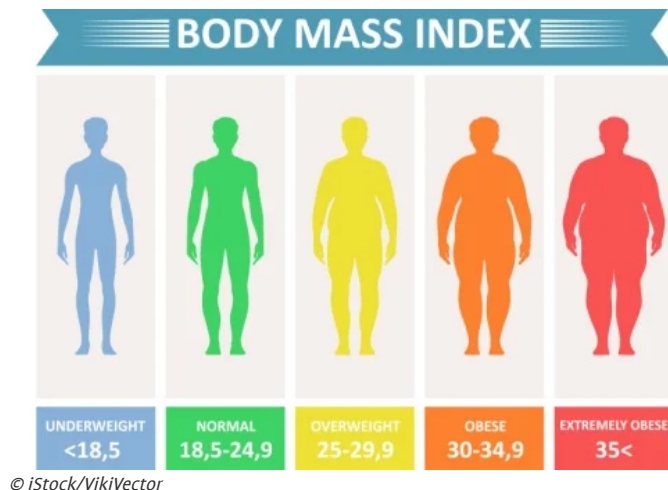


13.03.2019 Viszeralchirurgie

# Adipositaschirurgie in Deutschland

V. Lange



Wenige Bereiche in der Viszeralchirurgie haben in den letzten Jahren eine derart spannende Entwicklung erfahren wie das bisher überwiegend noch als „bariatrische Chirurgie“ bezeichnete Segment. Die Gründe hierfür sind augenfällig. Zum einen nehmen Übergewicht und Adipositas weltweit kontinuierlich zu, d. h. die „Verfettung“ der Weltbevölkerung schreitet unaufhaltsam voran. Zum anderen wachsen die medizinischen Erkenntnisse zu den physiologischen, psychologischen und sozialen Ursachen dieser chronischen, progredienten und zum Rezidiv neigenden Erkrankung rasant an. Klar ist, dass bei unveränderten Finanzierungsmodellen die

Gesundheitssysteme für die Behandlung dieses Krankheitsbildes in absehbarer Zeit an ihre Grenzen stoßen werden.

Es besteht ein grundsätzliches Problem in der Wahrnehmung von Übergewicht und Adipositas in allen Bereichen der Gesellschaft. Vorherrschend wird die kulturell und religiös begründete Ablehnung der Fettleibigkeit [1] als Problem des betroffenen Einzelnen gesehen, der als undiszipliniert, faul und willensschwach klassifiziert wird. Damit wird die Verantwortung für das „Dicksein“ auf das Verhalten des Individuums reduziert, die Einflüsse der im weitesten Sinne „adipogenen Umwelt“ werden nicht berücksichtigt. Das Prinzip des Eigenverschuldens erlaubt Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen, die in gleichem Maße bei medizinischen Heilberufen wie in der Gesellschaft angetroffen werden [2].

Die Einteilung der Adipositas in Grade (I–III) beschreibt lediglich einen Gewichtszustand, der aus dem BMI (Body Mass Index) errechnet wird. Über den Gesundheitszustand des Patienten gibt diese Zuordnung keine Auskunft. Mit steigendem Gewicht und Dauer der Erkrankung treten jedoch eine Vielzahl von sogenannten Begleitkrankheiten auf. Der Begriff „Begleitkrankheit“ bagatellisiert aus unserer Sicht das Krankheitsbild. Es handelt sich doch vielmehr um ein Fortschreiten der Adipositaskrankheit mit anfangs reversiblen bis dann irreversiblen Organschäden. Der Edmonton Gesundheitsscore trägt dieser Überlegung Rechnung und sollte dem Adipositasgrad stets beigelegt werden.

Basierend auf dieser Einordnung der Adipositas als einer nahezu alle Fachbereiche der Medizin betreffenden Erkrankung wird der Begriff „bariatrische Chirurgie“ – also lediglich eine das Gewicht reduzierende Operation – inzwischen ersetzt durch die Termini „Adipositaschirurgie“ oder „metabolische Chirurgie“ – letzteres wenn ganz im Vordergrund der Indikation die Beeinflussung von metabolischen Störungen steht. Daraus ergibt sich aber auch, dass sich die Indikation für eine Operation der Adipositas nur nachgeordnet vom BMI herleitet. Ebenso kann

Adipositaschirurgie nicht mehr als „ultima ratio“ der Adipositasbehandlung bezeichnet werden, wie dies im Begutachtungsleitfaden des MDS von 2017 immer noch geschieht. Wegen der dauerhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Chirurgie sollte Adipositaschirurgie wesentlich früher als bisher erfolgen, um irreversible Organschäden zu vermeiden. Die Empfehlungen der Amerikanischen Diabetesgesellschaft von 2017 tragen dem Rechnung, es wird die operative Intervention bei Adipositas und Diabetes Typ II spätestens ab einem BMI > 40 kg/m empfohlen [3].

Außer in England sind in keinem europäischen Land die Barrieren zur Erlangung einer Adipositasoperation so hoch wie in Deutschland. Entsprechend niedrig sind im europäischen Vergleich die Operationszahlen in der Bundesrepublik. Jede Adipositasoperation bedarf bisher einer Einzelfallüberprüfung für eine Kostenzusage durch die Krankenkasse. Voraussetzung ist eine mindestens sechsmonatige, medizinisch überwachte, multimodale Vorbehandlung innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Antrag. Keine der dort aufgestellten Anforderungen ist evidenzbasiert. Weder die Dauer der Vorbehandlung noch die in dieser Zeit zu erreichende Gewichtsentwicklung haben einen Einfluss auf die Langzeit-Behandlungsergebnisse [4]. Die Kostenübernahmeanträge verlieren schon jetzt zunehmend an Bedeutung vor dem Hintergrund der diesbezüglich herbeigeführten Sozialgerichtsurteile, die bisher stets zu Gunsten der Patienten ausgefallen sind [5]. Wünschenswert ist allerdings eine zeitnahe grundsätzliche Klärung des Vorgehens, um für alle Beteiligten eine sichere Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Unbestritten sollten aber alle Operationswilligen einer präoperativen Evaluation unterzogen werden, um medizinisch und psychologisch zu klären, ob eine Operation indiziert ist.

Das restriktive Bewilligungsverhalten der Kostenträger basiert auf der Befürchtung, dass bei weiter steigender Zahl von Adipösen, eine Flut von Operationen auf die Kassen zurollt. Diese Befürchtung ist unbegründet. Selbst in „Adipositaschirurgie-affinen“ Ländern (Belgien, Schweden) beträgt die Rate der operierten Adipösen nicht mehr als ein Prozent. In den USA haben 70 Prozent der adipösen Patienten Kenntnis von einer chirurgischen Behandlungsoption, 85 Prozent entscheiden sich jedoch gegen einen Eingriff [6]. Kein Adipöser lässt sich aus einer Laune heraus operieren, in der Regel geht diesem Entschluss ein langer Entscheidungsprozess voraus. Wer allerdings für den Eingriff geeignet erscheint und die Operation durchführen lassen möchte, sollte diese nach Evaluation ohne unsinnige Hürden erlangen können.

Eine Schlüsselrolle in der Behandlung der Adipositas kommt den Allgemein- und Hausärzten zu [7]. Adipositas findet aber im Medizinstudium als komplexes Krankheitsbild keinen Niederschlag und auch in der alltäglichen Versorgungsmedizin wird Fettleibigkeit in der Regel nicht angesprochen. Eine Umfrage bei englischen Hausärzten ergab, dass sie Übergewicht und Adipositas ihrer Patienten aus drei Gründen nicht thematisieren: Sie haben keine Zeit für ein derartiges Gespräch; sie befürchten, ihre Patienten zu verprellen und ein Gespräch würde sowieso nichts nützen [8]. In Australien fordert die Leitlinie für Allgemeinärzte, BMI und Hüftumfang eines jeden Patienten zu dokumentieren. Der BMI wird bei 22 Prozent, der Hüftumfang bei 4 Prozent der Patienten festgehalten. Es wird gefolgert, dass Adipositas nicht als eigenständige bedrohliche Erkrankung von den Hausärzten angesehen wird [9]. In den USA haben 60 Prozent der Adipösen nie mit einem Arzt über ihr Gewicht gesprochen. Nur 12 Prozent der Hausärzte informieren ihre adipösen Patienten über die Möglichkeit einer chirurgischen Behandlungsoption [10].

In Deutschland ergab eine Studie aus Leipzig ein sehr ähnliches Bild: 48 Prozent der Hausärzte empfehlen manchmal, 34 Prozent selten eine Adipositasoperation. 18 Prozent verweisen die Patienten an einen Adipositaschirurgen. 33 Prozent glauben, dass eine Operation eine zu einfache Lösung für den Patienten sei und 60 Prozent meinen, dass fehlende Willensstärke die Ursache für die Adipositas sei [11]. Die hausärztliche Grundhaltung aus Aversion, Resignation und fehlenden Kenntnissen bezüglich der operativen Therapie stellen einen wesentlichen Faktor für die geringen Operationszahlen in Deutschland dar. Hieran wird sich absehbar in nächster Zeit nichts ändern.

Zu Zeiten, als Adipositaschirurgie allein unter dem bariatrischen Aspekt durchgeführt wurde, waren Chirurgen von den eindrucksvollen Ergebnissen der Gewichtsreduktion begeistert. Die Langzeitergebnisse fielen dann allerdings ernüchternder aus. 25 bis 45 Prozent der Patienten erfahren eine Gewichtszunahme, meist beginnend ab drei Jahre nach dem Eingriff. Diese Beobachtung trifft vor allem für Patienten zu, die nach der Operation keine Nachsorge erhalten oder wahrnehmen. B. Husemann hat treffend formuliert, dass „ein operierter Dicker im Kopfe ein dünner Dicker bleibt“. Die Chronizität und Rückfallneigung der Adipositas bedarf einer andauernden Begleitung, um Fehlverhalten der Patienten rechtzeitig zu bemerken und gegenzusteuern. Die chirurgisch ausgerichteten Adipositaszentren können diese Aufgabe selbst bei kleinen Fallzahlen aus personellen und fachlichen Gründen nicht dauerhaft leisten. R. Weiner [12] fordert daher, die Hausärzte besser zu informieren und die Nachsorge in ihre Hände zu legen. Die obigen Ausführungen lassen allerdings Zweifel aufkommen, ob Hausärzte diese Aufgabe annehmen, insbesondere bei völlig inadäquater Vergütung. G. Meyer [4] schlägt eine stärkere Einbindung von Psychologen in die postoperative Nachsorge vor. Die psychotherapeutische Wirklichkeit und der Mangel an interessierten Psychotherapeuten begrenzen diese Option erheblich.

Aus eigener Erfahrung glauben wir, dass Schwerpunktpraxen für Übergewicht und Adipositas den einzigen gangbaren Weg zur Verbesserung der Betreuung dieser Patienten eröffnen. Ob dies in Einzelpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren erfolgt, ist unerheblich. Wichtig ist die ausschließliche Beschäftigung mit diesem komplexen Krankheitsbild in einer derartigen Einrichtung. In England wurde die Schaffung eines Facharztes für Adipositas erwogen. Realistischer dürfte sein, eine zertifizierte Zusatzqualifikation für interessierte Ärzte zu schaffen. Erste Ansätze hierzu bestehen im Lande. Empathie auf Seiten der Behandler für die meist über lange Zeit ausgegrenzten Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung sowohl für eine konservativ wie operativ erfolgreiche Behandlung [7].

Die metabolische Operation verbessert in einem hohen Prozentsatz den Gesundheitszustand der Patienten, sie beseitigt jedoch die Krankheit nicht. Wenn es im Laufe der Jahre postoperativ zu einem kontinuierlichen Wiederaufstieg des Gewichtes und gar zu einem erneuten Auftreten der Folgekrankheiten kommt, muss über eine Korrekturoperation nachgedacht werden. Dieser Problemkreis rückt bei steigender Zahl Operierter und immer längeren Beobachtungszeiten in den Fokus. Der MDS Begutachtungsleitfaden hat hierzu eigentlich gute Definitionen geliefert. Der Entscheidungsalltag sieht jedoch anders aus: die Kosten selbst für medizinisch gut begründete Re-Eingriffe wegen Komplikationen (z. B. Reflux nach Sleeve) werden initial oft nicht erstattet. Gewichtszunahme oder wiederauftretender Diabetes als Indikation zum Re-Eingriff werden als bariatrische Maßnahme gewertet und die Kostenübernahme verweigert. Auch in den USA lehnen einige Versicherungen Re-Eingriffe zur weiteren Therapie der Adipositas ab nach dem Motto: der Patient hat seine Chance gehabt. Bisher ist es uns zwar immer gelungen, eine Einigung bezüglich der Kostenerstattung herbeizuführen – der bürokratische Aufwand ist jedoch ärgerlich und ganz erheblich.

Dieser kurze Überblick kann nur streiflichternd aufzeigen, wie herausfordernd die Beschäftigung mit diesem Thema ist. Ständig neue medizinische Erkenntnisse, Willkür in der Kostenerstattung sowie Variationen und Modifikationen der bisherigen Operationsverfahren unterliegen einem schnelleren Wandel als dies in anderen Bereichen der Chirurgie der Fall ist. Neben den etablierten Kongressen zum Thema bieten die Masterclass-Kurse des BDC zur Adipositaschirurgie eine sehr gute Möglichkeit, in überschaubarem Kreis von Kolleginnen und Kollegen speziell auch handwerkliche Aspekte im Rahmen der Live-Operationen zu diskutieren.

**BDC|Seminar**

**Viszeralchirurgie Kompakt: Adipositaschirurgie**



Viszeralchirurgie Kompakt

# Adipositaschirurgie

Berlin, 16. – 17. Mai 2019

**VOM 16. – 17. MAI 2019 IN BERLIN**

Der Kurs richtet sich an Chirurginnen und Chirurgen, die in den Techniken der laparoskopischen Chirurgie weit fortgeschritten sind. Im zweitägigen Kurs mit Live-Chirurgie, Vorträgen und Videopräsentationen wird profundes Wissen der Adipositaschirurgie vermittelt. Dabei werden komplexe Fälle aus der Adipositaschirurgie besprochen und OP-Techniken mit hohem Schwierigkeitsgrad erlernt.

[Information und Anmeldung...](#)

## Literatur

[1] Buchwald, H: Eine kurze Geschichte der Adipositas. Wahrheiten und Illusionen. CHAZ, 2018;10:507

[2] Sabin, JA et al: Implicit and explicit weight bias in a sample of 4732 medical students: the medical student CHANGES Study. Obesity, 2014;22(\$):1201

[3]Diabetes Care, 2017; 40(Suppl1):57

[4]Meyer,G et al: Konservative Therapie vor bariatrischer Operation – wo kommt sie her, wo soll sie hin? CHAZ, 20118, 10:495

[5]Lenzen-Schulte,M: Nur Hürden statt Hilfe für Adipöse. Dt.Ärzteblatt, 2018,115:B423

[6]Hadari,I: Bariatric News, 1.7.2015

[7]Bariatric News: Physician support key to successful weight loss. 25.8.2015

[8]Aveyard,P et al: Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. The Lancet,2016,388:2492

[9]Turner et al: Med J Aust, 2015,202(7):370

[10]Rosenthal,R: Obesity Week 2016

[11]Jung,FUCE et al: Stigma and knowledge as determinants of recommendation and referral behavior of general practitioners and internists. Obes Surg,2016,26:2393

[12]Weiner,R: Dammbbruch für die Adipositaschirurgie. CHAZ2018,10:457

[13]Funk,LM et al: Patient and referring practitioner characteristics associated with the likelihood of undergoing bariatric surgery: a systematic review. JAMA Surg, 2015, doi10.1001/jamasurg.2015.1250

*Lange V: Adipositaschirurgie in Deutschland. Passion Chirurgie. 2019 Februar, 9(02): Artikel 03\_01.*

## Autor des Artikels



Volker Lange