



Darmabschneider

von Sabine G. Fischer



Bariatrische Chirurgie

- 4 Attraktivität
- 6 Genuss
- 8 Naschen
- 10 Glück
- 12 Kinder
- 14 Zuversicht
- 18 Impressum
- 19 Facts & Artefacts
- 24 Besondere Erkenntnisse

5 / 2013
19. Jahrgang

Adipöse Patienten sind die neuen Goldesel der Chirurgen. Wenn da bloß die Krankenkassen besser mitspielen würden. Sie dürfen bariatrische Operationen nur dann bezahlen, wenn der Patient austherapiert ist. Die Beweislast liegt beim Versicherten und so pilgern verzweifelte Menschen vom Hausarzt zur Ernährungsberaterin und von dort zum Psychiater, um zu beweisen, alles in ihrer Macht stehende getan zu haben, um abzunehmen. In den Selbsthilfegruppen kursieren Adressen von Psychotherapeuten, die gegen Entgelt die gewünschte Bescheinigung ausstellen.

Ans Messer geliefert

Adipositaszentren regen gern die Gründung einer solchen Selbsthilfegruppe an. Gezielt umwerben sie vor allem adipöse Patientinnen, die sich durch die persönliche Ansprache vom leitenden Arzt und seine emotionale Unterstützung aufgewertet fühlen. Endlich werden sie wahr- und ernstgenommen, bekommen eine wichtige Aufgabe.

Die Selbsthilfegruppe wiederum soll in allen Fragen rund um den chirurgischen Eingriff unterstützen und beraten, vor allem jedoch die Motivation

erhalten und Skepsis ausschalten. Im Wesen dient sie dazu, möglichst viele „austherapierte“ Patienten für die OP zu rekrutieren.



In diesen Zentren werden die Erfolgsaussichten ausführlich diskutiert, die Nebenwirkungen eher stiefmütterlich behandelt. Nach der OP üben sich die Selbsthilfegruppen im positiven Denken. „Versager“, also Patienten bei denen das gewünschte Ergebnis nicht erreicht wird oder nicht stabil bleibt, meiden die Gruppe fürderhin. Einen ehrlichen Umgang mit Erfolgsaussichten und Risiken sucht man hier vergebens. Selbst Todesfälle von Gruppenangehörigen nach der OP werden kaum thematisiert.

Gefangen im „sozialen Netz“

Während im Vorfeld der OP sämtliche Maßnahmen strukturiert aufgestellt sind, ist die Nachsorge meist nicht gesichert. Vor allem, weil es den Adipositaszentren an Personal fehlt, um die zunehmende Zahl der Operierten lebenslang zu betreuen und die Krankenkassen alles, was danach anfällt, nicht oder nur ungern zahlen.

In vielen dieser Zentren findet sich weder unter Ärzten noch Pflegepersonal auch nur eine dicke Person.

Entsprechend schlecht können Sie sich mit den Patienten identifizieren. Vorurteile, Aversionen und Diskriminierung sind hier genauso fest verwurzelt wie in der übrigen Gesellschaft. Einfühlungsvermögen und Behutsamkeit im Umgang mit den Patienten sind eher Glückssache. So gipfelten Herzlosigkeit, Überheblichkeit und Aggression im Tod einer Operierten. Der Chirurg hatte ihren Magen auf sage und schreibe 20 ml verkleinert, weil es in „diesem Fall besonders nötig“ gewesen sei, wie er verächtlich äußerte.

Inzwischen werden die Patienten immer jünger und die Verfahren immer extremer. Während der Einsatz von Magenbändern, der ja wenigstens noch reversibel ist, zurückgeht, steigt die Zahl der endgültigen Verstümmelungen von Magen und Darm. Ist der Grund tatsächlich darin zu suchen, dass letztere effektiver sind, oder doch in den höheren Kosten, die sich abrechnen lassen?

Leichte Beute

Gespräche mit Betroffenen zeigen, dass die Verzweiflung oftmals so groß ist, dass sie einer sachlichen Diskussion nicht mehr zugänglich sind. Sie wollen von Risiken und Nebenwirkungen nichts hören, gehen mit Tunnelblick voran und blenden unerwünschte Informationen aus. So wie man das eben macht, wenn man sich in völliger Aussichtslosigkeit wähnt. Auch Blinddarm-Patienten sind mit den medizinischen Informationen vor einer OP oft überfordert, aber es ist ein entscheidender Unterschied, ob man ein krankes Organ behandelt, oder große Teile eines völlig gesunden Magen-Darm-Traktes ausweidet. Keiner, den ich kenne, ist sich dar-

über wirklich im Klaren, was ihm an Innereien bei der Après-OP fehlt und wozu diese Organe dienen.

Viele sind „prä-suizidal“, weil sie dem psychischen Stress kaum noch standhalten können. Meist treiben nicht die gesundheitlichen Probleme die hochgewichtigen Menschen auf den OP-Tisch, sondern die tagtägliche Diskriminierung. Wenn nur die anderen nicht mehr gucken würden. Wenn sie sich selbst einmal trauen würden, in aller Öffentlichkeit ein Eis zu schlecken. Wenn nur die Kommentare derer aufhörten, die an der Kasse im Discounter über den Inhalt des Einkaufswagens ablästern. Man sähe ja, woher es kommt.

Angst essen Seele auf

Nach außen hin bestätigen die Patienten bereitwillig, dass sie sich nach der Gewichtsabnahme besser fühlen - das wird ja von ihnen erwartet. Im Gespräch mit dem Arzt legen sie Dankbarkeit an den Tag - wer weiß, wann man ihn wieder braucht. Unter vier Augen allerdings schildern sie ihre Angst, sprechen von Panikattacken, beklagen den Verlust ihres vertrauten Körpers, nichts fühlt sich mehr so an, wie es einmal war. Selbst die Arme hängen verloren herunter, statt sich in vertrauter Weise an den Körper zu schmiegen.

Die Entscheidung für eine OP wird nicht nur von Chirurgen forciert, sondern oft genug auch von Familie und Freunden. Diese sparen nicht mit gut gemeinten Ratschlägen. Schließlich müsse man endlich etwas unternehmen, und da gäbe es ja jetzt eine ganz simple Lösung. Ein leichter Rat, für denjenigen, der die Folgen nicht zu tragen hat.



Bariatrische Chirurgie - und jeder kriegt sein Fett weg

von Jutta Muth, Marianne Reiß und Udo Pollmer

Die Adipositas-Chirurgen beweisen Mut: Sie sprechen gelassen aus, was jedem Abspecktherapeuten und Diäterfahrenen zwar längst bekannt ist, aber konsequent von ihm verschwiegen wird: Alle Konzepte zur langfristigen Gewichtsreduktion sind gescheitert. Weder die Medizin noch die Sport- oder Ernährungswissenschaft verfügt bislang über eine wirksame Therapie.

Dessen ungeachtet betont die Fachwelt in ihren Leitlinien (siehe Kasten S. 5), dass man vor einer bariatrischen OP, sprich der chirurgischen Verkleinerung des Magen-Darm-Trakts, möglichst alle therapeutischen Schnapsideen zur Gewichtsreduktion ausgiebig am Patienten ausprobieren sollte. Blieben diese wie erwartet erfolglos, könne man ihm eine OP andienen. Dabei haben praktisch alle, die ihr Gewicht aus eigener Kraft oder mit Hilfe einer Beratung verringern wollten, bereits eine Odyssee hinter sich. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

In den USA fackelt man dagegen nicht lange: Wer sich zu dick wähnt und das nötige Kleingeld aufbringen kann, legt sich gleich unters Skalpell. Der Gesamtmarkt soll dort bei 15 Millionen Patienten liegen. Um den erwarteten Andrang bewältigen zu können, erwägt man bereits den Einsatz von Robotern im OP-Saal.²

Schnippel-Schnäppchen

Deutschland steht der Boom noch bevor.³⁷ Viele Chirurgen plädieren für einen Eingriff ab einem BMI von 35, manche würden am liebsten schon ab 30 das Skalpell ansetzen. So schafft man von heut' auf morgen Millionen von potentiellen Patienten.

Und der Preiskampf ist inzwischen voll entbrannt: Im Internet werden Interessierten bariatrische OPs für schlappe 6.500 Euro

angeboten - sofern sie sich nach Litauen in eine Privatklinik begeben. Die Ärzte heißen jeden herzlich willkommen, der mit seinem Gewicht unzufrieden ist. Ihre Werbung zeigt Frauen, die nicht etwa ihre Bäuche, sondern ihre weiblichen Rundungen per Magenband loswerden wollen. Damit mutiert Bariatrie zur „Schönheits-OP“, bei der so getan wird, als sei sie so belanglos wie eine Nasenkorrektur.

Die Chirurgen vergleichen das Risiko einer bariatrischen OP mit dem einer Gallenblasen-Entfernung. Doch der Vergleich ist zynisch: „Vorsichtshalber“ wird die gesunde Gallenblase bei der Bariatrie meist mit herausgeschnitten, weil der Patient danach nur noch winzige Nahrungsmengen zu sich nehmen kann, die meist auch noch fettarm sind. Die schlagartig verminderte Fettzufuhr führt erfahrungsgemäß zur Steinbildung. Und das war noch der kleinste Teil des Eingriffs!

Ran an den Babyspeck

Für die Patienten sind die Aussichten leider weniger rosig als für die Branche. Da dies langsam in die Öffentlichkeit durchsickert, raten die Ärzte jetzt zum frühzeitigen Eingriff, um die Komplikationsrate zu senken. Wohin die Reise geht, zeigen die Erfahrungen an Kindern. Zwar werden sie bisher nur in Einzelfällen bariatrisch operiert, dennoch wird das Verfahren bereits als Standard diskutiert. Kinder und junge Frauen stecken eine OP nun mal besser weg und können die Klinik früher wieder verlassen.¹⁰

Doch die Daten zum Langzeiterfolg der Bariatrie sind für eine Beurteilung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin inakzeptabel. Im datenfreien Raum kann sich die Szene bequem heraussuchen, wen sie „therapieren“ möchte: Diejenigen, die am lautesten jammern oder lieber erst mal die gesündesten, weil das die Erfolgsstatistik verbessern könnte.