

Prof. Dr. med. Stefan Schopf

RATGEBER ADIPOSITAS-OP

Dein Begleiter für die Zeit davor und danach
Endlich dauerhaft abnehmen

Was das
Expertenteam empfiehlt –
was **Betroffene** berichten

humboldt

Druck, Vervielfältigung und Weitergabe sind nicht gestattet.
© 2023 humboldt. Die Ratgebermarke der Schlütersche Fachmedien GmbH

Das erwartet Sie in diesem Ratgeber: Ganzheitlich abnehmen mit dem Multimodalen Konzept

Das Multimodale Konzept (MMK) besteht aus einer auf Sie zugeschnittenen Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie. Es ist der Beginn Ihres Weges aus der Adipositas und fast immer Voraussetzung für eine operative Behandlung.

Ihre Ziele mit dem MMK:

1

Mithilfe der Ernährungstherapie verändern Sie Ihre Essgewohnheiten hin zu einer Mischkost mit einem Kaloriendefizit von mehr als 500 Kalorien täglich. Mehr dazu lesen Sie ab Seite 38.

2

Sie schaffen es mithilfe der Profis in Ihrem Adipositaszentrum, eine Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart auszuüben. Mehr dazu lesen Sie ab Seite 59.

3

Sie erlernen Verhaltensstrategien, die es Ihnen ermöglichen, Ihren gesunden Lebensstil auf Dauer fortzuführen und Heißhungerattacken zu widerstehen. Mehr dazu lesen Sie ab Seite 51.

Prof. Dr. med. Stefan Schopf

RATGEBER **ADIPOSITAS-OP**

Dein Begleiter für die Zeit davor und danach
Endlich dauerhaft abnehmen

6 VORWORT

8 DAS EXPERTENTEAM STELLT SICH VOR

11 ADIPOSITAS – EINE VIELSCHICHTIGE ERKRANKUNG

12 Die Krankheit Adipositas

12 Adipositas ist ein Gesundheitsrisiko

14 Adipositas ist nichts Neues

16 Kopfhunger: Auslöser der Adipositas

17 Versuchungen widerstehen fällt schwer

19 Stressessen fördert das Übergewicht

20 Fehlende Achtsamkeit und Wertschätzung

21 Negative Einflüsse von außen

23 Schnelllebigkeit und die Foodindustrie

26 Bauchhunger: Wenn Übergewicht zur Krankheit wird

27 Hormone außer Balance

30 Ein dick machendes Mikrobiom

32 Veränderungen der Epigenetik

33 Beides muss behandelt werden: Kopf- und Bauchhunger

35 SCHRITT 1: THERAPIEBEGINN VOR DER OP

36 Das multimodale Konzept

37 Den besten Weg gemeinsam finden

38 Anders essen will gelernt sein: Ernährungstherapie

41 1. Hürde: Kalorien zählen

41 2. Hürde: Keine Zeit, um zu kochen!

43 3. Hürde: Zu wenig Eiweiß

45 4. Hürde: Zu wenig Gemüse

47 5. Hürde: Zu wenig Ballaststoffe

49 6. Hürde: Zu viel Zucker und Kohlenhydrate

51 Ziele mit Achtsamkeit erreichen: Verhaltenstherapie

53 Planen und nichts dem Zufall überlassen

54 Richtig essen beginnt beim Einkaufen

55 Wer langsam genießt, isst weniger

56 Holen Sie sich Unterstützung!

56 Ärger und Stress bewältigen

57 Umgang mit seelischem Hunger

59 Körperlich aktiv: Bewegungstherapie

60 Auch kleine Schritte bringen voran

61 Wichtig: täglich bewegen!

62 Kalorien erfolgreich verbrennen

62 Trotz Einschränkungen aktiv

65 SCHRITT 2: ALLES RUND UM DIE OPERATION**66 Welche positiven Effekte hat die OP?**

67 Gewichtsabnahme

69 Begleiterkrankungen bessern sich

79 Welche Risiken und Nebenwirkungen sind möglich?

80 Allgemeine Magen-Darm-Beschwerden

82 Fettverwertungsstörung

83 Dumping-Syndrom: Plötzliche Sturzentleerung

84 Lebensmittelunverträglichkeit

85 Sodbrennen und Reflux

86 Stenose: Engstelle in Magen und Darm

86 Koliken durch Gallensteine

87 Adipositas und Psyche

89 Kommt eine OP für mich infrage?

91	Wichtige OP-Methoden
92	Schlauchmagen-Operation
92	Magenbypass
99	Minibypass
100	SADI-S-Bypass
101	SASI-Bypass
102	Sekundäre bariatrische Operationen
103	Alle OP-Schritte im Überblick
103	Was vor dem Termin wichtig ist
106	Der OP-Tag ist da!
110	Die ersten Tage nach der OP
114	Und wer übernimmt die Kosten?
119	SCHRITT 3: SO GEHT ES JETZT WEITER
120	Ziele der konsequenten Nachsorge
122	Regelmäßige Laboruntersuchungen
125	Überwachung der Begleiterkrankungen
127	Notwendige Nahrungsergänzungen
130	Körperliche Aktivität
131	Sex und Schwangerschaft
132	Professionelle Hilfe bei psychischen Problemen
133	Selbsthilfegruppen
134	Plastische Chirurgie – wann ist was sinnvoll?
135	Der Weg zur Kostenübernahme
139	Straffungsoperationen im Überblick
142	ANHANG
142	Häufige Fragen und Antworten
148	Hier wird Ihnen weitergeholfen
149	Quellen- und Studienverzeichnis
151	Register

VORWORT

Liebe Leserin, lieber Leser,

ich freue mich, dass Sie sich für diesen Ratgeber entschieden haben, der Ihnen auf Ihrem Weg vor und nach einer Adipositas-Operation ein wertvoller Begleiter sein wird. Vor allem bekommen Sie einen detaillierten Einblick, was Sie erwartet, wenn Sie mithilfe einer OP dauerhaft abnehmen. Sie werden auch erfahren, dass Adipositas eine vielschichtige Erkrankung ist, die im Körper, aber auch im Kopf stattfindet.

Nehmen wir allein das zusätzliche Gewicht, das Ihr Körper täglich tragen muss: Gelenke, Muskeln und der Rücken leiden unter der dauernden Mehrbelastung. Auch Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sind häufige Begleiterkrankungen. Die Adipositas kann aber auch zu Asthma und nächtlichen Atemaussetzern führen. Bewegung oder sportliche Aktivitäten, die für Sie oft ohnehin schon beschwerlich sind, fallen dadurch noch schwerer. Ein Teufelskreis entsteht. Nachhaltige Erfolge im Umgang mit der Erkrankung können deswegen nicht alleine durch eine schnelle Operation erzielt werden. In diesem Buch vermittele ich Ihnen gemeinsam mit meinem Team Schritt für Schritt, wie Sie sich im Vorfeld auf die Operation vorbereiten, um optimal davon zu profitieren. Sie erhalten Einblicke in die Tage nach der Operation und wichtige Tipps, wie es dann weitergeht.

Auch die psychischen Auswirkungen einer Adipositas werden Sie kennenlernen. Schon die Krankheitsentstehung ist oft nicht das Phänomen eines Einzelnen, sondern liegt in einem Problem begründet, das über mehrere Generationen innerhalb der Familie weitergegeben wird. Als Arzt stört es mich umso mehr, wenn unsere Gesellschaft das äußere Erscheinungsbild von Menschen mit Adipositas überbewertet, weil sie leichter auffallen als Patienten

mit beispielsweise Bluthochdruck oder anderen Erkrankungen, die man von außen nicht sehen kann.

Nahezu alle meine Patienten haben Erfahrungen mit Stigmatisierung, Mobbing in der Kindheit oder gut gemeinten Ratschlägen gemacht. All das kann zusätzlich auf das Gemüt schlagen oder resignieren lassen. Der Start zu einem Neuanfang bedeutet auch, dass alte Gewohnheiten auf den Prüfstand gestellt und der eigene Lebensstil von Grund auf überdacht werden muss. Hierzu gehören die Ernährungs- und Bewegungstherapie wie auch eine begleitende Verhaltenstherapie. Selbsthilfegruppen können zusätzlich helfen und unterstützen. Wie so eine Hilfe aussehen kann, erfahren Sie unter anderem auch durch zahlreiche Patientenberichte.

Vielleicht erfährt auch Ihr Leben mit der Adipositas-Operation eine große Wende. Nicht nur Ihre Kleidergröße wird sich verändern: „Dünner sein“, das ist in ganz vielen Bereichen des Lebens anders. Wenn Sie sich dafür entscheiden, wird zwangsläufig viel Neues in Ihrem Alltag ausgelöst – ähnlich wie durch Drücken der Reset Taste an einem Computer.

Ihre Krankheit ist mithilfe der OP beherrschbar. Das setzt bei vielen eine besondere Motivation frei: Schwung, den es zu nutzen gilt, um auch nach der OP erfolgreich am Ball zu bleiben und das Gewicht zu halten! Dieser Ratgeber soll Ihnen auf dieser Reise eine Gebrauchsanweisung, ein Arbeitsbuch und schnelles Nachschlagewerk sein. Er soll Sie unterstützen, nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, Ihre Fitness langfristig zu verbessern, Hürden in der Ernährung erfolgreich zu nehmen und auch mit speziellen Problemen gut zurechtzukommen. Ich wünsche Ihnen von Herzen viel Erfolg und die beste Gesundheit!

Ihr



Chefarzt RoMed Klinik Bad Aibling





Brigitte Bakaus



Margit Bauer



Klaus Erich Gerauer



Elfie Kocher-Siebert



Pavel Kremer



Stefan Langer

Das Autorenteam stellt sich vor

Brigitte Bakaus ist seit 2012 Leiterin der Adipositas Selbsthilfegruppe Bad Aibling. 2010 wurde bei ihr eine Schlauchgastrektomie durchgeführt. Zwischen 2012 und 2014 folgten verschiedene Straffungsoperationen.

Dr. med. Margit Bauer ist Fachärztin für Viszeralchirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung spezielle Viszeralchirurgie. Ihre Schwerpunkte liegen auf der chirurgischen Endoskopie und Minimalinvasiven Therapieverfahren sowie der Ernährungsmedizin. Sie ist Oberärztin im Adipositaszentrum der RoMed Klinik.

Dr. med. Klaus Erich Gerauer ist Viszeralchirurg und Notfallmediziner mit der Schwerpunktbezeichnungen Viszeralchirurgie und Spezielle Viszeralchirurgie. Er ist Mitbegründer des Stoffwechselzentrums am Klinikum Passau, wo jährlich über 500 Adipositaspatienten behandelt und über 100 Operationen durchgeführt werden. Seit Jahren engagiert er sich in Adipositas Selbsthilfegruppen und ist Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften.

Elfie Kocher-Siebert ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und beschäftigt sich seit Jahren als Betroffene mit der Erkrankung Adipositas. Sie ist Fachkoordinatorin für Adipositas an der RoMed Klinik und damit die zentrale Ansprechpartnerin für das Adipositaszentrum.

Dr. Pavel Kremer MHBA ist Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit der Spezialisierung in Bariatrischer und Metabolischer Chirurgie. Seit 2021 ist er als Oberarzt im Adipositaszentrum der RoMed Klinik.

Univ. Prof. Dr. med. Stefan Langer ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Lehrstuhlinhaber für das Fach Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Leipzig. Neben seinen klinischen Schwerpunkten der Rekonstruktiven Mikrochirurgie, Brustchirurgie und der Geschlechtsanpassungen bei Transmenschen ist Stefan Langer Experte für Körperrekonstruktion nach massivem Gewichtsverlust.

Franziska Laumer ist Diätassistentin und hat sich beruflich auf das Thema Adipositas als Erkrankung spezialisiert. Sie kümmert sich um die ernährungstherapeutischen Aspekte und die Nachsorge im Adipositaszentrum der RoMed Klinik.



Dr. med. Yasmin Molter ist Assistenzärztin am Universitätsklinikum Leipzig in der Abteilung für Plastische, Ästhetische und Spezielle Handchirurgie. Unter der Leitung von Stefan Langer ist sie mit der Betreuung von Patienten vor, während und nach der Körperrekonstruktion nach massivem Gewichtsverlust betraut.



Dipl. oec. troph. Jutta Peters ist im Bereich der konservativen und operativen Behandlung der Adipositas tätig. Neben der Ernährungsmedizin engagiert sie sich in den Bereichen Ernährungs-, Verhaltens- und Ernährungspsychologie. Als ausgebildete Yogalehrerin ergänzt sie mit Yoga XXL die Bewegungstherapie durch die Vermittlung eines neuen Körpergefühls.



Dr. med. Elisabeth Schuler-Hötscher ist Assistenzärztin am Adipositaszentrum der RoMed Klinik und engagiert sich als Stationsärztin in der Betreuung von Patienten rund um die bariatrische oder metabolische Operation. Sie ist in der Ausbildung zur Ernährungsmedizinerin.



PD Dr. med. Andreas Thalheimer ist Facharzt für Chirurgie mit den Schwerpunkten Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie. Seit 2020 ist er stellvertretender Chefarzt am Department Chirurgie, Spital Männedorf, sowie OÄ am Department für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsspital Zürich. Andreas Thalheimer ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Aufsätze zum Thema Adipositaschirurgie und gefragter Redner auf nationalen und internationalen Veranstaltungen.



ADIPOSITAS – EINE VIELSCHICHTIGE ERKRANKUNG

Früher galt Adipositas als selbst verschuldetes Problem. Sie werden im Folgenden sehen, dass Sie nichts dafür können, wenn Sie aus der Adipositas nicht mehr rauskommen. Und auch der Weg in die Adipositas ja ist nicht beabsichtigt, es passiert einfach. Wir wissen heute, dass Adipositas nachvollziehbare Ursachen hat. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche das sind, was beispielsweise Kopf- und Bauchhunger bedeutet und auch, warum das Abnehmen oft nicht gelingt. Die gute Nachricht: Sie sind nicht allein. Und wie bei jeder Krankheit dürfen Sie sich helfen lassen.

Die Krankheit Adipositas

Adipositas, aus dem Lateinischen übersetzt die Fettleibigkeit, ist eine chronische Krankheit. Das heißt auch: Sie sind definitiv nicht schuld, wenn Sie aus eigener Kraft nicht mehr abnehmen können – dass das nicht mehr geht, ist ja genau Teil dieser Krankheit. Lange ging man davon aus, dass eine Adipositas allein durch weniger Nahrungsaufnahme und mehr Sport heilbar sei.¹ Dem ist aber leider nicht so.

Wenn Sie sich an diesem Ratgeber orientieren, können Sie es dennoch schaffen, Ihr Gewicht in einen gesunden Bereich zu bringen oder nach einer Adipositas-Operation neu zu starten. Dies erfordert eine dauerhafte Veränderung des gesamten Lebensstils. Vor allem gilt es, die meist psychisch verankerten Ursachen – den Kopfhunger, den Sie in diesem Kapitel näher kennenlernen werden – nachhaltig zu behandeln, um die besten Ergebnisse in der Therapie mit und ohne Operation zu erzielen.

Adipositas ist ein Gesundheitsrisiko

Adipositas ist ein Risikofaktor für rund 78 Erkrankungen.

Kümmern wir uns zunächst um den Begriff der Adipositas als solches. Sie bezeichnet einen Zustand von Übergewichtigkeit, der über die normale Schwankungsbreite des Körpergewichts hinausgeht. Es handelt sich um eine Fettleibigkeit, die mit einem erhöhten Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen verbunden ist. Das bedeutet: Mit jedem zusätzlichen Kilo nimmt das Risiko dafür zu. Außerdem steigt das Risiko, früher zu versterben.²

Bereits ab einem Body Mass Index (BMI, siehe Kasten) von 30 (Adipositas Grad I) ist die Lebenserwartung im Vergleich zu Menschen ohne Übergewicht verkürzt. Ein Beispiel: Ab dem 40. Lebensjahr ist die Lebenserwartung bei adipösen Männern um 4,2 Jahre und um 3,5 Jahre bei adipösen Frauen verkürzt. Ab einem BMI von 35 (Adipositas II) steigt das Risiko, vorzeitig zu versterben, deutlich an. Mit einem BMI über 40 (Adipositas Grad III) ist

dieses Risiko gegenüber Normalgewicht sogar dreimal so groß. Alle weiteren fünf BMI-Punkte steigt das Risiko, vorzeitig zu versterben, um 32 Prozent.

Auf die Maßeinheit des BMI beziehen sich alle Handlungsempfehlungen (medizinische Leitlinien), die Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung unterstützen.

Body Mass Index (BMI)

Der Body Mass Index ist ein sehr übliches Maß zur Beurteilung der Körpermasse im Verhältnis zur Körpergröße und wird nach einer einfachen Formel berechnet: Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern.

Beispiel:

Körpergröße = 1,70 Meter

Gewicht = 90 Kilogramm

BMI = 31,1 (Adipositas Grad I)

Adipositas ist ein Risikofaktor für rund 78 Erkrankungen.³ Bei zwölf dieser Erkrankungen handelt es sich um Krebsleiden (z. B. der Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Leber, von Dickdarm, Brust, Prostata oder Nieren⁴). Besonders häufig finden sich Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, hoher Blutdruck, Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz, die Herzschwäche. Außerdem häufige Atemnot, Asthma, Krampfaderleiden oder immobilisierende Gelenkerkrankungen, die verhindern, dass eine reguläre sportliche Aktivität noch möglich ist. Oft kommt es auch zu Sodbrennen, wenn Magensäure in die Speiseröhre zurückfließt (Refluxkrankheit).

Bei Frauen kommt es durch die Adipositas oft zu einer eingeschränkten Fruchtbarkeit und ungewollter Kinderlosigkeit, ebenso kommt es bei adipösen Männern oft zu Impotenz bzw. Erektionsstörungen und ebenfalls zu Unfruchtbarkeit.

Adipositas erhöht das Risiko, vorzeitig zu versterben – mit jedem Kilo mehr steigt das Risiko für Folgeerkrankungen.

Wichtig: Es gibt einen deutlichen Unterschied zwischen Übergewicht und Adipositas. Übergewicht beginnt bezogen auf den BMI bei einem Wert von 25. Dennoch ist der BMI alleine nicht aussagekräftig, denn entscheidend ist immer der Fettgehalt im Körper. Auch liegen die einzelnen BMI-Grenzen beispielsweise bei Menschen asiatischer Herkunft grundsätzlich um 2,5 Punkte niedriger als in der Tabelle gezeigt. Auch spielt in der Beurteilung des Body Mass Index zwar bei Kindern das Alter und Geschlecht eine wesentliche Rolle, bei Erwachsenen ist der Einfluss des Alters jedoch weniger von Bedeutung. Hier gelten die folgenden Faustregeln:

Beurteilung des Body Mass Index BMI

	FRAUEN	MÄNNER
Untergewicht	BMI < 19	BMI < 20
Normalgewicht	BMI 19–24	BMI 20–25
Übergewicht	BMI 25–30	BMI 26–30
Adipositas	BMI > 30	BMI > 30

Adipositas ist nichts Neues

Tatsächlich ist die Adipositas keine Erfindung der Moderne, sondern bereits seit der Steinzeit bekannt. Eines der berühmtesten Zeugnisse menschlicher Kunst, die etwa 30.000 Jahre alte Skulptur der Venus von Willendorf aus kalkhaltigem Gestein, zeigt beispielsweise einen Frauenkörper in adipöser Form. Auch der berühmteste Arzt der Antike, Hippokrates von Kos (um 460–370 v. Chr.), erkannte, dass der plötzliche Tod viel häufiger bei adipösen Menschen vorkam und nur eine Lebensstiländerung hilfreich war, um mit der Erkrankung fertigwerden.⁵

SCHRITT 1: THERAPIEBEGINN VOR DER OP

Sie wissen nun: Die Therapie der Adipositas ist die Behandlung einer vielschichtigen Erkrankung. Der Erfolg einer Adipositas-Operation besteht darin, dass die übermäßige Nahrungsaufnahme auf der körperlichen Ebene reduziert und eine günstige hormonelle Veränderung bewirkt wird. Diese Effekte verbessern sich, wenn Sie den Drang, Essen z. B. als Suchtmittel zu nutzen, schon vor einer Operation verändern lernen. Es geht um einen neuen Lebensstil und – ähnlich dem Erlernen einer neuen Sprache – um zahlreiche Übungswiederholungen Ihrer neuen Gewohnheiten. Die Basis bildet ein vielschichtiges, multimodales Konzept.

Das multimodale Konzept

Adipositas ist eine Krankheit. Wie bei jeder Krankheit dürfen Sie sich helfen lassen! Sie sind definitiv nicht schuld, wenn Sie aus eigener Kraft nicht mehr abnehmen können.

Das Konzept, sich der Adipositas professionell und ganzheitlich zu stellen, nennt man multimodales Konzept. Ein MMK ist der Beginn des Weges aus der Adipositas und Voraussetzung für eine operative Behandlung. Was bedeutet es aber im Einzelnen? Es geht um die drei Säulen Ernährung, Bewegung und Verhalten, um die Ursache für die Entstehung Ihrer Adipositas erfolgreich zu behandeln.

Die medizinische Leitlinie für die Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen gibt sehr trocken formuliert vor, dass vor einer Operation mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

1. **Ernährung:** Mithilfe der Ernährungstherapie haben Sie Ihre Essgewohnheiten verändert hin zu einer sogenannten energiereduzierten Mischkost mit einem Energiedefizit von mehr als 500 Kalorien täglich oder einer niederkalorischen Formuladiät (auch als Mahlzeitenersatz).

Bei einer Formuladiät werden eine oder mehrere Mahlzeiten durch spezielle Snacks oder Shakes ersetzt, die in ihrer Zusammensetzung aus Proteinen, Kohlenhydraten, Vitaminen und wenigen, gesunden Fetten besonders ausgewogen sind.

2. **Bewegung:** Sie schaffen es mithilfe der Profis in Ihrem Adipositaszentrum, eine Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart auszuüben. Gute Ausdauersportarten sind beispielsweise Walken, Joggen, Radfahren, Aerobic oder Schwimmen. Krafttraining sollten Sie idealerweise unter Anleitung ausüben.

3. **Verhalten:** Sie haben in Ihrem Adipositaszentrum bereits Verhaltensstrategien zur Optimierung im Sinne einer Ernährungs- und Bewegungstherapie erlernt. Bei Vorliegen einer Essstörung – z. B. Binge Eating, das sind Heißhungeranfälle oder regelrechte Fressattacken ohne anschließendes Erbrechen mit Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten, oder Night Eating,

nächtliches Essen aufgrund von Heißhungerattacken – oder einer psychischen Erkrankung (z. B. Depression) ist zusätzlich eine leitliniengerechte Therapie dieser Erkrankungen wichtig.

Den besten Weg gemeinsam finden

Im Adipositaszentrum wird zunächst bei jedem einzelnen Patienten beobachtet und erfasst, wo er steht. Dabei werden alle Bedingungen herausgearbeitet, die in Ihrem speziellen Fall zu dem Übergewicht geführt haben, und der für Sie am besten funktionierende Weg besprochen. Jeder Mensch ist anders, und auch die Vorstellungen, die Sie von dem für Sie bestmöglichen Weg haben, gehören hier unbedingt dazu! Wir schauen professionell, wie sich Ihre Vorstellungen mit unserem Wissen kombinieren lassen.

Im Rahmen des multimodalen Konzeptes werden zudem Ursachen und Folgeerkrankungen der Adipositas individuell über einen längeren Zeitraum erfasst und zum sinnvollen Zeitpunkt in die für Sie passende Behandlung überführt. Das MMK ist daher auch stets Diagnostik, oft lassen sich hier schon erstaunliche Fortschritte erzielen! Insbesondere, wenn Sie sich für die Psychotherapie entschließen konnten, sind Sie meist schon sehr viel weiter in dem Verstehen, warum genau Ihnen das so passiert. Das kann sehr entlastend und motivierend sein.

Nach sechs Monaten MMK wird besprochen, wie es weitergeht. Diese Zeit brauchen Sie und wir, um eindeutig eine Richtung zu erkennen und um zu verstehen, wie Sie sich Ihre Zukunft wünschen und wie wir Ihnen helfen können, diese zu erreichen. Wunder gibt es da nicht. Nach unserer Einschätzung braucht eine Adipositasbehandlung eine lebenslange Umstellung, also ein ganz neues Gleichgewicht zwischen Bewegung und Kalorienverbrauch.

Hier hilft Ihnen die Operation nach dem neuesten Verständnis nachhaltig, nicht weil wir wie bisher angenommen nur die Verdauung verändern, sondern weil wir mit der Operation die

Die multimodale Therapie hilft Ihnen schon vor der OP, einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu entwickeln.

Hormone der Darm-Gehirn-Achse wieder in Lot bringen. Damit können wir schon einiges wieder zurückdrehen. Neu starten. Den Reset-Knopf drücken. Damit der Neustart dauerhaft besser läuft und Sie nicht wieder in die Adipositas-Falle treten, müssen wir trotzdem die Ursache beseitigen, die zur Adipositas geführt hat. Das ist und bleibt der Lebensstil.

Es ist natürlich leicht, ein Buch zu lesen, worin Ernährungsprinzipien erläutert werden. Vieles werden Sie sicher schon kennen. Schwer ist, dieses Wissen auch Tag für Tag zu leben, etwa in der unmittelbaren Entscheidungssituation direkt vor dem Kühlschrank! Wenn es darum geht, sich zu entscheiden, dann siegt nämlich oft das kurze Glücksgefühl und die vorgenommenen Ziele erscheinen plötzlich nicht mehr so wichtig. Es ist ja nur eine „Ausnahme“, und Sie denken in dem Moment nicht an die Konsequenzen. Am Ende ist es die Summe Ihrer Entscheidungen, die den Unterschied macht. Die Summe der Entscheidungen macht den Lebensstil. Wie Sie lernen, Ihre Entscheidungen zu steuern und den Lebensstil zu verändern, erfahren Sie in der multimodalen Therapie.

Anders essen will gelernt sein: Ernährungstherapie

Verwechselt wird die Ernährungstherapie oft mit dem Wissen, was und wie man am besten isst. Das Wort Therapie meint tatsächlich mehr als das: eine konkrete Verhaltensänderung in Richtung Gesundheit, also auch hin zu weniger Übergewicht. Deswegen arbeitet die Ernährungstherapie auch mit Ernährungsprotokollen, die jedoch nur dann nutzen, wenn Sie ehrlich aufschreiben, was und wie viel Sie zu sich nehmen. Wie wollen Sie das sonst verändern, wenn Sie gar nicht wirklich einschätzen können, was da wirklich passiert?

Das Ernährungsprotokoll

Ernährungstherapie kann nur funktionieren, wenn Sie ein Ernährungsprotokoll schreiben. Im Adipositaszentrum wird man mithilfe der Protokolle genau auf Ihre Bedürfnisse eingehen und Ihnen helfen, Verbesserungspotenziale hinsichtlich des Essverhaltens umzusetzen.

Ihr Essen ist, wie im ersten Kapitel beschrieben, aktuell vor allem mit Ihrer psychischen Befindlichkeit verbunden, die wir in Zusammenhang mit einer Adipositas als Sucht beschreiben. Ziel ist es, dieses Suchtverhalten schrittweise aus Ihrer Essensroutine zu verbannen. Dafür brauchen Sie ein starkes Bewusstsein als Kontrollinstanz für das, was Sie zu sich nehmen.

Wir können es drehen und wenden, wie wir wollen, aber die Menge an Essen ist einer der Schlüssel für Ihr Normalgewicht. Weil für viele Adipöse Essen zum „einzigen Genuss“ im Leben geworden ist, ist ein häufiger Irrglaube, die Ernährungstherapie wolle diesen Genuss nehmen. Ich versichere Ihnen, das Gegenteil ist der Fall: Um das angesprochene Mengenbewusstsein zu erreichen, will man Ihnen echten Genuss beibringen, der Sie zu einem Normalgewicht bringt. Es wird also nicht weniger, sondern mehr Genuss werden – aber weniger Essen. Sie werden lernen, Essen und Wohlbefinden zu trennen.

Wichtig ist, dass Sie bitte nicht weniger als 1.500 Kalorien am Tag zu sich nehmen und überschnelles Abnehmen vermeiden. Vielleicht hilft Ihnen dieses Bild: Abnehmen sollte ein Marathon sein, kein Sprint! Dafür werden auch keine Verbote gesetzt, denn je strenger die Diät, desto schneller würden Sie in Ihre alten Muster verfallen. Lernen Sie in den folgenden Abschnitten die wichtigsten Inhalte der Ernährungstherapie kennen, die in jedem Fall auf Sie zukommen werden. Sie alle stellen gleichzeitig Hürden da, die gemeinsam mit den Ernährungsberatern genommen werden können!

SCHRITT 2:

ALLES RUND UM DIE

OPERATION

Bei der OP beeinflussen wir den Bauchhunger und damit verschiedene Hormone. Dennoch sollten Sie bitte keine Wunder erwarten. Auch muss sich der Körper nach der Operation erst allmählich an die neue Situation anpassen. Sie sollten daher alle positiven Effekte kennen, aber auch um mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen wissen, bevor Sie Ihre Operationsentscheidung treffen. Die wichtigsten Fragen dazu beantwortet dieses Kapitel.

Welche positiven Effekte hat die OP?

Wir wissen, dass die Ergebnisse einer Adipositas-Operation umso erfolgreicher ausfallen, je besser Sie Ihren Kopfhunger mithilfe der Maßnahmen aus dem multimodalen Therapiekonzept bereits im Griff haben. In einer Studie wurde über fünf Jahre nach Therapiebeginn die Entwicklung des Body Mass Index durch eine konservative Therapie – also durch ein multimodales Konzept plus Medikamenteneinnahme – gegenüber der Entwicklung nach einer Schlauchmagen-Operation und Magenbypass (siehe Seite 92 und 97) untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass unter konservativer Therapie tatsächlich eine dauerhafte Reduktion von mehr als zwei BMI-Punkten möglich war.

Gibt es Medikamente gegen Adipositas?

Immer wieder wurde versucht, Medikamente zur Gewichtsabnahme einzusetzen. Allerdings kam es mitunter zu starken Nebenwirkungen. Rimonabant (Acomplia), ein Blocker des Cannabisrezeptors im Gehirn, wirkt beispielsweise hemmend auf den Appetit. Wegen möglicher psychischer Störungen wie Depression und Halluzination wurde er jedoch vom Markt genommen.

Auch für viele zugelassene Präparate, insbesondere Appetitzügler wie das Kombinationspräparat Contrave (Naltrexon/Bupropion) gilt, dass die Nebenwirkungen den Nutzen oftmals übersteigen. Auch beim Wirkstoff Orlistat kommt es aufgrund der gewünschten Hemmung der Fettaufnahme im Darm zu Fettstühlen.

Vielversprechende Ergebnisse gibt es allerdings aktuell für eine Wirkstoffgruppe, die aus der Diabetestherapie bekannt ist – die sogenannten GLP-1-Analoga. Liraglutid (Saxenda) ist in Deutschland für die Behandlung der Adipositas zugelassen. Studien zufolge lassen sich nach einem Jahr Therapie durchschnittlich neun Prozent Gewichtsabnahme erzielen.



Wichtig: Weitere Präparate drängen gegenwärtig auf den Markt. Offen sind teilweise noch Fragen, wie lange und in welcher Dosis therapiert werden soll. Auch dürfen die Präparate z. B. nicht während einer Schwangerschaft verabreicht werden. Lassen Sie sich daher hinsichtlich möglicher Medikamente unbedingt ärztlich beraten.

Dieselbe Studie hat aber auch gezeigt, dass eine nach konservativer Therapie durchgeführte Adipositas-Operation eine deutlich größere Verbesserung des BMI von mehr als sechs BMI-Punkten beim Schlauchmagen bzw. über acht BMI-Punkten beim Magenbypass erreichte. Lässt sich also in vielen Fällen bereits durch eine konservative Therapie ein ausreichender Erfolg erzielen – auch hinsichtlich der verschiedenen Begleiterkrankungen –, steht die Operation vor allem bei hochgradiger Adipositas für nachhaltigen Gewichtsverlust. Bevor wir die OP-Verfahren detailliert betrachten, möchte ich Ihnen zunächst die daraus resultierenden Effekte vorstellen.

Der Weg aus der Adipositas benötigt die Behandlung von Kopfhunger und Bauchhunger.

Gewichtsabnahme

Sie nehmen vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Operation ab und erreichen danach ein stabiles Gewicht. Es kann passieren, dass Sie nach zwei Jahren etwas zunehmen, aber dann ist das Gewicht in der Regel stabil. Diese Schwankungen haben damit zu tun, dass der Körper sich an die neue Situation anpassen muss, und besagen nicht, dass Sie etwas falsch machen! Mit der Operation haben wir die Hormone der Darm-Gehirn-Achse, die im ersten Kapitel erklärt sind, sozusagen neu eingestellt.

Nehmen Sie in den ersten 18 Monaten nicht so richtig ab, dann liegt es eher daran, dass die Mahlzeiten oder Getränke, die Sie zu sich nehmen, zu viele Kalorien enthalten. Wenden Sie sich bitte in jedem Fall an Ihre Ernährungsexperten und notieren Sie alles, was Sie zu sich nehmen. Auch alle Getränke!

Magenbypass (RYGB)

Den Begriff Bypass kann man im medizinischen Sprachgebrauch mit dem Wort Umleitung übersetzen. Ziel einer klassischen Magenbypass-Operation – dem Roux-en-Y-Magenbypass (RYGB) – ist es, durch die Umleitung des Essens um den Magen und den Zwölffingerdarm herum eine Trennung des Speisebreis von den dort lokalisierten Verdauungssäften zu erreichen. Dazu werden zwei künstlich geschaffene Verbindungen geschaffen. Der Vorteil: Durch die Umleitung und den verspäteten Kontakt der Nahrung mit den Verdauungssäften wird nur noch ein Bruchteil der zugeführten Nährstoffe vom Darm aufgenommen. Der Rest wird ausgeschieden.

Dies wird dadurch erreicht, dass knapp unterhalb des Mageneingangs ein Magenpouch – eine kleine Magentasche, ca. drei Zentimeter breit und fünf bis sechs Zentimeter lang – gebildet und dieser mit einer Dünndarmschlinge verbunden wird. Diese erste Verbindung wird obere Anastomose genannt.

Damit konsumiertes Essen aber trotzdem irgendwann verdaut werden kann, werden Speisebrei und Verdauungssäfte durch eine zweite Nahtverbindung wieder zusammengeführt. Diese liegt zwischen dem Dünndarmabschnitt, der den Nahrungsbrei weiter nach unten transportiert, und dem Abschnitt, in dem die Verdauungssäfte fließen. Diese zweite Verbindung wird untere Anastomose genannt.

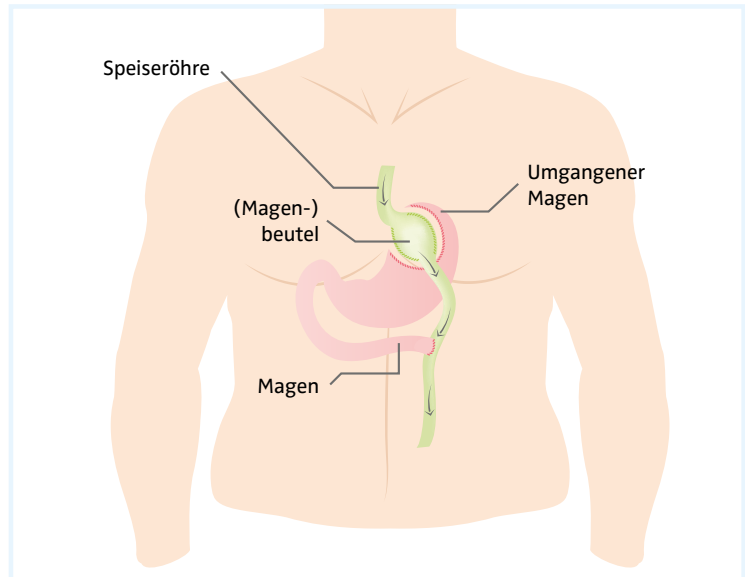
Die beschriebenen Veränderungen der Nahrungspassage führen dazu, dass beim Magenbypass verschiedene Effekte der Adipositaschirurgie zum Tragen kommen: Der kleine Magenpouch führt zu einem Völlegefühl, bereits nach geringer Nahrungsmenge. Man spricht auch von einer Nahrungsrestriktion. Dadurch, dass Teile des Dünndarms ausgeschaltet sind, ist die Verdauungsstrecke verkürzt, es wird also auch schlechter verdaut (Maldigestion), somit werden weniger Kalorien aus der Nahrung aufgenommen (Malabsorption).

Beim Magenbypass wird das Essen um Magen und Zwölffingerdarm herumgeleitet und daher „schlechter“ verdaut.

Entscheidend ist auch, dass der Zwölffingerdarm aus der Nahrungspassage ausgeschaltet ist. Dies scheint entscheidend zum antidiabetischen Effekt des Magenbypasses beizutragen.

Bei der aktuell am weitesten verbreiteten Technik werden durch die geschilderte Umleitung ca. 2,5 Meter des Dünndarms aus der Verdauungsaktivität herausgenommen. Mediziner sprechen auch von einem proximalen Magenbypass. Wird die untere Anastomose deutlich später gesetzt, damit also auch die Strecke an Dünndarm verkürzt, die zur Verdauung der Nahrung zur Verfügung steht, ist von einem distalen Magenbypass die Rede. Diese Technik hat sich aber nicht durchgesetzt, da hier auch mit schweren Durchfallproblemen und Mangelerscheinungen zu rechnen ist.

Magenbypass



Minibypass (OAGB)

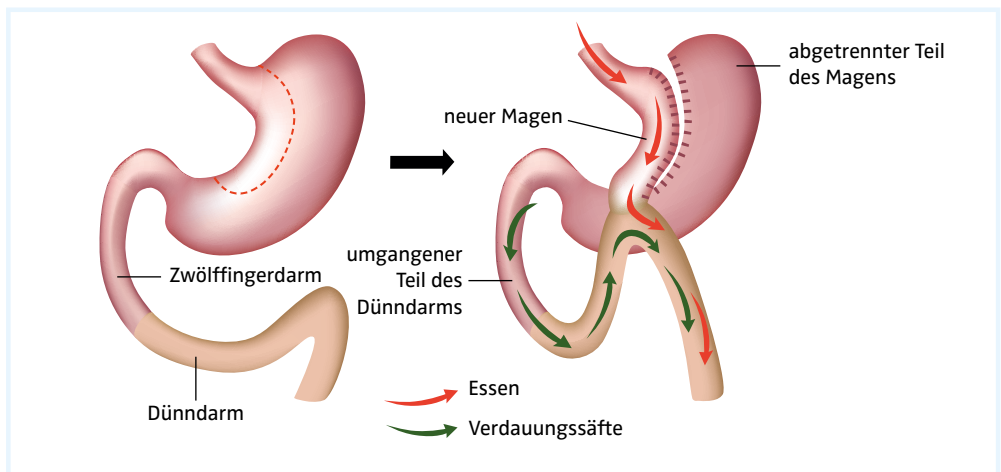
Der im deutschen Sprachgebrauch als Ein-Anastomosen-Bypass oder auch Minibypass bezeichnete Eingriff führt dazu, dass Essen durch nur eine Verbindungsstelle um den Großteil des Magens und um den Zwölffingerdarm herum umgeleitet wird. Die wissenschaftliche bzw. englische Bezeichnung ist One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB).

Im Gegensatz zum klassischen Magenbypass ist bei dieser Variante der Magenpouch so groß wie ein Schlauchmagen, wird aber knapp oberhalb des Magenausgangs ebenfalls durchtrennt. Dieser lange und schmale Magenpouch wird dann mit einer Dünndarmschlinge verbunden, ca. 1,5 Meter unterhalb des Übergangs von Zwölffingerdarm und Dünndarm.

Im Gegensatz zum Magenbypass erfolgt beim Minibypass die Durchmischung von Nahrungsbrei und Verdauungssäften direkt nach dem Passieren des Magens, es wird keine zweite Nahtverbindung mehr durchgeführt. Die wissenschaftliche Datenlage zu diesem Vorgehen ist noch uneinheitlich, Fakten über Langzeitergebnisse liegen nicht in verlässlicher Form vor.

Im Gegensatz zum klassischen Magenbypass ist bei dieser Variante der Magenpouch so groß wie ein Schlauchmagen.

Minibypass



Ein Problem beim Minibypass kann der frühe Kontakt von konzentriertem Gallensaft mit der Magenschleimhaut und damit einhergehenden Schleimhautschäden sein. Ob und inwiefern dadurch die Bildung eines bösartigen Tumors im Bereich des Magenpouchs begünstigt wird, ist unklar.

SADI-S-Bypass

Der SADI-S (Abkürzung engl. für single anastomosis duodeno-ileale bypass mit sleeve) ist eine Kombination aus der beschriebenen Schlauchmagen-Operation (Sleeve) mit einem sogenannten Omega loop-Bypass. Bei diesem Verfahren, das dem Minibypass ähnelt, wird zunächst die Schlauchmagen-Operation durchgeführt. Anschließend erfolgt das Durchtrennen des Darms knapp unterhalb des Magenausgangs, also am oberen Anteil des Zwölffingerdarms. Damit wird die Nahrungspassage durch den Zwölffingerdarm zwar auch komplett ausgeschaltet, aber der Pförtner am Ende des Magens reguliert weiterhin die Nahrungspassage.

Eine 1,5 bis zwei Meter lange Dünndarmschlinge, gemessen vom Beginn des Dünndarms an, wird dann direkt an der Absetzungsstelle kurz hinter dem Magenausgang angenäht. Es handelt sich also wiederum um einen Ein-Anastomosen-Bypass, wobei in diesem Fall der Magenausgang noch erhalten ist und der Nahrungsbrei erst unterhalb davon mit den Verdauungssäften in Berührung kommt.

In der Theorie ist durch dieses Vorgehen die Magenschleimhaut besser vor der hochkonzentrierten Gallenflüssigkeit geschützt. Ziel ist also, dass es zu weniger Schleimhautreizungen am Magen kommt. Diese Methode wird zunehmend als zweiter Schritt nach einer Schlauchmagen-Operation durchgeführt, wenn ein unzureichender Gewichtsverlust oder ein erneuter Gewichtsanstieg zu beobachten ist.

Die Methode wird zunehmend als zweiter Schritt nach einer Schlauchmagen-Operation durchgeführt, wenn ein unzureichender Gewichtsverlust oder erneuter Gewichtsanstieg zu beobachten ist.

SCHRITT 3: SO GEHT ES JETZT WEITER

In den ersten 18 Monaten nach der Adipositas-Operation gelingt das Abnehmen in der Regel zügig. Viele Begleiterkrankungen bessern sich, gesundheitliche Risiken sinken und Ihre allgemeine Lebensqualität nimmt Fahrt auf. Doch auch wenn Sie sich fitter und gesünder fühlen, darf eine lebenslange Nachsorge nicht außer Acht gelassen werden. Was dabei wichtig ist, finden Sie in diesem Kapitel.

Ziele der konsequenten Nachsorge

Jede Adipositas-Operation verändert den Organismus bzw. die Art der Nahrungszufuhr und das Ausmaß der Nährstoffaufnahme grundlegend. Es werden von nun an weniger Kalorien zugeführt, was zum gewünschten Effekt einer Gewichtsabnahme führt. Dieser ist umso größer, je weiter unterhalb des Dünndarms durchtrennt und an den verkleinerten Magen angeschlossen wurde.

Leider kommt es als Begleiterscheinung dazu, dass auch lebenswichtige Vitamine, Mikronährstoffe und Spurenelemente dem Organismus weniger zur Verfügung stehen. Wird dabei eine kritische Schwelle unterschritten, kommt es – wenn die körpereigenen Vorräte aufgebraucht sind – zu Mangelerscheinungen. Diese gilt es unbedingt zu vermeiden. Wir werden darauf später im Abschnitt Nahrungsergänzungen noch näher eingehen.

Zunächst stellt sich die Frage, wie sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität eigentlich insgesamt nach dem Eingriff verändert, der schließlich auch spezifische Komplikationen und Nebenwirkungen birgt. Aktuelle Studien belegen für die drei Hauptverfahren – Schlauchmagen, Magenbypass und Minibypass – einen deutlichen Vorteil hinsichtlich der Lebensqualität innerhalb eines Jahres verglichen mit einem konservativen Vorgehen. Erfreulicherweise zeigte sich dieser Effekt auch noch nach fünf Jahren.

Insgesamt bestätigt sich in nahezu allen Teilbereichen, die für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in entsprechende Studien einfließen, dass die Lebensqualität der Patienten langfristig und nachhaltig verbessert werden kann. Dabei muss natürlich betont werden, dass eine Adipositaschirurgie ihr volles Potenzial für das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen nur im Gesamtpaket entfalten kann. Dazu gehören, wie Sie inzwischen wissen, die umfassende, präoperative Aufklärung und Vorbereitung sowie eine Durchführung durch ein erfahrenes Team und eine konsequente Nachsorge.

Ihre Lebensqualität wird sich nach der OP langfristig und nachhaltig verbessern.

Erfahrungen einer Patientin sieben Jahre nach der Adipositas-Operation

Viele Freunde und Bekannte, nicht so sehr die engen, reagierten nach meiner Adipositas-OP mit Neid, abfälligen Bemerkungen und zum Teil Spott wie: „Das hältst du sowieso nicht lange durch.“ Auch eine Freundin reagierte so, das verletzte mich sehr. Andere, auch Übergewichtige, zogen sich von mir zurück. Mein Mann gab auf einmal mit mir an, obwohl er wusste, dass Adipositas eine Krankheit ist. Das hat mich sehr getroffen, denn es gab mir das Gefühl, er würde sich über meine Krankheit freuen. Als ich weiter abnahm, wollte er, dass ich mir ein Tuch umbinde und langärmlige Pullover trage, damit man meine Falten nicht sieht.

Es gab aber auch Freunde, die mich unterstützten und sich mit mir darüber freuten, dass ich wieder viel mehr unternehmen konnte. Ich kann mich heute anders bewegen und bin dadurch viel aktiver, sowohl in der Freizeit als auch beruflich. Das Leben fällt leichter.

Ich fühle mich nicht beobachtet und verhöhnt, wenn ich z. B. in einer Gaststätte mittagesse. Sachen kaufen macht Spaß. Ich kann wieder Fahrrad fahren, mich hinsetzen, ohne Angst zu haben, dass der Stuhl zusammenbricht. Ich versuche, ein neues Selbstbewusstsein aufzubauen und trotz meiner Falten ins Freibad zu gehen. Ich gehe mit Freunden aus, die mir Mut machen und mich aufbauen.

Ich esse alles und vertrage fast alles, nur bei Hektik und Stress muss ich mich übergeben. Dann habe ich keine Kontrolle mehr über mich und leide unter starken Schmerzen, gegen die ich Oxycodon (ein Opioid) einnehme. Danach muss ich mich hinlegen, um wieder runterzukommen. Ich kann alles essen, bekomme aber nach Kraut starke Blähungen. Ich bin fast süchtig nach Süßem, esse aber auch viel Obst und Gemüse, Fleisch interessiert mich nicht mehr so.

Ich denke, ich bin schneller reizbar und friere oft. Ich konnte früher mehr über mich selbst lachen. Heute bin ich sehr viel sensibler. Ich empfinde mich anders, bin selbstbewusster geworden und setze mich mehr zur Wehr.

Prof. Dr. med. Stefan Schopf ist Leiter des Kompetenzzentrums Bariatrische und Metabolische Chirurgie (DGAV) der RoMed Klinik Bad Aibling. Seine chirurgischen Schwerpunkte sind die Bariatrische und Metabolische Chirurgie (Adipositas-Chirurgie), die Chirurgie von hormonbildenden Organen wie Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Nebenniere sowie die operative Versorgung der Erkrankungen des Magen-Darmtraktes (Verdauungstrakt). Stefan Schopf ist als Experte Mitglied im International Bariatric Club (IBC) und Mitglied der Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). Sein Ziel in der Adipositas-Chirurgie ist die Verbesserung der Nachhaltigkeit und Effektivität des chirurgischen Eingriffs. Hierzu arbeitet er eng mit einem Team zusammen, dessen Erfahrungen in diesen Ratgeber mit einfließen.



Der verlässliche Begleiter für Menschen mit Adipositas

Früher galt Adipositas als selbstverschuldetes Problem, und Ratschläge wie „Iss doch einfach weniger!“ kamen nicht zuletzt von ärztlicher Seite. Heute weiß man, dass die Erkrankung nachvollziehbare Ursachen hat: Sie können nichts dafür, wenn Sie aus der Adipositas nicht mehr rauskommen. Mit der sogenannten bariatrischen Operation steht Ihnen heute ein sehr wirksamer Weg aus dem Teufelskreis des krankhaften Übergewichtes zur Verfügung! Der erfahrene Mediziner Stefan Schopf gibt Ihnen einen detaillierten Einblick, was Sie erwartet, wenn Sie mithilfe einer OP dauerhaft abnehmen. Er hilft Ihnen dabei, nicht in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, Ihre Fitness langfristig zu verbessern, Hürden in der Ernährung erfolgreich zu nehmen und auch mit speziellen Problemen gut zurechtzukommen.

Das spricht für diesen Ratgeber:

- Gebrauchsanweisung, Arbeitsbuch und schnelles Nachschlagewerk auf Ihrer Reise in ein schlankeres Leben.
- Sie bekommen Schritt für Schritt erklärt, wie Sie sich auf die Operation vorbereiten, und erhalten Einblicke in die ersten Tage nach der Operation und wie es dann weitergeht.

www.humboldt.de

ISBN 978-3-8426-3151-9



9 783842 631519

22,00 EUR (D)

**Ein Mutmach-Ratgeber, der Sie
auf Ihrem Weg vor und nach der
Adipositas-OP begleitet.**