

KULTUR

■ Gabrielle und die Liebe



Eine sehr besondere Liebesgeschichte erzählt die Regisseurin Louise Archambault in dem neuen kanadischen Film „Gabrielle – (k)eine ganz normale Liebe“: Die Hauptdarstellerin hat das Williams-Beuren-Syndrom, das Intelligenzminderung und motorische Einschränkungen mit sich bringt, aber auch besondere Stärken im sozialen und vor allem musikalischen Bereich. **Seite 17**

KINDER

■ Von Babys lernen



Der Kinder- und Jugendpsychiater Karl-Heinz Brisch hat das „Babywatching“ entwickelt und als Marke schützen lassen: Kinder beobachten, wie Eltern und Säugling miteinander umgehen. Das soll Schülern helfen, mehr Mitgefühl zu entwickeln. In Ibbenbüren bei Osnabrück steht Babywatching derzeit in den fünften Klassen fest auf dem Stundenplan einer Förderschule (Foto: pixellio.de/Danielle). **Seite 12**

DROGEN

■ Kriegsgeschichte



Unter der Marke Pervitin – und Spitznamen wie „Panzerschokolade“ und „Hermann-Göring-Pillen“ – diente Methamphetamin im Zweiten Weltkrieg als anerkanntes Mittel zur Dämpfung des Angstgefühls sowie zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der Militärs. Heute ist es als „Crystal Meth“ eine gefürchtete Billigdroge, deren Konsumhintergründe erstmals qualitativ in einer größeren Studie erforscht wurden. **Seite 14**

Druck per Telefon

■ Nachfragen der Kassen beunruhigen Patienten, Kassen sprechen von „Fürsorgepflicht“

Krankenkassen haken bei bestimmten Diagnosen sehr schnell nach. Psychisch Kranke fühlen sich unter Druck gesetzt, aber auch die Ärzte und Psychotherapeuten sehen sich unter Generalverdacht gestellt. Die Kassen erklären ihr Vorgehen mit Fürsorge für die Patienten, Verbände vermuten Sparzwänge.

KIEL/BERLIN (est). Der Anruf kam wenige Tage nach der Rückkehr aus der Reha: Der Mitarbeiter der Krankenkasse wollte wissen, wie lange die psychisch erkrankte Frau noch arbeitsunfähig sei – so langsam müsse es doch wieder klappen mit der Arbeit. Er werde in vier Wochen noch einmal anrufen, sagte der Mann weiter. „Dies hat bei der Patientin starke Angst hervorgerufen“, berichtet ein Psychotherapeut. Er beteiligte sich an einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, bei der es um den Umgang der Krankenkassen mit ihren Versicherten geht. Die Ergebnisse zeichnen ein unschönes Bild: Nachfragen der Kassen

scheinen flächendeckend üblich zu sein. Sachbearbeiter erkundigen sich nach dem Gesundheitszustand, Therapieformen, Medikamenten, fragen nach der mutmaßlichen Dauer der Krankheit. Patienten fühlen sich dadurch oft bedrängt oder verängstigt, ergab die Umfrage. Auffallend: Nicht erst nach der sechsten Woche, wenn also die Kassen das Krankengeld übernehmen, sondern bereits nach zehn oder vierzehn Tagen klingeln die Sachbearbeiter erstmals durch.

Dass diese Anfragen vorkommen, bestreiten die Kassen nicht – sie erklären es nur anders. Nicht Druck und Gängelerei, sondern „Fürsorgepflicht“ sei das Motiv, sagt Volker Clasen von der Techniker Krankenkasse in Schleswig-Holstein. Es gehe darum, den Betroffenen zu helfen, schnell wieder in ein selbstbestimmtes Leben – zu Arbeit und Verdienst – zurückzukehren. „Wir suchen den Kontakt zu den Versicherten, fragen nach und beraten“, so Clasen. Es gebe dafür aber keine Leitfäden, auch kein festes Schema: „Das hängt individuell von der Krankheit und den Umständen ab.“ Vor allem bei Krankheiten, bei

denen eine klare Diagnose schwierig ist, haken die Kassen nach. Das sind häufig psychische Probleme, aber auch Entzündungen oder Rückenleiden, berichtet Thomas Richert vom Büro der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten in Schleswig-Holstein. Hier melden sich Menschen, die infolge einer Krankheit in soziale, gar existenzielle Not geraten. Sie sind zwar von ihrem Arzt krankgeschrieben, werden aber vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als gesund eingestuft. Gibt es kein schlüssiges Gegengutachten des behandelnden Arztes – oder versäumt ein Betroffener Widerspruchsfristen – überweist die Krankenkasse kein Krankengeld mehr. „In vielen Fällen war die finanzielle Existenz der Betroffenen gefährdet“, berichtet die schleswig-holsteinische Bürgerbeauftragte Birgit Wille. Die Menschen gelten als gesund, sind aber – zumindest subjektiv – nicht arbeitsfähig. Der Arbeitgeber schickt sie nach Hause, und die Bundesagentur für Arbeit weist die Ratsuchenden ab, wenn sie mitteilen, sie wollten Geld, aber keine Job-Angebote. **Weiter auf Seite 7**



Zur Gewichtsreduktion wird bei schwer adipösen Patienten immer öfter zum Skalpell gegriffen. Foto: DAK/Scholz

Einschneidende „Diät“

■ Magen-Operationen zur Gewichtsreduktion nehmen stark zu

Magen-Operationen für stark Übergewichtige nehmen rapide zu. Allein bei der DAK hatten sich die Ausgaben für derartige Eingriffe zwischen den Jahren 2008 und 2012 um 64 Prozent erhöht. Der Trend setzte sich 2013 fort, zu 81 Prozent waren Frauen betroffen, teilte die Kasse im Herbst vorigen Jahres mit. 2008 wurden der DAK-Gesundheit 406 Operationen mit Magenband, Magenballon oder Magenverkleinerung in Rechnung gestellt, 2012 seien 669 Eingriffe abgerechnet worden. Bundesweit

lassen sich jährlich mehr als 6000 Menschen den Magen verkleinern.

Während die Krankenkassen die Kosten fürchten – immerhin gelten inzwischen fast ein Viertel der Deutschen als adipös – verweisen Adipositaschirurgen auf sehr gute Auswirkungen auf Folgeerkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck. Kritiker warnen vor einem möglicherweise erhöhten Risiko für psychische Probleme nach einer OP und fordern mehr Investitionen in Prävention und Frühintervention von Übergewicht. **Seite 3**

PEPP-Aufschub?

■ Gröhe lässt prüfen ...

BERLIN (hin). Aufschub für die Einführung des neuen Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)? Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) soll in einer nicht-öffentlichen Sitzung des Gesundheitsausschusses signalisiert haben, dass die budgetneutrale, freiwillige Optionsphase bis 2017 verlängert werden könne. Die Pressesprecherin des Bundesministeriums, Ina Klaus, bestätigte lediglich, dass Gröhe eine Prüfung zugesichert

habe, ob eine entsprechende Änderung des Gesetzes möglich sei.

Für den 7. Mai wurde eine Expertenanhörung angesetzt. Die SPD begriffte den Spielraum für Veränderungen. Die Grünen stellen einen neuerlichen Antrag: Sie fordern u.a.: verbindliche Sicherung der Personalstandards und Abkehr von den degressiven Vergütungsstufen. Letzteres würde großen Druck auf die Verweildauern produzieren. Rechenbeispiel und Interview zum Thema: **Seite: 4**

Peer-Berater: Erfolgsmodell in Gefahr

■ Hamburg: Projekt läuft aus, Zukunft unsicher

HAMBURG (est). Psychiatrieerfahrene beraten nach einer so genannten „Ex-In“-Ausbildung psychisch Kranke. Angehörige kümmern sich um die Sorgen von Angehörigen: „Und zwar in allen acht Kliniken der Stadt, egal wer Träger ist“, sagt Thomas Bock, Professor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf. „Weltweit einmalig“ sei das Angebot, mit dem die Kliniken „sehr gute Erfahrungen“ machen. Nun aber ist das Er-

folgsmodell in Gefahr: Die Stellen der psychiatrieerfahrenen Peer-Berater wurden als Teil eines wissenschaftlichen Projekts vom Bundesforschungsministerium bezahlt, es ging dabei um die „Förderung der Selbst- und Familienhilfe sowie dialogische Behandlungskonzepte“. Nun läuft das Projekt aus, zurzeit werden die Ergebnisse begutachtet. Bock hofft, dass die Krankenkassen künftig die Peer-Beratung als Leistung aufnehmen und die Kliniken mit entsprechenden Mitteln aus-

statten – die Verhandlungen darüber laufen, sagte Bock dem EPPENDORFER. Doch zumindest die Zwischenfinanzierung bis 2015 müsste die Hansestadt Hamburg übernehmen. Ob das gelingt, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Bundesweit steigt die Zahl von Psychiatrieerfahrenen, die in Kliniken oder Vereinen Peer-Beratung anbieten.

Mehr zur Entwicklung in Hamburg und zur bundesweiten Lage in der kommenden Ausgabe.

Schlecht versorgt

Die meisten schwer depressiv erkrankten Menschen werden nicht angemessen behandelt / DGPPN fordert Aktionsplan

Drei von vier Patienten in Deutschland, die an einer schweren Depression erkrankt sind, erhalten keine angemessene Therapie. Laut aktuellem „Faktencheck Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung werden bundesweit mehr als die Hälfte der schwer Depressiven unzureichend, 18 Prozent sogar gar nicht behandelt. Wie groß die Chance eines Patienten auf eine angemessene Therapie ist, hängt nicht zuletzt vom Wohnort ab.

GÜTERSLOH/HAMBURG (idw/rd). So werden nur 13 Prozent der Menschen in Zwickau (Sachsen) angemessen versorgt. Mit 40 Prozent kommt Münster (NRW) auf eine dreimal höhere Rate. Im Bundesländervergleich erreichen Nordrhein-Westfalen (30 Prozent) und Hessen (29 Prozent) die besten Versorgungsquoten. Schlusslichter sind Sachsen-Anhalt (22 Prozent), Thüringen (20 Prozent) und das Saarland. Derzeit leiden ca. neun Millionen

Deutsche an einer behandlungsbedürftigen Depression, mindestens 15 Prozent von ihnen seien schwer krank, teilte die Bertelsmann-Stiftung weiter mit. Prof. Martin Härter, Autor der Studie und Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE), bezeichnete die Ergebnisse als „alarmierend“ und sprach sich für verbesserte Aufklärung und die Entwicklung von evidenzbasierten Patientinformationen aus. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) forderte einen „Nationalen Aktionsplan Depression“.

Nur ein Viertel der schwer depressiv Erkrankten wird laut Faktencheck Gesundheit angemessen mit einer Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva behandelt. Viele Schwerkranken bekämen ausschließlich Medikamente. Der Großteil der Patienten erhalte keine oder eine zu kurze Therapie. Die Gründe für die Unterschiede in

der Versorgung von schweren Depressionen seien vielschichtig.

Eine Ursache sei das regional unterschiedliche Angebot an Psychotherapeuten sowie psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzten. Berlin, Bremen und Hamburg hätten eine bis zu viermal höhere Therapeutendichte als die ostdeutschen Bundesländer. Wartezeiten von durchschnittlich 17 Wochen auf einen Therapieplatz würden die Versorgungsproblematik unterstreichen. Vor allem Bayern und Baden-Württemberg fallen im Ländervergleich durch hohe Diagnose-, aber niedrige Behandlungsraten auf. Der Faktencheck Depression weist erstmals die hohe Diskrepanz zwischen Behandlungsempfehlungen und der tatsächlichen Versorgung nach.

Für die Studie wurden die anonymisierten Daten von rund sechs Millionen Versicherten der Betriebs- und Innungskassen ausgewertet. Mehr Informationen auch im Internet unter www.faktencheck-depression.de.

Haasenburg: Projekt erforscht Folgen

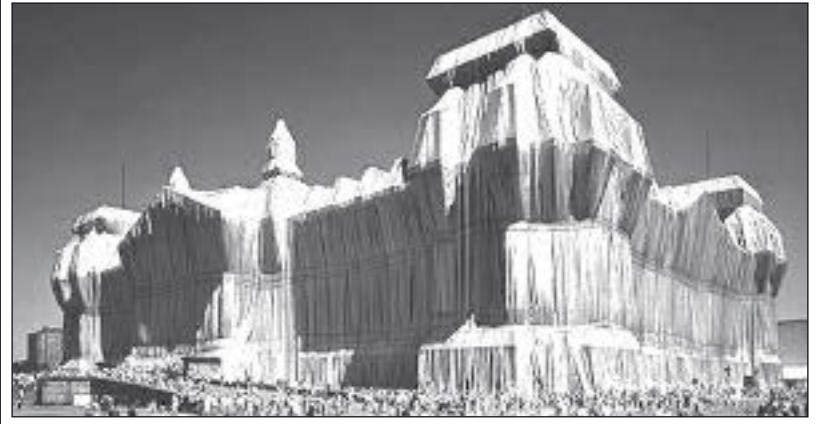
MÜNCHEN (rd). Die Uniklinik München erforscht im Rahmen eines Projekts namens „Freedom“, welche Folgen die Aufenthalte in den Heimen der Haasenburg für die Jugendlichen hatten, die dort geschlossen untergebracht waren. Mittels Traumadiagnostik und Leitfadend gestützte Interviews wollen die Initiatoren herausfinden, ob die Jugendlichen traumatisiert sind, und wenn ja, in welchem Ausmaß. Interessierte Jugendliche werden dafür nach München eingeladen, Fahrt und Unterkunft wird ihnen bezahlt. Hinter der Initiative stehen Projektleiter Dr. Karl-Heinz Brisch, der die Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie an der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München leitet, sowie die Traumaexperten Anke Laukemper und André Kellner. Vor Ort sollen Betroffenen auch erste Stabilisierungstechniken nahegebracht werden, im Anschluss sollen sie wohnortnah an Therapeuten vermittelt werden. Bislang gebe es Anfragen von 20 interessierten Jugendlichen, berichtet die taz. Die drei Heime der Haasenburg GmbH wurden Ende 2013 vor dem Hintergrund von Misshandlungsvorwürfen geschlossen. Der Träger ging gerichtlich dagegen vor. Momentan wird laut taz geprüft, ob die Haasenburg GmbH mit einem neuen Konzept wieder öffnen könnte.

UKE sucht Teilnehmer für mehrere Studien

HAMBURG (rd). Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sucht Teilnehmer für zwei Therapiestudien zu Psychosen und Schizophrenie. Während eine der Studien als anonyme Befragung über das Internet durchgeführt wird, sieht die andere eine sechswöchige psychotherapeutische Behandlung mit vorheriger und anschließender Befragung durch Psychologen am UKE vor. Auch Patienten, die zurzeit keine Medikamente nehmen, können an der Studie teilnehmen (s.www.uke.de/psychstudie).

Auch für die wissenschaftliche Studie CANSAS (www.cansas-Studie.de), die vom Bundesforschungsministerium gefördert wird, werden noch Probanden gesucht. Diese Studie untersucht, ob Menschen, die in der Kindheit ein Trauma erlebt haben, im Erwachsenenalter eine veränderte körperliche Stressreaktion zeigen. Das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Psychiatrischen Klinik sucht dafür Teilnehmer zwischen 30 und 65 Jahren, die belastende Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr (emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch oder Vernachlässigungen) gemacht haben, bei denen aktuell oder in der Vergangenheit aber keine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Es gibt eine Aufwandsentschädigung von 150 Euro.

Brief aus der Hauptstadt



Zentrum der Macht: der einst von Christo verpackte Reichstag.

Was will der Mensch?

Das dritte Mal bin ich mit meiner Kollegin Kristin Ende März zum „Segel setzen“ nach Hannover gefahren. Segel setzt man nicht alleine; wir haben uns mit Vertretern der SpDis in Deutschland getroffen, und erkannten inzwischen das eine oder andere Gesicht, aus München, Hertenheim oder Rostock. Bei den Tagungen des „Bundesweiten Netzwerks der Sozialpsychiatrischen Dienste“ komme ich mir immer ein wenig wie ein Schmarotzer vor, der sich faul und hungrig an den gedeckten Tisch setzt. Fleißige Heinzelmännchen und Hermann Elgeti haben alles beängstigend perfekt vorbereitet, die Tagungsmaschine läuft wie am Schnürchen, und in diesem Jahr haben drei hervorragende Referenten den ollen Ladenahter „Sozialraumorientierung“ unterhaltsam und auf hohem Niveau präsentiert.

Kann es überhaupt noch jemand hören? Natürlich, denn nach dem Tod der Anstalten bleiben der Psychiatrie die Wohnquartiere, und die sind – wie der erste Referent Wolfgang Hinte meinte – stillgelegte Bürgerkriegszonen. Hinte ist so eine Art Guru der Sozialraumorientierung, das habe ich erst hinterher ge-googelt. Seit vielen Jahren wiederholt er seinen Katechismus. Am Anfang steht immer die Frage: Was will der Klient. Was will er für sich erreichen, welche Ziele hat er? Das kommt uns bekannt vor, denn der Hotspot jedes Hilfeplangesprächs ist die Frage nach den Zielen. Professor Hinte aus Duisburg ist da hartnäckig. Es gehe nicht um Wünsche, denn Wünsche sind an jemanden gerichtet, im schlimmsten Fall an den Sozialarbeiter, im besten an Mama oder Papa. Immer wenn ein Kind an der Kasse des Supermarkts jammert „Ich will aber...“ dann sagt die Mama: „Wie heißt das Zauberwort?“ Nur auf dem Standesamt, da darf man „ja, ich will“ sagen, auch ohne das Zauberwort. Kristin, meine Kollegin, steht kurz vor der Eheschließung und wird ein wenig rot. Sie will.

Was wollen unsere Klienten? Referent Albrecht Rohrmann zitiert Bourdieu und Regus und Peter Kruckenberg und dessen Thesen zu den „Personenzentrierten Hilfen“, wonach die eigene Wohnung der Fix- und Angelpunkt für Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung ist. In der Arbeitsgruppe bei Wolfram Beins sammeln wir Anregungen für nichtpsychiatrische Hilfen, denn die haben ja bekanntlich Vor-

rang. Wie schon bei der letzten Tagung wird auch heute aus Bayern von einem Hund berichtet, der zum entscheidenden Eingliederungshelfer für einen Klienten mit einer schweren Angststörung wurde. Inzwischen gibt es neue Ideen: die Finanzierung des Besuchs einer Hundeschule im Rahmen des persönlichen Budgets, die Eroberung brachliegender Laubengrundstücke für gärtnernde Klienten. Es gibt Sozialarbeiterinnen, die eröffnen jede Dienstbesprechung mit dem TOP: Neues im Sozialraum. Tipps und Flyer werden gesammelt in Ordnern und Datenbanken. Sozialräumliches Denken ist Mainstream, vor allem in der Provinz, denn dort wird aus dem Mangel erst recht



„Segel setzen“ – Blick aufs Podium.

Foto: Eichenbrenner

eine Tugend.

Wir Berliner sind ein wenig kleinlaut nachhause gefahren. Bei uns gibt es von allem zu viel, und vom wichtigsten zu wenig. Denn der primäre Sozialraum und Nabel der Welt ist die eigene Wohnung, und die ist gefährdeter denn je. Die Räumungsklagen, die uns von den Klientinnen vorgelegt werden, sind immer irrwitziger. Da gibt es den Klassiker – Eigenbedarf des neuen Eigentümers, neuerdings mit Räumungsfristen von sechs Monaten. Und öfter mal was Neues: Eine an Bulimie erkrankte Klientin soll eine Verstopfung verursacht haben. In drei Monaten muss sie raus.

Ilse Eichenbrenner

Betrifft: Abs.:

Die Autorin arbeitet als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin-Charlottenburg und ist seit Jahrzehnten der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und ihrem Berliner Landesverband eng verbunden. Sie hat mehrere Bücher verfasst und ist Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Soziale Psychiatrie“.

IMPRESSUM

Verlagsanschrift:
Vitanas GmbH & Co. KGaA
Vitanas Sozialpsychiatrisches
Centrum Koog-Haus
Eppendorfer
Koogstraße 32
22541 Brunsbüttel
Tel.: (04852) 96 50-0
Fax: (04852) 96 50-65
E-Mail: koog.haus@vitanas.de

Herausgeber: Matthias Roller
Vitanas GmbH & Co. KGaA
Michael Dieckmann
AMEOS Gruppe (V. i. S. d. P.)
Internet:
www.eppendorfer.de
www.kooghaus.de
www.vitanas.de
www.ameos.eu

Redaktionsleitung,
Gestaltung & Produktion:
Anke Hinrichs (hin)
Redaktionsbüro NORDWORT
Große Brunnenstr. 137
22763 Hamburg
Tel.: 040 / 41358524
Fax: 040 / 41358528
E-Mail: ahhinrichs@aol.com

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Sönke Dwenger, Ilse Eichenbrenner,
Michael Freitag (frg), Esther
Geißlinger (est), Gesa Lampe (gl),
Dr. Heidrun Riehl-Halen (hrh),
Dr. Verena Liebers,
(rd) steht für Redaktion, Agentur: epd

Fachbeirat:
Dr. Klaus Behrendt (Sucht)
Dr. Charlotte Köttgen
(Kinder- und Jugendpsychiatrie)
Dr. Claus Wächtler
(Gerontopsychiatrie)

Druck: Beig-Verlag, Pinneberg
Es gilt die Anzeigenpreisliste 2014.
Der Eppendorfer erscheint zehnmal
im Jahr und kostet jährlich 39,50 Euro.
Für unverlangt eingesandte
Manuskripte und Fotos wird
keine Gewähr übernommen.

Männer und Frauen sind gleichberechtigt – aber Texte müssen auch lesbar sein. Wegen der besseren Lesbarkeit hat sich die Redaktion entschieden, auf die zusätzliche Nutzung der weiblichen Form zu verzichten.

AUS DEM INHALT

TRAUMA		SUCHT	
Stiftung finanziert ganzheitliche Behandlung	S. 5	Bremen: Suchtbehandlung paarweise	S. 13
MENSCHEN		SUCHT	
Die Psychiaterin, die auch Patientin war	S. 6	Hamburg: Streit um Suchthilfebericht	S. 13
BREMEN		SELBSTHILFE	
Sie spricht nicht, sie schreibt: Preisträgerin aus Rumänien	S. 10	Bipolar-Roadshow: Künstler geben Einblicke in ihre Krankheit	S. 15
KULTUR		BÜCHER	
Faust-Remake in Bremer Forensik	S. 11	Sabine Bode wirbt für einen positiveren Blick auf Demenz	S. 17

Letzter Ausweg Magenbypass

■ **Erfahrungsbericht: Anke Korsch kämpfte Zeit ihres Lebens mit Übergewicht – als der Diabetes immer unkontrollierbarer wurde, entschloss sie sich zur Operation**

Anke Korsch war stark übergewichtig und litt an mehreren Folgeerkrankungen. Weil sie es einfach nicht schaffte, ihr Gewicht dauerhaft zu reduzieren, entschied sie sich schließlich für einen Magenbypass.

HAMBURG. Mittlerweile isst sie wieder fast normal. Heute gab es zum Frühstück Brot und Ei, dazu Kaffee. Mittags will sie Kartoffeln mit Schweinefleisch und Gemüse essen, abends eineinhalb Stück Brot mit Käse oder Wurst. Am Nachmittag wird sie sich vielleicht sogar ein Stück Kuchen gönnen. Ein Stück ist ab und zu drin. Eineinhalb wären zu viel. Dann kommt die Übelkeit.

Drei Stunden lag sie voriges Jahr auf dem OP-Tisch, um sich einen Magenbypass legen zu lassen. „Das ist nicht ohne, das sollte man sich gut überlegen“, sagt Anke Korsch und verweist auf Risiken wie Blutungen, Darmprobleme oder andere Organverletzungen. „Aber ich bin hart im Nehmen“, sagt die 50-Jährige. Muss sie auch sein. Mit so vielen Erkrankungen. Mit denen geht die Frührentnerin und Vorstandssprecherin des Landesverbands Psychiatrie Erfahrener Hamburg e.V. sehr offen um. „Es betrifft ja sehr viele“, erklärt sie, warum sie ihre Krankheitsgeschichte öffentlich machen will.

Schon die Eltern waren übergewichtig, sagt sie, und auch sie selbst sei eigentlich immer adipös gewesen. „Ich hatte schon als Kind 90 Kilo.“ Mit 16 Jahren litt sie an Gallensteinen. Weil sie seither ohne Galle lebt, kann sie nicht mehr alles essen, reagiert teils allergisch. Von Nachtschattengewächsen kriegt sie z.B. Ausschlag. Außerdem hat sie Schilddrüsenprobleme

und Diabetes Typ 2 – eine Folgestörung des Übergewichts. Ferner leidet sie an Fibromyalgie – chronischen Gelenkschmerzen – und Rückenproblemen. Von den psychiatrischen Diagnosen ganz abgesehen. Bulimisch sei sie von Kind an gewesen. Zudem wurden bei ihr Borderline und eine Bipolare Störung sowie früher Tablettsucht diagnostiziert. Sie nahm viele Medikamente, zeitweise Neuroleptika und jahrelang Antidepressiva. Eine Nebenwirkung bei ihr: phasenweise Heißhungerattacken. Ihr persönliches Höchstgewicht lag bei 170 Kilo – was bei einer Größe von 183 cm einem BMI von über 50 entspricht.

Diäten machte sie viele. Und 1990 bis 1991 eine siebenmonatige Kur im Westerland: 40 Kilo Gewichtsabnahme! Aber mit dem Heißhunger auf Süßes stieg auch das Gewicht wieder an. Im Jahr 2000 war sie acht Wochen in Bad Bramstedt. Erstmals lernen richtig zu essen, lautete die Ansage dort. Fünf Kilo nahm sie ab. Und hinterher sofort wieder zu. Ihr Ex-Freund war Alkoholiker, erklärt sie: „Er hat getrunken, ich habe gefuttert.“

Doch 2006, bei 160 Kilo, wollte sie einen drastischen Schlusspunkt setzen. Die Situation war immer auswegloser geworden, der Diabetes immer schwerer zu kontrollieren. Die erste Operation musste sie sich erkämpfen. Ihre Ärztin – Dr. Beate Herbig, Chefärztin der Adipositas Klinik der Schön Kliniken in Eilbek – riet schon damals zum Magenbypass. Die AOK habe solche Eingriffe damals aber zu 99 Prozent abgelehnt. Erst nach Widerspruch bezahlte die Kasse eine Operation – allerdings nur ein Magenband. Eine Bypass-Operation sei deutlich teurer als ein Magenband und koste immerhin



Vorher-nachher: Anke Korsch zu Zeiten ihres Höchstgewichts und heute.

Fotos: privat / hin

15.000 Euro aufwärts, meint Anke Korsch. Sie kündigte und wechselte in eine BKK, bei späteren Eingriffen gab es dort keine Probleme mehr mit der Finanzierung.

Nach der Magenband-OP nahm sie 40 Kilo ab. Weitere zehn Kilo wurden bei einem Folgeeingriff weggeschnitten. Doch dann kam die Krise. 2012, nach dem Tod der Mutter. Anke Korsch aß wieder viel – vor allem Süßigkeiten – und sie reagierte bulimisch. Folge: Das Band ver-rutschte, was häufig passiere, sagt Korsch. Der behandelnde Psychiater stimmte einer Bypass-OP zu. Die Kasse auch. Zu den Indikationen für eine derartige OP zählen laut Informationsblatt u.a.: ein BMI über 40 (bei Diabetikern über 35), Erschöpfung konservativer Therapieversuche und Ausschluss akuter schwerer psychiatrischer Komorbidität oder akuter Suchterkrankungen.

Ein Magenbypass ist im Gegensatz zum Magenband schwer reversibel. Bei dem Eingriff wird der Magen durch eine Klammernaht in zwei Teile getrennt: eine kleine Magentasche, die nur noch wenig Nahrung aufnehmen kann, und den größeren Restmagen, der sozusagen stillgelegt wird. In den ersten Wochen danach ist nur Joghurt bzw. Püriertes erlaubt. Ab der 5. Woche ist „normale“ Ernährung möglich. Zusätzlich wird Anke Korsch lebenslang Nahrungsergänzungsmittel nehmen müssen, weil der Magen die Nahrung nicht mehr vollständig verwerten kann. Außerdem gilt es, dauerhaft nur noch nach Vorschrift zu essen und zu trinken (regelmäßige kleine Portionen, essen und trinken trennen etc.).

Die Antidepressiva hatte sie aus Angst vor Heißhungerattacken zunächst vor-

sichtshalber abgesetzt. Jetzt nimmt sie wieder welche, „wegen der Gelenkschmerzen“, sagt sie. Auch Stress könne im Prinzip gefährlich werden. „Ich esse dann gern viel Süßes. Aber da wird einem übel und man bekommt einen Blähbauch. Das macht man zwei- oder dreimal, dann lässt man es.“

Anke Korsch hat dafür Neues entdeckt: Reden statt essen. „Wenn ich Heißhunger kriege, spreche ich mit jemandem darüber.“ Reden würde sie auch gern mit einem auf Adipositas spezialisierten Psychotherapeuten, doch davon gebe es nur zehn in Hamburg. Bis zu zwei Jahren betrage die Wartezeit. Auch Bewegung gehört zu ihrem neuen Leben dazu. Dabei hilft ihr „Maleika“, eine Pflegehündin, mit der sie viele Stunden lang spazieren geht. Einmal in der Woche steigt sie zudem ins Wasser und macht dort Gymnastik.

Die Gewichtsabnahme ging rasch. Am OP-Tag Anfang Juli 2013 wog Anke Korsch 135 Kilo, acht Wochen später waren es 117, Ende Februar dieses Jahres 95 – und sie steuert nun direkt auf ihr persönliches Zielgewicht 90 Kilo zu. Es geht ihr rundum besser, Insulintabletten nimmt sie nur noch nach Bedarf.

Nicht bei allen läuft es so gut wie bei ihr. Von erhöhten Suizidraten hat sie gehört. „Bei denen müssen aber noch andere Faktoren im Spiel sein“, ist sie überzeugt. Trotzdem: Psychiatrische Komorbidität ist heikel. Vor Psychosen hätten die meisten Operateure Angst, diese Patienten würden von den meisten Kliniken abgelehnt, weiß sie.

Anke Korsch hat bis jetzt nur profitiert, sagt sie: „Es war mein letzter Ausweg, um Gewicht zu verlieren.“

Anke Hinrichs

Suchtexperten: Skandalös wenig Ernährungsberatung

■ **Warum Cornelia Mertens auf die Steinzeit verweist und was sie zur Verschlankeung empfiehlt**

HAMBURG (hin). Wenn Cornelia Mertens über Übergewicht spricht, nimmt sie das Modell eines Gehirns in die Hände. Zeigt auf das limbische System. Reich der Emotionen. Bis heute im Steinzeitmodus verhaftet. Tief verankert sei hier die Erfahrung, möglichst Fettreserven anzulegen, um für schlechte Zeiten vorzubeugen. „Wenn es nur nach Gefühl ginge, würden wir extrem viel Fett und Süßes essen“, so Mertens. Zum großen Problem sei dies erst im 20. Jahrhundert geworden, mit dem dauernden Überangebot und der Ausbreitung der Konsumkultur mit all ihren steten Verlockungen.



Erklärung mit Hirn: Psychologin und Ernährungsexpertin Cornelia Mertens. Foto: hin

Das mache das Geschäft mit dem Abnehmen so extrem schwierig, wodurch ein riesiger Markt mit viel Scharlatanerie entstanden sei. Mertens, Geschäftsführerin des Beratungs- und Therapiezentrums Brücke e.V., wo auch Essstörungstherapie angeboten wird, richtet sich nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGW). Ihr Abnehmkonzept ist im Grunde schlicht. Nicht zu viel und nicht zu wenig Kalorien, nicht zu fett und mindestens 625 gr Gemüse am Tag. Unterkalorisch essen (unter 1500 am Tag) signalisiert dem Körper Hungersnot. Folge: Er fährt den Grundumsatz herunter und nimmt nicht ab.

Adipositas-Chirurgie ist ihr ein Dorn im Auge. Das vom limbischen System gesteuerte Gefühl, eigentlich mehr essen zu müssen, bleibe doch, werde nicht aufgelöst. Skandalös sei, dass Kassen

gerade mal fünf Stunden Ernährungsberatung genehmigen würden. „Eigentlich müssten chronische Fälle permanente Unterstützung bekommen.“ Weiter fordert sie: „Vernünftige Lebensmittelkennzeichnung“ und Unterricht über richtige Ernährung in der Schule.

Adipositas-Chirurgie – für Suchtexperten eine buchstäblich einschneidende Maßnahme, die eigentlich ein Hinweis auf das Versagen von Psychiatrie und Psychologie in diesem Bereich sei. Durch eine möglichst frühe Verhaltensänderung ließe sich dies vermeiden, meinen und schrieben Dr. Bert Kellermann, früherer Chefarzt der Suchtabteilung in Ochsenzoll, und Cornelia Mertens in einem im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichten Beitrag („Adipositas, eine Verhaltenssucht?“, 2011).

Dort schlagen beide eine suchtmedizinische Vorsorgeuntersuchung der 30- bis 50-Jährigen, v.a. zur Sucht-Prävention und Frühintervention, für alle Suchtformen vor, auch für Ess-Sucht/Adipositas. Und zwar möglichst krankenkassenfinanziert, weshalb Kellermann auch für eine „Renaissance des alten Eppendorfer Suchtbegriffs“ und eine stärkere Betonung der psychischen Abhängigkeit plädiert (s.a. „Der alte Eppendorfer Suchtbegriff bringt mehr Klarheit“, Hamburger Ärzteblatt 2/2014) – und die Betonung der körperlichen Abhängigkeit im derzeitigen ICD-10-Suchtbegriff kritisiert. Denn: „Nicht Substanzen, sondern Emotionen machen süchtig“, schreiben er und Mertens.

„Wichtig ist, dass die Gesamtbetreuung stimmt“

■ **Fragen an den Adipositaschirurgen Dr. Johannes Sander**

EPPENDORFER: Herr Dr. Sander*, Adipositas-Operationen nehmen stark zu. Spüren Sie den Trend in Eilbek auch? Wie erklären Sie sich die starke Zunahme?

DR. JOHANNES SANDER: Zum einen liegt Deutschland im europäischen Vergleich noch zurück, hier finden die Eingriffe erst seit einigen Jahren zunehmend Akzeptanz bei den betroffenen Patienten und den behandelnden Ärzten. Vor allem Diabetologen und Hausärzte erkennen die positiven Auswirkungen der OP. Unsere Chefärztin, Frau Dr. Beate Herbig, hat 1999 als eine der ersten in Hamburg mit diesen Operationen begonnen. Inzwischen sind wir in der Schön Klinik Hamburg Eilbek das erste zertifizierte Referenzzentrum für Adipositaschirurgie in Norddeutschland. Und ja, die Zahlen sind auch bei uns angestiegen, wir operieren bis zu 300 Patienten im Jahr. Schwerpunkt ist heute die Magenbypass-OP.

EPPENDORFER: Operieren Sie auch stark übergewichtige Psychiatriepatienten?

DR. SANDER: Wir sehen viele Patienten mit Vorerkrankungen aus den Bereichen Sucht und schwere Depression. Psychosen sind selten. In den vergangenen Jahren haben wir mehrere solcher Fälle behandelt, das ist durchaus machbar. Wichtig ist, dass die Gesamtbetreuung stimmt. Wenn jemand perfekt medikamentös eingestellt, gut ambulant eingebunden und ein Psychiater involviert ist, kann eine Operation erwogen werden. Die Kasse setzt ja mindestens sechs Monate Vorbereitungszeit voraus. So haben wir ausreichend Zeit für eine gründliche Einschätzung, für die wir die Patienten auch unseren Kollegen aus der Psychosomatik vorstellen.

EPPENDORFER: So ein Eingriff setzt ja hinterher einiges an Disziplin voraus. Die Patienten müssen sich recht streng an Ernährungsvorschriften halten.

DR. SANDER: Ja, aber das Essverhalten wird nach der OP anders gesteuert. Die hormonellen Veränderungen, die sich in Folge der Bypass-OP einstellen, ermöglichen vielen Patienten erst ein diszipliniertes Essen. Diätgefühle und Heißhunger sind bei vielen Patienten als Folge des Eingriffs deutlich reduziert.

EPPENDORFER: Welche Langzeiterfahrungen machen Sie mit den Patienten?

DR. SANDER: Gestern sah ich einen Patienten, bei dem die OP 16 Jahre zurückliegt. Die jährlichen Nachsorgetermine gelten ein Leben lang. Mit Blick auf Folgeerkrankungen wie Diabetes Typ-2, Arthrose oder Bluthochdruck gibt es sehr gute Langzeitergebnisse. Bei überschaubaren Komplikationsraten.

EPPENDORFER: 2012 machte eine Studie Schlagzeilen, wonach Menschen nach einer Magen-Operation zur Gewichtsreduzierung ein höheres Risiko für psychische Probleme und Suizidgedanken haben. Das wurde u.a. damit erklärt, dass Frustessen zur Kompensation durch einen solchen Eingriff deutlich erschwert wird.

DR. SANDER: Statistisch sind diese Raten leicht erhöht – aber der Zusammenhang zur Operation ist unklar. Verantwortlich können andere Lebensumstände dieser Patienten sein, die sich durch eine OP nicht plötzlich verändern. Wichtig ist die sorgfältige Nachbetreuung der Patienten, um eine solche Problematik frühzeitig zu erkennen.

Ohne Operation werden Übergewicht und Folgeerkrankungen bleiben. Und bei Diabetes Typ-2 als Komorbidität eine OP nicht in das Behandlungskonzept miteinzubeziehen, wäre heute nicht mehr zeitgemäß.

Anke Hinrichs

*Dr. Johannes Sander ist Oberarzt der Schön Klinik Eilbek und auf Adipositaschirurgie spezialisiert.