

Dr. Johannes Oepen

Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin

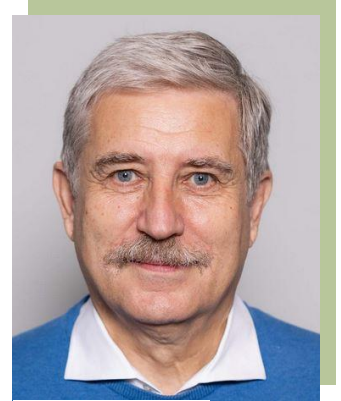


Foto: Kindernetzerk

Brennpunkt Adipositas - ist die „Spritze“ eine wirksame Waffe?

Beruflicher Werdegang:

1953 Freiburg Breisgau, Schule Eresing/Marburg
Abitur 1971 Gymnasium Philippinum
1971-78 Medizinstudium Philipps-Univ. Marburg, ab 1975
Johannes-Gutenberg Univ. Mainz, PJ Brüderkrankenhaus
Trier SP Psychiatrie/ Neurologie
1978-1980 wehrpflichtiger Stabsarzt
1980-86 Universitätskinderklinik JoGu Mainz
(Direktor Prof. Dr. J. Spranger)
FA für Kinder- und Jugendmedizin
1985 Fachambulanzen „Risikokinder“ und Neuropädiatrie
1986-1990 Taunusklinik Falkenstein, OA Abt. Neuropädiatrie,
Stimm- u. Sprachkrankheiten, Ambulanz für Kinder u.
Jugendliche mit Behinderung
Seit 1990 Chefarzt „Rehabilitations- und Vorsorgeklinik
Viktoriastift Bad Kreuznach“ Abteilungen Allgemeinpädiatrie
und Neuropädiatrie, ab 2011 ärztlicher Direktor bis 2019

Mit Dr. Oepen (**JO**) sprach der Vorstandsvorsitzende der
Stiftung Lebensblicke Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**)

JFR: Derzeit ist das Thema Adipositas wieder einmal in aller
Munde. Mehrere nationale (rheinland-pfälzisches Ärzteblatt,
Spiegel) wie internationale Zeitschriften (TIME Magazine)
haben die Fettleibigkeit zum Thema gemacht. Einer der
Hauptgründe ist die Entwicklung des GLP-1-Rezeptor-
Agonisten und damit PD1- Inhibitors **Semaglutid**, eigentlich
ein Medikament gegen Diabetes Typ 2. Wie so oft in der
Medizin hat sich aber gezeigt, dass eine besondere Wirkung,
die Gewichtsabnahme, eine Dramatik entfaltet, die sich schon
länger abzeichnet. Wir sprechen darüber später noch. Gerät
damit das Thema Adipositas aus dem Blick?

JO: Es gibt bisher keine Heilung für die Krankheit Adipositas,
die in der Regel chronisch und fortschreitend verläuft, wenn
auch manchmal wellenförmig. Weder Operationsmethoden
noch Medikamente können uns da gesund machen.
Medienberichte zu Operationen führten zu einem „OP-

Tourismus“ – der aktuell wohlthuend einer sachlichen Planung zu Nutzen und Problemen bei OPs Platz macht. Auch bei Medikamenten (Semaglutid ist nicht das erste, aber aktuell noch das wirksamste Medikament) geht es darum Krankheitsfolgen zu mindern – Regelkreise, die Hunger und Fett-Ansatz (-Vorräte) steuern, „nachträglich“ umzulenken.

Um die Krankheit Adipositas aus dem Blick zu bekommen, brauchen wir eine wirksame Prävention – ansonsten wird aus dem an Adipositas-Erkrankten eben ein erfolgreich behandelter Mensch mit der Krankheit Adipositas. Auch Asthma-Medikamente haben nicht die Fähigkeit, die Krankheit „wegzumachen“, sondern die Symptome so zu verbessern, dass Beschwerden weniger werden und die Lebensfreude (Lebensqualität) steigen kann.

Eine chronische Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, dass sie lange Zeit besteht – anders als eine akute Krankheit wie bspw. Lungen-Entzündung, bei der die „Erreger-Beseitigung“ zu einer Heilung führen kann.

JFR: Was sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Ursachen für Übergewichtigkeit bis hin zur Fettleibigkeit, einen Terminus, den man eigentlich nicht mehr verwenden sollte. Er stigmatisiert.

JO: Die Basisvorgänge sind banal: Mehr Kalorienzufuhr als Kalorienverbrauch. Irgendwann wird dem Körper in seinen Stoffwechsel-Regelkreisen gemeldet: Hunger - vor der Steinzeit zeigte er Lebensgefahr an. Wer genetisch dann auf „Vorratshaltung umschalten“ konnte, hatte Überlebensvorteile. Hunger nach Süßem? Früchte im Herbst brachten Vitamine; nur waren die Äpfel so groß wie heute die Erdbeeren, die wieder so klein waren wie ein Kinder-Fingernagel. Jäger aßen Fleisch - nicht so viel Vorratshaltung, aber dauernde Nahrung. Unsere heutigen Probleme kannten die damaligen Menschen angesichts einer Lebenserwartung von 28-35 Jahren - die letzten Jahre ohne Zähne, davor immer Hunger, immer krank - nicht.

JFR: Ist Adipositas grundsätzlich eine Erkrankung? Ab wann sollte man diesen Terminus verwenden? Gibt es eine prozentuale Verteilung der wichtigsten Ursachen der Adipositas? Wie oft finden sich nicht-organische Ursachen als Auslöser?

JO: Im Winter Fett besser speichern zu können, war nicht nur für Allesfresser wie Bären und Menschen ein Vorteil – die Nachteile ergeben sich ja erst ab dem mittleren Alter. Damals hatte das also KEINEN Krankheitswert. „Fleisch essen“ war das kleinere Risiko gegenüber dem Verhungern. Notwendige

Bewegung, um Essen zu bekommen, wechselte zu Bewegung manchmal, aber ein immer vorhandenes Essensangebot.

Unsere Gesellschaft, die uns immer Essen anbietet, sorgt für spätere Risiken. Vor einigen hundert Jahren war das nur ein Luxusproblem des reichen Adels. Adipositas ist dann eine Krankheit, wenn die Fettmasse für den Körper schädlich wird: Ab einem Körpermassenindex von 27kg/m^2 kann man annehmen, dass der Schaden beginnt, und er wird größer, je stärker die Bewegung im Alltag verschwindet (Autoverkehr, Bildschirmaktivitäten usw.). Bewegungsmangel ist so schädlich wie zu viel Nahrung. Zudem sind Menschen mit Übergewicht häufig nicht einfach überernährt, sondern oft fehlernährt: Fett, Salz, Zucker/Süßes macht Hunger auf mehr, kostet in unserer Gesellschaft nicht viel (oder weniger als Nahrung ohne diese Stoffe) und wird verlogen beworben (Vitamine in der Schokocreme, gezuckerte Getränke werden „Erfrischungsgetränke“ genannt usw.).

Das die Entwicklung der Fettleibigkeit nur eine Richtung kennt, war in der Entwicklungsgeschichte sinnvoll! Jegliche vorhandene Nahrung musste gegessen werden - es gab weder Konserven noch Kühlschränke. Das Hunger-Erleben war alltäglich, den Mangel zu besiegen, war das Ziel. Wer zu viel ausruhte – ob als Sammler oder Jäger - verhungerte.

Heute ist die Gesundheit besser als zur Steinzeit. Nur das durch unseren Wohlstand zu viel Essen möglich wird. Durch die profitorientierte Nahrungswerbung für Lebensmittel mit viel Fett, viel Salz und viel Zucker, steigt das Krankheitsrisiko. Und die Bewegung schwindet von Kindheit an. Bis zum 10. legt der Körper Programme fest, so auch ein Übergewicht. Dann wird der Mensch die Aufgabe nicht mehr los, nicht in Muskelmangel und Fettüberschuss zu bleiben.

Also: Dass die Kalorienbilanz die Fettvorräte erzeugt, ist richtig. Dazu lassen viele Faktoren das Programm unserer Stoffwechselregulierung in Krankheit umschlagen: neben der Kalorienbilanz auch Inaktivität und Rückzug.

JFR: Wann muss bei Adipositas nach einer zugrunde liegenden organischen Erkrankung gesucht werden zum Beispiel nach Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen oder PCOS (Polyzystisches Ovar Syndrom)?

JO: Diabetes und Krebserkrankungen treffen bis zum frühen Erwachsenenalter wenige. Veränderungen der Wände unserer Blutgefäße („Intima-media-Messung“) können (ohne Symptome) schon ab dem 10. Lebensjahr dokumentiert werden. Als Faustregel gilt, je höher das Gewicht und je weniger die Muskulatur als Gegenspieler aktiv werden kann,

desto eher ist mit einem Krankheitswert zu rechnen. Wenn in der Familie diese Erkrankungen bereits aufgetreten sind, sollte früher untersucht werden

JFR: Sie haben in Rheinland-Pfalz das Adipositasnetzwerk gegründet: was war der Hintergrund? Was sind Ihre Ziele?

JO: Wir haben im Auftrag der damaligen Gesundheitsministerin von Rheinland-Pfalz, Frau Malu Dreyer, zunächst auf das Thema aufmerksam machen wollen. Damaliger Tenor war: „Die Menschen sind selbst an ihrem Übergewicht schuld“ (teilweise mit sehr abwertenden Kommentaren). Erste Aufgabe war sachlich klarzustellen, dass es um eine fortschreitende, chronische Krankheit geht – nicht um „Schuld“. Wie andere Krankheiten bspw. Asthma bronchiale sind die Verläufe von vielen Umständen abhängig. In der modernen Gesellschaft ist Adipositas eher mit „weniger Geld“ verbunden - einen Garten sein Eigen nennen zu können, kann das Risiko mindern. „Ungesunde Kost“ wird billig hergestellt und kann gewinnbringend vermarktet werden. Als wir begannen, waren viele Versprechungen zum „Dünnerwerden“ im Umlauf. Wir wollten einen neuen Diskurs anregen mit Ermutigung zur Bewegung und Freude an gesundem Essen. Kein „Muss und Verzicht“.

Medikamente und Operationsmethoden waren 1990 noch nicht gut entwickelt, so dass unser vorrangiges Ziel war, Lebensqualität und Lebensfreude in den Alltag zu integrieren, denn Inaktivität und Rückzug können den Weg in die Depression bahnen. Heute wollen wir die Menschen, die an Adipositas erkranken, sachlich über aktuelle Therapien und deren Integration in die Krankenversorgung informieren

Dabei darf nicht vergessen werden, dass ungesunde Kost und Bewegungsmangel nur mit Prävention vermindert werden können. Das ist ein politischer Aspekt: Zuckersteuer und fettverminderte Nahrung, sind sinnvolle erste Schritte. Weitere Ansätze sollten Fahrradfahren und zu Fuß gehen sein. Ein ungelöstes Problem ist auch die Immobilisierung und Vereinzelung durch digitale Medien schon im Kindesalter.

JFR: In den Vereinigten Staaten beobachten wir derzeit eine zunehmende Welle übergewichtiger Menschen mit der beklemmenden Feststellung, dass die Lebenserwartung zu sinken beginne. Das aufregende ist, dass neben den bekannten Folgeproblemen kardiovaskulärer, ossärer, metabolischer und endokrinologischer Art auch deutlich vermehrt Krebserkrankungen beobachtet werden. Das gilt vor allem für den Verdauungstrakt, und hier insbesondere für den Darmkrebs. Gibt es ähnliche Beobachtungen auch in Deutschland?

JO: Darmkrebs betrifft Männer und Frauen. Es gibt für Deutschland Schätzungen, dass etwa 3% aller Krebsfälle bei Männern und 5% bei Frauen infolge von Adipositas entstehen. Es ist wenig bekannt, dass Fettgewebe hormonell sehr aktiv ist, unter anderem mit entzündungsfördernden Botenstoffen - aber auch bis in den Stoffwechsel der Geschlechtshormone wirkt. Eine der schlimmen Folgen dieser Stoffwechselunordnung ist, dass der Körper anfälliger wird, auch für Krebsentstehung.

JFR: Die Amerikaner haben schon jetzt Konsequenzen daraus gezogen und grundsätzlich eine Herabsetzung des Eintrittsalters in die Darmkrebsprävention auf 45 Jahre in einigen Leitlinien verbindlich vorgeschrieben. Müssten wir mittelfristig nicht ebenfalls in diese Richtung gehen?

JO: Ich halte das für sinnvoll; leider sind Männer schwer zu motivieren, in diese Richtung zu denken und zu handeln.

JFR: eine der wichtigen neuen Entwicklungen ist der bereits angesprochene PD1- Inhibitor Semaglutid, der manchen Pharma-Unternehmen auf einmal sprudelnde Gewinne einbringt. Das verrückte daran ist, dass diese eigentlich sehr wirksame antidiabetische Therapie wegen der in inzwischen als Hauptwirkung erkannter Gewichtsabnahme auch zu einem Therapeutikum der Adipositas geworden ist. Sehen Sie eine solche Entwicklung bei uns auch?

JO: Wir wissen, dass Medikamenten nie NUR die angedachte Wirkung erzielen, auch Nebenwirkungen. WENN diese Nebenwirkung mit wenig Schaden und ohne Operation eingesetzt werden kann, sollte das – ärztlich abgewogen – nutzbar sein. In den USA erhoffen sich betroffene Menschen von dem Präparat muskulös, schlank und gesund zu werden, was Unsinn ist. Schwierig ist auch, wenn Kollegen beklagen, dass das Medikament keine Superwirkung habe und nicht mehr wirke, wenn man es absetzte, was in der Regel bei den meisten Verordnungen zu chronischen Krankheiten der Fall ist.

Wir wissen noch nicht, wie das Medikament nach jahrzehntelanger Anwendung wirken wird, aber dass die genannten Regelkreise so umgelenkt werden können, dass die Menschen für Jahre profitieren und wohl insgesamt ein Leben mit weniger Krankheit erwarten können, halte ich für durchaus denkbar. Wichtig aber ist die Prävention.

JFR: Ultima Ratio für viele massiv Übergewichtige ist die bariatrische Chirurgie. Die publizierten Daten sind sehr erfolgsversprechend. Können Sie kurz beschreiben, was derzeit die Standardoperationen sind.

JO: Schlauchmagen (Entfernung von Magenteilen) und Bypass-Operationen („Umlenkung“ von Nahrung direkt in den Dünndarm), verändern nicht nur die Kalorienaufnahme, sondern auch die hormonellen Regelkreise. Die Darm-Hirnachse wird z.B. mit weniger Hunger-Signalen gefüttert. Es kann auch nur noch eine kleinere Nahrungsmenge aufgenommen werden. Eine ausführliche Ernährungsberatung und die Einnahme von Mineralien, Vitaminen und ausgerechneter bilanzierter Kost, sind zwingend erforderlich. Gegebenenfalls kann der „Erwachsenen-Diabetes mellitus“ (Typ 2 Diabetes) verschwinden.

Es gibt viele Menschen, die von dieser ultima ratio sehr profitieren und die erforderliche Lebensumstellung auch hinbekommen! Operationen sind aber nicht nur mit einer intensiv vorbereitenden und nachgehend lebenslangen unterstützenden Betreuung verbunden – sie sind auch unumkehrbar. Aktuell sind leider auch in Deutschland immer noch Menschen unversorgt, die davon profitieren können. Ob eine Operation oder Medikamente zu dem individuellen Menschen passen - dafür braucht es eine fachlich hochwertige abwägende Unterstützung der Betroffenen, so dass sie eine rationale Entscheidung für sich selbst treffen können. Zusätzlich braucht es therapeutische Unterstützung Therapieplätze zur Verarbeitung des neuen Körper- und Lebensgefühls.

JFR: Aufgrund der neuen therapeutischen Entwicklungen stellt sich aber die Frage, ob nicht der medikamentöse Zugang zur Gewichtsabnahme mit Semaglutid der bessere ist? Ist das eine sich auch in Fachkreisen aufdrängende Diskussion?

JO: Gerade das kritisierte Ergebnis, dass die Regelkreise wieder aktiv werden können, ist für Betroffene, die keine drastischen Eingriffe wollen, ein anstrebenswerter Weg, der Ihnen nicht versperrt werden sollte. Daher ist Semaglutid aktuell unschlagbar. Es zeigen sich auch andere positive Wirkungen (kardial, und vielleicht auch noch auf anderen Gebieten).

JFR: Gibt es eine verlässliche Kostenschätzung, was eine Adipositasbehandlung einschließlich auch eines bariatrischen Eingriffs erfordert? Dabei sollte man im Auge behalten, dass eine Therapie mit der „Abnehmspritze“ eine Dauertherapie ist.

JO: Ich bin hier vorsichtig und verweise auf die noch fehlenden Daten. Wichtig ist in der Diskussion, dass AUCH nach den so wirksamen Operationen eine lebenslange fachliche Unterstützung erforderlich ist und finanziert werden muss. Nach Prognose der World Obesity Federation steigen volkswirtschaftliche Kosten in Deutschland durch Übergewicht

(BMI 25-30 kg/m²) und Adipositas (BMI>30 kg/m²) bis 2035 auf ca. 142 Milliarden US\$ - das entspräche dann rund drei Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Das Preiswerteste wäre die Nichtbehandlung und der frühe Tod - das will sicher niemand vertreten! –Aber, was können wir sonst, außer wirksamer Prävention, ohne Schaden für bereits Betroffene vorschlagen? Ich habe da noch nichts Sinniges gehört, leider aber viel Unethisches in der Laienpresse.

JFR: Kinder trifft die Adipositas besonders. Bereits heute sind in Kitas und Schulklassen bereits dicke Kinder zu sehen. Was ist erforderlich, um in diesem Alter Zugang zu so wichtigen Kenngrößen wie Essverhalten, Mobilität, Nährstoffzusammensetzung zu erhalten? Es gibt den traurigen, aber wahrscheinlich wahren Spruch, den man immer wieder hört: einmal dick immer dick, und das fängt bereits als Kind an. Wo könnte, wo müsste man im Kindes-/Jugendalter beginnen? Sind die in mehreren Bundesländern wie auch in Rheinland-Pfalz inzwischen eingeführten Schulkrankenschwestern eine Hilfe?

JO: Wir müssten VOR der Geburt anfangen. In einer übergewichtigen Gesellschaft wird deutlich, dass Übergewicht der Eltern das Übergewicht der Kinder bahnt. Die Manipulation der uns angeborenen Vorlieben für süß, salzig und fett dürfen nicht mehr zum Schaden der Kinder mit Werbemethoden in Richtung „Fettsucht“ betrieben werden. Da sind dicke Bretter zu bohren, weil Eingriffe in die wirtschaftlichen „Regelkreise“ erforderlich sind. Wir brauchen einen gesellschaftlichen Wandel. „Gesunde Kost wollen wir alle bekommen, aber gut essen lassen wir uns nicht nehmen“ – das ist ein Missverständnis. Oft wird gesund mit Verzicht auf Gutes (-fett-salzig, Alkohol???) verbunden. Lebensfreude kommt aber im bewegten Alltag und mit gesunden Kost-Gewohnheiten! Doch leider: wenn Wissen uns helfen würde, hätten wir keine übergewichtigen Köche, magersüchtigen Ernährungsfachleute oder rauchenden Ärzte! Wir brauchen gesundes Schulesen und Schulgärten, nicht nur Nahrungskemie im Schulunterricht. Jeder Schultag sollte mit Bewegung beginnen. „Es gibt nix Gutes, außer man tut es.“ Aber da müssen wir erstmal die Mehrheit der Bevölkerung für ihre eigene Gesundheit interessieren.

Wir müssen Anstrengungsfreude und „Genuss von Gesundem“ wachsen lassen. Und Medienkompetenz der Kinder nicht in langen Bildschirmzeiten messen Hier ist ein neues „Suchtgebiet“ entstanden.

JFR: In der aktuellen amerikanischen öffentlichen Literatur liest man im Zusammenhang mit dem Thema Adipositas immer wieder den Begriff binge-eating, was so viel wie

zwanghaftes, emotionales Essen, Sehnsucht nach Essen bedeutet. Das ist für viele Amerikaner der Grund, sich von Ihrem Hausarzt Semaglutid verschreiben zu lassen. Dabei hat diese Droge reichlich kritische Nebenwirkungen; der Effekt lässt in der Regel nach absetzen nach. Ist es realistisch unter diesen Umständen, einen solchen Weg zu begleiten?

JO: Ich habe keine Kenntnis zur medizinisch begründeten Indikation von Semaglutid, anderen Medikamenten oder Therapien zur Behandlung von binge-eating. Die Geschichte der Appetitzügler ist eine Geschichte der Schande. Ich würde aber auch keine Appetitminderung durch Operationen empfehlen. Ich hoffe, dass kein Ärzt*innen binge-eating mit Semaglutid „behandeln“.

JFR: Diese Essstörungen gibt es sicher bei uns auch. Sind sie häufig? Gibt es außer dem Versuch mit der Spritze wirksame Therapiekonzepte?

JO: Diese Essstörungen sind häufig und sollten psychiatrisch ernst genommen werden. Magersucht ist die tödlichste psychische Erkrankung, soweit ich dazu informiert bin. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA berichtet, dass von 1.000 Mädchen und Frauen im Laufe ihres Lebens etwa 28 an einer Binge-Eating-Störung erkranken, 19 an Bulimie und 14 an Magersucht. Jungen und Männer sind weniger betroffen: Von 1.000 durchschnittlich etwa 10 mit Binge-Eating-Störung, 6 mit Bulimie und 2 mit Magersucht. (die aber NICHT weniger schwerwiegend ist). Abnehm-Strategien sind in dem Zusammenhang meist fehl am Platz oder kontraindiziert! Menschen mit Adipositas sind gefährdet, in solche Verhaltensweisen hineinzurutschen – es gibt auch hier eine unrühmliche Rolle von Internet-Foren und anderen öffentlichen Diskussionen. Bei deutlich werdender Symptomatik sollten Betroffene früh ermutigt werden fachlich Hilfe in Anspruch zu nehmen. „Selbstbehandlung“ lehne ich als risikoreich ab: Ohne ärztliche Verordnung - MIT Aufklärung zu Nebenwirkungen und deren Dokumentation im Behandlungsverlauf - ist es unethisch, diese Medikamente an „das Volk“ zu verteilen.

JFR: Sie haben aufgrund Ihrer schon langen Beschäftigung mit dem Thema Adipositas sicher große Erfahrungen und viel Wissen über den Gesamtkomplex. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Fortschritte, die wir in den letzten Jahren erzielt haben? Wo haben wir Rückschläge einstecken müssen? Ist Semaglutid ein Fortschritt mit zwei Gesichtern? Sollte man sich dem Thema Adipositas auch auf öffentlicher Ebene durch Aufklärung und Beispiele noch mehr nähern oder ist es besser, den individuellen Beratungsweg zu wählen?

JO: Wir haben seit Jahrzehnten erfahren, wie kompliziert das System der Nahrungs-Verwertung ist und wie schädlich Eingriffe darin sein können. Von Lungenhochdruck (irreversibel) bis hin zu Durchfall bei fetter Kost (eine unangebrachte Art der Verhaltens-lenkung) war nichts wirklich Vertretbares dabei. Es muss abgewogen werden, was schädlicher ist - Behandlung oder Nichtbehandlung. Zumindest diese „einfache“ Überlegung sollte immer MIT dem Betroffenen zusammen in informed consent abgewogen werden. Sicherlich wird es neben Semaglutid demnächst weitere Medikamente geben, die hoffentlich ausgefeiltere Erkenntnisse in der Verabreichung und der Wirkungsweise beinhalten werden.

Das Thema der medikamentösen Nebenwirkungen ist gesellschaftlich zu wenig beachtet - Übelkeit, Bauchbeschwerden u.a. sind aktuell noch ein nicht wegzudiskutierendes Thema!

Herzlichen Dank für dieses sehr aufschlussreiche, faktenreiche und interessante Gespräch.