingriff die letzte Möglichkeit sehen, dann muss man's machen. Wir wissen heute aus verschiedenen Studien, dass solchen sorgfältig abgeklärten Jugendlichen tatsächlich nachhaltig geholfen werden kann. Man weiß nämlich auch, dass jemand, der mit 15 adipös ist, ein massiv erhöhtes Risiko hat, mit 35 arbeitsunfähig zu sein. Weil der Körper dann fertig ist.

Ihr Motto lautet: Helfen statt verurteilen. Warum?

Bei uns im AMC werden dicke und extrem dicke Menschen respektvoll behandelt. Adipöse werden in unserer Gesellschaft extrem stigmatisiert.

Da wird gesagt: Der ist faul, der bewegt sich nicht, der ist willensschwach. Es gibt Studien, die zeigen, dass diese Stigmatisierung ganz besonders ausgeprägt ist bei Ärzten und sogar bei Ernährungstherapeuten. Sehr viele Ärzte meinen auch heute noch in Deutschland, man kann das mit dem Ändern des Essverhaltens und Bewegung wieder in den Griff kriegen. Das gilt vielleicht für Leute mit Adipositas 1, die gerade über der Grenze sind, aber wenn jemand einen BMI von 50 hat, hat er keine Chance mehr. Das heißt, die Aufklärungsarbeit, auch gerade bei den Kollegen, ist ein Riesenthema.

Sie haben in einem Aufsatz geschrieben, dass 1977 chirurgische Therapiemöglichkeiten von dem international renommierten Internisten und Endokrinologen Werner Creutzfeldt noch als „kriminelle Chirurgie“ bezeichnet wurden. Was hat sich seitdem geändert?

Das wird heute natürlich so nicht mehr gesagt. Aber es ist vielleicht zehn Jahre her, da hat auf einem Kongress ein Internist zu mir gesagt, dass ich Patienten verstümmeln würde. Sehr lange ist diese Chirurgie in Deutschland mit ganz großen Ressentiments gesehen worden. Heute hat sich das vollkommen verändert, auch angesichts des dramatisch zunehmenden Adipositasproblems in unserer Gesellschaft. Hinzu kommt, dass es mittlerweile viele Studien gibt, die die Effektivität der chirurgischen Behandlung unter Beweis gestellt haben, und eine darauf basierende medizinische Leitlinie.

Übernehmen die Krankenkassen die Kosten einer Behandlung?

Es ist nach wie vor so, dass Adipositas-Therapie in Deutschland nicht anerkannt wird, auch nicht geregelt beziehungsweise ordentlich finanziert ist. Ich halte das für ein schweres politisches Versagen, denn Adipositas ist sicherlich neben den Krebserkrankungen die größte medizinische Herausforderung der Gegenwart. Ich engagiere mich auf diesem Gebiet seit

mehr als 20 Jahren und muss frustriert feststellen, dass sich zwar das Bewusstsein verändert hat, aber nach wie vor nichts verbindlich festgelegt ist.

Was bedeutet das?

Die Krankenkassen haben vor allem in Bayern extrem gemauert. Früher haben wir immer Anträge geschrieben, die abgelehnt wurden. Inzwischen operieren wir einfach und halten uns ganz streng an die Leitlinien. Das sind medizinische Empfehlungen, die einen sehr hohen Evidenzgrad haben. Wenn dann die Krankenkassen nicht zahlen, gehen wir vor Gericht. Wir haben bisher immer gewonnen. Die Krankenkassen zahlen jetzt – bei uns. Persönlich habe ich den Eindruck, dass jetzt auch bei den Krankenkassen ein Umdenken begonnen hat. Aber letztlich ist hier die Politik gefragt.

Wird jeder operiert, der zu Ihnen kommt?

Niemand wird sofort operiert. Es gibt drei Gruppen von Patienten. Es gibt Patienten, die kommen für eine Operation gar nicht infrage. Denen empfehlen wir etwas anderes, eine konservative Therapie. Die andere Gruppe kommt für eine OP infrage, hat aber einen BMI unter 50 und muss zunächst sechs Monate konservative Therapie machen, um zu sehen, ob sie nicht doch ohne OP davonkommt. Das ist immer die beste Lösung. Ganz, ganz wenige schaffen das, aber das muss man machen und auch nachweisen. Wenn Sie einen BMI von über 50 haben oder einen BMI von über 40 und zuckerkrank sind, dann fallen Sie unter die primäre Indikation, dann müssen Sie keine erfolglose konservative Therapie mehr nachweisen.

Wie lange dauert es vom ersten Besuch bis zur Operation?

Mindestens drei Monate bei primärer Indikation. Die Patienten bekommen von uns trotzdem eine ernährungstherapeutische Betreuung präoperativ. Sie werden vorbereitet auf die Operation und geschult. Manche schicken wir auch in die Ver-

tenstherapie. Für diejenigen, die noch eine konservative Therapie machen müssen, dauert es mindestens sechs bis acht Monate bis zur Operation.

Wie viele Patienten behandeln Sie jährlich?

Wir behandeln etwa 500. Und operiert werden etwa 200 pro Jahr. Wir sind schon chirurgisch ausgelegt, das ist klar. Aber wir operieren nur die Patienten, die für eine Operation infrage kommen und auch wollen. Wir schicken viele weg, denen wir Alternativen anbieten, hier oder woanders. Wir können gar nicht alle Dicken behandeln.

Wie geht es nach einer Operation weiter?

Die Patienten kommen zur Nachsorge. Theoretisch könnten sie Mangelerscheinungen entwickeln, das betrifft vor allem Vitamine, Spurenelemente, Mineralstoffe. Im ersten Jahr kommen sie viermal zur Kontrolle, im zweiten Jahr halbjährlich und dann jährlich.

Was ist mit den Begleiterkrankungen bei einer erfolgreichen Operation?

Die können sich auf jeden Fall ganz oder teilweise zurückbilden. Wenn jemand erst seit zwei Jahren hohen Blutdruck hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der wegeht. Bei Zucker ist der Effekt noch viel größer. Das hängt ein bisschen von den Operationsverfahren ab. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie den Zucker verlieren, liegt nach einem sogenannten Magen-Bypass bei ungefähr 80 Prozent. Langfristig kommt bei einigen Patienten der Zucker wieder, nach sieben, acht, neun Jahren. Wir sprechen nicht von Heilung, sondern von Rückbildung. Im Prinzip trifft das auf alle Begleitbeziehungsweise Folgeerkrankungen zu. 90 Prozent verlieren Schlafapnoe.

Liegt die Erfolgsquote bei 100 Prozent?

Auf gar keinen Fall. Wir hatten eine Patientin, die nicht abgenommen hat. Wir haben lange gebraucht, bis wir herausgefunden haben, dass sie extremste Diät gemacht hat. Die hat Leberkäse püriert gegessen. Das gibt es auch. Aber die Zahl der erfolgreichen Patienten ist extrem hoch. Zu erwarten ist durchschnittlich ein Übergewichtsverlust von 65 bis 70 Prozent. Die Patientinnen werden nicht Twiggy, keine wird ganz schlank. Das sage ich ihnen auch.

Das dauert, oder?

Zwei Jahre. Der Gewichtsverlust erfolgt in den ersten zwei postoperativen Jahren. Etwa 80 Prozent davon im ersten Jahr. Danach spielt sich das ein. Man nimmt nicht immer weiter ab.

Sehen Sie die Gesundheitspolitik in der Pflicht, was die Anerkennung von Adipositas angeht?

Absolut. Die Gesundheitspolitik versagt bisher total auf dem Sektor. Die politische Entscheidung findet nicht statt. Ich glaube, Politiker interessieren sich nicht für Adipositas. Mit Adipositas können sie keinen Staat machen. Wer macht sich schon für eine stigmatisierte Randgruppe der Bevölkerung stark? Aber ich bleibe trotzdem optimistisch, dass sich das in der Zukunft ändert. Letztlich werden die Fakten dazu zwingen.

Interview: Nicole Kalenda