

# Adipositaschirurgie im interdisziplinären und rechtlichen Spannungsfeld

E. Hell  
K. Miller

## *Bariatric Surgery – Stereotypes and Paradigms*

### Zusammenfassung

Das Krankheitsbild der Adipositas wird in der Öffentlichkeit und z. T. auch in medizinischen Kreisen nicht anerkannt, vielmehr ist man der Meinung, dass es sich um ein selbst verschuldetes Leiden handelt, das ohne weiteres vermieden werden könne. Diese Voreingenommenheit erzeugt erhebliche Spannungsfelder und diskriminiert den Patienten. So lange es der breiten Öffentlichkeit und z. T. auch der Ärzteschaft nicht klar gemacht werden kann, dass es sich um ein genetisch induziertes Leiden handelt, das zum Tragen kommt, wenn entsprechende Umweltbedingungen bestehen, können die Spannungsfelder nicht abgebaut werden.

### Schlüsselwörter

Bariatrische Chirurgie · Spannungsfelder · Vorurteile

### Abstract

Many physicians regard obesity as a sin and treat fat patients with disdain befitting a moral leper. Non-bariatric physicians, being a product of our culture, seem more likely to have an obesity paradigm close to that of the public. Many members of the public regard obesity surgery as dangerous. Many insurers reject morbid obese patients from bariatric surgical treatment with the paradigmatic statement that obesity is totally the fault of a fat person. These medical experts do not accept obesity as a disease (which WHO does) and therefore social courts also reject applications of patients who want to undergo bariatric surgery. Morbid obesity is a multifactorial problem with genetic, biochemical, hormonal, environmental, behavioral and cultural elements. It is recognized as an extreme health hazard which is rarely the result of an aberrant moral problem or true addictive behavior. We need to change effectively the negative paradigms towards obesity and its surgery from some of our colleagues, hospital administration, medical insurers and the public. The existing prejudices are not acceptable.

### Key words

Bariatric surgery · prejudice · paradigm · stereotype

Chirurgische Interventionen zur Gewichtsreduktion werden in der Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert. Im Allgemeinen glaubt man an die Machbarkeit der Gewichtsabnahme ohne „das Risiko einer Operation“. Es gehört zum Spektrum der Vorurteile gegenüber adipösen Menschen, dass diese willensschwach seien [1, 3] und abnehmen könnten, wenn sie nur wollten, „einfach weniger essen“, „sich einfach mehr bewegen würden“. Dieses Vorurteil übernehmen unglücklicherweise auch die Betroffene-

nen, verachten sich für ihre vermeintliche Schwäche, hassen nicht nur ihren unmodern fülligen Körper, sondern auch ihre „Unfähigkeit“. Diese „einfache“ Machbarkeit wird in vielen kostspieligen und verantwortungslosen Angeboten vorgespiegelt. Die vorhandenen Evaluationen von Therapien sprechen eine andere Sprache [2]. Aber auch ein Teil der Ärzteschaft selbst sowie im Umfeld befindliche beratende Berufe, wie Psychologen und Psychotherapeuten sind nicht frei von der Vorstellung, dass es

### Institutsangaben

A. ö. KH-Hallein und Ludwig-Boltzmann-Institut für Gastroenterologie und experim. Chirurgie, Hallein

### Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Emanuel Hell · Am Sonnenlehen 395 · A-5084 Großgmain

### Bibliografie

Zentralbl Chir 2002; 127: 1032–1034 © J. A. Barth Verlag in Georg Thieme Verlag KG · ISSN 0044-409X

sich bei der Adipositas um ein selbst verschuldetes Leiden handelt, das möglicherweise gar kein eigenes Krankheitsbild darstellt und somit ein kosmetisches Problem ist. Bariatrische Chirurgen erfahren manchmal eine Geringschätzung durch gewisse Kollegen, die diese Art von Chirurgie eines echten Chirurgen für nicht würdig halten. Patientenvertretungen lehnen derartige Operationen ab, mit der Begründung möglicher dramatischer Folgen dieses Schlankheitswahns. Manche Internisten sind der Meinung, die bariatrische Chirurgie hätte noch nicht bewiesen, dass sie eine echte Lebensverlängerung bewirkt und empfehlen lediglich die Behandlung einer auftretenden Komorbidität. Begutachter des medizinischen Teams der deutschen Krankenkassen lehnen die chirurgische Behandlung der morbid Adipositas aus sozialmedizinischer Sicht ab und vertreten die Meinung, man könne eine derartige Behandlung nicht als dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung einstufen. Aufgrund dieser Gutachten werden Klagen von Patienten bei Sozialgerichten um Kostenübernahme eines bariatrischen Eingriffes durch die Krankenkassen im Allgemeinen abgelehnt. Die angeführten Argumente geben dieser hochschnellenden Subdisziplin der Chirurgie eine schräge Optik und sind Ursache für interdisziplinäre und rechtliche Spannungsfelder.

Im Prinzip sind sie Ausdruck einer nicht zu akzeptierenden Diskriminierung einer Minderheit, die sich einer erschreckenden Zuwachsrate erfreut. Voreingenommenheit und Unwissen sind weitere Faktoren, Adipositas ist nicht das Endprodukt von Haltlosigkeit und Willensschwäche, sondern Ausdruck einer genetischen Determination, die durch entsprechende Umweltbedingungen zum Tragen kommt. Der bariatrische Chirurg ist nicht der Steigbügelhalter eines haltlosen Charakterschwächlings, sondern gehört zu der Minderheit in der Ärzteschaft, die auf den Dicken vorbehaltlos wie auf jeden anderen Patienten zugeht. Er erfüllt seine ethisch moralische Verpflichtung und im Besonderen wird er dem hippokratischen Eid gerecht. Wenn es Internisten gibt, die verneinen, so lange die bariatrische Chirurgie den Beweis schuldig bleibt, eine lebensverlängernde Wirkung zu haben, sollte man über kontrollierte Studien nicht hinausgehen und lediglich die Komorbidität behandeln, so haben sie nur den rein fachbezogenen Aspekt des Krankheitsbildes im Auge. Eine chirurgische Subdisziplin, die kaum 50 Jahre alt ist und sich entwickelt hat wie andere Fachdisziplinen, wird aus zeitlichen Gründen diesen Beweis nicht liefern können, aber sowohl die schwedische SOS-Studie als auch eine in Australien laufende Studie und eine amerikanische Studie zeigen einen diesbezüglich eindeutigen Trend an: Bei den seit 20 Jahren geübten Operationsmethoden verschwindet in 85% der Fälle das metabolische Syndrom und es bessert sich damit die Lebenserwartung.

Der Nutzen von Lipidsenkern kann wohl als unumstritten gelten, auch wenn das eine oder andere Produkt wegen Nebenwirkungen vom Markt genommen wurde. Würde man so wie bei der bariatrischen Chirurgie ihren allgemeinen Einsatz erst dann erlauben, bis die lebensverlängernde Wirkung nachgewiesen ist, dürfte es bis heute kein derartiges Medikament am Markt geben. Morbide Adipositas stellt mit all ihrer Komorbidität nicht nur ein extremes Gesundheitsproblem, sondern für den Betroffenen und die Gesellschaft eine hohe sozioökonomische Belastung dar. Die Hauptbelastung bei den meist jugendlichen Patienten ist die

gesellschaftliche Diskriminierung und Isolierung, also neben der medizinischen Komorbidität eine psychische, eine soziale, eine physische und eine ökonomische Komorbidität, die den Patienten zu Beginn seiner Erkrankung viel mehr belastet als sein Hochdruck oder Diabetes. Die gesellschaftliche Reintegration, in Form der Wiederherstellung einer adäquaten Körperkontur, ist dem Patienten oft wichtiger als alles andere, dies sollte im therapeutischen Gesamtkonzept nicht verloren gehen.

Teile der Öffentlichkeit betrachten Adipositaschirurgie als gefährlich und geben anekdotische Informationen, wie Bemerkungen „das Absteppen des Magens funktioniert einfach nicht – die Patienten verlieren zwar an Gewicht, nehmen dann aber wieder alles zu“ oder die Überschrift „Tod durch Schlankheitswahn“, oder „durch Operationen zur Verkleinerung des Magens kam es sogar schon zu Todesfällen! Das ist ein sehr riskanter Eingriff“. Oder wie man aus dem medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zu hören bekommt: „es wäre unethisch, an einem sonst gesunden Organ, nämlich dem Magen zu operieren“. Aber auch in Urteilen von Sozialgerichten wird erwähnt, dass es sich bei morbid Adipositas wohl um ein selbstverschuldetes Leiden handeln müsse, der Patient müsste ja nur weniger essen, dann bestünde das Problem nicht und aus diesem Grund wird eine derartige Operation abgelehnt. Ein Raucher mit einem Lungenkrebs erhält ohne Frage jede erdenklich mögliche auch chirurgische Therapie, ein Alkoholiker mit einer Leberzirrhose hat ohne Frage jeden Zugang zu jeder nur erdenklichen therapeutischen Maßnahme, ein Aidskranker hat Anspruch auf Behandlung bis zum bitteren Ende. Im Bundesland Salzburg sind aufgrund einer aktuellen Umfrage 80% der Allgemeinärzte gegen die bariatrische Chirurgie. In einem österreichischen Ärztemagazin aus dem Jahr 2001 wurden unter der Überschrift „Fragliche Indikation zur Magenverkleinerung“ fünf Allgemeinmediziner befragt, welchen Ratschlag sie geben würden. Vier haben eindeutig abgelehnt, lediglich einer sehe keine andere Möglichkeit. Trotz aller gegenteiligen Beweise herrscht offensichtlich die Meinung vor, das Ziel einer adäquaten Gewichtsabnahme müsste auch konservativ zu erreichen sein.

Die Behandlung der Adipositas ist dominiert von Internisten unter dem Einfluss der pharmazeutischen Industrie. Es ist bemerkenswert, dass internationale Panels über Adipositas sich aus allen möglichen Arten von Experten zusammensetzen, aber bisher noch kaum ein bariatrischer Chirurg inkludiert war. Diese Gesellschaften, ob es sich um die International Assoziation for the Study of Obesity (IASO) oder die International Obesity Task Force (IOTF) handelt, haben lange Dokumente verfasst, die Richtlinien zur Indikation und zum Management für die bariatrische Chirurgie enthalten. Es ist Aufgabe der nationalen und internationalen Gesellschaften für Adipositaschirurgie, dieser Ignoranz Herr zu werden. Im Chirurg (2000; 71: 129–133) hat ein deutscher Autor zum Leitthema „aktuelle Adipositaschirurgie“ als Einleitung geschrieben: „Für chirurgische Behandlungsverfahren steht der Nachweis von Langzeitwirksamkeit im Sinne der Senkung des Mortalitäts- und Morbiditätsrisikos und der Therapiesicherheit aufgrund kontrolliert prospektiver Studien aus, und so lange dies der Fall ist, mag man es für gesünder halten, übergewichtig zu sein, als sich invasiven chirurgischen Therapiemaßnahmen zu unterziehen.“ Der Autor hat offensichtlich übersehen, dass diese Patienten abgesehen von der Lebenserwartung ihr Leben lang

diskriminiert und körperlich behindert sind. Prospektiv kontrollierte Studien zu diesem Thema gibt es seit 25 Jahren. Die Mortalitätsrate beträgt 0,1% bei derzeit bereits mehr als 100 000 Eingriffen pro Jahr weltweit. In hunderten von Studien ist ein 85%iger Rückgang der medizinischen Komorbidität nachgewiesen und eine ebenso große Verbesserung der Lebensqualität sowie eine etwa 70%ige Abnahme des Übergewichtes. Im International Journal of Obesity publizierte ein Internist eine Studie zur Behandlung der essenziellen Übergewichtigkeit und kommt zur Feststellung, dass die von ihm verwendete Droge bei 70% der Patienten gewirkt hat und dass sie mindestens 5% ihres initialen Körpergewichtes abgenommen hätten. Dabei äußert er sich euphorisch zu den Erfolgsdaten. Was hat ein Patient davon, wenn er von 150 auf 142,5 kg abnimmt? Die Langzeiterfolge einer konservativen medikamentösen Therapie sind praktisch Null und dem Arzt bleibt im Wesentlichen nichts übrig, als sich auf die Behandlung des metabolischen Syndroms zu konzentrieren.

Bariatrische Chirurgie mit einer 85%igen Erfolgsquote und der Möglichkeit der Reintegration des Patienten in einen normalen Arbeitsprozess bei Erreichung eines „break even point“ nach etwa 2 Jahren wird in Deutschland zum Unterschied von praktisch allen europäischen Ländern als therapeutische Maßnahme nicht anerkannt, weil sie nicht dem Stand der Forschung entspricht. Das Problem scheint den Ärzten entglitten zu sein und es wird wohl diesbezüglich die Politik ihre Einflussnahme geltend machen müssen. Auch deswegen, weil es eine enorme ökonomische Belastung darstellt. Man darf davon ausgehen, dass ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands übergewichtig ist, dass ein Viertel aller Erkrankungen des Verdauungstraktes auf die Übergewichtigkeit zurückzuführen sind und dass die Behandlung dieser oft schon im jugendlichen Alter auftretenden chronischen Erkrankung eine lebenslange darstellt und 0,5 € pro Tag und Patient kostet. Man kann davon ausgehen, dass es in Deutschland derzeit mindestens 800 000 morbid adipöse Personen gibt, deren Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, das Krankheitsbild beinhaltet also nicht nur das Risiko des frühen Todes, sondern im Speziellen das von chronischen Zuständen, die zu Unproduktivität und Unvermögen führen. Im Durchschnitt scheiden morbid

adipöse Personen mit 45 Jahren aus dem aktiven Arbeitsprozess aus. In Gesellschaften, in denen viele Menschen ein hohes Lebensalter erreichen, ist der Effekt der Adipositas auf die Gesundheitskosten von großer Bedeutung. Die amerikanische Gesellschaft für bariatrische Chirurgie ist seit mehr als 10 Jahren assoziierte Fachgesellschaft des American College of Surgeons. Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie im Rahmen der österreichischen Gesellschaft für Chirurgie erfolgte vor 6 Jahren. Sie hat in diesen primär etwas schief betrachteten Sektor der Chirurgie eine gewisse Ordnung hineingebracht, Wildwuchs verhindert und für indikations- und technisch beachtliche Qualitätsstandards gesorgt. Derzeit werden in etwa 30 Krankenhausinstitutionen an 2 000 Patienten jährlich bariatrische Eingriffe vorgenommen und damit die meisten Eingriffe am Magen, verglichen mit der Visceralchirurgie. Bedauernd ist, dass man sich in Deutschland nur mit Zögern und scheinbarem Widerwillen in Fachgremien mit dieser Art von Chirurgie auseinanderzusetzen gewillt ist. Dies beweist auch die Gesamtzahl der jährlichen Fälle, die 2 000 nicht überschreiten.

Durch Abbau der Vorurteile, was durch eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu erreichen ist, durch die ständige Zunahme der adäquaten Langzeitergebnisse mit geringen Nebenwirkungen und dies vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es dazu keine alternative (konservative) Therapie gibt und sich auch nicht am Horizont abzeichnet, wird diese Chirurgie in absehbarer Zeit auch im deutschsprachigen Raum ihren Stellenwert, wie in anderen Ländern erfahren. Erst wenn die Vorurteile abgebaut sind, werden die Spannungsfelder verschwinden. Die Diskriminierung einer Minderheit in unserer Gesellschaft ist nicht zu akzeptieren.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Stunkard A, Wadden T. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutrition* 1992; 55: 524–532
- <sup>2</sup> Rand C, Stunkard A. Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 547–551
- <sup>3</sup> Wardle J, Volz C, Golding B. Social variation in attitudes to obesity in children. *Internat Journal of Obesity* 1995; 19: 562–569