

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesetzliche Regelungen bringen Änderungen Indikation zur bariatrischen Chirurgie bei Adipositas und Diabetes mellitus

BASEL – Die Adipositasepidemie führt zu erheblichen Folgeerkrankungen und hohen Kosten. Aktuell gelten in der Schweiz 30% der Menschen als übergewichtig und 8% als adipös (BMI >30 kg/m²). Ein Grossteil dieser Kosten wird durch die Folgeerkrankungen, insbesondere den Typ-2-Diabetes verursacht. Die bariatrische Chirurgie bekommt in der Therapie von Adipositas und Diabetes einen immer grösseren Stellenwert. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesetzliche Regelungen bestimmen die Indikation zum operativen Eingriff.

Aktuell schätzt man die durch Adipositas verursachten direkten und indirekten Krankheitskosten auf 5755 Millionen CHF und damit ca. 10% der Gesundheitskosten. Davon sind 50% auf die Diabetes-Behandlung zurückzuführen. Die wirksamste Adipositas-Therapie ist die bariatrische Chirurgie. Mit der aktuell am häufigsten in der Schweiz durchgeführten Operation, der Magenbypassoperation, kann das Körpergewicht um 30% reduziert werden und, wie Langzeitstudien zeigen, auch stabil gehalten werden. Mindestens genauso wichtig wie die Gewichtsreduktion, sind die Verbesserung der Adipositas-bedingten

Folgeerkrankungen und die Reduktion der Mortalität. Langzeitstudien zeigen einen deutlichen Rückgang der Komorbiditäten. So kommt es in 75% zu einer anhaltenden Remission des Diabetes und in 50% zu einer Normalisierung der Serumlipide.

Signifikante Senkung der Mortalität

Diese günstigen metabolischen Wirkungen haben die Fachgesellschaften veranlasst, nicht nur von bariatrischer-, sondern auch von metabolischer Chirurgie zu sprechen. Die Mortalität sinkt signifikant, 15 Jahre postoperativ zeigen operierte Patienten eine Reduktion der Mortalität

	Präoperativ	1 Woche	4 Wochen	52 Wochen
Triglyceride				
Magenbypass	1,6 ± 0,1	1,6 ± 0,1	1,3 ± 0,1	1,0 ± 0,1
Schlauchmagen	2,2 ± 0,5	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,1	1,2 ± 0,2
Ges.-Cholesterin				
Magenbypass	4,6 ± 0,3	4,1 ± 0,3	4,0 ± 0,2	4,3 ± 0,2
Schlauchmagen	4,8 ± 0,4	4,5 ± 0,3	4,3 ± 0,3	4,8 ± 0,4
HDL-Cholesterin				
Magenbypass	0,8 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,9 ± 0,1	1,2 ± 0,1
Schlauchmagen	0,8 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,9 ± 0,1	1,1 ± 0,1
LDL-Cholesterin				
Magenbypass	3,2 ± 0,2	2,9 ± 0,2	2,6 ± 0,2	2,6 ± 0,2
Schlauchmagen	3,2 ± 0,3	3,5 ± 0,4	3,0 ± 0,2	3,1 ± 0,3
Gesamt C/LDL-C				
Magenbypass	6,3 ± 0,6	8,5 ± 0,8	4,8 ± 0,3	3,6 ± 0,2
Schlauchmagen	6,6 ± 0,9	8,2 ± 1,0	5,5 ± 0,6	4,7 ± 0,6

um 30%, bedingt durch eine Verminderung kardiovaskulärer Todesfälle und Krebserkrankungen.

Vor allem die sehr rasche Verbesserung des Diabetes ist bei allen Studien und im klinischen Alltag

evident. Patienten mit einer Erkrankungsdauer von <5 Jahren können auf eine vollständige Remission hoffen, die entscheidende Verbesserung tritt bereits innerhalb der ersten postoperativen Tage mit Beginn des

Tabelle 1: Die metabolische Chirurgie verändert auch das Lipidprofil.

Kostenaufbaus auf, lange vor einem grösseren Gewichtsverlust. Diese erstaunliche Beobachtung und die Tatsache, dass dies auch beim jüngsten Typ der bariatrischen Operationen, der Schlauchmagenoperation, zu beobachten ist, hat uns zur detaillierteren Untersuchung der endokrinen Aspekte dieser Operationen veranlasst. Der menschliche Organismus verfügt über ein komplexes Regulationssystem für Körpergewicht, Ernährung und Bewegung, die unter den aktuellen westlichen Lebensbedingungen jedoch versagen (Abb. 1). Wichtigste Elemente in der Regulation der Nahrungsaufnahme sind Fettgewebe, Gastrointestinaltrakt und ZNS.

Bei der bariatrischen/metabolischen Chirurgie steht der Magen-darmtrakt im Mittelpunkt. Unsere Untersuchungen im Rahmen einer vom Schweizer Nationalfonds fi-

► Seite 11

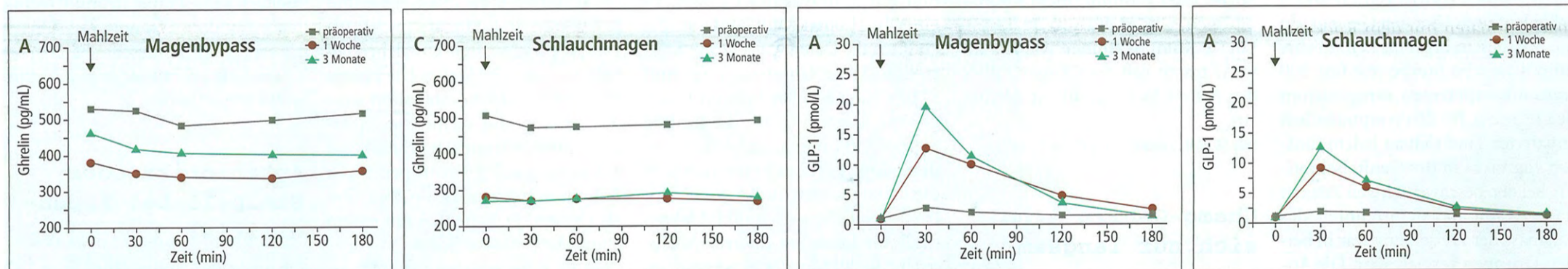


Abb. 2: Veränderungen von Hunger- (Ghrelin) und Sättigungshormonen (GLP-1) durch Magenbypassoperation und Schlauchmagenoperation.

Professor Dr. Thomas Peters, Claraspital, im Gespräch

Professor Peters, Sie beschreiben neue gesetzliche Regelungen für die operative Behandlung von Übergewichtigen. Sollen wir in Zukunft mit unseren Gewichtsproblemen gleich zum Chirurgen gehen?

Prof. Peters: Nein natürlich nicht! Einerseits sind wir natürlich froh, dass Patienten mit krankhafter Adipositas, und chronischen Folgeerkrankungen jetzt leichter Zugang zu einer wirkungsvollen Therapieform haben und wir uns weniger mit Kostengutsprachen und mehr mit unseren Patienten beschäftigen können. Andererseits bleiben Vorbeugung und Bekämpfung des Übergewichts im Frühstadium durch Lebensstilveränderung weiterhin die wichtigste ärztliche und gesundheitspolitische Aufgabe für diese Patienten. Die bariatrische Operation steht auch nach den neuen gesetzlichen Regelungen erst am Ende langfristiger, nicht-operativer Bemühungen um eine Gewichtsreduktion – in der Regel zwei Jahre –



Prof. Dr. Thomas Peters

und die Patienten müssen sich präoperativ einer interdisziplinären Evaluation durch Endokrinologen, Ernährungsberater und Psychologen unterziehen. Der Patient muss sich bewusst werden, dass die Operation auch ein gewisses Risiko birgt, am Anfang wichtiger Veränderungen im Lebensstil steht und eine lebenslange Nachbehandlung

und ärztliche Kontrollen erfordert.

Könnten Sie nochmals kurz die Bedeutung der gesetzlichen Neuregelungen erklären?

Prof. Peters: Die SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders) hat in sich über fünf Jahre hinziehenden, intensiven Verhandlungen mit dem Bundesamt für Gesundheit, resp. der eidgenössischen Leistungs- und Grundsatzkommission erreicht, dass die Indikationen für die bariatrische Chirurgie an die internationalen Standards angepasst werden. Die Datenlage war schon lange evident, dass sowohl Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit dieser Therapieform bewiesen ist und somit die bariatrische Chirurgie als Pflichtleistung anerkannt wird. Die Fachgesellschaft bot auch Hand zur Sicherung von Qualitätsstandards (Mindestfallzahlen, Zertifizierungen der Primär- und

Referenzzentren sowie zentrales Register). Wir haben also nicht nur eine Erweiterung der Indikationen sondern auch einen klaren Auftrag zur Kontrolle der Qualität von Operation und Nachbetreuung.

Der Artikel beschreibt auch wichtige neue wissenschaftliche Erkenntnisse, wie sind diese einzustufen?

Prof. Peters: Die Besonderheit bariatrischer Eingriffe ist, dass wir damit eine chronische Erkrankung, die Adipositas, deren genetischer Anteil zwischen 50 und 70% geschätzt wird, effektiv und anhaltend behandeln können. Dies geschieht allerdings zum Preis einer Operation. Die klinische Beobachtung, dass die meisten Patienten postoperativ deutlich weniger Hunger haben, ihre Geschmacksvorlieben ändern und wahrscheinlich auch ihren Energieverbrauch unbemerkt steigern, lassen vermuten, dass hier in wichtige Regelkreise eingegriffen wird. Am Modell der so behandelten Patienten

erhoffen wir uns Erkenntnisse und Lösungsansätze zu drei Fragen:

1. Wie wird das Körpergewicht beim Gesunden reguliert?
2. Wie entstehen Übergewicht und Adipositas und ihre Folgeerkrankungen?
3. Lassen sich aus den Stoffwechselferänderungen nach erfolgreichen bariatrischen Eingriffen auch nichtoperative Therapien (weiter-) entwickeln, z.B. durch die Stimulierung oder Blockade eines oder mehrerer Hormonsysteme oder Regelkreise?

Wo sehen Sie weitere Entwicklungsmöglichkeiten in der bariatrischen Chirurgie?

Prof. Peters: Ich rechne damit, dass die Prinzipien der bariatrischen Chirurgie auch bei Diabetes-Patienten mit weniger hohem BMI zum Einsatz kommen werden, möglicherweise werden hierfür auch neue Operationsmethoden entwickelt.

Besten Dank für das Gespräch.

