

Schon vor Weihnachten ging es los mit den Spekulationen. Es hieß, Vizekanzler Sigmar Gabriel habe sich den Magen verkleinern lassen. In einer hessischen Klinik, um seine Diabetes-Erkrankung in den Griff zu bekommen. So wurde es in diversen Medien berichtet. Die Geschichte wurde angeheizt, weil der SPD-Vorsitzende in der Woche vor Heiligabend bei keinem der Trauerakte für die Anschlagopfer vom Breitscheidplatz in Berlin öffentlich zu sehen war. Jetzt, im Januar, ist er wieder auf der Bildfläche erschienen; sein Körpergewicht ist, falls der Eindruck von Beobachtern ein Maßstab ist, wenig verändert.

Dass sich Gabriel nicht zu den Spekulationen über eine Operation äußert, ist selbstverständlich sein gutes Recht. Die eigene Gesundheit ist etwas sehr Persönliches, auch für Menschen des öffentlichen Lebens. Dazu kommt: Gerade in einem Wahljahr müssen Politiker sich genau überlegen, was sie tun und sagen. Weite Teile der Öffentlichkeit erwarten von ihnen, nichts zu zeigen, was als Schwäche ausgelegt werden kann, auch gesundheitlich nicht. Offiziell will die SPD Ende Januar verkünden, ob Gabriel für sie als Kanzlerkandidat ins Rennen geht.

Überhaupt ist so eine Magenverkleinerung ein heikles Thema. Denn anders als etwa bei Herzinfarkten, gebrochenen Knochen oder Blinddarmentzündungen ruft diese Art Eingriff meist weder Mitgefühl noch übermäßiges Verständnis hervor. Sich unters Messer zu legen, weil man zu viel Gewicht mit sich herumträgt, ist häufig noch ein Tabuthema; die Betroffenen stehen unter dem Verdacht, ihnen fehle es am Willen oder an der Disziplin, um anders abzunehmen.

Dabei muss sich Deutschland mit dem Übergewicht befassen. Die Zahl der dicken Menschen steigt. Es gibt drängende Fragen. Dazu gehört, welche Therapien hier helfen und in welchen Fällen die Kasse die Kosten übernimmt. Laut dem aktuellen Barmer Report Krankenhaus ließen sich 2014 knapp sieben Millionen Deutsche in irgendeiner Form wegen Übergewichts behandeln, ein Plus von circa 14 Prozent im Vergleich zum Jahr 2006.

Mehr als die Hälfte der Erwachsenen in Deutschland ist übergewichtig, fast ein Viertel sogar krankhaft – das, was Mediziner als „adipös“ bezeichnen. Bei Kindern und Jugendlichen sind rund 15 Prozent übergewichtig, sechs Prozent adipös. Tendenz steigend. Laut der Statistikbehörde Eurostat sind die Deutschen damit dicker als der EU-Bürger im Durchschnitt. Aber in Deutschland werden im Mittel weniger gewichtsreduzierende Operationen durchgeführt als in anderen europäischen Ländern. Hierzulande kommen auf 100 000 Einwohner 15 bariatrische Operationen, wie die Adipositas-Chirurgie im Fachjargon heißt. In Frankreich sind es 57, in Belgien sogar 104.

„Ich habe Sigmar Gabriel nicht operiert“, sagt Plamen Staikov, Chefarzt im Krankenhaus Sachsenhausen. „Und wenn es so wäre, dürfte ich es Ihnen natürlich nicht sagen.“ Zumindest statistisch gesehen wäre es gar nicht so unwahrscheinlich, bei einer Operation dieser Art in Deutschland vor Staikov auf dem OP-Tisch zu landen. Das Adipositas-Zentrum am Frankfurter Mainufer zählt deutschlandweit zu den größten seiner Art. Hier finden jedes Jahr fünf-, sechshundert bariatrische Operationen statt. Staikov suchen Menschen auf, die adipös sind, fettleibig. Oft haben sie eine jahrelange Leidensgeschichte hinter sich, viele plagen bereits Begleiterkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder eine Schlafapnoe, bei der die Atmung während des Schlafs aussetzt.

Jedem Dritten der Patienten, die bei ihm vorstellig werden, könnten konservative Methoden helfen, schätzt Staikov. Das heißt, sie haben Grund zur Hoffnung, überschüssige Kilos loszuwerden, ohne sich unters Messer zu legen – indem sie unter medizinischer Begleitung ihre Ernährung umstellen und sich regelmäßig bewegen. Bei den anderen beiden Dritteln, meint der Chirurg, verspricht das jedoch kaum mehr Erfolg: „Für sie ist eine Operation alternativlos.“ Nur in Ausnahmefällen, vielleicht bei zehn Prozent der schwer Übergewichtigen, führe eiserne Disziplin in Sachen Ernährung und Bewegung noch dazu, dass die Pfunde purzeln, sagt Staikov. Je mehr der Mensch auf die Waage bringt, desto geringer sind die Erfolgsaussichten. Einen Zweihundert-Kilogramm kann man nicht mehr ohne weiteres zum Joggen schicken.

Und schon ist man bei der zentralen Frage angelangt: Wie sehr kann ein fülliger Mensch sein Gewicht willentlich beeinflussen? Und wann wird das Immer-dicker-Werden zur Krankheit?

Der Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10, listet die Adipositas schließlich unter Stoffwechselerkrankungen und nicht, wie etwa die Mager-sucht oder die Bulimie, in jenem Kapitel mit Verhaltensauffälligkeiten auf, die mit körperlichen Störungen einhergehen. Das heißt: Wer nichts essen will, hat eine psychische Störung; wer immer mehr essen will, eine körperliche. Diese Einteilung kann entscheidend sein für die Frage, wel-



Foto Masterfile

# Fette Gefahr

Die Deutschen werden immer dicker. Doch über die Frage, wie man dem vorbeugt und den Betroffenen hilft, herrscht Uneinigkeit.

Von Julia Lauer und Lucia Schmidt

che Therapien sinnvoll sind und welche von den Kassen bezahlt werden sollten.

Das Integrierte Forschungs- und Behandlungszentrum Adipositas-Erkrankungen in Leipzig, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, listet als Ursachen für Adipositas auf: genetische, biologische, neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren ebenso wie Umweltbedingungen.

Dicksein – ein Leiden mit vielen Ursachen. Auch andere Experten berichten von einer Vielfalt an Gründen. Es gebe Menschen mit genetischen Veränderungen, durch die das Sättigungsgefühl, der Fettstoffwechsel oder die Verdauung grundsätzlich beeinträchtigt sind. Es wird geforscht an der Zusammensetzung des sogenannten Mikrobioms im menschlichen Darm. Andere Ansätze sprechen davon, dass Menschen verinnerlicht haben, Essen entspanne sie. Aber auch schlechter Schlaf, Stress, Einsamkeit und krankhafte Essattacken werden aufgezählt bei der Frage, warum manche weit mehr als 100 Kilo auf die Waage bringen.

Laut geltenden Regelungen muss die Krankenkasse in Deutschland eine Adipositas-Operation nur bezahlen, wenn alle konservativen Behandlungsmethoden ausgeschöpft sind. Dazu zählen ärztlich begleitete Diäten, eine Lebensstilumstellung, Reha-Maßnahmen und eine Verhaltenstherapie. Außerdem müssen potentielle Operations-Patienten psychisch gesund sein und gravierende Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes oder Gelenkschmerzen haben, und ihr Körpermasse-Index BMI, der das Ge-

Sich unters Messer zu legen, weil man zu viel Gewicht hat, ist noch ein Tabuthema in Deutschland.

wicht in Beziehung zur Körpergröße setzt, muss mehr als 40 betragen; generell gilt als adipös jeder, bei dem der BMI über 30 liegt.

„Die derzeitige Rechtsprechung lässt die Operation nur im Einzelfall zu, wenn sie die Ultima Ratio ist“, sagt Ursula Marschall, von Haus aus Anästhesistin und leitende Medizinerin der Barmer GEK. Meistens seien es jüngere Patienten, denen ihre Kasse die Magen-OP bewillige. Dass der Einzelfall geprüft werde, sei sinnvoll. „Schlauchmagen-Operationen und Bypass“ – zwei gebräuchliche OP-Methoden – „sind nicht nur sehr aufwendige Operationen, es handelt sich auch um irreversible Verstümmelungen eines gesunden Organs.“ Dazu kommt, dass vor allem Patienten mit einem BMI von mehr als 60 nur unter größten Risiken operierbar seien: „Schon die Narkose wird zur Herausforderung“, so Marschall.

Damit weist sie auf die Nebenwirkungen der bariatrischen Eingriffe hin, die bei der Diskussion darüber häufig unter den Tisch fallen: Darmverschlüsse, innere Blutungen, Wundheilungsstörungen, chronische Mangelzustände, weil Vitamine und Spurenelemente nicht mehr ausreichend aufgenommen werden. Eine lebenslange Medikamenteneinnahme kann die Folge sein.

Ist trotz der Risiken die Entscheidung für eine OP gefallen, läuft der Eingriff fast immer auf einen Magen-Bypass oder einen Schlauchmagen hinaus. Das Magenband oder der Magenballon werden nur noch selten eingesetzt.

Bypass oder Schlauchmagen? Staikov wendet beide Techniken etwa gleich häufig an – je nach Begleiterkrankungen. Beim Schlauchmagen wird ein Großteil des Magens entfernt. Beim Magen-Bypass wird der Magen geteilt und so mit dem Dünndarm vernäht, dass Speisen den oberen Teil des Dünndarms umgehen. Beide Methoden haben zum Ziel, dem Patienten zu einem schnelleren Sättigungsgefühl zu verhelfen. Die Logik dahinter ist simpel: Mit einem kleineren Magen wird man schneller satt. Und wer satt ist, isst weniger.

In der Praxis geht die Rechnung auf. Die ersten Erfolge zeigen sich in der Regel, kaum dass das Skalpell beiseitegelegt ist. „Bei drei von vier Patienten mit Diabetes normalisieren sich die Zuckerwerte nach der OP innerhalb von ein paar Tagen oder weniger Wochen, und ihr Diabetes muss nicht mehr behandelt werden. Gleiches gilt für Bluthochdruck und Schlafapnoe, diese Leiden verschwinden meist vollständig“, sagt Staikov. Das Gewicht sinkt binnen eines Jahres, wie der Arzt weiter erklärt: Während dieser Zeit kommt der Körper bei seiner Energiebilanz ins Minus, er verbraucht mehr Kalorien, als er zuführen kann. Nach einem Jahr ist das Ende dieser Entwicklung erreicht, im Idealfall stabilisiert sich dann dauerhaft das Gewicht. Der Patient ist nicht nur mobiler geworden, die Lebensqualität insgesamt ist gestiegen.

„Es gibt keine andere Methode, mit der man so effizient abnehmen kann wie mit den Operationen“, bestätigt sogar ein Chirurg, der von einem Befürworter der gewichtsreduzierenden Eingriffe zu einem Gegner geworden ist und namentlich nicht genannt werden will. Er selbst war eine Zeitlang davon überzeugt, seinen Patienten mit Eingriffen zu einem Schlauchmagen etwas Gutes zu tun. Jetzt rät er davon ab. „Ich habe erlebt, dass die Menschen nach einer Schlauchmagen-Operation zunächst sehr glücklich waren. Aber wenn sie ihr Verhalten nicht dauerhaft geändert haben, waren sie nach vier oder fünf Jahren oft wieder genauso dick wie vorher.“

Dass ein bariatrischer Eingriff nicht allen Operierten zu einem dauerhaft stabilisierten Gewicht verhilft, gibt auch der Chirurg Staikov zu: „Eine OP ist dafür kein Garantieschein.“ Nach fünf bis sie-

ben Jahren nimmt jeder fünfte seiner Patienten wieder deutlich zu, wenngleich er zumeist nicht so viel auf die Waage bringt wie vor der OP. Das ist die eine Seite der Medaille. Für Staikov jedoch ist die andere Seite entscheidend: „Vier von fünf Patienten bewegen sich nach dem Eingriff lebenslang in einem gesünderen Gewichtsbereich.“

Wenn es nach ihm ginge, würden die Operationen in Deutschland deshalb häufiger durchgeführt – und früher. An dem Adipositas-Zentrum in Zürich, wo der Chirurg zuvor tätig war, lag der BMI bei den OPs durchschnittlich bei 43 – in Frankfurt bei 55. Die Patienten, die ihn in Frankfurt aufsuchen, sind älter, dicker und kränker als seine Patienten in Zürich. Aus seiner Sicht ist es medizinisch deshalb nicht nachvollziehbar, dass für diese Eingriffe so viele Hürden überwunden werden müssen.

Tim C. Werner ist Fachanwalt für Sozialrecht; auch als Adipositas-Anwalt kann man ihn bezeichnen. Beruflich setzt er sich inzwischen ausschließlich für die chirurgischen Belange der stark Übergewichtigen ein. Er behandelt rund 350 Fälle im Jahr, in denen die Kassen sich gegen die Übernahme der Kosten sperren – bei Bypassen und Schlauchmagen-Operationen etwa, aber auch bei Folge-OPs wie Hautstraffungen. Nach eigenen Aussagen gewinnt Werner vor Gericht fast immer.

„Ich komme gerade aus Gießen“, sagt der Frankfurter Anwalt, als er ans Telefon geht. „Dort habe ich eine Frau vertreten, die nach einer Magen-Bypass-OP nicht mehr 150, sondern nur noch 75 Kilo wiegt. Nachdem sie ihr gesamtes Übergewicht losgeworden ist, hat sie ihre Krankenkasse verklagt auf Straffung von Bauch und Brust, von Oberarmen und Schenkeln. Das Ergebnis: Vor Gericht gab die Kasse auf.“ Ähnlich erfolgreich läuft es ihm zufolge in der Regel auch mit den magenverkleinernden Operationen: „Bedingung für eine Kostenübernahme durch die Kasse ist, dass alle anderen Therapiealternativen ausgeschöpft sind, was – jedenfalls bei einem BMI von unter 50 – ja auch sinnvoll ist. Wenn die Ärzte dann zu der Einschätzung gelangen, dass eine OP notwendig ist, lassen sich davon in der Regel auch die Gerichte überzeugen.“ Für Anwalt Werner ist der Nutzen der OPs evident. „Auch wenn ich mir dann ein neues Arbeitsfeld suchen muss: Ich bin zuversichtlich, dass die Kassen künftig die Hürden für eine OP senken“, meint er.

Eine Magenverkleinerung schlägt mit rund 8500 Euro zu Buche, bei Folge-Operationen wie Hautstraffungen kommen, je nach Umfang, auch mal 25 000 oder 30 000 Euro zusammen. Je fülliger der Körper und je höher der BMI, desto mehr überschüssige Haut ist zu entfernen. Der Barmer Report Krankenhaus 2016 hat auch ergeben: Würden bundesweit alle Adipösen mit einem Body-Mass-Index von 40 und mehr operiert, kämen auf die gesetzliche Kran-

kenversicherung kurzfristig rund 14,4 Milliarden Euro an Extraausgaben zu. Kosten, die die Beitragszahler stemmen müssen, wenn die Krankenkassen ihre Regelungen lockern.

Die Kassen sind entsprechend zurückhaltend, wenn die Frage nach mehr Operationen im Raum steht. Die Abteilung von Ursula Marschall von der Barmer GEK hat in einer Untersuchung die Kosten und Nutzen der Magenverkleinerungen gegenübergestellt. Sie und ihre Kollegen wollten wissen, ob sich die OP mittel-

Eine Operation hilft lange nicht allen Übergewichtigen zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion.

fristig rechnet. Das Ergebnis: „Die amerikanischen Daten, wonach die Kosten nach drei Jahren raus sind, lassen sich auf Deutschland nicht übertragen.“ Zwar sind viele Adipöse zuckerkrank, so dass bei einem Großteil von ihnen nach der OP die Insulinspritzen entfallen. Die Medikamente aber fallen ihr zufolge bei den Kosten, welche die Adipositas insgesamt verursacht, kaum ins Gewicht. „Auch nach einer OP brauchen die Patienten weiterhin Ersatz für Knie- und Hüftgelenke, die vorher schon in Mitleidenschaft gezogen wurden. Sie brauchen weiterhin lebenslange ärztliche Betreuung, und Gallensteine treten bei Operierten sogar noch häufiger auf als bei Nichtoperierten.“

Doch in einem Punkt herrscht Einigkeit zwischen den Fachbereichen, bei Befürwortern und Gegnern der Operationen: Gehandelt werden muss. Adipositas wächst zum ersten Gesundheitsproblem heran. Prävention lautet darum das Gebot der Stunde.

Doch Vorsorge wird im deutschen Gesundheitswesen bisher häufig nicht ausreichend geleistet. Mit operativen Eingriffen lässt sich viel Geld verdienen – mit zeitintensiver Betreuung und Beratung nicht. In einem Gesundheitsmarkt, der auf ökonomische Ziele ausgerichtet ist, kann die Adipositas-Chirurgie zu einer bedeutenden Einnahmequelle werden.

Um Krankheitsursachen im Allgemeinen an der Wurzel zu packen, trat 2015 in Deutschland das Präventionsgesetz in Kraft. Die Regierung will damit auf unterschiedlichen Wegen die Gesundheit der Menschen fördern, bevor sie erkranken. Auch Adipositas ist ein Thema. Manchen gehen die Regelungen zu ihrer Prävention nicht weit genug, aber zumindest hat die Politik erkannt: Adipositas ist kein individuelles Problem mehr, sondern längst ein gesellschaftliches.

Doch selbst wenn in Deutschland irgendwann Ernährungskunde zum Pflichtfach an Schulen wird, die Bürger mit ei-

ner Chips-Steuer zu gesunder Ernährung angehalten werden oder auf Verpackungen vor ungesunden Lebensmitteln gewarnt wird – können solche Maßnahmen wirklich das Körpergewicht merkbar beeinflussen?

„Ein Präventionsgesetz, das auf das individuelle Verhalten abzielt, ist auf jeden Fall sinnvoll“, sagt der Physiologe und Hormonspezialist Martin Wabitsch, der am Uniklinikum Ulm zu Adipositas forscht. Der Einzelne hat demnach Einfluss auf sein Gewicht – wenngleich dieser nicht zu überschätzen ist. Denn zum einen, erzählt Wabitsch, ließen die Lebensumstände nicht immer zu, das zu tun, was für das Körpergewicht das Richtige ist. Und zum anderen steige die Zahl der Menschen mit der Veranlagung, mit Fettspeichern vermeintlich schlechten Zeiten vorzubeugen. „In der Evolution hatten diejenigen einen Überlebensvorteil, die mehr Energie speichern konnten, als sie verbrauchen konnten. Sie konnten sich auch häufiger reproduzieren, so dass sich diese Veranlagung immer weiter verbreitet“, sagt Wabitsch.

Er bietet an seiner Klinik eine Adipositas-Sprechstunde für Jugendliche und junge Erwachsene an. Wenn sie stark übergewichtig sind, legt auch er seinen Patienten manchmal die Operation nahe. „Bei den meisten Patienten wirken sie gut, sie verlieren nicht nur Gewicht, sie schlafen auch besser, laufen besser, und der Diabetes ist meistens kein Thema mehr.“

Und dennoch hofft der Endokrinologe, dass die Operationen bald der Vergangenheit angehören – weil sie eben trotz aller Vorteile heftige Eingriffe für den Körper bedeuten. Er setzt auf Medikamente, die die OPs eines Tages ersetzen sollen. Denn die Operationen wirken nicht nur, weil ein kleinerer Magen weniger Nahrung aufnimmt. Sie greifen auch in den Hormonkreislauf ein, wie der Endokrinologe erklärt. „Beim Schlauchmagen wird derjenige Teil des Magens entfernt, in dem das Hunger-Hormon Ghrelin entsteht, und bei einem Bypass spielt dieser Teil des Magens keine Rolle mehr. Außerdem werden nach Magenoperationen mehr Sättigungshormone ausgeschüttet, zum Beispiel GLP-1 und PYY.“

Auf dem deutschen Markt sind bereits Medikamente erhältlich, die einzelne dieser Hormone nachahmen – aber derzeit mit fünf bis acht Kilos nur wenig Hüftgold verschwinden lassen. Bis ein Medikament entwickelt ist, das die Wirkung mehrerer Hormone bündelt und dazu noch gut verträglich ist, könnten noch Jahre vergehen.

Zumindest ein Schritt, der jetzt schon helfen könnte, wäre es, das Übergewicht aus dem Dunstkreis der Tabuthemen herauszuholen und darüber aufzuklären. Schon einiges wäre erreicht, wenn die Stigmatisierung dicker Menschen und die Vorverurteilung bestimmter Therapieformen abnehmen würde – damit offener über das Thema diskutiert wird und Betroffene nicht weiter auch noch darunter leiden.