

adipositas wegweiser

**Wer kocht,
macht sich
leichter**
SHG-Power in
Recklinghausen

Geregelte Vor- und Nachsorge

Regelversorgung der Adipositas

Wieder in Form

Plastisch-chirurgische
Wiederherstellungsoperationen im Überblick

M.O.B.I.L.I.S. macht mobil

Das interdisziplinäre Schulungsprogramm

**ADIPOSITASCHIRURGISCHE
EINGRIFFE ALS**

TURBOLADER

Empfohlen

VON BARIATRISCHEN ÄRZTEN

Geliebt
VON PATIENTEN



Von Operierten für Operierte

Wir haben inzwischen viel Erfolg mit Celebrate und viele zufriedene Patienten in der EU. Unsere Stärke: wir verkaufen diese Vitamine nicht nur, wir nehmen sie auch selber ein! 80% unseres Teams hat sich einer bariatrischen Operation unterzogen. Wir wissen aus Erfahrung, wie wichtig es ist, ein schmackhaftes, gut verträgliches Vitaminpräparat zu finden und dieses lebenslang einnehmen zu müssen.

- Schmackhaft
- Gut bekömmlich für den Magen
- Besser aufgenommen als Kapseln
- An Ihre Bedürfnisse angepasst
- Viele zufriedene Patienten

Gratis Probepaket empfangen?

Bitte senden Sie uns eine E-Mail an info@wlsproducts.nl

celebratevitamins.de

Celebrate®
Bariatric Supplements

Liebe Leserinnen und Leser,

nachdem sich die letzte Ausgabe des „Wegweisers Adipositas“ – nach dem gelungenen Redesign durch die Essener Agentur Freunde & Ernst – als wahrlich „runde Sache“ erwiesen hat, legt der Adipositas Verband Deutschland e.V. jetzt das nächste Magazin der Reihe vor. Die weiteren geplanten, einander ergänzenden Ausgaben werden jährlich herausgegeben.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an unsere Leserinnen und Leser, die offensichtlich große Freude an der Lektüre von qualitativ hochwertigen Artikeln und Interviews gehabt haben und immer noch haben, für ihr überwältigendes Feedback und Themenanregungen für die folgenden Ausgaben.

Auf Wunsch unserer Lesergemeinde haben wir für die aktuelle Ausgabe, die Sie pünktlich zum Europäischen Adipositastag am 20. Mai in Händen halten, einerseits einen Schwerpunkt zum Thema „Adipositaschirurgie“ gestaltet. Dr. Karl-Peter Rheinwalt hat den Überblick über aktuelle bariatrische OP-Methoden geschrieben. Und Dr. Alexander Stoff hat sich des Themas „Plastische Chirurgie nach extremen Gewichtsverlust“ angenommen.

Andererseits bleibt das Thema „Konventionelle Adipositas therapie“ im Fokus, denn bariatrische Operationen stellen nicht grundsätzlich die erste Wahl, sondern die letzte Möglichkeit dar, um langfristig den ersehnten Gewichtsverlust zu erzielen.

In vielen Fällen führen verschiedene konservative Therapien wie zum Beispiel das multimodale Programm M.O.B.I.L.I.S. zum Erfolg, über das Sie alle Details in dieser Ausgabe erfahren.

Dass Kochen nicht nur einen Riesenspaß bereitet, sondern im besten Fall auch „leichter macht“, zeigt der große Run auf die Kochkurse, beispielsweise mit Elisabeth Mörke in Recklinghausen.

Nicht zuletzt ein Hinweis auf den letzten DAK-Report zum Thema „Adipositas“, aus dem klar hervorgeht, dass die Adipositas, wie immer wieder vom Adipositas Verband

Deutschland e.V. gefordert, als chronische Krankheit endlich anerkannt werden muss und einer Regelversorgung bedarf.

In diesem Sinne hoffen wir, dass Sie die aktuelle Ausgabe „genießen“ werden und freuen uns auf Ihre Anregungen per Email an info@adipositasverband.de.

Herzlichst,
Ihr Detlef Tarn
Vorsitzender Adipositas Verband Deutschland e.V.



08 Optimierte Therapie sorgt für weniger Fettleibigkeit
Der neue DAK-Versorgungsreport Adipositas.

10 Geregelte Vor- und Nachsorge
Interview mit Diplom-Psychologe Uwe Machleit, Psychotherapeutischer Leiter des Adipositas Zentrums Bochum.

12 Adipositaschirurgische Eingriffe als Turbolader
Ein Überblick über adipositaschirurgische Standardverfahren von Dr. Karl-Peter Rheinwalt, Zentrumsleiter des Departments für Adipositaschirurgie und Metabolische Chirurgie am St. Franziskus-Hospital in Köln.

18 Wieder in Form Nach großem Gewichtsverlust oder beim Lipödem sind oftmals plastisch-chirurgische Wiederherstellungsoperationen erforderlich. Ein Überblick von Dr. med. Alexander Stoff.

22 Neu essen lernen Die Ernährungsberatung vor und nach bariatrischen Operationen.

24 #vorher/nachher

28 M.O.B.I.L.I.S. macht mobil
Ernährung, Verhalten und Bewegung – auf diesen drei Säulen baut das interdisziplinäre Schulungsprogramm M.O.B.I.L.I.S. auf.

30 Paradigmenwechsel Interview mit Dr. Matthias Schlensak, Chefarzt im Zentrum für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie an der Schön Klinik in Düsseldorf-Heerdt.

32 Wer kocht, macht sich leichter
SHG-Power in Recklinghausen.

36 Recht für Selbsthilfegruppen

38 schwere(s)los Aufklärungskampagne und Fotoausstellung.

3 Editorial und Impressum

4 Forum Aktuelle Meldungen



#vorher/nachher
„Ich fühle mich viel leichter!
Auch im doppelten Sinne!“

Impressum

Herausgeber: Adipositas Verband Deutschland e.V. / Peterstrasse 39 / 46236 Bottrop / info@adipositasverband.de / Fon: 02041 7829343
Konzeption, Gestaltung und Anzeigenkoordination: Freunde & Ernst / Mathildenstraße 15a / 45130 Essen / post@keingeblubber.de
Redaktion: Gabrielle Schultz, Uwe Ernst, Detlef Tarn, Patrick Gijbels / Bildnachweis: S. 9: DAK-Gesundheit/Wigger, S. 14: Privat, S. 8, 28-29, 38: Aktion schwere(s)los/DAK-Gesundheit, Alle anderen Fotos: Freunde & Ernst
Druck: Druck & Verlag Kettler GmbH, Bönen

Nach OP weniger Lust auf fettige Speisen

Die Magen-Bypass-Operation gehört zu den erfolgreichsten chirurgischen Therapien gegen Adipositas, um das Gewicht von Patienten dauerhaft zu reduzieren.

Der Gewichtsverlust nach der Operation ist oft größer als man durch die verringerten Mahlzeiten erwarten würde. Zudem berichten Patienten von einem veränderten Appetit auf Lebensmittel mit weniger Fettgehalt. Forscher aus der Nachwuchsgruppe von Dr. Wiebke Fenske haben erstmals im Kleintiermodell einen verantwortlichen Mechanismus nachgewiesen: Nach der Operation wird das Molekül Oleoylethanolamid (OEA) bereits nach geringer Fettzufuhr in deutlich höherer Menge vom Darm produziert. Dieser Fettsensor im Darm signalisiert dem Gehirn nicht nur Sättigkeit, sondern bewirkt auch eine gesteigerte Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin.

„Die Dopamin-Ausschüttung im Gehirn hat direkten Einfluss auf das mit der Nahrungsaufnahme einhergehende Genussempfinden. Adipositas geht oftmals mit einer veränderten Dopamin-Steuerung im Gehirn einher. Ist die Dopamin-Freisetzung gestört, bedarf es eines gesteigerten Belohnungsreizes, also einer vermehrten Energiezufuhr, um die erforderliche Genussantwort auszulösen, die uns eine Mahlzeit beenden lässt“, erklärt Dr. Wiebke Fenske. Die vorteilhafte Regulierung des Dopamins durch das Molekül OEA erzeugt somit ein gesünderes Essverhalten und führt zu einem dauerhaften Gewichtsverlust. ●

„Zuckerwasser“ mästet Minderjährige

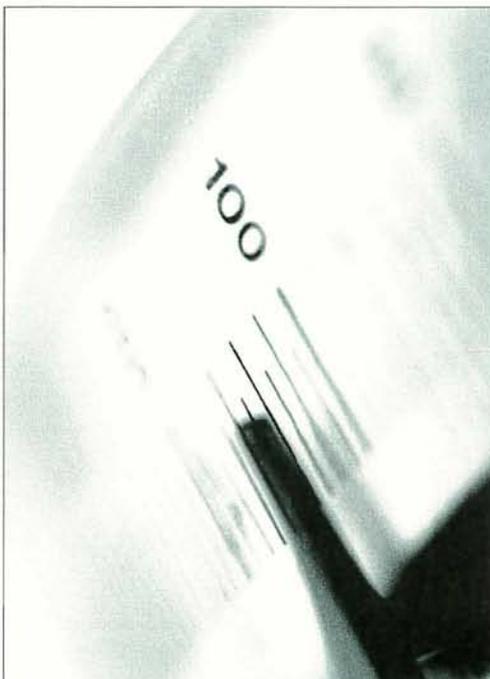
Achtzig Prozent der in Deutschland erhältlichen Erfrischungsgetränke enthalten Zucker, im Durchschnitt mehr als 18 Gramm pro Portion von 250 Millilitern – so die Ergebnisse der Foodwatch-Marktstudie 2016

„So zuckrig sind Erfrischungsgetränke in Deutschland“.

Vier der fünf zuckerreichsten Schorlen sind Bio- und Trendgetränke. Nur 12 Prozent des Sortiments sind „zuckerfrei“ mit weniger als 0,5 Prozent Zucker, davon enthalten aber rund 90 Prozent Süßstoffe. „Es ist seit langem bekannt, dass flüssiger Zucker in Getränken die Entstehung von Übergewicht fördert. Deshalb brauchen wir auch in Deutschland gemäß dem britischen Modell der Limosteuer einen Herstelleranreiz für weniger Zucker in Getränken“, fordert DAG-Präsident Professor Dr. Matthias Blüher. Die permanente Gewöhnung an den süßen Geschmack und die flüssigen Zusatzkalorien seien besonders für Minderjährige schädlich, da diese die Hauptkonsumenten überzuckerter Erfrischungsgetränke sind, so Kinder- und Jugendarzt Professor Dr. Wieland Kiess. Deshalb sollten zuckerhaltige Getränke an Kitas und Schulen nicht mehr abgegeben werden. Schon lange warnen Experten davor, dass sich Kinder und Jugendliche durch zu viele zuckerhaltige Getränke regelrecht dick trinken

können. Aus diesem Grund empfehlen die Ernährungskommissionen der pädiatrischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz schon seit zehn Jahren, auf Getränke mit zugesetztem Zucker gänzlich zu verzichten, Obst zu essen statt Saft zu trinken und Kindern zum Durstlöschen vor allem Wasser, ungesüßte Tees und stark verdünnte Fruchtschorlen anzubieten.

„Die Lebensmittelindustrie sollte den Zuckergehalt in ihren Produkten senken, auf Kindermarketing für ihre Produkte verzichten und eine verbraucherfreundliche Nährwertkennzeichnung umsetzen“, so Blüher. „Gleichzeitig sollte der Staat entsprechende ökonomische Anreize setzen – zum Beispiel durch eine Herstellerabgabe auf Zucker den Zuckerzusatz teuer und damit unattraktiv machen, dafür sorgen, dass Schulen zuckerreiche Getränke nicht mehr anbieten und dass Verbraucher mit einem Blick auf die Vorderseite der Verpackung zuverlässig den Zuckergehalt einschätzen können.“ ●



Alfried Krupp Krankenhaus



Chirurgische Kompetenz und interdisziplinäre Therapie

Multimodale, konservative Adipositas-therapie
Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Psychologische Beratung, Langzeitnachsorge

Operative und endoskopische Therapie
Magenbypass, Schlauchmagen, einstellbares Magenband, Magenballon,
Redo- und Revisionschirurgie

Körperformende plastische Operationen und Hautreduktionen

Zertifiziertes Kompetenzzentrum für Adipositas- und metabolische Chirurgie

Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinik für Plastische, Rekon-
struktive und Ästhetische
Chirurgie, Handchirurgie

Alfried Krupp Krankenhaus
Steele
Hellweg 100
45276 Essen

Telefon 0201 805-2604
Telefax 0201 805-2628
chirurgie@
krupp-krankenhaus.de
www.adipositas-krupp.de

Neuer Ratgeber „Übergewicht und Adipositas“

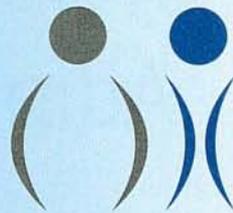
In dem erst kürzlich im Hofgreffe-Verlag erschienenen Ratgeber „Übergewicht und Adipositas“ stellen die Autorinnen Anja Hilbert und Anne Brauhardt des IFB AdipositasErkrankungen und Simone Munsch der Universität Fribourg ausführlich die Ursachen der Entstehung von Übergewicht und Begleiterkrankungen sowie verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vor.

Die Entstehung von Übergewicht und Adipositas ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Neben genetischer Veranlagung spielen Stress, psychische und medikamentöse Ursachen, aber auch das soziale Umfeld der Betroffenen eine wichtige Rolle.

Aufgrund der vielfältigen Ursachen empfehlen die Autorinnen eine sogenannte multimodale Verhaltenstherapie, die sich aus mehreren Elementen zusammensetzt: Durch eine Ernährungsumstellung und Steigerung der körperlichen Aktivität in Einzel- wie auch Gruppentherapie wird eine negative Energiebilanz angestrebt. Das heißt, dass der Energieverbrauch die Energiezufuhr überschreitet.

Anhand von zahlreichen lebensnahen Beispielen werden die einzelnen Schritte zur selbstständigen Bewältigung von Adipositas aufgezeigt. Zusätzlich erhalten die Leser hilfreiche Anleitungen in Form von Arbeitsblättern, die dabei helfen sollen, die Auslöser für ungesundes Essverhalten oder Motivationsverlust zu finden und Probleme eigenständig zu bewältigen. So wird auch erläutert, wie ein realistisches Zielgewicht und andere Verhaltensziele festgelegt werden können - Grundsteine für einen langfristigen Erfolg bei der Gewichtsreduktion. Praktische Anleitungen und Protokolle unterstützen bei der Umsetzung persönlicher Ziele, indem zum Beispiel die eigenen Vorstellungen in Wochenplänen festgehalten und dokumentiert werden. So soll Betroffenen Schritt für Schritt geholfen werden, gesetzte Ziele zu erreichen, Umstellungen in Ernährung und Bewegungsverhalten langfristig aufrecht zu erhalten und dauerhaft Gewicht zu verlieren. ●

ST. CHRISTOPHORUS-
KRANKENHAUS WERNE



ADIPOSITASZENTRUM
WERNE

Für Menschen, mit Menschen



- ▷ Unser interdisziplinäres Team findet zusammen mit Ihnen die für Sie passende, bestmögliche Therapie.
- ▷ Wir unterstützen Sie bei der Durchführung konservativer Therapien (MMK), z. B. durch unser eigens entwickeltes

INBALANCE - Adipositas Schulungsprogramm



- ▷ Im Fall der operativen Therapie begleiten wir Sie auf Ihrem Weg – ein Leben lang.

**Haben Sie Fragen?
Sprechen Sie uns unverbindlich an
und besuchen Sie unsere Homepage.**

ST. CHRISTOPHORUS-
KRANKENHAUS WERNE



St. Christophorus-Krankenhaus Werne
Am See 1 · 59368 Werne
Telefon: 02389 787-1301
E-Mail: adipositas@krankenhaus-werne.de
Internet: www.krankenhaus-werne.de



Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.krankenhaus-werne.de



Braunes Körperfett frisst Energie

Im Vergleich zum weißen Fett gilt braunes Fett als Energiefresser. Eine neue Studie der Technischen Universität München belegt, dass die Masse braunen Fettes im Menschen dreimal größer ist als bisher bekannt war.

Warum führt bei manchen Menschen der Konsum süßer Schlemmereien zu keiner Gewichtszunahme? Offensichtlich spielt dabei die Menge des vorhandenen braunen Fettes eine zentrale Rolle. Für ihre Studie haben die Forscher rund 3000 PET-Scans von 1644 Patienten ausgewertet. Normalerweise wird die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in der Krebsmedizin eingesetzt, um Stoffwechselvorgänge im Körper sichtbar zu machen. Da ein Tumor häufig einen anderen Energiestoffwechsel als gesundes Gewebe aufweist, können über solche PET-Scans Metastasen festgestellt werden. „Als Nebenprodukt dieser PET-Scans wird das aktive braune Fettgewebe sichtbar“, erklärt Dr. Tobias Fromme vom Else-Kröner-Fresenius Zentrum der TU München, „das braune Fettgewebe nimmt viel Zucker auf und diese Aktivität lässt sich über die Scans nachvollziehen.“ Beispielsweise wäre vorstellbar, dass bei Diabetikern mithilfe der hohen Aktivität des braunen Fettes über ein Medikament der überschüssige Zuckeranteil im Blut reduziert wird. Ebenso wäre denkbar, bei adipösen Patienten die hohe Energieverbrennung durch das braune Fett zu nutzen, um überschüssige Pfunde zum Schmelzen zu bringen – zumindest teilweise. ●

Psychische Folgen der Adipositaschirurgie

Im Rahmen des Deutschen Kongresses für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Berlin

plädierten Experten für eine bessere

psychotherapeutische Versorgung nach der Operation.

Operative Eingriffe zur Reduktion des Körpergewichts werden in den letzten Jahren immer häufiger durchgeführt. Mehrere Studien deuten darauf hin, dass nach adipositaschirurgischen Eingriffen die Rate an Selbstmorden und selbstschädigendem Verhalten zunimmt. Vor allem Menschen, die im Vorfeld schon psychische Beschwerden hatten, tragen ein erhöhtes Risiko. Bei extremem Übergewicht sind sogenannte adipositaschirurgische Eingriffe inzwischen das Mittel der Wahl. In Deutschland werden rund 12 Eingriffe pro 100 000 Einwohner durchgeführt, knapp 10 000 Operationen pro Jahr. Anders als bei konservativen Therapien ist die Erfolgsrate gut: Viele Patienten verlieren langfristig 50 bis 60 Prozent ihres Übergewichts, Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Leiden oder Diabetes mellitus verbessern sich deutlich. „Fettleibigkeit zieht aber nicht nur körperliche, sondern oft auch psychische Probleme wie etwa Depressionen nach sich“, erklärt

Professor Dr. Martina de Zwaan, Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Diese verbessern sich nach einer OP in der Regel kurz- bis mittelfristig – Experten sprechen von der „Honeymoon-Phase“ –, können dann aber wieder zunehmen und sich sogar verstärken. Dies reicht bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko. Warum sich bei manchen Menschen die psychischen Beschwerden nach dem Eingriff verschärfen und welcher Zusammenhang genau mit der bariatrischen Chirurgie besteht, ist bislang noch nicht geklärt.

„Klar ist jedoch auch: Beim größten Teil der Patienten führt die Operation zu einer erheblichen Verbesserung der körperlichen und auch der psychischen Gesundheit“, betont de Zwaan. „Wichtig ist deshalb, dass wir Menschen mit psychischen Problemen nicht generell stigmatisieren und eine Operation leichtfertig verweigern. Psychische Erkrankung im Allgemeinen, eine Binge-Eating-Störung oder auch Missbrauch in der Kindheit beispielsweise haben sich nicht als Risikofaktor und Kontraindikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff erwiesen“.

Anders sieht es bei akuter Alkohol- oder Drogensucht, bei Bulimia nervosa oder bei unbehandelten und instabilen psychopathologischen Zuständen wie Schizophrenie, Borderline oder bipolaren Störungen aus. Diese Patienten sollten sich keinem adipositaschirurgischen Eingriff unterziehen – solange die Erkrankung nicht therapiert ist. „Nach einer erfolgreichen Behandlung kann dann eine Neubewertung erfolgen“, so die Expertin.

Grundsätzlich spielt die psychosoziale Betreuung vor und nach der Operation eine wichtige Rolle. Bevor die Krankenkassen einen adipositaschirurgischen Eingriff genehmigen, ist meist ein psychologisches Gutachten notwendig. Eine psychologische Nachsorge hingegen ist nicht regelhaft vorgesehen, obwohl diese wichtig sei, um Patienten dabei zu unterstützen, „mit den einschneidenden Veränderungen, die sich aus einer solchen Operation ergeben, umzugehen“. ●

Wiederherstellungsoperationen nach Gewichtsverlust und beim Lipödem

Wir freuen uns, Ihnen in der PAN-KLINIK im Zentrum von Köln alle Wiederherstellungsoperationen nach Gewichtsverlust und beim Lipödem anzubieten. Die PAN-Klinik verfügt über modernste medizinische Ausstattungen, die eine sichere und hochqualifizierte Durchführung aller Operationen von der Liposuktion bis zum Bodylift ermöglichen.



Dr. Claudia Stoff-Attrasch und Dr. Alexander Stoff
Tel: 0221/2776-300 - www.stoff-attrasch.de - info@stoff-attrasch.de
PAN-Klinik am Neumarkt - Zeppelinstr. 1 - 50667 Köln



DAG fordert **Umdenken** in der Verbraucherpolitik

„Die Politik muss Verbraucher in der gesunden Lebensmittelwahl effektiver unterstützen!“, fordert Professor Dr. Matthias Blüher, Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG).

Ungesunde Ernährung ist ein zentraler verhaltensabhängiger Risikofaktor für Adipositas und andere chronische Erkrankungen. Daraus wird häufig der Schluss gezogen, dass durch Appelle an den Einzelnen, sich gesund zu ernähren, ein wesentlicher Teil der Krankheitslast vermeidbar sei.

Drei effiziente verbraucherpolitische Maßnahmen können aus Sicht der DAG einen wertvollen Beitrag zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie leisten:

Umstrukturierung der Mehrwertsteuer:

Ungesunde Lebensmittel sollten teurer (19% MwSt.), gesunde günstiger werden (0% MwSt.). „Familien in Europa sind heute alleine nicht mehr in der Lage, ihre Kinder ohne Unterstützung der Politik vor dem grassierenden Übergewichtsproblem zu schützen. Die DAG befürwortet deshalb das Ziel von Bundesminister Christian Schmidt, in der kommenden Legislaturperiode die Mehrwertsteuer für die Schulumgebung auf Null zu setzen“, erläutert Blüher.

Verbot der an Minderjährige gerichteten Werbung für adipogene Lebensmittel, inklusive Getränke auf der Basis der WHO-Nährwertprofile.

Leicht verständliche Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite vorverpackter Lebensmittel, zum Beispiel ein Ampelsystem auf der Basis der WHO-Nährwertprofile.

Die DAG lehnt ein portionsbasiertes System der Nährwertkennzeichnung auf der Vorderseite von Verpackungen, wie es kürzlich von sechs Industriegiganten vorgeschlagen worden ist, ab. „Das mündet in Verbrauchertäuschung! Die Portionen werden so klein gerechnet, dass die kritischen Inhaltsstoffe Zucker, Salz, gesättigte Fette sowie die Kalorien so klein aussehen, dass Verbraucher sie unverdächtig finden. Eine portionsbasierte Ampelkennzeichnung ist daher völlig ungeeignet zum Verbraucherschutz, sondern trägt nur dazu bei, weiterhin im großen Stil Ungesundes unter die Leute zu bringen“, so Blüher. ●



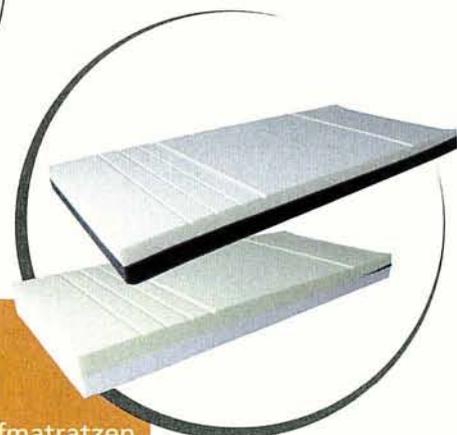
Adipositasversorgung

- Klinikbetten
- Mobilisationshilfen
- Transferhilfsmittel
- Wiegesysteme



Anti-Dekubitus-Systeme

- Low-Air-Loss-Systeme
- Anti-Dekubitus-Wechseldrucksysteme
- Non-Powered-Matratzensysteme



Klinik- und Pflegebettmatratzen

- Anti-Dekubitus-Schaumstoffmatratzen
- Pflegebett- und Objektmatratzen



**OPTIMIERTE
THERAPIE
SORGT
FÜR
WENIGER
FETTLEIBIGKEIT**

„Wir müssen beim Thema Adipositas umdenken und das Gesundheitssystem fit für die Zukunft machen“, fordert Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. Aus dem neuen DAK-Versorgungsreport Adipositas, den das IGES Institut erstellt hat, geht hervor, dass durch eine systematische Adipositasbehandlung die Zahl fettleibiger Menschen innerhalb von zehn Jahren um mehr als zwei Millionen sinken könnte.

In dem im November 2016 erschienenen DAK-Report wird gleich zu Beginn klargestellt, dass eine systematische Adipositasbehandlung in Deutschland derzeit von den Kassen weder angeboten noch ausreichend finanziert wird: „Wie eine neue S3-Leitlinie zur ‚Prävention und Therapie der Adipositas‘ zeigt, existieren wirksame Therapieoptionen. Allerdings findet die Umsetzung einer leitliniengerechten Adipositasbehandlung in der Versorgungsrealität de facto nicht statt. Neben einer mangelnden Anerkennung und Würdigung der Adipositas als Krankheit erschweren leistungsrechtliche Hürden eine adäquate Versorgung der Betroffenen. So können die Kosten Adipositas-spezifischer Therapiemaßnahmen bisher entweder gar nicht oder nur einzelfallabhängig beziehungsweise anteilig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet oder übernommen werden. Damit ist eine durchgehende, strukturierte Versorgung von Menschen mit Adipositas bislang nicht sichergestellt.“



Andreas Storm

MÖGLICHT FRÜHE ANSPRACHE VON BETROFFENEN

Auf Grundlage der IGES-Studie hat die DAK-Gesundheit ein zukunftsweisendes Versorgungskonzept entwickelt: Im ersten Schritt würden pro Jahr 15 Prozent der fettleibigen Menschen davon profitieren. Bislang werden nur sechs Prozent erreicht. Bereits zehn Jahre nach der Umstellung wären zwei Millionen Menschen weniger adipös als unter heutiger Versorgung. Nach 20 Jahren würde die Zahl der Betroffenen um eine weitere Million zurückgehen. Auch die Zahl

der durch Adipositas bedingten Todesfälle könnte langfristig deutlich gesenkt werden.

Im neuen Versorgungskonzept stehen eine möglichst frühe Ansprache von Betroffenen und eine Optimierung der Ernährungstherapie im Zentrum. Für alle Patienten mit einem BMI von über 30 ist eine Erstuntersuchung durch einen ernährungsmedizinisch qualifizierten Arzt vorgesehen. Der Arzt könnte dann

im Rahmen einer Basistherapie die optimierte Ernährungstherapie begleiten: Neben dem ärztlichen Erstgespräch gehören drei Folgetermine – ein Termin je Quartal – sowie sechs Termine mit einer Ernährungsfachkraft zum Konzept. Inhalte sind unter anderem individuelle Ernährungsempfehlungen und konkrete Zielvereinbarungen.

SYSTEMATISCHE LANGZEITBETREUUNG

„Diese Herangehensweise unter ärztlicher Begleitung gibt es bislang in unserer Regelversorgung nicht“, so Andreas Storm, „Untersuchungen zeigen aber, dass sie zu äußerst positiven Ergebnissen führen kann, wenn man frühzeitig ansetzt und am Ball bleibt.“ Der Vorstandschef fordert ferner, die Ernährungstherapie in Deutschland als Heilmittel zuzulassen, damit Patienten unkompliziert davon profitieren können.

Für besonders stark Übergewichtige mit einem BMI ab 40 sieht das Konzept der DAK-Gesundheit neben der Basistherapie auch die Möglichkeit einer chirurgischen

Behandlung vor. „Sie muss aber zwingend mit einer systematischen Langzeitbetreuung verknüpft werden“, sagt Prof. Dr. Matthias Blüher, Leiter der Adipositas Ambulanz für Erwachsene an der Universitätsmedizin Leipzig. Der Experte hat am DAK-Versorgungsreport mitgearbeitet und setzt vor allem auf Nachhaltigkeit: „Ernährungsberatung, Blutuntersuchungen und Rehabilitationssport sollten zu einer optimalen OP-Nachsorge dazugehören.“

HAUSÄRZTE MIT LOTSENFUNKTION

Eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Versorgung von Menschen mit Adipositas sei darüber hinaus die Anerkennung von Adipositas als behandlungsbedürftig chronische Erkrankung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der Aufbau von entsprechend qualifizierten Versorgungsstrukturen in Deutschland. „Hausärzte könnten hier eine Lotsenfunktion übernehmen“, ergänzt Prof. Dr. Matthias Blüher. Auch müsse die Aufnahme der Adipositas-Therapie in die GKV-Regelversorgung erfolgen und über den Risikostrukturausgleich refinanzierbar sein wie beispielsweise andere chronische Erkrankungen.

Das zukunftsorientierte Versorgungskonzept zeigt deshalb auch differenziert die finanziellen Folgen auf: Eine sofortige Umstellung des Behandlungsangebotes und eine Versorgung von 15 Prozent der Betroffenen würden die Kosten zunächst sprunghaft auf 1,28 Milliarden ansteigen lassen. Anschließend würden die Versorgungskosten allerdings wieder kontinuierlich sinken, weil die Zahl der Menschen mit Adipositas mit zunehmender Entfaltung der Maßnahmen abnimmt. Allein im Bereich der Krankenhausbehandlung ist laut IGES-Berechnungen in der Altersgruppe der 20- bis 69-Jährigen mit einer Kostenreduktion von 1,2 Milliarden Euro zu rechnen. „Die optimierte Betreuung von Menschen mit Adipositas führt dazu, dass immer weniger Menschen im Laufe der Jahre fettleibig werden“, erklärt Prof. Dr. Matthias Blüher. „Eine höhere Lebensqualität und erhebliche Einsparungen im System durch weniger Behandlungskosten für Begleiterkrankungen wären die Folge.“ ●

OPTIMIERTE REGELVERSORGUNG STATT INSELLÖSUNGEN

Rund 16 Millionen Menschen in Deutschland sind adipös. Jeder vierte Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren ist fettleibig – Tendenz steigend. Allein der Anteil der Patienten mit extremer Adipositas (BMI über 40) hat sich im Zeitraum von 1999 bis 2013 mehr als verdoppelt.

„Anstatt auf Wunderpillen oder Wunderdiäten zu warten, sollten die existierenden, vor allem konservativen Maßnahmen auf dem Stand des heutigen Wissens in die GKV-Regelversorgung integriert und den Betroffenen konsequent angeboten werden. Insellösungen einzelner Krankenkassen reichen nicht aus“, erklärt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit.

Laut DAK-Versorgungsreport Adipositas gibt es in Deutschland eine deutliche Unter- und Fehlversorgung bei der Therapie von extremem Übergewicht. Bislang existiert kein gesetzlich geregelter Versorgungspfad, den adipöse Menschen nutzen können.

Geregelte **Vor- und Nachsorge**

Diplom-Psychologe Uwe Machleit, Psychotherapeutischer Leiter des Adipositas Zentrums Bochum, über die Fehler im System der Adipositasbehandlung in Deutschland. Im Interview plädiert er für eine systematische, durch Krankenkassen finanzierte Regelversorgung der Adipositas.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) fordert eine bessere psychotherapeutische Versorgung nach bariatrischen Operationen. Wie sieht derzeit die Versorgung vor und nach adipositaschirurgischen Eingriffen aus?

Generell sieht die Versorgung sehr schlecht aus. Regelmäßig benötige ich vor so einem Eingriff ein psychologisches oder psychotherapeutisches Gutachten, welches bestätigt, dass der Patient ausreichend stabil ist, um sich einer solchen Operation zu unterziehen, und dass zudem keine Essstörungen oder schwere psychiatrische Störungen vorliegen, die durch die Operation verschlimmert werden würden. Allerdings gibt es viel zu wenige Psychotherapeuten, die sich im Bereich der morbiden Adipositas auskennen.

Warum kennen sich so wenige in dem Bereich aus?

Wir haben es ja hier mit einer sehr heterogenen Patientengruppe zu tun. Schweres Übergewicht kann zum Beispiel die Folge einer psychiatrischen Erkrankung sein oder auf die Einnahme falscher Medikamente zurückzuführen sein, die zu einer massiven Gewichtszunahme führen. Auch kann das Übergewicht eine Form der Kompensation von Stress darstellen. Rund 40 Prozent aller Übergewichtigen erkaufen sich ihre Stressresistenz durch Gewichtszunahme. Wenn ich diese Gruppe jetzt einer bariatrischen Operation unterziehe und nicht gleichzeitig ihren Megastress durch Implementierung neuer Stressbewältigungsstrategien therapiere, kann das schwerwiegende Folgen haben.

Was für Folgen?

Unser menschliches Gehirn benötigt jeden Tag 130 bis 200 Gramm Zucker. Stellen Sie sich vor, dass diese Zuckerverzehrung durch eine Bypass-Operation plötzlich starke Abweichungen erfährt. In Folge können schwere Hypoglykämien, also Unterzuckerungen, entstehen und Unfälle passieren. Wie ältere und neuere Studien aus den USA zeigen, steigt auch das Suizidrisiko in 10 Prozent aller Fälle. Aus diesen Gründen ist es wichtig, im Vorfeld jene Patienten herauszufiltern, die quasi Essen benutzt haben, um Stress und Frust abzubauen.

Wie sieht es denn mit suchartigen Essern aus?

Suchartige Esser bilden die andere Extremgruppe der Übergewichtigen. Sie benutzen Essen so wie Alkohol,



Drogen oder andere Substanzen in einer immer größeren Menge, um im Gehirn Dopamin zu produzieren. Wie bei allen suchtauslösenden Substanzen besteht das Problem darin, dass das Gehirn irgendwann nicht mehr so viel Dopamin produzieren kann oder die Rezeptoren, die das Dopamin wahrnehmen, schon „blind“ sind. Dann essen Betroffene drei Tafeln Schokolade und fühlen sich trotzdem nicht besser. Sie müssen also für dieselbe Sucht immer mehr essen. Diese Gruppe profitiert natürlich stärker von einer Restriktion.

Um zu vermeiden, dass sich die psychischen Beschwerden nach einer bariatrischen Operation verschärfen, muss also eine sehr sorgfältige Anamnese und Beratung der Patienten vorgenommen werden.

Ja, für eine Selektion der in Frage kommenden Patienten erarbeiten wir schon längere Zeit einen Interviewleitfaden, um alle diese Aspekte zu erfassen. Wir überlegen uns, welche psychologischen und welche sonstigen

Parameter gibt es, die uns valide sagen, das ist eine gute Entscheidung oder das ist eine nicht so gute Entscheidung, diesen Patienten zu operieren.

Selbst Ärzte begegnen adipösen Menschen mit Vorurteilen und sind offensichtlich mit der Behandlung der Adipositas überfordert.

Viele im Gesundheitswesen Beschäftigte betrachten trotz der mittlerweile guten Forschungslage die Adipositas als eine Befindlichkeitsstörung und führen diese auf mangelnde Willensschwäche zurück. In Deutschland wird die Adipositas nicht als chronische Krankheit mit gesetzlich definierten Behandlungspfaden anerkannt. Wenn ich jetzt diese Befindlichkeitsstörung auf einmal begutachten soll, habe ich dazu keine Lust. Und ich habe auch keine Expertise, denn an den Universitäten lernen angehende Mediziner und Psychologen beispielsweise etwas über Essstörungen, aber nichts über die multifaktoriell bedingte Adipositas.

In Deutschland existiert bislang keine gesetzliche Regelversorgung der Adipositas und somit auch keine verpflichtende Nachsorge bei bariatrischen Operationen.

Das ist der eigentliche Skandal. Der Mangel, den die Operierten haben, wird ja noch nicht mal vernünftig therapeutisch begleitet. Zum Beispiel haben fast alle Operierten einen Vitamin-B12-Mangel und häufig einen schweren Vitamin-D-Mangel. Die meisten Hausärzte

sind mit solchen Problemstellungen oft überfordert. Zudem sind solche Untersuchungen für die Hausärzte auch sehr teuer. Adipositas ist nicht als chronische Krankheit anerkannt, deshalb existieren keine gesetzlichen Regelungen. Viele Betroffene rutschen im ersten oder im zweiten Jahr nach der Operation in eine schwere Depression. Dann kann natürlich die Depression behandelt und abgerechnet werden. Aber die Frage lautet doch: Was ist Ursache für die Depression? Jeder, der operiert wird, müsste streng genommen nach dieser Operation eine einjährige systematische Nachsorge durchlaufen.

Warum hat der Gesetzgeber auf Basis der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ bislang keine Regelversorgung etabliert?

Auch beim Alkoholismus zum Beispiel hat es ja sehr lange gedauert, bis dieser als Krankheit anerkannt wurde. Die DAK-Gesundheit arbeitete ja erfreulicherweise in ihrem letzten DAK-Versorgungsreport Adipositas sehr klar heraus, dass erstens mit der S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ wirksame Therapieoptionen existieren, die allerdings nicht umgesetzt werden, weil keine einheitliche Regelversorgung von den Kassen finanziert wird. Aus dem Bericht geht deutlich hervor, dass wir in zehn Jahren rund zwei Millionen weniger adipöse Menschen hätten, wenn multimodale Therapiekonzepte tatsächlich umgesetzt würden. Auch würden sich dadurch massive Einsparungen im Gesundheitssystem ergeben. ●

ADIPOSITASZENTRUM OFFENBACH

Kompetente Hilfe bei krankhaftem Übergewicht



Sana Klinikum
Offenbach

- Magenband
- Roux Y-Magenbypass
- Omega loop-Magenbypass
- Schlauchmagen
- Biliopankreatische Diversion
- Magenschrittmacher, Magenballon u.a.m.

Menschen mit krankhaftem Übergewicht tragen schwer – neben den Kilos auch das Risiko für stark einschränkende bis lebensbedrohende Folgeerkrankungen. Dazu gehören u. a. Herz- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Gelenkschäden und ein erhöhtes Krebs- und Schlaganfallrisiko.

Nutzen Sie alle konservativen Therapieformen – aber auch die Möglichkeiten etablierter adipositaschirurgischer Eingriffe und die interventionelle Behandlung von Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen. Für nachhaltig mehr Lebensqualität und dauerhafte Gewichtsreduktion!

Chefarzt und Klinikleiter Prof. Dr. med. Rudolf Weiner zählt weltweit zu den erfahrensten Experten für alle international anerkannte Verfahren. Er und sein Team beraten Sie gerne!



Exzellenzzentrum
für Adipositaschirurgie

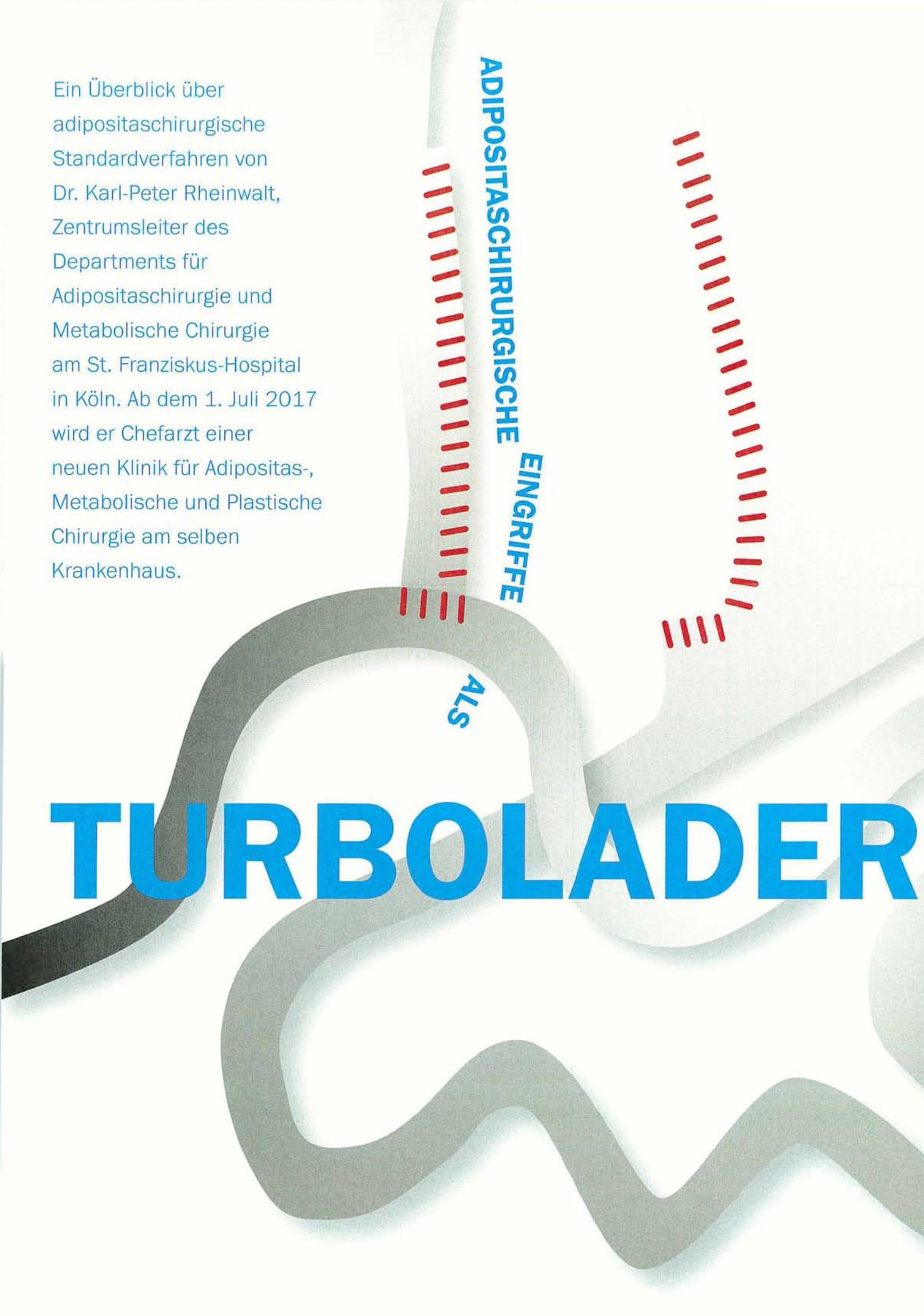
Klinik für Adipositas Chirurgie
und Metabolische Chirurgie
Starkenburgring 66 | 63069 Offenbach
Tel. 069 8405-1722 | Fax 069 8405-1720
E-Mail: Adipositas-SOF@Sana.de
www.klinikum-offenbach.de

Ein Überblick über
adipositaschirurgische
Standardverfahren von
Dr. Karl-Peter Rheinwalt,
Zentrumsleiter des
Departments für
Adipositaschirurgie und
Metabolische Chirurgie
am St. Franziskus-Hospital
in Köln. Ab dem 1. Juli 2017
wird er Chefarzt einer
neuen Klinik für Adipositas-,
Metabolische und Plastische
Chirurgie am selben
Krankenhaus.

ADIPOSITASCHIRURGISCHE
EINGRIFFE

ALS

TURBOLADER



Bei höhergradigem krankhaften Übergewicht (Body-Mass-Index/ BMI größer 35 kg/m^2) ist die chirurgische Behandlung seit vielen Jahren das effektivste Therapieverfahren. Die adipositaschirurgischen Operationen sind hierbei nicht als eine Heilung der komplexen Grunderkrankung Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettleber, Schlaf-Apnoe, vorzeitiger Gelenkverschleiß und viele andere, sondern als der wirksamste Behandlungsbaukasten einer unbedingt notwendigen Kombinationsbehandlung zusammen mit Ernährungsumstellung, Bewegungs- und Verhaltenstherapie anzusehen. Oder anders ausgedrückt: Die adipositaschirurgischen Eingriffe sind eine Art „Turbolader“, um im Zeitraum von einem Jahr bis zu zwei Jahren eine erhebliche Gewichtsreduktion zu erzielen. Ohne eine zusätzliche Unterstützung durch die genannten konservativen Maßnahmen ist jedoch kein dauerhafter Erfolg möglich.

Fälschlicherweise glauben viele Betroffene, dass sie durch eine Operation ihre Erkrankung für immer beseitigen lassen können. Dass dieses nicht möglich ist, zeigen die circa 20 bis 30 Prozent der Patienten, die bereits nach wenigen Jahren nochmals operiert werden müssen. Manche Patienten sind auch sozusagen „ausoperiert“, das heißt, nach mehreren Operationen ist das chirurgische Behandlungsrepertoire erschöpft und als einziger Langzeiteffekt daraus resultiert leider nur die Notwendigkeit, lebenslang Vitamine und Mineralstoffe als Nahrungsergänzung einnehmen zu müssen.

Somit stellt die Adipositaschirurgie also eine sehr große Chance, aber keinesfalls eine einfache Lösung dar, um die Erkrankung in den Griff zu bekommen. Eine lebenslange Mitarbeit der operierten Patienten durch Ernährungsdisziplin, Bewegungsaktivität, Einnahme der Supplemente (Vitamine, Mineralstoffe) und Nachsorgeuntersuchungen mit Laboruntersuchungen ist unbedingt erforderlich. Auch lässt sich das mögliche Ausmaß der Gewichtsreduktion keinesfalls vorhersagen, da dieses neben der Mitarbeit der Patienten auch von der individuellen genetischen Veranlagung wesentlich abhängt. Meistens übertreffen die Erwartungen der Patienten bezüglich der Gewichtsabnahme deutlich das, was realistisch ist (in Kilogramm ausgedrückt) beziehungsweise durchschnittlich erzielt wird. Immerhin bewirken die hier nachfolgend vorgestellten Operationsverfahren eine durchschnittliche

Gewichtsreduktion von 60 bis 75 Prozent etwa zwei Jahre nach der Operation. Noch wichtiger als der von den meisten Patienten gesehene Gewichtsverlust sind der erhebliche Rückgang der adipositasbedingten Folgeerkrankungen und die dadurch erzielte Verbesserung der Lebensqualität.

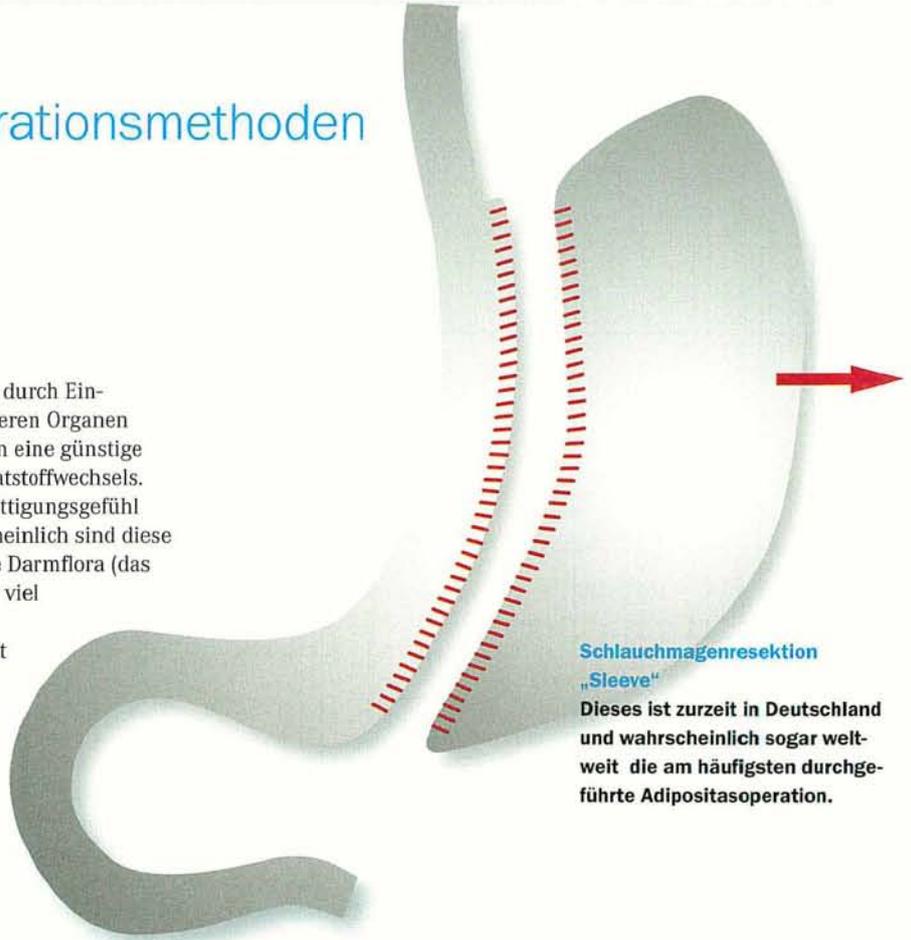
Wirkungsmechanismen der Operationen

Grundsätzlich gibt es drei verschiedene Wirkungsmechanismen. Zum einen bewirken alle „Standardoperationen“ durch eine Verkleinerung des Nahrungsreservoirs im Bereich des Magens eine sogenannte Restriktion. Dieses erfolgt beim Magenband durch eine Einengung des Magens in seinem oberen Abschnitt, beim Bypass durch eine Durchtrennung des Magens und beim Schlauchmagen mittels Entfernung des größten Teiles des Magens.

Bei allen Bypassoperationen werden zusätzlich der untere Anteil des Magens und ein mehr oder weniger langer Abschnitt des oberen Dünndarmes komplett aus der Nahrungspassage ausgeschaltet (aber nicht durch Entfernung dieses Teiles des Verdauungskanales sondern nur durch dessen Umgehung). Dadurch kommt es in Abhängigkeit von der Länge des umgangenen Magen-Darm-Abschnittes zu einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Nichtaufnahme von Nährstoffen in den Blutkreislauf. Dieser Malresorption genannte Effekt bewirkt also, dass zum Beispiel ein Teil der aufgenommenen Fette, Kohlenhydrate und leider auch Eiweiße gar nicht wie normal in den Blutkreislauf zur weiteren Verstoffwechslung aufgenommen werden, sondern mit dem Stuhlgang wieder ausgeschieden werden. Leider sind von diesem Wirkungsmechanismus auch viele Vitamine und Mineralien wie zum Beispiel Kalzium und Eisen betroffen.

Der dritte und vielleicht wichtigste Wirkungsmechanismus betrifft hormonale Veränderungen, welche sich durch diese Operationen im Körper abspielen (allerdings nicht beim Magenband, sondern vor allem bei den Bypassverfahren und etwas geringer auch beim Schlauchmagen). Diese hormonalen

Veränderungen bewirken beispielsweise durch Einflussnahme auf die Vorgänge in den inneren Organen (vor allem der Leber) und auch im Gehirn eine günstige Beeinflussung des Fett- und Kohlenhydratstoffwechsels. Auch die Nahrungsvorlieben und das Sättigungsgefühl werden sehr positiv beeinflusst. Wahrscheinlich sind diese Stoffwechselveränderungen, die auch die Darmflora (das sogenannte Mikrobiom) betreffen, sogar viel bedeutsamer als die oben beschriebene Restriktion und Malresorption. Es kommt unter anderem zu Veränderungen, die denjenigen ähnlich sind, welche zum Beispiel durch das Diabetesmedikament Liraglutid (Victoza®) durch tägliche Injektion erzielt werden.



Magenbandoperation

Diese war noch vor rund zehn Jahren zum Beispiel in Deutschland der häufigste Adipositas Eingriff. Heute macht das Magenband nur noch weniger als ein Prozent aller Adipositasoperationen aus. Ein circa ein Zentimeter breites Kunststoffband wird dabei weit oben um den Magen herum so platziert, dass eine Sanduhrform des Magens entsteht. Der obere Anteil ist dabei maximal so groß wie etwa ein Hühnerei. Um die „Engstelle in der Sanduhr“ auf die korrekte Weite einstellen zu können, weist das Bandsystem ein mit Luft oder steriler Flüssigkeit auffüllbares Kissen auf, welches zirkulär der Magenwand anliegt und mit einem Kunststoffschlauch mit einer circa 2,5 Zentimeter großen „Dose“ verbunden ist, welche im Bereich des Oberbauches zwischen Bauchwandmuskulatur und Unterhautfettgewebe befestigt wird. Diese „Port“ genannte „Dose“ hat an ihrer nach außen liegenden Begrenzung eine Silikonmembran, welche durch die Haut mit ganz speziellen Injektionsnadeln für die Bandbefüllung punktiert werden kann. Dieses Verfahren ist sehr risikoarm und kann in geeigneten Fällen sogar ambulant durchgeführt werden. Leider ist die Wirkung ausschließlich restriktiv. Das heißt, es fehlt jegliche malresorptive oder hormonelle Wirkungskomponente, weshalb das Verfahren mit deutlichem Abstand bezüglich der erzielbaren Gewichts-



abnahme hinter den anderen Verfahren zurücksteht. Auch die Lebensqualität ist aufgrund des notwendigerweise ausgeprägten restriktiven Effektes nur mäßig gut. Außerdem gibt es relativ viele Langzeitkomplikationen wie zum Beispiel ein mechanisches Verkippen und Verrutschen des Bandes oder

Erweiterungen der Speiseröhre (wenn diese als „Ersatzmagen“ benutzt wird...). Deshalb und wegen des häufig unzureichenden Gewichtsabnahmeerfolges werden Magenbänder im Langzeitverlauf relativ häufig wieder entfernt. In der Regel muss dann eine „Umbauoperation“ in Richtung eines anderen Operationsverfahrens (Magenbypass, Schlauchmagen) erfolgen. Diese Umbauoperationen sind immer mit etwas mehr Risiko behaftet, als wenn die betreffende Operation (zum Beispiel Magenbypass) als „Ersteingriff“ durchgeführt wird (wegen der Vernarbungen nach der Magenbandoperation).

Schlauchmagenresektion – „Sleeve“

Dieses ist zurzeit in Deutschland und wahrscheinlich sogar weltweit (seit circa 2 Jahren) die am häufigsten durchgeführte Adipositasoperation. Dabei wird der größte Teil des Magens (circa 90 Prozent seines Volumens) aus dem Körper für immer entfernt. Der im Körper verbleibende Magenrest hat dann ein Volumen von nur noch circa 100 Millilitern und entleert sich erheblich schneller als ein normaler Magen. Dadurch gelangt unverdaute Nahrung schneller in untere Dünndarmabschnitte, was günstige hormonale Veränderungen im Körper bewirkt, die ähnlich sind wie beim Magenbypass. Diese Veränderungen führen zum Beispiel zu einer unmittelbaren positiven Beeinflussung einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Außerdem wird bei der Schlauchmagenoperation



auch der Teil des Magens entfernt, welcher ein hungerstimulierendes Hormon (Ghrelin) produziert, was zu einer Verminderung des Hungergefühls führt. Diese Operation führt bezüglich der Gewichtsabnahme und den Stoffwechselveränderungen (unter anderem Diabetesbeeinflussung) nach zwei bis drei Jahren zu vergleichbaren Ergebnissen wie bei den Magenbypassverfahren.

Nährstoffe, Vitamine, Spurenelemente und auch Medikamente werden nahezu normal über den Darm resorbiert. Wenngleich aufgrund der insgesamt deutlich verringerten Nahrungsaufnahme (kleinere Portionsgrößen) und damit auch verringerten Vitaminzufuhr auch bei dieser Operation eine Nahrungsergänzung (Supplementation) mit Vitaminen und Kalzium empfohlen wird, ist letztere bei weitem nicht so unabdingbar wie beim Magenbypass. Die Vitamin-B12-Supplementation ist allerdings in gleicher Dosis unbedingt notwendig wie bei den Bypassverfahren. Bei Problemen im Langzeitverlauf kann der Schlauchmagen auf verschiedene Weise in einen Magenbypass umgewandelt werden.

Problematisch bei diesem Verfahren sind die zwar seltenen (3%) Undichtigkeiten der Naht am Magenschlauch (meist in der ersten Woche auftretend), deren Behandlung sehr schwierig ist (wegen des hohen Druckes im Schlauchmagen), die Gewichtsentwicklung im Langzeitverlauf und der Säurereflux in die Speiseröhre („Sodbrennen“) bei circa 30 Prozent.

Erneute Zunahme des Körpergewichtes (durch Dehnung des Schlauchmagens) und Refluxprobleme dürften in 30 bis 50 Prozent der Schlauchmagenoperierten im Langzeitverlauf zur Notwendigkeit einer erneuten Operation führen.

Roux-Y-Magenbypass

Dieses schon 1967 erfundene Verfahren ist insgesamt die weltweit bisher am häufigsten durchgeführte Adipositasoperation und gilt daher weiter als das am besten bewährte Standardverfahren. Hierbei wird der Magen in seinem obersten Abschnitt komplett durchtrennt. Eine in den Oberbauch hochgezogene Dünndarmschlinge wird mit dem oberen „neuen“ Magen verbunden und nach Abtrennung derjenigen Dünndarmschlinge, in welche keine Nahrung mehr hineingelangt (welche aber die Verdauungssäfte aus ausgeschaltetem Restmagen, Bauchspeicheldrüse und Leber transportiert), wird die selbige „weiter unten“ an der nahrungsaufnehmenden Dünndarmschlinge wieder angeschlossen. Daraus resultiert das namensgebende „Y“ (siehe Bild). Der übliche „Standard-Y-Magenbypass“ wird mit einem langen abführenden Dünndarmschenkel (dort wo sich Nahrung und Verdauungssäfte vermischen und die Verdauungsvorgänge stattfinden können; das entspricht dem unteren bzw.

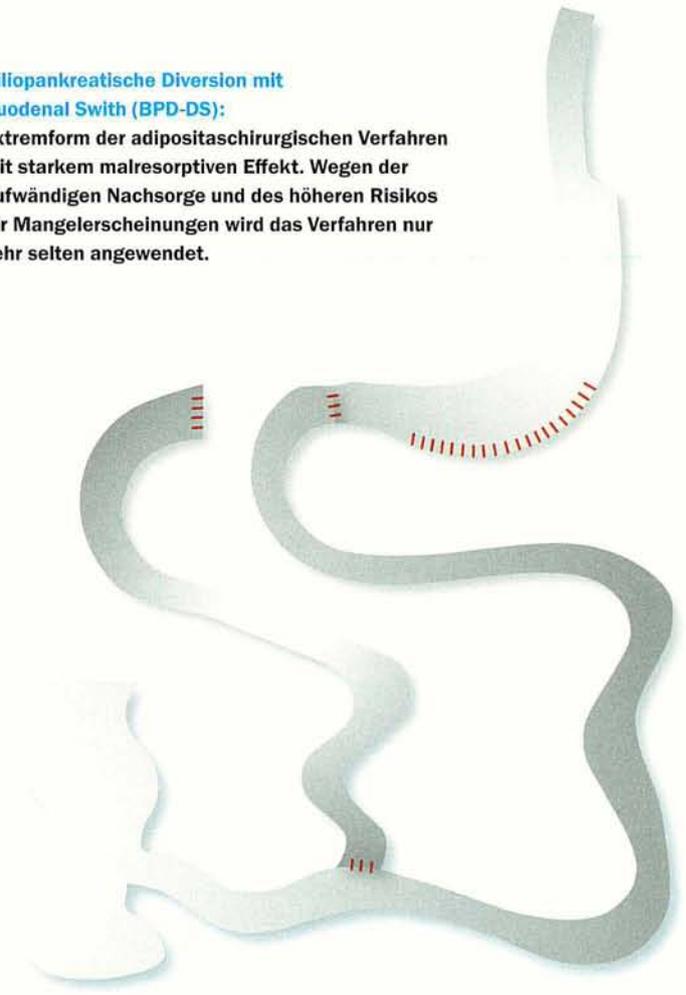
Roux-Y-Magenbypass

Dieses schon 1967 erfundene Verfahren ist insgesamt die weltweit bisher am häufigsten durchgeführte Adipositasoperation und gilt daher weiter als bewährtes Standardverfahren.



Biliopankreatische Diversion mit Duodenal Swith (BPD-DS):

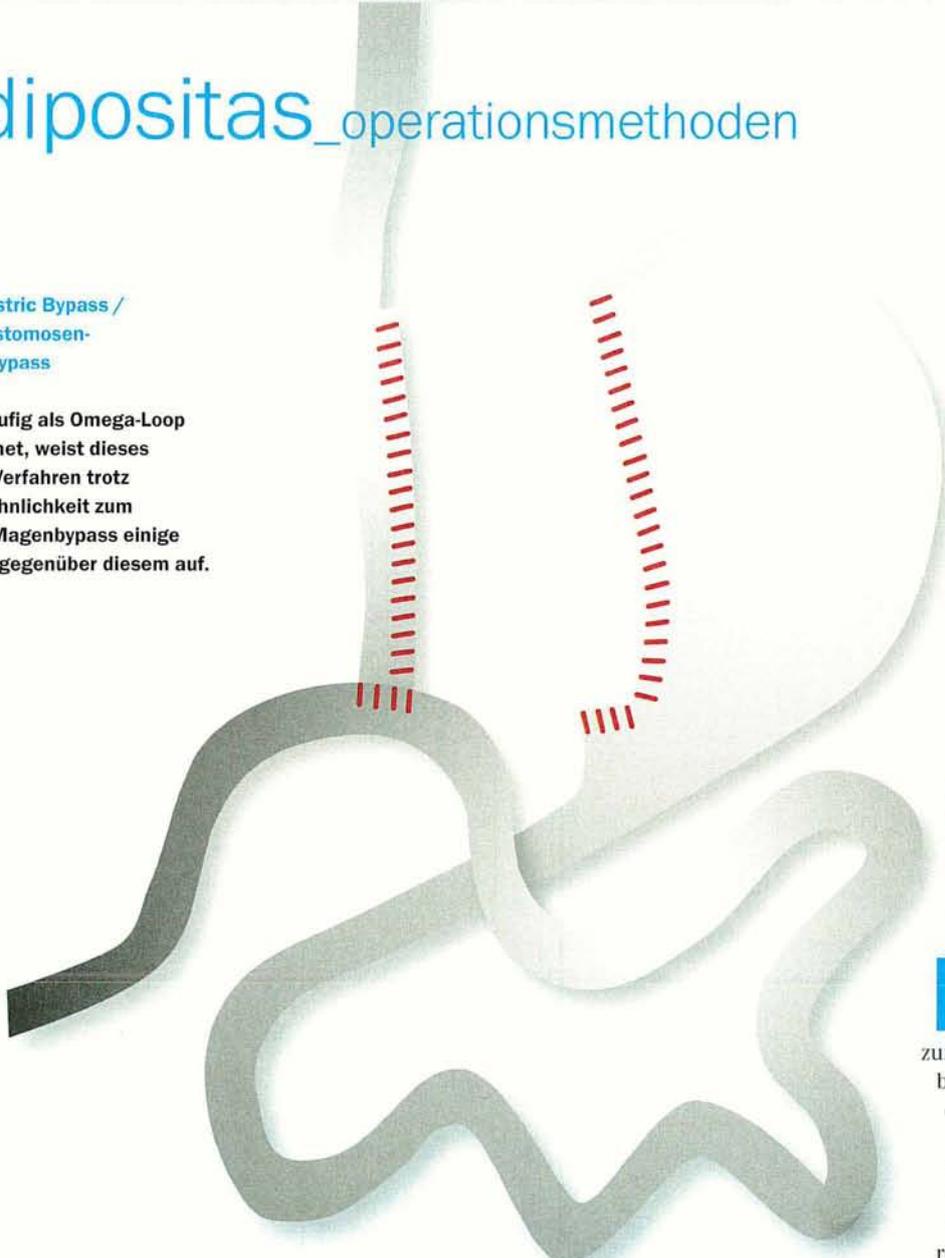
Extremform der adipositaschirurgischen Verfahren mit starkem malresorptiven Effekt. Wegen der aufwändigen Nachsorge und des höheren Risikos für Mangelerscheinungen wird das Verfahren nur sehr selten angewendet.



adipositas_operationsmethoden

Mini-Gastric Bypass / Ein-Anastomosen- Magenbypass

Auch häufig als Omega-Loop bezeichnet, weist dieses neuere Verfahren trotz seiner Ähnlichkeit zum Roux-Y Magenbypass einige Vorteile gegenüber diesem auf.



Diabetes, Bluthochdruck) ist, desto höher wird das Risiko für zu häufigen Stuhlgang und für Mangelerscheinungen (Vitaminmangel, Blutarmut, Osteoporose, auch Eiweißmangel). Andererseits lassen sich aber Mangelerscheinungen durch eine gute Supplementation und durch Teilnahme an den Nachsorgeuntersuchungen weitestgehend vermeiden.

Mini-Gastric Bypass/ Ein-Anastomosen- Magenbypass

Es gibt noch immer verschiedene andere Namen für dieses Verfahren (in Deutschland zum Beispiel häufig als „Omega-Loop“ bezeichnet). Diese Methode ist auf den ersten Blick dem Roux-Y-Magenbypass relativ ähnlich, weist aber dennoch einige wichtige Unterschiede auf: Die obere Magentasche als neues Nahrungsreservoir (der sogenannte „Pouch“) ist schmal und deutlich länger (16 bis 20 Zentimeter lang) ausgebildet als

beim Y-Bypass. Die Verbindung mit dem Dünndarm ist beim Roux-Y-Magenbypass möglichst eng (circa 1,5 Zentimeter weit), beim Mini-Gastric Bypass jedoch absichtlich relativ weit (circa 4 Zentimeter). Das ist deshalb so, weil der Y-Bypass eher ein restriktives Verfahren ist, also durch besonders kleine Portionsgrößen zu verminderter Kalorienaufnahme führen soll, während beim Mini-Gastric Bypass zwar relativ größere Mahlzeiten mit größerem Volumen (also zum Beispiel auch vegetarische Kost) gut verzehrt werden können, deren Kalorien aber dann durch die Umgehung einer deutlich längeren Dünndarmschlinge (circa 200 Zentimeter) teilweise mit dem Stuhlgang wieder ausgeschieden werden.

Der Mini-Gastric Bypass ist also ein eher malresorptives Verfahren. Er lässt einen etwas höheren Gewichtsverlust, eine sehr gute antidiabetische Wirkung und stabilere Langzeitergebnisse erwarten. Sein Nachteil ist aber das höhere Risiko für Mangelerscheinungen, insbesondere wenn die Supplementation nicht dauerhaft diszipliniert durchgeführt wird. Auch wird diese Operation erst seit 1997 durchgeführt, so dass diesbezüglich noch keine Ergebnisse über mehr als 20 Jahre vorliegen (der „Sleeve“ wurde allerdings sogar erst 2001 „erfunden“).

Auf die zweite Nahtverbindung am Dünndarm (also das „Wegleiten“ der Verdauungssäfte vom Magen weg weiter in Richtung des unteren Dünndarmes)

mittleren Ästchen des „Y“) angelegt, so dass es zu keiner wesentlichen Nichtaufnahme von Nahrungskalorien (Malresorption) kommt.

Malresorbiert werden allerdings größere Anteile der aufgenommenen wasserlöslichen Vitamine, Eisen und Kalzium. Der Y-Magenbypass wirkt vor allem durch seine hormonalen Wirkungen und durch die Verkleinerung der Nahrungsportionen (Restriktion). Die Langzeitergebnisse mit diesem Verfahren sind von allen Verfahren bislang am besten untersucht. Aus skandinavischen Daten ist bekannt, dass auch nach 15 Jahren das Gesamtkörpergewicht der so operierten Patienten durchschnittlich immer noch um circa ein Viertel gegenüber dem Ausgangsgewicht reduziert ist. Dieses bedeutet ein hervorragendes medizinisches Ergebnis, wenngleich die Erwartungen der Patienten an „ihre Operation“ in der Regel weit darüber hinausgehen. In Abhängigkeit von der „Konstruktion“ des Bypass (Variation der Dünndarmschenkellängen; also je nachdem wie lang die „Ärmchen“ des „Y“ angelegt werden), lassen sich auch stärkere malresorptive Wirkungen erzielen. Diese gehen mit höheren Gewichtsabnahmen einher, führen aber auch häufig zu vermehrten Durchfällen und zu einem wesentlich höheren Risiko für Mangelerscheinungen. Dieses ist überhaupt ein Grundproblem der gesamten Adipositaschirurgie: Je stärker und nachhaltiger die Wirkung eines Operationsverfahrens hinsichtlich Gewichtsabnahme und Beeinflussung der Folgeerkrankungen (zum Beispiel

Die Eingriffe werden seit etlichen Jahren nahezu ausnahmslos minimal-invasiv, also durch wenige jeweils ein bis zwei Zentimeter lange Schnitte an der Bauchwand durchgeführt. Ein großer Bauchschnitt ist nur in absoluten Ausnahmesituationen noch erforderlich. Das Risiko von Komplikationen ist insbesondere in spezialisierten Adipositaszentren mittlerweile sehr niedrig geworden und ist vergleichbar mit demjenigen bei geplanten Gallenblasenentfernungen oder Leistenbruchoperationen. Ein Aufenthalt auf einer Intensivstation ist meistens nicht notwendig. Aufstehen aus dem Bett, zur Toilette gehen und schluckweises Trinken von stillem Wasser oder Tee sind schon wenige Stunden nach diesen Eingriffen möglich. Die Dauer des stationären Aufenthaltes beträgt nur selten mehr als drei bis vier Tage.

wird beim Mini-Gastric Bypass verzichtet. Das scheint hinsichtlich des Risikos für „Dumping“ (das sind mögliche Kreislaufprobleme und Unterzuckerungen nach der Nahrungsaufnahme) sogar sehr günstig zu sein, wobei die Wirkungsmechanismen dafür noch nicht ganz geklärt sind. Auch bedeutet der Verzicht auf eine zweite Nahtverbindung eine schnellere Operation und ein geringeres Operationsrisiko. Das spätere Risiko für sogenannte „innere Einklemmungen“ vom Dünndarm ist offensichtlich gegenüber dem Roux-Y-Magenbypass ebenfalls erheblich reduziert. Der Mini-Gastric Bypass ist bei zu starker oder zu schwacher Wirkung von allen adipositaschirurgischen Verfahren auch am leichtesten operativ anzupassen, zu verändern oder sogar rückzubauen.

Der Kontakt des Magens mit verdünntem gallehaltigen Verdauungssaft wurde häufig kritisiert, scheint aber bei richtiger Operationstechnik nur in weniger als einem Prozent der so operierten Patienten ein (relativ leicht behandelbares) Problem darzustellen. Auch das früher befürchtete Entzündungsrisiko des Magens mit vermehrter Geschwürbildung oder sogar etwas erhöhtem Risiko für eine Krebsentstehung im Langzeitverlauf kann durch die Ergebnisse der letzten 20 Jahre überhaupt nicht belegt werden. Die Geschwürbildung (< 5 Prozent) ist nicht häufiger als beim Roux-Y-Magenbypass. Bei solchen Diskussionen darf auch nicht vergessen werden, dass diese Operationen durch den erzielten Gewichtsverlust generell das Krebsentstehungsrisiko für viele bei Adipositas vermehrt auftretende Krebsarten (zum Beispiel Brust- und Dickdarmkrebs) deutlich absenken.

Der Mini-Gastric Bypass stellt zusammenfassend eine sehr gute Behandlungsalternative zum Roux-Y-Magenbypass und gerade auch zum Schlauchmagen dar und ist deshalb mittlerweile zum dritthäufigsten Verfahren aufgestiegen.

Andere Verfahren

Wie aus den Beschreibungen der Bypassverfahren oben ableitbar, lassen sich die Magenbypasskonstruktionen insbesondere in der Weise verändern, dass erheblich längere Dünndarmabschnitte komplett aus der Nahrungspassage ausgeschaltet werden und es in der Folge zu einem sehr starken und anhaltenden malresorptiven Effekt kommt. Das führt zwar zu den stärksten und stabilsten Gewichtsreduktionen von allen Verfahren überhaupt, aber eben auch zu meist sehr hoher Stuhlfrequenz, hohem Risiko für Mangelerscheinungen und anspruchsvoller Nachsorge und Supplementation. Bei diesen Verfahren müssen die Laborwerte häufiger und konsequenter kontrolliert werden. Beispiele für diese Verfahren sind der distale Magenbypass, die Bilio-pankreatische Diversion nach Scopinaro (BPD) oder in der Version BPD-DS (mit Duodenal Switch) auch als Kombination eines Schlauchmagens mit einer sehr langen Y-förmig rekonstruierten Dünndarmausschaltung (siehe Bild).

Diese Verfahren sind besonderen Situationen vorbehalten und kommen aufgrund der aufwändigen Nachsorge weltweit nur auf einen Anteil von weniger als einem Prozent der Adipositasoperationen. Man kann sie aktuell deshalb eigentlich nicht als Standardverfahren bezeichnen. Dieses gilt auch für andere Verfahren wie beispielsweise die Gastroplikatür („Einstülpfen“ der Magenwand durch Nähte ohne Entfernung eines Magenanteiles) oder die endoskopische Gastropastik (eine ähnliche Operation, die aber nicht durch die Bauchdecke sondern ausschließlich per Magenspiegelung über den Mund vorgenommen wird).

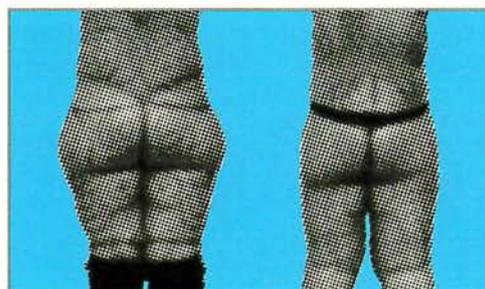
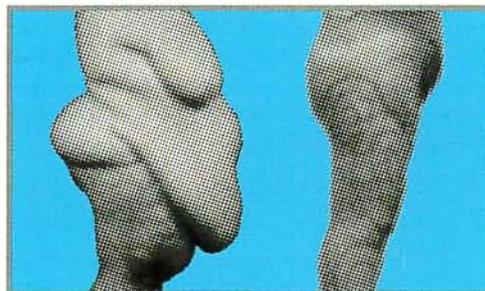
Zusammenfassend sind Schlauchmagen, Roux-Y-Magenbypass und Mini-Gastric Bypass derzeit die am häufigsten durchgeführten Adipositas Eingriffe und somit als Standardverfahren anzusehen. Welches Verfahren im Einzelfall am besten ist, sprengt den Rahmen dieser Darstellung und kann nur im jeweiligen Adipositaszentrum anhand verschiedener individueller Gegebenheiten gemeinsam zwischen Patient und Adipositaschirurg entschieden werden. Alle Eingriffe stellen keine „Heilung“ dar, bieten aber im Rahmen fortgesetzter konservativer Maßnahmen (Ernährung, Bewegung, gegebenenfalls psychotherapeutische Unterstützung) die Chance einer langfristig erfolgreichen Adipositas therapie. Eine dauerhafte Nahrungsergänzung mit Vitaminen und Mineralstoffen ist dafür unerlässlich. ●

Wieder in **Form**

Nach großem Gewichtsverlust oder beim Lipödem sind oftmals plastisch-chirurgische Wiederherstellungsoperationen erforderlich. Ein Überblick von Dr. med. Alexander Stoff, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie an der PAN-Klinik und am St. Franziskus Hospital in Köln und Sektionsleiter für Plastische und Ästhetische Chirurgie am St. Martinus Krankenhaus in Düsseldorf.

Das erste Ziel aller betroffenen Menschen, die unter einem mehr oder weniger ausgeprägten Übergewicht leiden, ist eine erfolgreiche und bevorzugt zügige Gewichtsreduktion. Wenn die ersehnte Gewichtsreduktion durch diätetische Maßnahmen oder grundlegende Änderungen der Lebensgewohnheiten nicht erreicht wird, stehen für den größeren Teil der Betroffenen verschiedene adipositaschirurgische Maßnahmen zur Verfügung. Hierdurch lässt sich ein sehr großer Gewichtsverlust erreichen; Betroffene haben häufig nach sechs bis 12 Monaten schon ihre stabile Phase erreicht, auch wenn der anvisierte Body-Mass-Index nicht immer erreicht wird.

Grundsätzlich ist aus ärztlicher Sicht auch kein sogenannter Standard-BMI vorzugeben, hier spielen individuelle Faktoren wie die lokal verbliebenen Fetthautüberschüsse oder die Körperkonstitution mit einem teilweise hohen



Muskelanteil eine entscheidende Rolle. Des Weiteren gibt es seit Einführung des BSI (auch ABSI - A Body Shape Index) eine dem BMI überlegenen Richtwert. Hierbei wird zusätzlich zur Körpergröße und dem Körpergewicht der Taillenumfang zu Grunde gelegt. Bei jedem Patienten sollte somit unter Berücksichtigung unterschiedlichster Faktoren individuell entschieden werden, bei welchem Gewicht der zu erwartende Erfolg erreicht wurde oder gegebenenfalls eine weitere gewichtsreduzierende Maßnahme (wie zum Beispiel eine adipositaschirurgische Umbauoperation) erforderlich ist. Zudem sollte unbedingt das zu erwartende Gewicht der zu entfernenden Hautweichteilüberschüsse in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.

Nach der erfolgreichen Gewichtsreduktion verbleiben in den Regionen der oberen und unteren Extremitäten sowie des Rumpfes individuell unterschiedlich ausgeprägte und teilweise erheblich entstellende Hautweichteilüberschüsse mit oft ausgeprägten Hautfaltenbildungen, welche je nach Ausprägung einerseits zu wiederkehrenden oder gar anhaltenden Entzündungen führen, andererseits von den Patienten durch schmerzhaft einklemmungen als äußerst störend empfunden werden. Teilweise bedingt durch schwere Pendelgewichte, beeinträchtigen sie zudem langfristig die Gelenk- und Körperdynamik.

In dieser Phase ist es bei den Patientinnen entscheidend, bei deutlicher Restadipositas im Bereich der Extremitäten die Diagnose einer symmetrischen benignen Lipomatosis oder eines Lipödems zu stellen, welche erheblichen Einfluss auf das zu planende Behandlungsschema hat. Auffällig oft beklagen Patienten in dieser Phase, dass ihr Selbstwertgefühl mit den nun unförmigen Hautweichteilüberschüssen im Vergleich zu der „adipösen“ Zeit deutlich



WIR BEGLEITEN SIE...
...beim Start in ein
leichteres Leben!

Dauerhaft und gesund Gewicht zu reduzieren ist eine große Herausforderung. Unser Team aus Ärzten, Ernährungsberatern, Psychologen und Selbsthilfegruppen unterstützt Sie gern.

Unser Angebot für Sie: Monatlich stattfindende Infoabende „Möglichkeiten der Adipositas-Chirurgie“ im St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel.

Weitere Informationen:
www.josef-krankenhaus.de

St. Josef-Krankenhaus Hamm-Bockum-Hövel
Adipositaszentrum
Albert-Struck-Str. 1 | 59075 Hamm
Tel. 02381 961-1854



**WESTFÄLISCHES
ADIPOSITASZENTRUM**
DER ST. BARBARA-KLINIK HAMM GMBH
STANDORT ST. JOSEF-KRANKENHAUS

reduziert sei und sie unter einem neu aufgekommenen, teilweise enormen Schamgefühl zu leiden haben. Im Rahmen des BGH-Urteils vom 19. Juli 2004 bezüglich der körperlichen Entstellung sei an dieser Stelle erwähnt, dass sich zum Nachteil der Betroffenen in fast allen Fällen die entstehenden Deformitäten durch das Tragen entsprechender Kleidung sehr gut kaschieren lassen.

Bei Erstantragstellung für die geplanten Wiederherstellungsoperationen (WHOs) werden nach einer Gewichtskonstanz von mindestens drei Monaten und dem Vorliegen aller erforderlichen Facharztatteste (zum Beispiel dermatologisches Attest mit Nachweis einer zweimonatigen Behandlung, Hausarztattest, orthopädisches Attest bei bereits vorliegenden Gelenkbeschwerden, etc.) ein individueller Behandlungsplan erstellt und alle medizinisch erforderlichen Operationen aufgeführt. Hierzu gehören je nach Ausprägungsgrad meist folgende WHOs :

- Bauchdeckenstraffung, Gesäßstraffung, zirkuläres unteres Bodylift
- Liposuktions-assistierte Oberschenkelstraffung, Unterschenkelstraffung
- Brust- und laterale Thoraxstraffung
- Liposuktions-assistierte Oberarmstraffung, Unterarmstraffung

Die Ziele der WHOs sind die Entfernung der Hautweichteilüberschüsse



MediClin Seepark Klinik | **MEDICLIN**

Sie möchten Ihr Körpergewicht reduzieren und durch Bewegung unter Kontrolle halten?
Wir helfen Ihnen dabei!

Norddeutsches Adipositaszentrum für Erwachsene, Kinder und Jugendliche
Spezial- / Fach- und Rehabilitationsklinik

- Behandlung von immobilen Patienten bis 350 kg (AR-Zulassung)
- Gewichtsreduktion zur Vorbereitung eines chirurgischen Eingriffs
- Nachsorge nach einer Magen-Operation
- Reduzierung gesundheitlicher Risiken aufgrund des Übergewichts

Haben Sie Fragen?
Rufen Sie uns unter
Tel. 0 58 24 / 2 12 36 an

MediClin Seepark Klinik
Sebastian-Kneipp-Straße 1
29389 Bad Bodenteich

www.seepark-klinik.de

St. Franziskus-Hospital 
Eine Einrichtung der Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria






Referenzzentrum für Adipositaschirurgie

- Einziges zertifiziertes Referenzzentrum für Adipositaschirurgie im Rheinland
- Multimodale Konzepte zur umfassenden Adipositas therapie
- Spezialsprechstunde für Patienten ab 16 Jahren
- Breites Angebot an Operationsverfahren (incl. Minibypass und komplexen Umbauoperationen), überwiegend minimal-invasiv
- Plastisch chirurgische Wiederherstellungsoperationen
- Lebenslanges Nachsorgeprogramm
- Kooperation mit mehreren Adipositas selbsthilfegruppen
- Adipositasgerechte Patientenzimmer und technische Ausstattung

Zentrumsleiter Dr. Karl-Peter Rheinwald und das interdisziplinäre Team aus Oecotrophologinnen, Sporttherapeuten und Psychologinnen sind für Sie da!

St. Franziskus-Hospital · Schönsteinstraße 63
50825 Köln-Ehrenfeld · Tel 0221 5591-1050
adipositaschirurgie.kh-franziskus@cellitinnen.de · www.stfranziskus.de

Cellitinnen 
Der Mensch in guten Händen

adipositas_wiederherstellungsoperationen

Die WHO's des unteren Rumpfes – Bauch-, Gesäßstraffung und Bodylift – werden zahlenmäßig am häufigsten vorgenommen. Hierbei lassen sich beim unteren zirkulären Bodylift in einem Eingriff die Regionen Bauch, Gesäß, Schamhügel, Flanken und äußere Oberschenkel übergreifend und suffizient behandeln, teilweise mit Resektionsmengen im zweistelligen Bereich.

und die damit vollständige Beseitigung der oben beschriebenen Probleme, letztendlich die Wiederherstellung normaler anatomischer Körperregionen.

Die WHO's des unteren Rumpfes – Bauch-, Gesäßstraffung und Bodylift – werden zahlenmäßig am häufigsten vorgenommen. Hierbei lassen sich beim unteren zirkulären Bodylift in einem Eingriff die Regionen Bauch, Gesäß, Schamhügel, Flanken und äußere Oberschenkel übergreifend und suffizient behandeln, teilweise mit Resektionsmengen im zweistelligen Bereich. Hierzu bedarf es jedoch der expliziten Kostenzusage für dieses Verfahren durch die Krankenkassen. Alternativ lassen sich diese oben genannten Regionen durch zwei Operationsschritte behandeln, wobei im Bereich des Bauches die Fleur-de-lis Schnittführung (sogenannter T-Schnitt) in der Häufigkeit deutlich zugenommen hat. Grund hierfür ist die oft massive Reduktion des Körpergewichts mit zum Teil erheblichen Hautweichteilüberschüssen im Oberbauchbereich, die sich nicht suffizient durch eine anschließende Brust-Thoraxstraffung beseitigen lassen.

Bei der simultan durchführbaren Brust- und lateralen Thoraxstraffung können simultan im Bereich der Brust bei männlichen Betroffenen größere Mengen an Brustfett- und Brustdrüsenüberschuss entfernt sowie Hautweichteilüberschüsse im Bereich der seitlichen Brustwand sowie des Oberbauches entfernt werden. Bei weiblichen Betroffenen kann dieses überschüssige Gewebe aus den Bereichen der seitlichen Brustwand sowie des Oberbauches bei Bedarf für eine sogenannte Autoaugmentation der Brust (Aufbau mit Eigengewebe) verwendet werden. Dieses Verfahren erlaubt bei Schnittführungen entlang der seitlichen Brustwand eine suffiziente Straffung der oberen Rückenpartie ohne zusätzliche Narben in diesen Bereichen.

Die Straffungsverfahren im Bereich der Extremitäten bei Adipositas oder Lipödem haben durch die heutzutage unverzichtbare Kombination mit der Liposuktion (Fettabsaugung) an erheblicher Sicherheit und ästhetischem Verbesserungspotenzial dazu gewonnen. Bereits vor 14 Jahren haben wir bei amerikanischen plastisch-chirurgischen Kollegen mit Erstaunen beobachtet, wie bei Bauchdeckenstraffungen nach einer vorbereitenden Liposuktion des Unterhautfettgewebes auf schneidende Präparationstechniken durch manuellen Abriss verzichtet wurde, alles im Sinne eines maximalen Lymphgefäßerhalts. Dies hat uns vor 12 Jahren veranlasst, im Rahmen der hautstraffenden



Dr. med. Alexander Stoff

Extremitätenchirurgie fortan zum einen die Liposuktion als obligates Hauptverfahren zu etablieren und die Entfernung der überschüssigen Haut durch gefäßschonendes Abreißen ohne schneidende Hilfsmittel zu etablieren. Aufgrund dieser wesentlichen Präparationsschritte lassen sich heutzutage simultan größere Mengen an Unterhautfettgewebe sowie Hautgewebe in allen Regionen der oberen und

unteren Extremitäten entfernen, und dies mit einer sehr überschaubar geringen Zahl an Komplikationen. Diese Erkenntnis trifft gleichermaßen für Betroffene mit Adipositas als auch dem Lipödem zu.

Häufigere Komplikationen nach WHO's sind generalisierte Wundheilungsstörungen und Wundwasseransammlungen (diese meist im Bereich des Bauches). Unsere Beobachtungen haben gezeigt, dass Wundheilungsstörungen durch eine mehr oder weniger bestehende Unverträglichkeit gegenüber dem auflösenden Nahtmaterial oder aufgrund einer bestehenden Malabsorption, zum Beispiel bei Eisenmangel gehäuft vorkommen. Entscheidend für einen zufriedenstellenden Verlauf trotz dieser Widrigkeiten ist die optimierte Patientenführung durch die vorbehandelnde Klinik. Schwerwiegende Komplikationen sind dank etablierter intra- und postoperativer Behandlungsstandards selten.

Zusammenfassend lässt sich aus heutiger Sicht bei deutlich steigender Zahl der körperformenden Eingriffe bei Adipositas und beim chronisch progredienten Lipödem beobachten, dass sich die Qualität und die Sicherheit der entsprechenden Eingriffe erhöht haben. Durch die Etablierung entsprechender Techniken und die signifikante Verkürzung der Operationszeiten konnten in den vergangenen zehn Jahren die Risiken und Komplikationen auf ein geringere und akzeptable Zahl reduziert werden.

Der für die Betroffenen konsequente und oft enorme Zugewinn an Lebensqualität ist zweifelsohne durch keine konservative oder anderweitige Maßnahme erreichbar. Abschließend sollte das zunehmende Verständnis und die verbesserte finanzielle Unterstützung seitens der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen im Rahmen dieser WHO's lobend erwähnt werden. ●



AdipositasZentrum
am St.-Johannes-Hospital Dortmund



Interdisziplinäres Zentrum für Adipositas und metabolische Chirurgie

Prof. Dr. med. Ulrich Bolder und Team.

Wir beraten und betreuen Sie durch ein interdisziplinäres Team und führen durch: Magenbypass, Omegabypass, Schlauchmagen, Magenband sowie Umwandlungsoperation.

- Hilfe beim Antrag auf Kostenübernahme
- Nachsorgekonzept
- konservative Therapien

Aktive Selbsthilfegruppe am Haus.

E-Mail: adipositas-shg@joho-dortmund.de

Info und Kontakt:

Telefon: (0231) 18 43 - 35 744

E-Mail: ulrich.bolder@joho-dortmund.de

Internet: www.adipositaszentrum-dortmund.de



KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH
Kranken- und Pflegeeinrichtungen



Adipositas ist eine Erkrankung – bariatrische Operationen sind ein Weg

Wir sind für Sie da: vor einer Operation – und vor allem auch danach



Dr. Matthias Schlensak
Chefarzt

Schön Klinik Düsseldorf
- Fachzentrum für Adipositas-Chirurgie -
Am Heerdter Krankenhaus 2
40549 Düsseldorf
T +49 211 94627096
dus-adipositas@Schoen-Kliniken.de



Dr. Beate Herbig
Chefarztin

Schön Klinik Hamburg Eilbek
- Adipositas Klinik -
Dehnhaiide 120
22081 Hamburg
T +49 40 63796460
Adipositasklinik-hh@Schoen-Kliniken.de



Prof. Dr. Thomas Horbach
Chefarzt

Schön Klinik Nürnberg Fürth
- Kompetenzzentrum für Adipositas- und
Metabolische Chirurgie -
Europa-Allee 1, 90763 Fürth
T +49 911 95159304
nfu-adipositas@Schoen-Kliniken.de

Neu essen lernen

Die Ernährungsberatung vor und nach bariatrischen Operationen stellt einen wichtigen Baustein in der multimodalen Adipositas­therapie dar. Diplom-Oecotrophologin Karin Wagner, die unter anderem im St. Martinus Krankenhaus und der Schön Klinik tätig ist, unterstützt seit vielen Jahren Patienten bei der Ernährungsumstellung.



Wie sieht die Ernährungsberatung vor einer bariatrischen Operation aus?

Die Patienten müssen ja eine multimodale Therapie über einen Zeitraum von sechs Monaten absolvieren. In diesem Zeitraum vor der Operation findet einmal im Monat eine Beratung statt. Beim ersten Termin erstelle ich zunächst eine Anamnese und bespreche das Essverhalten und die Ernährungsumstellung in Hinblick auf die geplante Operation. Es ist wichtig, dass schon im Vorfeld Änderungen vorgenommen und trainiert werden, um die Umstellung nach der Operation zu erleichtern.

Welche Umstellungen werden bereits vor der Operation vorgenommen werden?

Grundsätzlich wird eine Gewichtsreduktion schon vor der Operation angestrebt, da sich dadurch bereits die gesundheitliche Verfassung eines Patienten verbessert. Wesentlich ist, dass die Patienten lernen, allmählich die Portionsgrößen zu reduzieren: dass mindestens 1,5 bis 2 Liter kalorienfreie Getränke täglich aufgenommen werden und die Patienten bereits jetzt anfangen, langsamer sowie ohne Ablenkung zu essen. Des Weiteren sollte eine eiweißbetonte und

Tabellarische Zusammenstellung der präventiven Supplementation

	Magenband	Sleeve Gastrektomie	Roux-en-Y Magenbypass	BPD BPD-DS
Eiweiß	60 (- 90) g pro Tag	60 - 90 g pro Tag	60 - 90 g pro Tag	(60-) 90 g pro Tag
Multivitamin A - Z	RDA ¹ 100 %	RDA ¹ 100 %	RDA ¹ 200 %	RDA ¹ 200 %
Calcium + Vitamin D₃	1.500 Ca ²⁺ + 800 IE D ₃	1.500 Ca ²⁺ + 800 IE D ₃	1.500 - 2.000 Ca ²⁺ + 1000 - 3000 IE D ₃	1.800 - 2.400 Ca ²⁺ + 1000 -3.000 IE D ₃
Vitamin B₁₂	—	Ggf. 1000 µg alle 3 Monate	1000 µg spätestens alle 3 Monate	1000 µg spätestens alle 3 Monate
Sonstige	—	—		Fettlösliche Vitamine ADEK i.m.



kohlenhydratreduzierte Lebensmittelauswahl getroffen werden. Der Mahlzeitenzusammenstellung sollte berücksichtigt werden sowie der Abstand zwischen den Mahlzeiten.

Die Patienten trinken gar keine zuckerhaltigen Getränke mehr?

Die Patienten arbeiten daran, die ursprünglich regelmäßig konsumierte Menge zuckerhaltiger Getränke Schritt für Schritt zu reduzieren.

Aber das Ziel am Ende ist, den Konsum zuckerhaltiger Getränke komplett einzustellen?

Genau, das ist das Ziel. Wenn jemand zum Beispiel einen Magen-Bypass bekommt, dann kann durch den Konsum zuckerhaltiger Getränke ein Dumping hervorgerufen werden. Im Falle eines Schlauchmagens gibt der Körper keine Rückmeldung bei Aufnahme von zuckerhaltigen Getränken, was letztendlich auch wieder zu einer Gewichtszunahme führen kann. Innerhalb der Beratungen ist es sehr wichtig, auf diese Aspekte ausführlich einzugehen.

Wie äußert sich so ein Dumping?

Wenn ein Patient mit einem Magen-Bypass sehr zuckerreich isst oder trinkt, dann reagiert sein Körper unmittelbar. Patienten berichten, dass sie müde sind und sich hinlegen müssen. Andere haben Probleme mit Übelkeit und Erbrechen, was dann als Früh-Dumping bezeichnet wird. Bei Patienten mit Schlauchmagen können diese Reaktionen nicht auftreten. Deshalb ist bei Patienten mit Schlauchmagen auch das Risiko erhöht, dass sie durch den Konsum süßer Getränke oder Speisen, der ja keine unmittelbaren Reaktionen hervorruft, langfristig wieder zunehmen.

Zahlreiche übergewichtige Patienten haben trotz der hohen Energieaufnahme durch unausgewogene Nahrung oftmals Vitamin- und Mineralstoffmangelercheinungen. Wie wird damit umgegangen?

Abhängig von der Art des bariatrischen Eingriffs können Defizite in der Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen auftreten. Aber auch die Lebensmittelauswahl sowie kleinere Essportionen wirken sich entsprechend auf die Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen aus.

Aus diesem Grund erfolgt teilweise vor und auf jeden Fall nach den Operationen eine Supplementation mit den erforderlichen Präparaten. Zur Prophylaxe eines Vitamin- und Mineralstoffmangels wird bei allen bariatrischen Methoden die tägliche Einnahme eines Multivitaminpräparats sowie die Supplementation von Kalzium in Kombination mit Vitamin D empfohlen. Ebenso ist eine Vitamin B12-Spritze über den Hausarzt monatlich oder als Depotspritze alle drei Monate notwendig.

Nach jeder bariatrischen Operation sollten regelmäßige Blutkontrollen erfolgen, um den jeweiligen Status zu überprüfen. Die Konsequenzen der verschiedenen Operationsverfahren im Hinblick auf die Nährstoffaufnahme und Verwertung erkläre ich den Patienten sehr ausführlich. ●



Erfolgreich abnehmen

Chirurgische Hilfen bei krankhaftem Übergewicht

Wir leben das multimodale Konzept:

- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie

Als Behandlungsoption bieten wir chirurgische Therapieverfahren an:

Gastric Bypass, Gastric Banding, Sleeve Resection, Endobarrier-Therapie, ReDo-Operationen, Plastische Operationen

Lassen Sie sich von uns beraten:

Dmitrij Dajchin

Leitender Oberarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie
Leitung Adipositaszentrum Düsseldorf
Facharzt für Chirurgie,
Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie



Wir sind von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) als

Kompetenzzentrum für Adipositaschirurgie zertifiziert.

**LYDIA SCHÖWERLING, 40 JAHRE
STEUERFACHWIRTIN AUS
BIELEFELD**

Operation: Schlauchmagen
Gewicht vor der OP: 160 Kilogramm
Aktuelles Gewicht: 107 Kilogramm
Therapien: Ernährungsberatung, Psycho-
therapie, Selbsthilfegruppe in Bielefeld,
Rehasport im Studio und im Wasser

„Ich fühle mich viel leichter! Auch im doppelten Sinne! Ich habe wieder Spaß daran, etwas zu unternehmen. Weder im Kino noch im Restaurant muss ich darauf achten, ob ich in die Sessel oder Stühle passe. Zudem werde ich nicht mehr so angestarrt, wenn ich auf die Straße gehe. Vom BMI her bin ich immer noch adipös, fühle mich aber viel besser. Langfristig würde ich gerne nur mehr ‚übergewichtig‘ sein.“

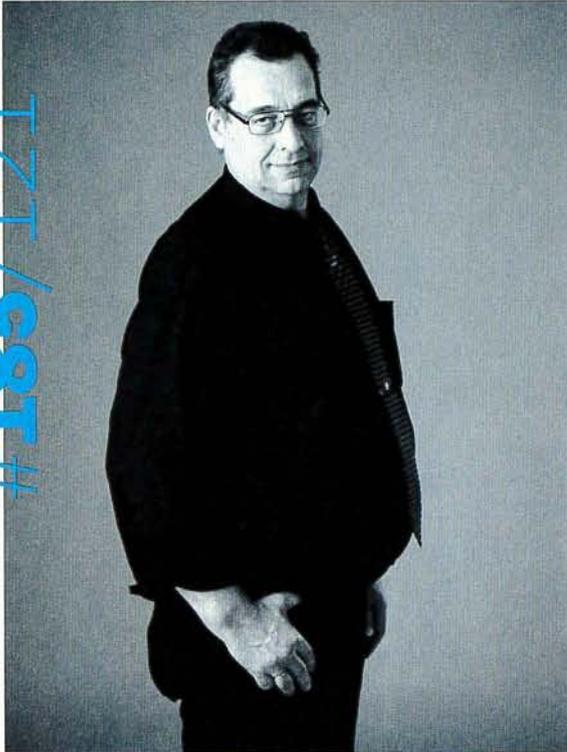


#160/107



#vorher/nachher

#185/121



**JOCHEN NIEMANN, 56 JAHRE ALT,
BILANZBUCHHALTER AUS DUISBURG**

Operation: Schlauchmagen, Bypass
Gewicht vor der OP: 185 kg
Aktuelles Gewicht: 121 kg
Therapien: Ernährungsberatung und Bewegungstherapie, vorwiegend Schwimmen, Radfahren, Spaziergänge

„Ich bin beweglicher, glücklicher, zufriedener. Ich kann wieder an meinem sozialem Umfeld teilhaben, alles Mögliche wieder machen. Mein Wohlfühlgewicht habe ich für mich schon erreicht, einige Kilos gingen wohl noch, aber ich bin jetzt schon zufrieden, mehr kann, muss aber nicht.“



#145/80



**MONIKA VEER, 45 JAHRE
RAUMPFLERIN AUS STADTLOHN**

Operation: Roux-en-Y-Bypass, Bodylift
Gewicht vor der OP: Höchstgewicht 145 Kilogramm
Aktuelles Gewicht: 80 bis 83 Kilogramm
Therapien: Selbsthilfegruppe Borken, Beratung und Begleitung durch eine Ernährungsmedizinerin

„Ich habe mein ganzes Leben umgekrempelt. Früher standen meine Kinder und mein Mann an erster Stelle, dort stehe ich jetzt. Nach einer Abnahme von rund 65 Kilogramm bin ich viel agiler und unternehmungslustiger. Ich engagiere mich ehrenamtlich in der evangelischen Kirche. Auch habe ich 2015 die Leitung der Adipositas-Selbsthilfe in Borken übernommen. Das war die beste Entscheidung meines Lebens. Obwohl der Weg lang war, würde ich ihn immer wieder gehen.“



#154/78



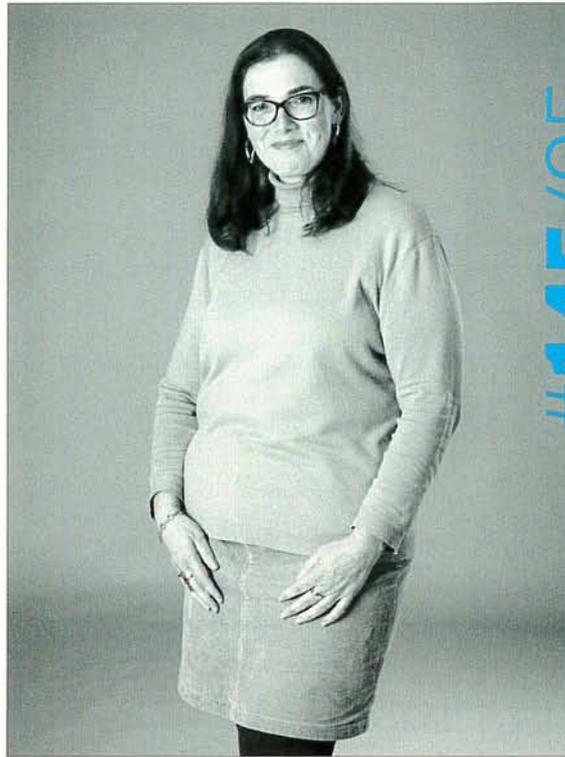
**MARION RUNG-FRIEBE, 53 JAHRE
HAUSFRAU AUS LUDWIGSHAFEN**

Operation: Schlauchmagen
Gewicht vor der OP: Rund 154 Kilogramm
Aktuelles Gewicht: 78 Kilogramm
Therapien: Nach der OP Sport und
Ernährungsberatung

**„Mein Leben fühlt sich wunderschön
und leicht an. Vor allem habe ich durch
den Gewichtsverlust deutlich mehr
Selbstbewusstsein gewonnen.“**



#145/95



**ASTRID KLEE, 50 JAHRE
VERMESSUNGSTECHNIKERIN AUS
WUPPERTAL**

Operation: Bypass
Gewicht vor der OP: 145 Kilogramm
Aktuelles Gewicht: 95 Kilogramm
Therapien: Ernährungsberatung,
Aqua jogging, Tanzen

**„Viele Dinge fallen mir leichter. Das Laufen
macht wieder Spaß und die Beweglichkeit ist
viel besser. Es war eine gute Entscheidung,
mich operieren zu lassen. Seitdem vertrage
ich zwar nicht mehr alle Nahrungsmittel,
aber ich führe ein gesünderes Leben. Ich bin
wesentlich aktiver, bewege mich gerne und
habe Freude daran, mich schön anzuziehen.
Langfristig würde ich gerne zwischen 85
und 90 Kilogramm wiegen.“**



**LOTHAR EIDEN, 53 JAHRE
ANWENDUNGS- UND BAUTECHNIKER
IN DER CHEMISCHEN INDUSTRIE
AUS HILTER, LANDREIS OSNABRÜCK**

Operation: Schlauchmagen
Gewicht vor der OP: 172 Kilogramm
Aktuelles Gewicht: 95 Kilogramm
Therapien: Vor der OP multimodale
Therapie, danach Schwimmen,
Fitnesstraining, Walking,
Ernährungsberatung

„Nach der Operation hat für mich persönlich das Leben 2.0 angefangen. Vor der Operation war ich Bluthochdruckpatient und insulinpflichtiger Diabetiker. Zum Schluss hatte ich eine Insulinresistenz entwickelt und durch den Diabetes eine Polyneuropathie. Diese Krankheiten sind alle verschwunden, kein Bluthochdruck und kein Diabetes mehr. Alleine nicht mehr spritzen zu müssen ist für mich ein unbeschreibliches Lebensgefühl. Beruflich wie auch privat erlebe ich eine hohe Akzeptanz.“



#172/95

M.O.B.I.L.I.S. MACHT MOBIL

Ernährung, Verhalten und Bewegung – auf diesen drei Säulen baut das interdisziplinäre Schulungsprogramm M.O.B.I.L.I.S. auf.

MO.B.I.L.I.S., das interdisziplinäre Schulungsprogramm für stark übergewichtige Erwachsene (BMI 30 - 40 kg/m²), wurde 2002 von der Abteilung Rehabilitative und Präventive Sportmedizin des Universitätsklinikums Freiburg und dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Deutschen Sporthochschule Köln initiiert. Sportwissenschaftler, Sportlehrer, Physiotherapeuten, Psychologen, Pädagogen, Ökotrophologen und Ärzte unterstützen und begleiten M.O.B.I.L.I.S.-Teilnehmer ein Jahr lang auf ihrem Weg in ein gesünderes und mobileres Leben.

Bewegung

Das M.O.B.I.L.I.S.-Programm umfasst 40 praktische Bewegungseinheiten. Unter Anleitung eines Sportlehrers beziehungsweise Sportwissenschaftlers treffen sich die Teilnehmer im ersten Halbjahr zweimal pro Woche abwechselnd im Freien und in der Halle (30 Einheiten), im 3. Quartal einmal pro Woche ausschließlich an der frischen Luft (10 Einheiten), um in der Gruppe individuelle Bewegungserfahrungen zu sammeln.

Im Mittelpunkt stehen dabei verschiedene Ausdauertrainingsarten wie Walking oder Nordic-Walking, aber auch gezielte Übungen zur Kräftigung der Muskulatur zum Beispiel mit dem Thera-Band, zur Koordination und zur Entspannung. Eine sinnvolle Ergänzung der Bewegungspraxis liefert eine theoretische Gruppensitzung zum Thema Bewegung zu Programmbeginn.

Psychologie/Pädagogik

In 12 Gruppensitzungen besprechen die Teilnehmer mögliche Verhaltensänderungen mit einem Diplom-Psychologen oder Diplom-Pädagogen. Jede Sitzung ist einem speziellen Thema gewidmet. Die Teilnehmer erhalten während der Sitzungen theoretische Informationen und werden zu schriftlichen sowie mündlichen Aufgaben angeleitet. Zwischen den Gruppensitzungen

sollen die Teilnehmer die konkreten Aufgaben in ihrem Alltag umsetzen und den Fortschritt dokumentieren. Ein Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander ist zwar vorgesehen, steht aber nicht im Mittelpunkt, da es sich um keine Selbsthilfegruppe handelt. In den Gruppensitzungen kommen verhaltenstherapeutische Elemente zum Einsatz. Eine Psychotherapie wird dagegen nicht angeboten, auch wird keine Ursachenforschung im Sinne von „Warum bin ich übergewichtig?“ betrieben.

Ernährung

Der Ernährungsteil, der von Diätassistenten oder einer Diplom-Ökotrophologen gestaltet wird, beinhaltet drei beziehungsweise fünf Gruppensitzungen, einen Ernährungs-Erfolgscheck, zwei Praxissitzungen. Anstelle von starren Diätplänen und strengen Einschränkungen beim Essen gibt M.O.B.I.L.I.S. einen Orientierungsrahmen für die richtige Lebensmittelauswahl vor. Als zentrales Arbeitsinstrument für den Alltag steht den Teilnehmern eine speziell für M.O.B.I.L.I.S. entwickelte innovative Lebensmittel-Ampel zur Verfügung. Mit Hilfe dieser Ampel lernen sie, Lebensmittel energetisch und qualitativ günstig auszutauschen. Weitere Themen sind die Vermeidung von Nährstoffdefiziten während des Abnehmens und die sinnvolle Verteilung von Lebensmittelgruppen.

Medizin

Alle Teilnehmer werden zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Programms von einem Allgemeinmediziner oder Internisten medizinisch untersucht (Blutwerte und Belastungs-EKG) und erhalten einen ausführlichen Abschlussbericht für ihren Hausarzt. Der Arzt ist nicht während der Bewegungseinheiten und Gruppensitzungen anwesend und übernimmt keine über M.O.B.I.L.I.S. hinausgehende ärztliche Beratung.

Teilnahmegebühr: Die Teilnahmegebühr für das einjährige M.O.B.I.L.I.S.-Programm beträgt 785 Euro pro Person, die zu Kursbeginn zu bezahlen sind. Die Gebühr beinhaltet 40 praktische Bewegungseinheiten, 20 theoretische Gruppensitzungen (Verhaltenstraining, Ernährungsberatung) sowie drei ärztliche Untersuchungen.

Übernahme durch Krankenkassen: Alle Versicherten der Barmer und der DAK-Gesundheit erhalten (nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) 685 Euro bei regelmäßiger Teilnahme von 75 beziehungsweise 80 Prozent (nach Abschluss des Kurses) erstattet. Der Eigenanteil beläuft sich somit auf 100 Euro. Die Teilnahme an M.O.B.I.L.I.S. mit Kostenerstattung setzt



COPYRIGHT: AKTION SCHWERE(S)LOS/MELINA HIPLER/DAK-GESUNDHEIT

eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung voraus. Versicherten anderer Krankenkassen steht M.O.B.I.L.L.I.S. ebenfalls offen. Eine Kostenübernahme kann über die Geschäftsstelle der jeweiligen Krankenkasse beantragt werden.

Wissenschaftliche Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation zum Projektverlauf und zur Wirkung der Intervention erfolgte von Januar 2004 bis Juni 2011 durch die Sportmedizin Freiburg. Seit Juli 2011 setzt der M.O.B.I.L.L.I.S. e.V. die Dokumentation kontinuierlich fort. Die Erfolgskontrolle geschieht anhand ärztlich erhobener Parameter (CRF) und des Freiburger Fragebogens zur körperlichen Aktivität. Neben der Gewichtsentwicklung werden die Verbesserung der Risikovariablen und des Gesundheitsverhaltens (Bewegung, Ernährung) sowie die Veränderung der Lebensqualität berücksichtigt.

Die Teilnehmerzufriedenheit wird zudem in den einzelnen Phasen des Schulungsprogramms mit Hilfe von standardisierten Fragebögen erhoben und nach dem Balance-Score-Card-System bewertet. Die Auswertung der Ergebnisse aus den Befragungen dient als Grundlage zur ständigen Verbesserung des Schulungsprogramms.

Ergebnisse der Auswertungen

Die Auswertungen der abgeschlossenen M.O.B.I.L.L.I.S.-Gruppen im Untersuchungszeitraum vom 13. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2015 belegen die Effektivität und Wirksamkeit des Programms: Von insgesamt 6 687 betreuten Erwachsenen (BMI 30 -4 0 kg/m²) nahmen 5 805 über ein Jahr lang

teil und wurden abschließend untersucht. Dabei erreichten 43,9 Prozent der Teilnehmer das Ziel einer mindestens fünfprozentigen Gewichtsabnahme und 19,9 Prozent das Ziel einer mindestens zehnpromtigen Gewichtsabnahme, die Abbruchquote lag bei 13,2 Prozent. Die Reduzierung des Körpergewichts (MW±STD: -6,1 ±7,10 kg), des BMIs (MW±STD: -2,1 ±2,42 kg/m²) und des Bauchumfangs (MW±STD: -6,7 ±7,83 cm) weisen auf signifikante Verringerungen der abdominell-viszeralen Fettmasse hin (n = 5 805). Die getestete Leistungsfähigkeit stieg in allen Altersgruppen signifikant an. Zudem konnten die Teilnehmer ihre körperliche Aktivität deutlich steigern.

Wer kann am M.O.B.I.L.L.I.S.-Programm teilnehmen?

- Body-Mass-Index zwischen 30 kg/m² und 40 kg/m² (20 bis 60 Prozent Übergewicht)
- Teilnahme an einem Bewegungsprogramm ist möglich (circa 30 Minuten durchgehend zügiges Gehen)
- Vollendung des 18. Lebensjahrs
- Kein Typ-1-Diabetes
- Keine Einnahme von Psychopharmaka, Abmagerungsmitteln und/oder Appetitzüglern
- Keine chirurgische Magenverkleinerung
- Keine Essstörung wie Bulimie, Bulimia nervosa oder Binge Eating Disorder
- Keine bösartige Tumorerkrankung mit krankheitsfreiem Zustand weniger als fünf Jahren

Weitere Infos zum M.O.B.I.L.L.I.S.-Programm:
www.mobilis-programm.de

Adozan®
 Nahrungsanreicherung

Geschmacksneutrales Instantpulver.
 Reich an Energie und Proteinen.



- Einfach einrühren
- Klumpenfrei • Sofort servierfertig

Mehr Informationen: www.adozan.de

Adozan Nahrungsanreicherung • SanaCare Nutrition ApS
 Slotsvej 32 • DK 6510 Gram • Tel.: 0045 5819 2200
 Mail: service@adozan.de

Paradigmenwechsel

Die Schön Klinik in Düsseldorf-Heerdt, vormals Dominikus-Krankenhaus, baut seit Beginn des Jahres ihr medizinisches Angebot maßgeblich aus. Seit Anfang April 2017 ist Dr. Matthias Schlensak als neuer Chefarzt im Zentrum für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie im Einsatz. Unter seiner Leitung wird derzeit das neu etablierte Fachzentrum für Adipositas-Chirurgie aufgebaut.



Herr Dr. Schlensack, Sie waren zuvor sechs Jahre lang als Chefarzt im St. Martinus Krankenhaus in Düsseldorf tätig. Warum der Wechsel?

Ich habe sehr gerne im St. Martinus Krankenhaus gearbeitet. Hier in der Schön Klinik habe ich jetzt die Möglichkeit, das neu etablierte Fachzentrum für Adipositas-Chirurgie von Beginn an mitzugestalten und aufzubauen. Das Konzept der Schön Klinik basiert darauf, spezifische Abteilungen überdurchschnittlich gut zu positionieren. Traditionell hat das angefangen im psychosomatischen Bereich, in dem die Schön Klinik sicherlich national beziehungsweise sogar international zu den Marktführern zählt, was das Qualitätsmanagement und die Behandlungspfade betrifft. Zwei weitere Bereiche stellen die Endoprothetik und Wirbelsäulenchirurgie dar, die an vielen Standorten in weiterer Folge aufgebaut wurden. Einen zusätzlichen Bereich - neben dem endokrinen Zentrum - wird jetzt die Adipositas-Chirurgie beziehungsweise die metabolische Chirurgie bilden, die in vergleichbarer Weise positioniert werden wird. Mein Ziel ist

es, ein Adipositaszentrum entstehen zu lassen, das eine zukunftsorientierte Versorgungsstruktur für Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus bietet.

Wie sieht das Behandlungskonzept des Adipositaszentrums aus?

Wie andere Zentren auch arbeiten wir mit einem multimodalen Konzept, das für jeden Patienten individuell festgelegt wird. Adipositaschirurgische Eingriffe können nur effektiv wirken, wenn gleichzeitig Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten verändert werden. Da übergewichtige Menschen zudem oft unter psychischen Belastungen und Erkrankungen leiden, arbeiten wir zudem mit einem Netzwerk aus Psychologen und Psychotherapeuten zusammen, unter anderem mit dem LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum.

Sehen Sie neue Trends in der Adipositaschirurgie?

Ja, tatsächlich findet ein Paradigmenwechsel von der Adipositaschirurgie zur metabolischen Chirurgie statt. Zahlreiche Studien belegen, dass die bariatrische beziehungsweise metabolische Chirurgie die erfolgreichste Therapieform für morbid adipöse und übergewichtige Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 darstellt. Adipositaschirurgie dient nicht nur der Gewichtsreduktion, sondern ist auch eine erfolgsversprechende Therapie zur Minimierung von Begleiterkrankungen bei schwer adipösen Diabetes-Patienten.

Die Adipositaschirurgie wird ja angewendet, um eine Gewichtsreduktion zu bewirken. Was ist der Unterschied zur metabolischen Chirurgie?

Mit der zunehmenden Anwendung der unterschiedlichen operativen Methoden hat sich gezeigt, dass damit positive metabolische Effekte einhergehen. Zum Beispiel verbessert sich der Zucker- und Fett-Stoffwechsel der Patienten bereits unmittelbar nach der Operation, also noch bevor der Patient überhaupt sein Gewicht reduziert hat. Viele insulinpflichtige Diabetiker können schon nach kurzer Zeit die Insulindosis reduzieren oder gänzlich darauf verzichten. Zahlreiche publizierte Studien weisen auf die Überlegenheit der chirurgischen gegenüber der konservativen Therapie in der Behandlung des Typ-2-Diabetes hin. 2014 wurde zum Beispiel eine Metaanalyse¹ veröffentlicht, in der 37 randomisierte Studien und 127 Beobachtungsstudien von 2003 bis 2012 ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen eine erfolgreichere Gewichtsreduktion nach operativer Intervention und gleichzeitig eine verbesserte Diabetesstoffwechsellaage.

Die Wirkmechanismen der operativen Verfahren gehen also weit über eine Begrenzung der Nahrungszufuhr und eine Einschränkung der Aufnahme der Nahrungsinhaltsstoffe hinaus?

Ja, die Wirkmechanismen der operativen Verfahren haben nicht nur einen indirekten Einfluss über die Gewichtsabnahme, sondern auch einen direkten Einfluss auf pathophysiologische und physiologische Stoffwechselmechanismen. Veränderungen der Leberfunktion, der Gallensäurekonzentration, intestinale Hormone und die Veränderung des intestinalen Mikrobioms wirken sich unmittelbar auf die diabetologische Stoffwechsellaage aus.

1) Chang SH, Caroly R, Stoll T et al. (2014): The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surg 149(3): 275-287

Arzt-Patienten-Seminar

An jedem zweiten Donnerstag im Monat findet ein Arzt-Patienten-Seminar zum Thema „Möglichkeiten der Adipositas-Chirurgie“ im Adipositaszentrum der Schön Klinik statt. Dr. Matthias Schlensak erläutert neben den Möglichkeiten auch die Risiken und Komplikationen der chirurgischen Adipositas-Therapie. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist nicht notwendig. Teilnehmer erhalten eine Bescheinigung zur Vorlage zum Beispiel bei der Krankenkasse. Termine und Uhrzeiten finden Sie auf der Website der Schön Klinik. ●

Bariatric Advantage®

Spezifische Nahrungsergänzungsmittel nach bariatrischem Eingriff

- **Spezielle Zusammensetzung**
- Vitamine in **aktiver Form**
- Mineralstoffe mit **hoher Bioverfügbarkeit**
- **Kautabletten** oder **Pulver** in **leckeren Geschmacksnoten**
- **Keine Nebenwirkungen**



Ein kostenloses Muster erhalten Sie unter www.bariatricadvantage.eu/de/bawegweiser



www.bariatricadvantage.eu

A close-up photograph of a person's hands cooking. The person is wearing a red and white patterned shirt and a silver watch. They are holding a wooden spoon and stirring a yellowish liquid in a stainless steel pot on a Siemens induction stove. In the background, another person is holding a white bowl filled with food. The scene is set in a kitchen with a white countertop.

Wer kocht,

leichter



macht sich

Recklinghausen ist quasi die Hochburg der Selbsthilfegruppen für adipöse Menschen. Jeden Monat findet ein großer Run auf den Kochkurs mit Elisabeth Mörke statt.



Wer die Kunst der Zubereitung gesunden und schmackhaften Essens lernen möchte, sollte sich rechtzeitig zu einem Kochkurs unter Leitung von Elisabeth Mörke anmelden. Jeden zweiten Mittwoch schwingt sie gemeinsam mit übergewichtigen Teilnehmern den Kochlöffel in einer Schule in Marl. Für die Teilnahme ist ein geringer Kostenbeitrag zu entrichten.

Der Andrang bei den Kochkursen ist groß: Im April ging es in der Schulküche zu wie in einem kleinen Restaurantbetrieb. 17 Köche und Köchinnen werkten eifrig in der Küche, um ein mehrgängiges Menü zu zaubern. „Gesundes Essen kann durchaus schmackhaft sein. Langfristige Erfolge lassen sich aber nur mit einer konsequenten und dauerhaften Umstellung der Ernährungsgewohnheiten und des Lebensstils erzielen“, erklärt die gelernte Erzieherin Elisabeth Mörke, die in ihrer Jugend auch eine Fachschule für Ernährung und Hauswirtschaft besucht hat.

Aus eigener Erfahrung weiß sie, dass die Ernährung bei Adipositas eine entscheidende Rolle spielt. Sie selbst hat vor zwei Jahren

nach einer bariatrischen Operation 100 Kilo an Gewicht verloren. „Ich kann mich in die Situation der übergewichtigen Teilnehmer sehr gut hineinversetzen“, sagt sie, „wir stellen hier gesunde Speisen und Getränke passend zusammen und bereiten sie gemeinsam schonend zu. Grundsätzlich gilt für mich: Die Dosis macht das Gift. Auch das gemeinsame Essen stellt einen wichtigen Bestandteil des Kochkurses dar.“

Der Menüplan könnte aus einem Feinschmeckerrestaurant stammen: Linsensalat, Gemüse-Clafoutis mit Tofu und Käse, Wirsinglasagne und ein Krauttopf mit Hackfleisch und weißen Bohnen. Nicht zu vergessen das aufwändig zubereitete Dessert: Quarkklöße mit Zimtschmand! „Ohne Dessert läuft hier nichts“, lacht Elisabeth Mörke, die großen Wert darauf legt, mit lokal und regional verfügbaren Lebensmitteln zu kochen, die sich auch alle Teilnehmer leisten können.

Seit Anfang 2007 existieren die verschiedenen Selbsthilfegruppen für adipöse Menschen in Recklinghausen, die allesamt von Jan Justrie initiiert wurden. „Die Adipositas-Selbsthilfegruppe ist am 13. März 2007 gestartet. Im Durchschnitt kommen



Unterstützung für Selbsthilfegruppen

Der Arbeitskreis SHG-Betreuung des Adipositas Verbandes Deutschland e.V. unterstützt interessierte Betroffene und Institutionen bei der Gründung von Selbsthilfegruppen, schult SHG-Leiter und veranstaltet für diese regelmäßig Treffen und Weiterbildungen.

SHG-Betreuung im Detail:

- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Räumlichkeiten
- Hilfestellung bei der Bekanntmachung einer neuen Gruppe
- Unterstützung der Moderation bei den ersten Gruppentreffen
- Bereitstellung von Informationsbroschüren oder Filmmaterial
- Besuch der Treffen nach Vereinbarung, um Fragen zu beantworten
- Vermittlung von Experten für Vorträge und Diskussionen
- Präsentation und Erklärung der Internetplattform adipositas-foren.de von Betroffenen für Betroffene
- Bereitstellung von Materialien wie Displays und Broschüren

40 Teilnehmer zu den Treffen. Von Beginn an habe ich alle Gruppen alleine geleitet, ohne dass ein Termin bisher ausgefallen ist“, freut sich Jan Justrie, der sich engagiert für die Belange übergewichtiger und schwer adipöser Menschen einsetzt.

An jedem ersten und dritten Mittwoch im Monat finden die regulären SHG-Sitzungen statt. An jedem fünften Mittwoch im Monat halten zum Beispiel Ärzte oder Ernährungsberater Fachvorträge und stehen Rede und Antwort. Zudem bietet Jan Justrie diverse andere Selbsthilfegruppen an, in denen vor allem die Begleiterkrankungen der Adipositas im Fokus stehen: Schlafapnoe, Lebensmittelintoleranzen, Depressionen, Angst- und Panikattacken und PAVK-Schaufens-terkrankheit. Alle Termine sind dem Kalender auf der Website zu entnehmen. ●

Kontakt zu den Selbsthilfegruppen in Recklinghausen:

Email: jan@selbsthilfgruppen-recklinghausen.de

Telefon: 02361 9040112

Website: www.selbsthilfgruppen-recklinghausen.de

Facebook: www.facebook.com/SelbsthilfgruppenRecklinghausende

Recht für Selbsthilfegruppen

Wie sieht die Stellung der Selbsthilfegruppen im Rechtsverkehr aus? Eine kompakte Einführung von Renate Mitleger-Lehner, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Familienrecht.



Wenn man Selbsthilfegruppen als losen Zusammenschluss Gleichgesinnter in einen rechtlichen Kontext stellt, trifft am ehesten die Einordnung als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts zu. Die Kennzeichen einer BGB-Gesellschaft sind ein alles tragender Zweck, eine nachprüfbare Zahl der Mitglieder, der Wille, im Rechtsverkehr aufzutreten, und Verantwortliche, die durch die Mitglieder legitimiert werden.

Diese Merkmale werden üblicherweise in einem Gesellschaftsvertrag - in einer Satzung - festgeschrieben. Im Gegensatz zur Satzung eines Vereins sind diese Festlegungen formfrei und müssen weder schriftlich abgefasst noch notariell beglaubigt werden. Günstig ist es aber, die wesentlichen Eckpunkte, welche die Selbsthilfegruppe ausmachen, ihr Selbstverständnis sozusagen, schriftlich darzulegen.

Tipp: Fertigen Sie über wichtige, richtungsweisende Sitzungen ein Protokoll an und halten Sie fest, welche Teilnehmer welche Entscheidung mittragen und welche Beschlüsse gefasst wurden. Manchmal sind diese Protokolle auch bei Banken nützlich, wenn es darum geht, ein Gruppenkonto zu eröffnen.

Unterschiede zum Verein

Eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts ist eine Personengesellschaft, die aus gleichberechtigten Mitgliedern besteht. Im Unterschied zum Verein existiert keine Hierarchie, die das Verhältnis zwischen Vorstand und Mitgliedern regelt. Ein Kennzeichen der BGB-Gesellschaft ist ihre große Flexibilität im Innenverhältnis: Es gibt keine starren Regelungen für den Ein- und Austritt der Teilnehmer und keine Festschreibungen, wie eine Teilnehmerversammlung auszusehen hat.

Im Vereinsrecht sieht die Situation anders aus: Abänderungen oder Anpassungen an aktuelle Erfordernisse

verursachen einen ungleich höheren bürokratischen Aufwand im Vergleich zu einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts.

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, dass eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts als Personengesellschaft sehr wohl im Rechtsverkehr auftritt. Sie kann Verträge schließen und auch ein Bankkonto eröffnen.

Im Innenverhältnis, also im Verhältnis der Teilnehmer zueinander, gibt es denkbar wenig formale Hürden, um das Gruppenleben zu regeln. Allerdings ist es zweckmäßig, sich Gedanken zu machen, wer die Gruppe nach außen hin repräsentiert. Denn wer sich um die Finanzen kümmert, die Krankenkassenanträge stellt oder den jährlichen Ausflug organisiert, schließt Verträge ab und wird im Rechtsverkehr tätig. Wichtig ist, dass dieser Funktionsträger nach außen kenntlich macht, dass er nicht im eigenen Namen handelt, sondern als Bevollmächtigter der Gruppe.

Für die Gruppe im Ganzen gilt, dass es im Außenverhältnis feste, gesetzliche Regelungen gibt. Es bleiben alle Mitglieder in der Pflicht und in der Verantwortung. Dies betrifft auch Haftungsrisiken.

Versicherungen

Haftpflichtversicherungen und Unfallversicherungen sind für Selbsthilfegruppen die wichtigsten Versicherungen. Grundsätzlich gilt: Eine Haftpflichtversicherung ersetzt den Schaden, den der Versicherungsnehmer einem Dritten zufügt, sei es ein Körperschaden oder auch ein Sachschaden. Eine Unfallversicherung tritt bei Verletzungen des Versicherungsnehmers ein und ersetzt im Wesentlichen den Körperschaden.

Bei einem Haftpflichtfall oder einem Unfall muss zunächst immer geprüft werden, ob eine private Unfall- oder Haftpflichtversicherung besteht und diese auch eintritt. Bei diesen privaten Verträgen erklären sich die Versicherer oft für unzuständig, wenn der Versicherte in Ausübung einer



Funktion (z.B. als Übungs- Veranstaltungs- oder Gruppenleiter) tätig war. Im Versicherungsvertrag steht dann ein sogenannter Haftungsausschluss. Eine private Haftpflichtversicherung umfasst in der Regel auch eine sogenannte Schlüsselversicherung.

Tipp: Bitte überprüfen Sie im Vertrag, ob dort Unterscheidungen gemacht werden, für welche Zwecke der Schlüssel in Benutzung war: privat, beruflich oder im Ehrenamt und ob es Haftungsausschlüsse gibt.

Wenn die private Versicherung nicht greift, können sich Funktionsträger an folgende Institutionen wenden:

Für Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich im ganzen Bundesgebiet:

Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg
Internet: www.bgw-online.de

Für alle Selbsthilfegruppen – nicht nur im Gesundheitsbereich – in Nordrhein-Westfalen:

Ecclesia Versicherungsdienst GmbH
Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
Telefon: 05231- 61112
ehrenamt@ecclesia.de

Die Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wie auch die Ehrenamtsversicherungen in den jeweiligen Bundesländern treten nur ein, wenn keine andere Versicherung vorrangig zuständig ist, sie sind also subsidiär.

Jede Gruppe kann auch eigene Gruppen-Unfall- oder Haftpflichtversicherungen abschließen. Diese sind individuell auszuhandeln und natürlich beitragspflichtig. In der Regel ist es nicht erforderlich, dass die Gruppe den Status eines Vereins besitzt. Die Beträge übrigens können für Gruppen, die durch die Krankenkassen gefördert werden, als Aufwand beantragt werden.

Presserecht

Für die unterschiedlichen Medien gibt es unterschiedliche Rechtslagen. Während für die Printmedien, also zum Beispiel Flyer, die jeweiligen Landespressegesetze gelten, ist für alles, was mit dem Internet zu tun hat, bundeseinheitlich das Telemediengesetz zuständig.

Für alle Medien gilt die Beachtung des Urheberrechts. Bei Fotos von und mit Personen ist doppelte Vorsicht geboten. Es gilt, das Persönlichkeitsrecht des Abgebildeten und auch das Urheberrecht des Fotografen zu beachten.

Tipp: Holen Sie grundsätzlich eine Einwilligung vor Druck der Fotos ein. Bei Personengruppen ist Sensibilität gefragt. Es ist zu unterscheiden, ob Personen nur „Beiwerk“ in einer Aufnahme sind oder ob es auf die Personen ankommt. Vorsicht auch bei Personen in einem „diskriminierenden Umfeld“.

Auch bei der Veröffentlichung von Texten ist die Zustimmung des Autors einzuholen. Kürzere Zitate mit Quellenangaben sind erlaubt. Die Impressumspflicht gilt sowohl für Druckerzeugnisse als auch für den Betrieb einer Internetseite, wenn sie „geschäftsmäßig“ betrieben wird. Zu den Pflichtangaben gehören der Name (bei Personen Vor- und Zuname), die vollständige Adresse (kein Postfach) und bei Veröffentlichungen im Internet die Telefon- und Faxnummer sowie die Email-Adresse.

Beim Betrieb von Internetseiten ist zusätzlich zu beachten, dass das Impressum im Internet Anbieterkennzeichnung heißt. Diese ist immer erforderlich, wenn die Internetseite „geschäftsmäßig“ betrieben wird. „Geschäftsmäßig“ bedeutet, dass eine Internetseite regelmäßig und auf Dauer betrieben wird, wobei diese Definition nicht mit „gewerbsmäßig“ oder „auf Gewinnerzielungsabsicht gerichtet“ gleichzusetzen ist. Die Anbieterkennzeichnung ist also auch für ideell arbeitende Gruppen (Selbsthilfegruppen) zu beachten. Die Anbieterkennzeichnung muss leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar sein.

Wenn Links zu Seiten mit ständig wechselndem Inhalt bestehen, kann dieses zur Haftungsfalle für den Betreiber werden. Er haftet auch für den Inhalt der Links! Der Betreiber muss allerdings Kenntnis vom rechtswidrigen Inhalt haben. Er ist aber verpflichtet, seine Seiten regelmäßig zu überwachen und rechtswidrige Inhalte unverzüglich zu löschen.

Ein Disclaimer – ein Hinweis auf Haftungsausschluss – führt nicht generell dazu, dass den Betreiber keine Haftung treffen kann, aber eine deutliche Abgrenzung gegenüber unerwünschten Inhalten ist richtig und wichtig. ●

**Email-Kontakt zu Renate Mitleger-Lehner:
Mitleger@ra-gehrke.de**

schwere(s)los

Im Herbst 2016 haben die DAK-Gesundheit und Johnson & Johnson Medical eine bundesweite Aufklärungskampagne über Adipositas gestartet. Im Zentrum dabei steht die Fotoausstellung „schwere(s)los“, die seit letztem Jahr durch Deutschland tourt.

Nach einer aktuellen Studie, dem „XXL-Report“ der DAK-Gesundheit, werden fettleibige Menschen in Deutschland häufig ausgegrenzt und stigmatisiert. Für die DAK-Gesundheit und Johnson & Johnson Medical Grund genug, gemeinsam eine Fotoausstellung der besonderen Art zu initiieren. Zahlreiche Studierende des Institute of Design in Hamburg, Berlin und Düsseldorf sind im letzten Jahr dem Wettbewerbsaufruf der Initiatoren gefolgt und haben beeindruckende Fotografien eingereicht, aus denen eine Jury dann 26 Exponate für die Wanderausstellung auswählte. Prominentes Jurymitglied war die Sängerin und Schauspielerin Charley Ann Schmutzler, die 2014 die vierte Staffel der Castingshow „The Voice of Germany“ gewann und selbst unter starkem Übergewicht litt: „Als Teenager war ich selbst stark übergewichtig. Ich fühlte mich unwohl und hatte gesundheitliche Probleme. Hinzu kamen die Blicke von Mitschülern und die ständige Beschäftigung mit meinem Gewicht. Diese Erfahrung prägt mich bis heute. Deshalb möchte ich dazu beitragen, dass das Krankheitsbild Adipositas in der Öffentlichkeit aus verschiedenen Blickwinkeln diskutiert wird.“ Die großformatigen Bilder stellen die Krankheit und die Betroffenen aus unterschiedlichen Blickwinkeln dar – als schwerelos Schwimmende unter Wasser oder als im eigenen Körper

Gefangene, die nicht aus ihrer Haut können. „Adipöse haben in unserer Gesellschaft ein schweres Los. Sie kämpfen gegen Pfunde und Vorurteile“, sagt DAK-Vorstand Thomas Bodmer. „Mit der Ausstellung wollen wir zum Nachdenken anregen und die Sichtweise auf Adipositas verändern.“ Dr. Chima Abuba, Geschäftsführer der Johnson & Johnson Medical GmbH, ergänzt: „Die Aufklärungskampagne ist ein wichtiger Schritt, um Adipositas in die öffentliche Diskussion zu bringen und mit der Stigmatisierung der Betroffenen Schluss zu machen. Mit der Kampagne wollen wir auch ein Zeichen setzen, dass Adipositas als ernsthafte Erkrankung akzeptiert wird und Patienten Zugang zu effektiven Therapien bekommen.“ Ein Magazin mit den Fotos der Ausstellung sowie detaillierte Informationen zum Krankheitsbild und zu den Therapiemöglichkeiten sind ebenfalls Bestandteil der Aufklärungskampagne. Die Ausstellungstermine und weitere Informationen finden Sie im Netz: www.aktion-schwerelos.de

COPYRIGHT: AKTION SCHWERE(S)LOS/KATHARINA BOGNER/DAK-GESUNDHEIT



Ausgefülltes Formular bitte per Post zurücksenden an



Adipositas Verband Deutschland e. V.

Peterstr. 39

46236 Bottrop

oder einscannen und per Mail schicken an

mitglied@adipositasverband.de

oder Online-Formular nutzen unter

www.adipositasverband.de/mitglied-werden

Beitrittserklärung

Ja, hiermit trete ich dem Adipositas Verband Deutschland e.V. bei.

Durch meinen Beitritt unterstütze ich den Verein mit einem Jahresbeitrag von _____ Euro.

Mindestbeitrag: 24,00 Euro. Beachten Sie bitte, dass Sie uns für eine vergünstigte Mitgliedschaft (Schüler, Studenten, Rentner, ALG II – Empfänger) einen Nachweis an mitglied@adipositasverband.de übersenden. Nach Eingang der entsprechenden Nachweise werden wir den Beitrag automatisch anpassen.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Datum _____ Unterschrift _____

SEPA-Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Adipositas-Verband-Deutschland e.V. – bis auf Widerruf – den laufenden Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 24,00/Jahr im Lastschriftverfahren von meinem Konto abzubuchen.

Bank _____ BIC _____ IBAN _____

Datum _____ Unterschrift _____

Welche Wegweiser fehlen Ihnen? Bereits erschienenen Hefte können Sie auf unserer Website nachbestellen. Solange der Vorrat reicht.

www.adipositasverband.de

