



St. Vinzenz-Hospital
Dinslaken

Patienteninformation

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie Chefarzt:
Dr. med. K. Peitgen
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33
46535 Dinslaken

Tel. 02064 44-1022
Fax 02064 44-1068

- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.viszeralchirurgie-dinslaken.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Operative Methoden zur Behandlung der krankhaften Fettsucht („morbidе Adipositas“)



Inhaltsverzeichnis

Adipositas – ein echtes Problem	3
Wer gilt in welchem Grad als übergewichtig?	3
Wie entsteht Adipositas bzw. krankhafte Adipositas?	4
Risiken und Folgeerkrankungen bei Adipositas und krankhafter („morbider“) Adipositas	5
Adipositas und Ihre Folge-Erkrankungen	6
Was kann man gegen krankhafte Adipositas tun?	7
Welche Formalitäten müssen Sie erledigen?	10
Die ambulante Nachbehandlung	12
Die Gewichtsabnahme nach dem Eingriff	12
Stuhlgang und seine Regulation	12
Nachsorge, Vitamine, etc.	13
Notwendige Unterlagen zu Ihrer Antragstellung bei der Krankenkasse	14
Beispiel eines Antrags als Anschreiben an die Krankenkasse	15
Verlaufsdokumentation nach Adipositas-Operation	16
Ihr Weg zum St. Vinzenz Hospital Dinslaken	18

Krankhaftes Übergewicht ist eine komplexe Erkrankung mit vielen unterschiedlichen Ursachen. Oftmals haben die Patienten eine lange Leidensgeschichte mit vielen Versuchen der Gewichtsreduktion hinter sich.

Diese Broschüre soll Sie über die Möglichkeiten der operativen Behandlung der krankhaften Fettsucht mit den verschiedenen möglichen Operationsmethoden informieren. Sollten Sie nach dem Lesen dieser Broschüre noch weitere Fragen haben, dann wenden Sie sich bitte an unsere Ärzte.

Die Adipositas-Sprechstunde im St. Vinzenz Hospital Dinslaken findet nach Terminvereinbarung statt:

- 📞 **Tel.-Nr.: 02064-441351**
- 📧 **susanne.fischer@st-vinzenz-hospital.de**
- 📧 **adipositaszentrum@st-vinzenz-hospital.de**

Weitere Informationen, Illustrationen und Videos zum Thema Adipositas, den Operations-Methoden und den Angeboten unserer Klinik finden Sie unter www.viszeralchirurgie-dinslaken.de

Adipositas - ein echtes Problem

Gemäß einer Studie des Robert-Koch-Instituts (2008-2011) sind in Deutschland 67,1% der Männer und 53% der Frauen übergewichtig mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 25 kg/m². Adipös mit einem BMI über 30 kg/ m² sind 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen hierzulande (Alter 18 bis 91 Jahre). 1998 lag der Anteil bei Männern noch bei rund 19% und bei Frauen bei 22,5%. Den größten Adipositas Anstieg verzeichnet bei Männern wie Frauen die Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen. (Quelle: www.degs-studie.de)

Noch fehlen wirksame Therapien – Abhilfe beim Übergewichtsproblem ist nicht in Sicht. Dramatisch ist dies v. a. wegen der Folgeerkrankungen starken Übergewichts. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt z. B. 44 Prozent der Zuckererkrankungen und rund 40 Prozent bestimmter Krebsleiden auf Adipositas zurück. So führt Adipositas zu einer großen gesundheitlichen und finanziellen Belastung für die Betroffenen und die Gesellschaft. Der „Economist“ geht davon aus, dass ein adipöser Mensch rund 40 Prozent höhere Gesundheitskosten verursacht als ein normalgewichtiger.

Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (www.adipositas-gesellschaft.de) nennt für 2003 direkte Behandlungskosten für Adipositas in Höhe von über 85 Millionen Euro, für Folgeerkrankungen rund 11,3 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten z. B. für Arbeitsausfälle betragen 1,4 bis 1,6 Milliarden Euro.

Wer gilt in welchem Grad als übergewichtig?

Im Folgenden stellen wir Ihnen kurz die Berechnung des **Körper-Massen-Index (BMI)** und die darauf bezogene Einteilung des Gewichtes vor, damit Sie für sich selbst einschätzen können, welche Fakten und Möglichkeiten auf Sie persönlich zutreffen.

Body-Mass-Index BMI = $\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körperlänge in m})^2}$

Beispiel:
1,75m Körpergröße,
150 Kg Gewicht

BMI = $\frac{150}{1,75 \times 1,75} = 48,98 \text{ kg/m}^2$

Einen Online-Kalkulator für den BMI finden Sie u.a. hier: www.viszeralchirurgie-dinslaken.de

Einteilung des Körpergewichts

• Normalgewicht	BMI	20,0 - 24,9
• Übergewicht	BMI	25,0- 29,9
• Adipositas Grad I	BMI	30,0 - 34,9
• Adipositas Grad II	BMI	35,0 - 39,9
• Adipositas Grad III	BMI	> 40
• Adipositas Grad IV	BMI	> 50

Wie entsteht Adipositas bzw. krankhafte Adipositas?

Fettleibigkeit und Übergewicht, Adipositas und krankhafte Adipositas können verschiedene Ursachen haben. Im Wesentlichen werden fünf Hauptursachen beschrieben:

1. Positive Energiebilanz

Um richtig funktionieren zu können, braucht Ihr Körper Energie, diese Energie holt er sich gie aus der Nahrung. Wenn die aufgenommene Energiemenge der benötigten Energiemenge entspricht, bleibt das Gewicht konstant. Wird aber mehr Energie aufgenommen, als tatsächlich verbraucht wird, bleibt Energie übrig; es liegt also eine positive Energiebilanz vor. Dieser Überschuss lagert sich als Fettgewebe ab, das als Reserve für "spätere Notzeiten" angelegt wird. Wenn diese Fettreserven nicht angegriffen werden, nimmt das Körpergewicht zu. Die Nahrungsmenge, die ein Mensch benötigt, ist individuell sehr verschieden. Es gibt Menschen, die die zugeführte Energie schneller verbrennen als andere.

2. Vererbung

Bei manchen Menschen mit schwerer Adipositas spielen anscheinend auch erbliche Faktoren eine Rolle. Es gibt zahlreiche Forschungen, die sich mit den genetischen Faktoren befassen, die bei der schweren Adipositas eine Rolle spielen könnten. Die Forscher waren begeistert, als 1994 das für Adipositas verantwortliche Gen bei Mäusen entdeckt wurde. Dieses Gen bildet das Protein Leptin, das zum Sättigungsgefühl beiträgt. Es wurde gezeigt, dass Mäuse mit einem defekten Gen enorme Futtermengen verzehren. Die Freude war allerdings nur von kurzer Dauer, denn beim Menschen sind die Verhältnisse anders. Bei stark adipösen Menschen scheinen keinerlei Anomalien dieses spezifischen Gens vorzuliegen, was bedeutet, dass schwere Adipositas nicht durch ein einzelnes defektes Gen erklärt werden kann. Doch diese Forschungen haben zu neuen Einsichten in eine Vielzahl von Mechanismen geführt, die bei Adipösen wesentlich weniger effektiv funktionieren, beispielsweise Fettverbrennung, Stoffwechsel und Hunger- und Sättigungsgefühl.

3. Stoffwechselstörungen

Stoffwechselstörungen, wie sie beispielsweise durch eine Schilddrüsenunterfunktion verursacht werden, können ebenfalls zu Adipositas oder krankhafter Adipositas führen.

4. Soziale Gewohnheiten

Der zunehmende Wohlstand ist einer der wichtigsten Faktoren für Übergewicht. Er hat einen wesentlichen Einfluss auf unsere Essgewohnheiten. Eine unausgewogene Ernährung, fettreiche Fast-Food-Snacks zwischen den Mahlzeiten, zu große und zu üppige Portionen sowie Erfrischungsgetränke können alle einen negativen Einfluss auf unseren Energiehaushalt ausüben. Darüber hinaus tendieren die meisten Menschen dazu, sich zu wenig zu bewegen.

5. Psychologische Faktoren

Die Essgewohnheiten vieler Menschen werden auch durch das Umfeld beeinflusst. Man lässt sich durch Geruch und Farbe anregen, mehr zu essen, oder man wird von anderen dazu animiert: "Jetzt sei doch kein Spielverderber, nimm doch ein Stück Kuchen!". Außerdem kann (übermäßiges) Essen nach einer negativen Erfahrung oder in Zeiten der Trauer oder des Stresses vorübergehend Trost spenden. Die Ess-Orgie nach einer fehlgeschlagenen Diät ist ein allzu bekanntes Phänomen, das einen Übergewichtigen resignieren lässt – "es klappt doch sowieso nie" – und ihn schnell in einen wahren Teufelskreis hineinziehen kann.

Die starke Zunahme der Menschen mit Adipositas in den industrialisierten Ländern führen Wissenschaftler verstärkt auf dick-machende Umweltfaktoren („obesogenic environment“) zurück. Diese sind geprägt von Über- und Fehlernährung sowie Bewegungsmangel.

Das Vorurteil, dass adipöse Menschen an ihrem Übergewicht selbst schuld seien, ist nach aktuell geltender wissenschaftlicher Meinung schlicht falsch, da eine Vielzahl von Faktoren Übergewicht begünstigen und beeinflussen.

Nicht jeder wird dick, nicht jeder bleibt dünn

Die Ursache für krankhaftes Übergewicht ist auf den ersten Blick sehr einfach. Der Körper bekommt zu viel Energie in Form von Lebensmitteln und verbraucht zu wenig in Form von Bewegung. Dadurch entsteht ein Überschuss, der als Fett in den Fettzellen gespeichert wird. Auch wenn sich Wissenschaftler in diesem Punkt weithin einig sind, ist nach wie vor unklar, warum einige Menschen es schaffen nur so viel zu Essen, wie sie brauchen und andere nicht. Für dieses Problem gibt es verschiedene Erklärungsansätze zum Beispiel aus der Neurobiologie. Für die Behandlung der Adipositas bedeutet dies, dass die Patienten individuell untersucht und behandelt werden müssen.

Vom Gendefekt zur Schlafhygiene – die vielen Gesichter der Adipositas

Es gibt Menschen, die unter einem Gendefekt leiden, der bewirkt, dass sie kein Sättigungsgefühl haben. Andere haben seit frühester Kindheit gelernt, Stress mit Essen zu bekämpfen. Für ihr Belohnungszentrum ist dies der einzige Weg wieder ruhiger zu werden. Einige Menschen haben Schlafprobleme, die dazu führen, dass der Stoffwechsel gestört wird. Sie haben ständig Hunger, obwohl der Körper keinen Mangel hat. Bei manchen krankhaft Übergewichtigen führt Stress dazu, dass der Insulinspiegel im Körper steigt. Selbst wenn sie sich bewegen, baut der Körper deshalb zu wenig Fett ab. Einige Adipöse leiden unter Essattacken, die sie nicht mehr beeinflussen können. Sie verlieren beim Essen die Kontrolle über sich und können diese ohne fremde Hilfe selten wieder zurückerlangen. Es gibt auch Annahmen, dass einige Menschen ihr Idealgewicht schlicht oberhalb eines BMI von 30kg/m² haben. Sie sind zwar übergewichtig, haben ansonsten aber keinerlei gesundheitliche Beeinträchtigungen. Für sie kann Übergewicht vor allem ein soziales Problem sein.

Risiken und Folgekrankheiten bei Adipositas und krankhafter („morbider“) Adipositas

Schwere Adipositas kann eine erhebliche Gesundheitsgefahr mit einem erhöhten Risiko für Diabetes, Gelenkprobleme, Bluthochdruck und bestimmte Krebsarten darstellen. Der Cholesterinspiegel ist wahrscheinlich deutlich erhöht, und das Risiko für Gallenblasenprobleme nimmt zu. Es können auch Bronchialbeschwerden auftreten, und die Betroffenen sind stärker gefährdet, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken. Je größer die Gewichtszunahme, desto höher ist das Risiko für gesundheitliche Probleme. Dasselbe gilt für die Lebenserwartung. Für Menschen mit schwerer Adipositas besteht eine reelle Gefahr, einen vorzeitigen Tod zu erleiden. Adipositas verringert die Mobilität, wobei mehr Bewegung gerade das Richtige für die Betroffenen wäre. Bei Menschen, die bereits an bestimmten Krankheiten, z.B. Diabetes, leiden, kann sich die Krankheit verschlimmern.

Schwere

Adipositas verringert die Fruchtbarkeit und damit die Chance auf eine Schwangerschaft. Wenn es zu einer Schwangerschaft kommt, kann es bei der Geburt Probleme geben.

Folgeerkrankungen der Adipositas

Zu den Folgeerkrankungen einer Adipositas gehören Typ-2-Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Leiden, Fettleber und Fettgewebestörungen.

Entscheidend für das Risiko für die Folgeerkrankungen einer Adipositas ist die Fettverteilung am Körper. Das Erkrankungsrisiko ist größer bei einer bauchbetonten Adipositas (der sogenannte „Apfeltyp“). Fettpolster an Gesäß und Beinen sind weniger schädlich („Birnentyp“). Deshalb messen Ärzte auch den Bauch- oder Taillenumfang ungefähr in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Oberkante des Hüftknochens. Ein erhöhter Bauchumfang, bei Frauen von über 80 cm, bei Männern von über 94 cm, gilt als Risikofaktor für das Auftreten von Krankheiten, wie Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Typ-2-Diabetes. Bei über 88 cm bei Frauen und 102 cm bei Männern besteht ein deutlich erhöhtes Risiko. Weitere Untersuchungen können dann Klarheit schaffen, ob z. B. der Stoffwechsel beeinträchtigt ist.

Psychosoziale Folgen

Extrem übergewichtige Menschen haben oft ein negatives Selbstbild, das durch ihr Umfeld in vielen Fällen noch verstärkt wird. Übergewichtige Kinder werden häufig in der Schule gehänselt und haben kaum Freunde. Attraktive Kleidung ist schwer zu finden, und viele öffentliche Einrichtungen berücksichtigen die Probleme von Übergewichtigen nicht. Die Sitze in öffentlichen Verkehrsmitteln sind nicht für Übergewichtige gemacht. Telefonzellen und Autos sind oft zu eng. Für viele übergewichtige Menschen ist es ein Problem, an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen. Menschen mit schwerer Adipositas sind außerdem ohnehin von bestimmten Aktivitäten ausgeschlossen, bei denen ein gewisses Maß an Beweglichkeit verlangt wird. Adipöse, und insbesondere krankhaft Adipöse, müssen oft feststellen, dass sie sehr rasch in die soziale Isolation abrutschen können.

Allgemein

Selbst alltägliche Aktivitäten können beschwerlich werden, weil sich rasch Ermüdung oder Atembeschwerden einstellen können. Die Beweglichkeit kann teilweise so stark eingeschränkt sein, dass selbst die persönliche Hygiene darunter zu leiden hat.

Adipositas und Ihre Folge-Erkrankungen



Was kann man gegen krankhafte Adipositas tun?

Möglichkeiten ohne Operation

Weniger, vernünftiger und bewusster essen und mehr Bewegung sind die ersten Schritte, die zur Gewichtsreduzierung empfohlen werden. Doch für wirklich übergewichtige Menschen wird dieses Argument wahrscheinlich zu einfach klingen. Diese Erfahrung haben Sie vielleicht selbst schon gemacht: Man hat sich mit großer

Mühe an eine Diät gehalten und schon kurz nach einem rigorosen Versuch, das Gewicht zu reduzieren, muss man sich eingestehen, dass man wieder zugenommen hat und oft noch mehr wiegt als vor der Diät. Deshalb beginnt man eventuell eine neue Diät oder probiert eines der sensationellen Nahrungsergänzungsmittel oder sogar eine "Wunderpille" aus. Es beginnt ein langwieriger Zyklus mit Gewichtsverlust – Zunahme – Gewichtsverlust – Zunahme. Zum Schluss hat der bekannte "Jojo-Effekt" negative Auswirkungen auf den gesamten Stoffwechsel, so dass das Abnehmen noch schwieriger wird. Wenn es Ihnen nicht gelingt, eine bleibende Gewichtsreduktion zu erzielen, können Sie einen Arzt oder einen Diätetiker zu Rate ziehen. Die Behandlung wird dann wahrscheinlich aus einer Diät in Verbindung mit intensiven Beratungsgesprächen bestehen, die Ihnen helfen sollen, Ihren Lebensstil zu ändern. Dabei spielen sowohl Bewegung als auch Verzicht auf falsche Essgewohnheiten eine wichtige Rolle. Unterstützend werden unter Umständen bestimmte Arzneimittel verschrieben, die Ihren Appetit zügeln – zumindest vorübergehend.

Hinweis: Die Erfolgsrate für einen dauerhaften Gewichtsverlust durch eine nicht-operative Behandlung (Diät, multimodale Programme, etc.) ist extrem niedrig. Wenn der Body-Mass-Index den Wert 35kg/m² überschritten hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit mit Diät und anderen nicht-operativen Methoden nachhaltig und dauerhaft abzunehmen unter 5%, durch Anti-Adipositasoperationen steigt die Wahrscheinlichkeit auf über 80% an !

Wenn Sie Ihr Übergewicht weder durch Diäten oder Gymnastikprogramme, noch durch andere Methoden loswerden konnten, dann bleibt als einzige Möglichkeit wahrscheinlich nur noch eine Operation. Man muss dabei allerdings unbedingt wissen, dass auch diese Operation nur dann erfolgreich sein kann, wenn die eigene Grundeinstellung grundsätzlich positiv ist. Mit anderen Worten: auch eine Operation bringt nur dann das gewünschte Resultat, nämlich den langfristigen Gewichtsverlust, wenn Sie wirklich motiviert sind, Ihr Gewicht dauerhaft zu reduzieren.

Wann kann eine krankhafte Fettsucht operativ behandelt werden?

Dies Frage ist mittlerweile durch allgemein akzeptierte Leitlinien gut beantwortet worden (das können Sie bei tieferem Interesse hier nachlesen: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11.pdf).

Voraussetzung für einen operativen Eingriff ist ein Ausmaß des Übergewichtes, der einen Grenzwert überschreitet. Zur Berechnung des Übergewichtes dient der BodyMass-Index (BMI, Körpermassenindex), der das Körpergewicht zur Körperlänge in Beziehung setzt

Einen Online-Kalkulator für den BMI finden Sie unter www.viszeralchirurgie-dinslaken.de

Entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Adipositasgesellschaft (www.adipositas-gesellschaft.de) und der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CAADIP) kommt ein operativer Eingriff erst ab BMI-Werten von 35 kg/m² in Betracht.

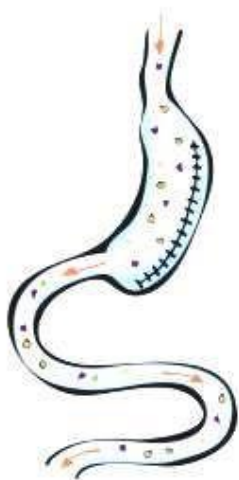
Die Voraussetzungen für eine chirurgische Therapie sind im Einzelnen

- ⊗ Body-Mass-Index > 40 kg/m²
- oder
- ⊗ BMI > 35 kg/m² mit Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes, Hypertonie, Arthrose, Schlafapnoe, usw.) und
 - ⊗ Lebensalter zwischen 18 und etwa 65 Jahren
 - ⊗ Nachweis der Ausschöpfung konservativer Methoden (Ernährungsumstellung, Diäten, Rehabilitationen, Ernährungsberatung, Verhaltenstherapie usw.)
 - ⊗ Ausschluss einer Alkohol-, Tabletten- und Drogenabhängigkeit

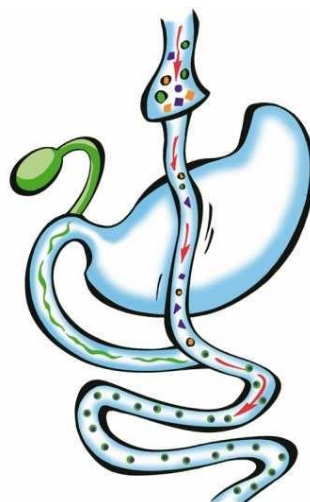
Prinzip der Anti-Adipositas-Operationen

Bei diesen Operationsmethoden wird der Magen operativ so verändert, dass nur noch geringe Nahrungsmengen gegessen werden können. Alle drei Eingriffe bewirken eine Änderung des Sättigungsgefühles, das rasch nach Aufnahme kleiner Nahrungsportionen erreicht wird. In den anderen Wirkungsbereichen unterscheiden sich die einzelnen Methoden.

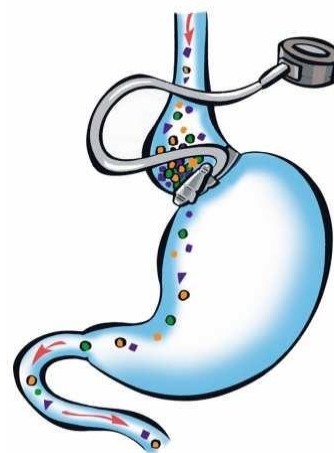
Magenverkleinerung
„Magenschlauch-Operation“
„gastric-sleeve-resection“



Magen-Bypass



Magenband



Alle Operationsmethoden werden so gut wie immer minimal-invasiv, d.h. mit der sogen. „Schlüsselloch-Chirurgie“ durchgeführt. Zu den einzelnen Operationen ist Folgendes zu erklären:

Gastric Sleeve Resektion (Magenverkleinerung)



Für die Patienten mit extremen Formen von Übergewicht wurde in den letzten Jahren eine neuere Operationsmethode entwickelt, die sogenannte Magenschlauch-Operation, auch "gastric sleeve"-Operation genannt. Bei dieser Operationsmethode wird ein Teil des Magens entfernt, so dass ein länglicher Magenschlauch entsteht. Dadurch wird schon durch kleinste Essportionen ein Sättigungsgefühl erreicht. Außerdem wird der Magenanteil entfernt, in dem das Hormon „Ghrelin“ Hunger erzeugt.

Der Vorteil der Methode: Sie ist technisch wenig aufwendig und relativ einfach, es wird kein Fremdkörper in den Körper eingebracht, der später Schwierigkeiten bereiten kann, und die Gewichtabnahme kann sehr rasch erfolgen.

Wenn es trotz des Eingriffs nach Jahren doch wieder zur Gewichtszunahme kommt, kann durch einen Zweiteingriff (sogenannte „Sequenztherapie“) aus dem Magenschlauch ein Magenbypass geformt werden. Diese Operation ist ein Eingriff, der aber nur bei wenigen Patienten mit in der Regel extremem Übergewicht notwendig wird. Die meisten Patienten kommen mit der Magenschlauchoperation alleine gut aus.

Magenbypass ("gastric bypass")



Der Magenbypass ist der bewährteste und auch effektivste Weg zur Gewichtabnahme. Obwohl der Magenbypass ein technisch anspruchsvoller Eingriff ist, kann diese Operation in routinierten Händen sicher durchgeführt werden. Auch bei starker Neigung zu Süßspeisen wird hier die Gewichtreduktion möglich gemacht.

Der Magen wird im oberen Abschnitt unter Bildung einer kleinen Magentasche nach Setzen von Metallklammern durchtrennt. Dadurch wird ein Vormagen ("Pouch") mit einem Füllungsvolumen von ca. 15-20ml und einem Durchmesser von 1-2cm gebildet. Diese Magentasche wird dann mit einer Dünndarmschlinge verbunden, so dass ca. 1,5 Meter ("long limb") aus der Nahrungspassage ausgeschaltet sind.

Dieser Dünndarm wird dann mit der Dünndarmschlinge, die vom Restmagen kommt und Verdauungssäfte (Galle- und Bauchspeicheldrüsenflüssigkeit) fördert mittels einer weiteren Naht verbunden.



Magenband ("gastric banding")

Das Magenband ist eine ältere, aber durchaus bewährte Operationsmethode, die allerdings in den letzten Jahren an Bedeutung verloren hat. So funktioniert ein Magenband: Es wird der Magen vom laparoskopisch eingesetzten Band in einen sehr kleinen Vormagen und den Restmagen abgeschnürt. Schon ganz kleine Speisemengen füllen den Vormagen an und erzeugen ein Sättigungsgefühl. Kaut der operierte Patient nicht lange und gut genug, kann ein Speisestück auch die Passage zwischen den beiden Magenteilen verlegen. Dies kann neben Schmerzen zu Erbrechen führen. Hierdurch entsteht oft ein „Erziehungseffekt“, der beim Patienten zu langsamen, gründlichem Kauen führt. Die Essmengen werden ebenfalls reduziert.

Risiken der Anti-Adipositas-Operationen:

Grundsätzlich gilt: Jede Operation birgt Risiken. Bei einer Verletzung von Organen und bei Blutungen muss im Bedarfsfall zu einer offenen Operation gewechselt werden.

Allgemeine Komplikationen: Wie bei jedem chirurgischen Eingriff kann niemand sogar eine tödliche Komplikation ausschließen. Wie bei jedem Baueingriff können Blutungen (<1%), Infektionen (1.8%), Verletzungen von Organen (0.3%), Lungenentzündungen (3.2%), Thrombosen (0%), Lungenembolien (0.7%) und postoperative Narbenhernien (2.9%) auftreten.

Spezielle Komplikationen: Erbrechen, Durchfall und stinkende Stühle nach Bypass-Operation, Dehydratation (Entwässerung), Obstruktion (Steckenbleiben eines Bissen). Diese Komplikationen sind eher harmlos und können durch eine professionelle Betreuung weitgehend vermieden werden.

Welche Formalitäten müssen Sie erledigen?

Wenn sie selber nach Beratung, Vorinformation und reiflicher Überlegung die Entscheidung getroffen haben, Ihr Übergewicht operativ behandeln zu wollen, sollten sie folgende Schritte in Angriff nehmen:

- 🕒 **Terminvereinbarung zur Adipositasberatung bei uns (02064-441351)**
- 🕒 **Bescheinigung Ihres Hausarztes mit der Befürwortung der Operation einholen**
- 🕒 **Adipositasberatung bei uns, Gutachtenerstellung durch uns**
- 🕒 **Kontakt + Besuch unserer Selbsthilfegruppe (z.B. www.adipositas-shg-dinslaken.de und www.facebook.com/AdipositasSelbsthilfegruppeDinslaken)**
- 🕒 **Sammeln aller Unterlagen zu Ihrer Gesundheit, Behandlungen, Diäten, etc.**
- 🕒 **ggf. Durchführung einer Magen- und Darmspiegelung**
- 🕒 **ggf. Untersuchung beim Gynäkologen oder Endokrinologen**
- 🕒 **Terminvereinbarung für ein Psychosomatisches Evaluationsgespräch**

Bei der Koordination und Terminvereinbarung der oben angegeben Untersuchungen werden wir Ihnen helfen, in der Regel kann dies durch unsere Adipositas-Fachkoordinatorin (Tel.: 02064-44-1351; susanne.fischer@st-vinzenz-hospital.de; adipositaszentrum@st-vinzenz-hospital.de) erfolgen.

Danach müssen Sie einen **Antrag bei Ihrer Krankenkasse** stellen (einen Formulierungsvorschlag finden sie im Anhang). Ihre Krankenkasse wird Sie dann zu einem Gespräch mit Untersuchung beim MDDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) einladen, danach werden Sie dann entweder eine Kostenzusage oder einen anderen Bescheid bekommen. Mit der Kostenübernahmezusage und einer Krankenhauseinweisung können wir dann einen Operationstermin mit Ihnen vereinbaren. Der Krankenhausaufenthalt dauert in der Regel 4-8 Tage. Nach der Operation werden Sie lebenslang von uns nachbetreut, Sie werden einen Operationspass und ein Nachbetreuungs-Heft von uns erhalten.

Verhaltensregeln nach der Operation

Nach der Operation sollten Sie bedenken, dass Ihr Schluckakt erst wieder neu antrainiert werden muss. Dies geht bei den meisten Patienten innerhalb weniger Stunden, selten dauert dies aber auch einmal einige Tage.

Diät nach der Operation

Nach der Operation ist es wichtig, dass Sie es schaffen, Ihre Essgewohnheiten umzustellen. Denn nur, wenn Sie gesünder leben, werden Sie langfristig Erfolg haben. Das ist vielleicht zunächst eine Herausforderung, doch es hilft Ihnen, am besten von Ihrer Operation zu profitieren. Ihr Ernährungsberater wird Sie hierbei unterstützen und auch in der Selbsthilfegruppe können sie mit der Unterstützung Gleichgesinnter rechnen.

In Absprache mit der Krankenhausküche und der Diätberatung wird für sie die zeit ihres Krankenhausaufenthaltes ein individueller Speiseplan erstellt. Für die erste Zeit nach der Operationen zu Hause erhalten sie ebenfalls einen Ernährungsplan, der Ihnen dabei helfen soll, ihren Magen neu kennenzulernen.

Nach dem Eingriff werden Sie zunächst Flüssigkost und dann pürierte oder halb feste Nahrung erhalten. Danach kehren Sie allmählich zu einer normaleren Kost mit gesunden, fettarmen und kalorienarmen Nahrungsmitteln zurück. Sich an Ernährungsvorschriften zu halten bedeutet nicht, dass Sie Ihr Leben nicht mehr genießen können. Sie können immer noch mit Ihrer Familie und Ihren Freunden essen gehen. Sie sollten es nur schaffen, sich ein neues Essverhalten anzugewöhnen, das Ihnen dabei hilft, nicht zu viel zu essen und unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden.

Nehmen Sie sich Zeit, konzentrieren Sie sich auf die Unterhaltung, nutzen Sie diese Gelegenheiten als eine Chance zu entspannen, ohne dass das Essen im Vordergrund steht.

Bewegung

Nach einer chirurgischen Behandlung der Fettleibigkeit ist es auch wichtig, dass Sie sich mehr bewegen. Patienten wird in der Regel empfohlen, langsam mit Sport zu beginnen. Bevor Sie Ihre körperliche Aktivität steigern, sollten Sie Ihren Adipositas-Chirurgen fragen, wer Ihnen ein individuelles Bewegungsprogramm zusammengestellt kann, das für Sie speziell geeignet ist. Je mehr Sie abnehmen, desto leichter werden Ihnen auch allmählich körperliche Aktivitäten fallen.

Die ambulante Nachbehandlung

Sie werden lebenslang von uns nachbetreut. Im ersten Jahr werden reguläre Termine nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten 9 Monaten und 12 Monaten durchgeführt, im zweiten Jahr nach 18 Monaten und 24 Monaten und danach in jährlichen Abständen. An diesen Terminen werden die Gewichtsabnahmeverläufe dokumentiert, Medikamente und Vitaminpräparat-Einnahmen sowie potentielle oder existente Probleme besprochen, ggf. Untersuchungen abgesprochen und bewertet.

Ernährung nach der Operation

Nach der Operation werden Sie in unserer Klinik von geschulten Ernährungsberatern betreut. Grundsätzlich kann als Faustregel gelten, dass die Ernährungsweise folgende Punkte berücksichtigen sollte:

10 Regeln für den Erfolg nach Adipositasoperation:

- ④ Essen Sie langsam.
- ④ Nehmen Sie nur kleine Portionen zu sich.
- ④ Kauen Sie jeden Bissen 20-30 mal.
- ④ Beenden Sie das Essen sofort, wenn Sie ein Sättigungsgefühl bemerken.
- ④ Trennen Sie Essen und Trinken mindestens 30 – 45 min voneinander.
- ④ Trinken Sie viel Wasser, um einer Austrocknung vorzubeugen.
- ④ Meiden Sie gashaltige und süße Getränke.
- ④ Wählen Sie Ihre Nahrung „kalorienbewusst“ aus.
- ④ Ergänzen Sie Ihre Nahrung durch Vitaminpräparate.

Die Gewichtsabnahme nach dem Eingriff

Die Gewichtsabnahme ist abhängig vom durchgeführten Eingriff und auch vom Ausgangsgewicht und von der Befolgung der Behandlungsrichtlinien. Der wesentliche Verlust an Körpergewicht findet 1 – 2 Jahre nach dem Eingriff statt. Etwa 60% des Übergewichtes gehen im ersten Jahr nach der Operation verloren.

Beachten Sie, dass es auch Phasen gibt, in denen Sie 2 – 3 Wochen keine Gewichtsabnahme haben können.

Patienten mit einem hohen Ausgangsgewicht (z. B. 190 kg) haben größere Verluste zu verzeichnen, als Patienten, die mit 102 kg zur Operation kamen.

Bitte führen Ihre persönliche Gewichtstabelle (Beispiel siehe im Anhang) und bringen Sie diese in die Sprechstunde mit.

Stuhlgang und seine Regulation

Die Verminderung der Nahrungsaufnahme und die mögliche Verringerung des Ballaststoffaufkommens führen zu einer Verringerung des Volumens und der Häufigkeit des Stuhlganges. Ein Stuhlgang aller 3 Tage ist zu vertreten. Schwere Verstopfungen müssen unter Kontrolle Ihres Hausarztes mit entsprechenden Mitteln reguliert werden. Achtung: Keine regelmäßige Einnahme von Abführmitteln!

Nachsorge, Vitamine, etc.

Nachsorge-, Medikations- u. Supplementierungs-Empfehlungen nach Bariatrischer Chirurgie

Grundsätzlich werden alle Patienten postoperativ in unserem Adipositaszentrum leitliniengerecht regelmäßig nach dem nationalen gültigen Nachsorgeschema (Nachsorgeuntersuchungen 1, 3, 6, 9, 12, 18 + 24 Monate, anschließend jährlich) in unserer Nachsorge-Sprechstunde nachgesorgt, die Teilnahme an den Sitzungen der Selbsthilfegruppe wird den Patienten nachdrücklich empfohlen.

Um Problem- oder Mangel-Situation zu erkennen und zu verhindern, werden folgende Laborkontrollen in der hausärztlich-ambulanten Nachbetreuung empfohlen:

Ernährungsempfehlungen: Alle Patienten haben in der präoperativen und perioperativen Phase Ernährungsberatungen erhalten und Empfehlungen in schriftlicher Form mitgegeben bekommen. Grundsätzlich wird eine eiweiß- und vitaminreiche Kost empfohlen (Richtwert: 60-90 g EW/kg KG), auf eine ausreichende Zufuhr kalorienfreier Flüssigkeit (2,5-3,5 l/die) soll geachtet werden, in der Regel sollte das Trinken vom Essen zeitlich getrennt werden.

Medikation: Protonenpumpen-Inhibitoren (PPI) sollten nur in den ersten 4-6 postoperativen Wochen erforderlich sein, wenn nicht andere Indikationen bestehen. Bei Polymedikation empfehlen wir PPIs zur Prophylaxe. Bei Sodbrennen empfehlen wir eine PPI-Intervall-Verordnung, ggf. unterstützt durch Alginat (Gaviscon). NSAR sollten nur bei Akutbedarf punktuell verordnet werden.

	Laborkontrollen nach Bariatrischer Chirurgie	
	(nach S3-Leitlinie)	
	Sleeve Gastrektomie	Roux-Y-Bypass
Intervalle	Nach 6 und 12 Monaten, dann jährlich	Nach 3, 6 und 12 Monaten, dann halbjährlich
Protein	x	x
Ferritin	x	x
Vitamin B12	x	x
Folsäure	x	x
Vitamin B1	x	x
Vitamin D-25OH	x	x
Kalzium	x	x
Vitamin E		x
Vitamin K		x
Kupfer	x	x
Parathormon		x
Vitamin A		x
Selen		x
Zink		x
Knochendichte	Fakultativ, in Abhängigkeit vom Verfahren und individuellem Risiko	

Modif. nach S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen 2018 (Heber et al. 2010; Billeter et al. 2014; Stein et al. 2014; Handzik-Orlik et al. 2015; Stroh et al. 2015; Finckh 2016)

	Supplementierung nach Bariatrischer Chirurgie	
	(nach S3-Leitlinie)	
	Sleeve Gastrektomie	Roux-Y-Bypass
Folsäure	MVM-Präparat 2x/d	600 µg/d
Vitamin B1	MVM-Präparat 2x/d, keine Dosisempfehlung	
Vitamin B12	oral: 1000 µg/d i.m.: 1000-3000µg alle 3-6 Monate	
Vitamin A	MVM-Präparat 2x/d	MVM-Präparat 2x/d
Vitamin D	Mind. 3000 IU/d, Serumkonzentration >30ng/ml	
Vitamin E+K	MVM-Präparat 2x/d, keine Dosisempfehlung	
Kalzium-Citrat	1200-1500 mg/d	
Eisen	MVM-Präparat 2x/d	50 mg/d
Magnesium-Citrat	200 mg/d	
Kupfer/Selen	MVM-Präparat 2x/d mit 2 mg/d Kupfer	
Zink	MVM-Präparat 2x/d	
	Wir haben gute Erfahrungen gemacht mit diesen Firmen/Produkten, die wir uneingeschränkt empfehlen können: WLS Products, Fit-for-me, Metagenics, Centrum 50plus, Merz Spezial Drg Haut-Haare-Nägel	
	MVM-Präparat = Multivitamin-Mineralstoff-Präparat. Bei der Auswahl des Präparates auf eine reichhaltige Anzahl der Mikronährstoffe und auf eine Konzentration innerhalb 100% RDA achten.	
	<small>Modif. nach S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen 2018 (Heber et al. 2010; Billeter et al. 2014; Stein et al. 2014; Handzik-Orlik et al. 2015; Stroh et al. 2015; Mechanick et al. 2013)</small>	

Weitergehende Informationen finden Sie unter:

- www.st-vinzenz-hospital.de
- www.viszeralchirurgie-dinslaken.de
- www.adipositas-shg-dinslaken.de
- www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf
- www.allgemeinarzt-online.de/archiv/a/welche-rolle-spielt-der-hausarzt-1695710
- www.adipositas-gesellschaft.de
- www.aerzteblatt.de/archiv/201856

Notwendige Unterlagen zu Ihrer Antragstellung bei der Krankenkasse

Checkliste Adipositas Patienten präoperativ Multimodales Konzept mindestens 6 Monate		
Erstgesprächsfragebogen / Anamnesebogen/ Gutachten	<input type="checkbox"/>	
Ernährungstherapie Nachweis Ernährungsberatung über mind. 6 Monate Ernährungstagebuch vor und nach 6 Monaten; 7 Tage Zusammenstellung aller bisherigen Diäten (tabellarisch) incl erzieltm Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	
Bewegungstherapie Nachweis Rehasport o.a. sportliche Aktivitäten Bewegungsprotokoll über mind. 6 Monate	<input type="checkbox"/>	
Verhaltenstherapie Stellungnahme v. Psychologen oder Psychotherapeuten GA	<input type="checkbox"/>	
Endokrinologisches Gutachten incl. TSH und Cortisolbestimmung; Ausschluss Morbus Cushing und PCO-Syndrom	<input type="checkbox"/>	
Vorbefunde von Fachärzten (Internist, Orthopäde, Chirurg; Gynäkologe, Diabetologe, ect.) Rehabilitationsmaßnahmen und ärztlich begleitete Abnehmprogramme	<input type="checkbox"/>	
Nachweis Infoabend: Arzt-Patienten Seminar (einmalig)	<input type="checkbox"/>	
Teilnahme SHG		
Befund Gastroskopie	<input type="checkbox"/>	
Befund Coloskopie	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges <input type="checkbox"/> Diab.mell./Insulinpflichtig/Metformin/Marcumar/Blutverdünner/Gerinnungsstörungen/Allergien		

Bitte besprechen Sie den Antrag vor dem Absenden mit unserer Adipositas-Koordinatorin, die Ihnen dabei helfen wird, die Unterlagen sinnvoll zusammenzustellen.

Beispiel eines Antrags als Anschreiben an die Krankenkasse

Max Mustermann

Musterstrasse 111
12345 Musterstadt
Tel: 012345/12345
E-Mail max.mustermann@xyz.de

An die
Xy-Krankenkasse
Postfach 1234
12345 Musterstadt

Musterstadt, den xx.yy.2016

Betr.: Antrag zur Erteilung der Kostenzusage für einen adipositaschirurgischen Eingriff

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leide seit vielen Jahren unter einem krankhaften Übergewicht (morbide Adipositas), zur Zeit wiege ich xx Kg bei einer Körpergröße von 1,yy m und habe daher einen Body-Mass-Index von xx,yy kg/m².

Bisher haben alle Maßnahmen, die ich beeinflussen konnte, nicht zu einer Gewichtsabnahme geführt, das Übergewicht und seine Folgen schränken meine Gesundheit und meine Lebensqualität sehr ein. Ich erfülle alle Voraussetzungen der S3-Leitlinie der deutschen Adipositasgesellschaft.

Nach reiflicher Überlegung habe ich mich dazu entschlossen, dieses Problem durch eine adipositaschirurgische Operation im St. Vinzenz Hospital in Dinslaken anzugehen, um weitere negativen Folgen des Übergewichts zu vermeiden und Komplikationen vorzubeugen. Ich bitte daher um Erteilung der Kostenzusage für einen adipositaschirurgischen Eingriff.

Ich habe bereits an einer adipositaschirurgischen Beratung und Voruntersuchung teilgenommen, das daraus entstandene Gutachten mit der Befürwortung der Operation lege ich im Anhang bei, ebenso wie alle anderen mir zugänglichen relevanten Unterlagen.

Sollten sie weitere Informationen benötigen, reiche ich diese gerne nach, einer Untersuchung durch den Medizinischen Dienst stehe ich offen entgegen.

Mit freundlichen Grüßen

Max Mustermann

Anlagen: Gutachten St. Vinzenz Hospital Dinslaken, Bescheinigungen Selbsthilfegruppe, Ernährungberatung, Hausarzt, Facharzt, psychologisches Gutachten
(ggf. ergänzen, Nichtzutreffendes streichen)

Verlaufsdokumentation nach Adipositas-Operation

Datum	Gewicht /kg	BMI kg/m ²	Befinden ☺
OP:			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺
			☺

Weitere Informationen, Illustrationen und Videos zum Thema Adipositas, den Operations-Methoden und den Angeboten unserer Klinik finden Sie unter www.viszeralchirurgie-dinslaken.de

Weiterführende Internet-Quellen

- www.adipositas-gesellschaft.de Homepage Deutsche Adipositasgesellschaft
- www.adipositasverband.de Homepage Adipositasverband (SHGs)
- www.adipositasforen.de Service des Adipositas Verband Deutschland
- www.acsdev.de Homepage Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland
- www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de Homepage Deutsche Diabetesgesellschaft
- www.dge.de Deutsche Gesellschaft für Ernährung

Haben Sie noch Fragen ? Bitte wenden Sie sich an uns:

Susanne Fischer

Fachkoordinatorin für Adipositas und Metabolische Erkrankungen

- Tel. 02064 44-1351
- Fax 02064 44-1068
- susanne.fischer@st-vinzenz-hospital.de
- adipositaszentrum@st-vinzenz-hospital.de

Dr. med. Klaus Peitgen

Chefarzt

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

-Zentrum für Minimal Invasive Chirurgie -



St. Vinzenz-Hospital Dinslaken

Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33

46535 Dinslaken



- Tel. 02064 44-1022
- Fax 02064 44-1068
- klaus.peitgen@st-vinzenz-hospital.de
- www.st-vinzenz-hospital.de

Ihr Weg zum St. Vinzenz Hospital Dinslaken

Adresse:

St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Dr.-Otto-Seidel-Straße 31 - 33
46535 Dinslaken

Angaben für das Navigationssystem:

-  Ort Dinslaken
-  Strasse Dr. Otto Seidel Strasse 31-33

Wegbeschreibung:

Aus Richtung Düsseldorf/Duisburg kommend nehmen Sie die BAB A59 bis zur Abfahrt Dinslaken West. Rechts abbiegen (BAB-Ende) Richtung Wesel auf die B8, immer geradeaus bis zur Ampelkreuzung mit Beschilderung St. Vinzenz-Hospital. Rechts abbiegen in die Dr. Otto-Seidel Straße.

Die Parkplätze P1 und P2 befinden sich auf der rechten Seite. Den Parkplatz P3 erreichen Sie weiter rechts auf der Marktstraße am Krankenhaus vorbei über die Zufahrt und Schrankenanlage an der Sr.-Euthymia Straße.

