



WISSENSWERTES ÜBER DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE

DIE BROSCHÜRE ZU IHRER
ADIPOSITAS-OPERATION

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	3
WAS IST DER BMI?	4
WAS IST FETTLLEIBIGKEIT (ADIPOSITAS)?	5
WAS IST KRANKHAFTER FETTLLEIBIGKEIT (MORBIDE ADIPOSITAS)?	8
FOLGEN VON FETTLLEIBIGKEIT UND KRANKHAFTER FETTLLEIBIGKEIT ...	9
FAKTEN ÜBER DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE	11
DAS ÄRZTETEAM ZUR ERFOLGREICHEN GEWICHTSABNAHME	15
DER MAGEN -DARM-TRAKT	18
VERRINGERUNG VON ÜBERGEWICHT DURCH DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE	20
• Verstellbares Magenband	21
• Magen-Bypass	23
• Schlauchmagen-Operation	25
• Biliopankreatische Diversion	26
• Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch	28
RISIKEN DER ADIPOSITAS-CHIRURGIE	30
PRAKTISCHE INFORMATIONEN	30
• Laparoskopische (Schlüsselloch-) Chirurgie	30
• Vor der Operation	31
• Der Krankenhausaufenthalt	32
IHR NEUER LEBENSSTIL NACH DER OPERATION	33
BEGRIFFSERKLÄRUNG/FACHBEGRIFFE ADIPOSITAS	36



EINLEITUNG

Diese Broschüre richtet sich an all diejenigen, die etwas gegen ihr extremes Übergewicht unternehmen möchten und sich daher für einen chirurgischen Eingriff interessieren. Wahrscheinlich haben Sie wiederholt versucht, mit Hilfe von Diäten, Sport, Medikamenten, Psychotherapie oder auch Gruppentherapie abzunehmen. Sie haben vielleicht tatsächlich abgenommen, dann aber wieder an Gewicht zugelegt. Jetzt aber sind Sie entschlossen, diesen Teufelskreis zu durchbrechen und Ihre Gesundheit zurückzugewinnen. Die Adipositas-Chirurgie ist eine wirksame Behandlung bei starker und krankhafter Fettleibigkeit mit hervorragenden Langzeitergebnissen. Bei Ihrer Entscheidung müssen Sie jedoch alle möglichen Überlegungen in Betracht ziehen. Diese Broschüre informiert Sie ausführlich über die verschiedenen Verfahren in der Adipositas-Chirurgie.

Die Operation ist nur ein Hilfsmittel, keine Zauberkur. Ihr Erfolg hängt letztendlich davon ab, wie streng Sie sich an die vorgeschriebene Ernährung, Bewegung und an die Änderungen Ihres Lebensstils halten.

Sie sollten die Operation wie den Beginn einer ganz neuen Lebensphase angehen.

Denken Sie aber daran, dass die in dieser Broschüre enthaltenen Informationen kein Ersatz für die professionelle Einschätzung und fachlichen Ratschläge eines ausgebildeten Mediziners sind. Ihre besten "Informationsquellen" sind ein erfahrener Adipositas-Chirurg/eine erfahrene Adipositas-Chirurgin*, der/die sich auf diesem Gebiet spezialisiert hat und dessen/deren Team.

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Verlauf auf die zusätzliche Nennung der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in jedem Fall beide Geschlechter gemeint.

WAS IST DER BMI?

Bestimmen Sie Ihren BMI! Der BMI (Body Mass Index oder auch Körpermassenindex) drückt das Verhältnis zwischen dem Körpergewicht und der Körpergröße eines Menschen aus (Gewicht/Größe).

UNTERGEWICHT	NORMALGEWICHT		ÜBERGEWICHT		ADIPOSITAS		MORBIDE ADIPOSITAS				
	KÖRPERGRÖSSE (METER)										
GEWICHT (KG)	1,47	1,52	1,57	1,63	1,68	1,73	1,78	1,83	1,88	1,93	1,98
65	30,1	28,1	26,4	24,5	23,0	21,7	20,5	19,4	18,4	17,5	16,6
68	31,5	29,4	27,6	25,6	24,1	22,7	21,5	20,3	19,2	18,3	17,3
71	32,9	30,7	28,8	26,7	25,2	23,7	22,4	21,2	20,1	19,1	18,1
74	34,2	32,0	30,0	27,9	26,2	24,7	23,4	22,1	20,9	19,9	18,9
77	35,6	33,3	31,2	29,0	27,3	25,7	24,3	23,0	21,8	20,7	19,6
80	37,0	34,6	32,5	30,1	28,3	26,7	25,2	23,9	22,6	21,5	20,4
83	38,4	35,9	33,7	31,2	29,4	27,7	26,2	24,8	23,5	22,3	21,2
86	39,8	37,2	34,9	32,4	30,5	28,7	27,1	25,7	24,3	23,1	21,9
89	41,2	38,5	36,1	33,5	31,5	29,7	28,1	26,6	25,2	23,9	22,7
92	42,6	39,8	37,3	34,6	32,6	30,7	29,0	27,5	26,0	24,7	23,5
95	44,0	41,1	38,5	35,8	33,7	31,7	30,0	28,4	26,9	25,5	24,2
99	45,8	42,8	40,2	37,3	35,1	33,1	31,2	29,6	28,0	26,6	25,3
102	47,2	44,1	41,4	38,4	36,1	34,1	32,2	30,5	28,9	27,4	26,0
105	48,6	45,4	42,6	39,5	37,2	35,1	33,1	31,4	29,7	28,2	26,8
108	50,0	46,7	43,8	40,6	38,3	36,1	34,1	32,2	30,6	29,0	27,5
111	51,4	48,0	45,0	41,8	39,3	37,1	35,0	33,1	31,4	29,8	28,3
114	52,8	49,3	46,2	42,9	40,4	38,1	36,0	34,0	32,3	30,6	29,1
117	54,1	50,6	47,5	44,0	41,5	39,1	36,9	34,9	33,1	31,4	29,8
120	55,5	51,9	48,7	45,2	42,5	40,1	37,9	35,8	34,0	32,2	30,6
123	56,9	53,2	49,9	46,3	43,6	41,1	38,8	36,7	34,8	33,0	31,4
126	58,3	54,5	51,1	47,4	44,6	42,1	39,8	37,6	35,6	33,8	32,1
129	59,7	54,8	52,3	48,6	45,7	43,1	40,7	38,5	36,5	34,6	32,9
132	61,1	57,1	53,6	49,7	46,8	44,1	41,7	39,4	37,3	35,4	33,7
135	62,5	58,4	54,8	50,8	47,8	45,1	42,6	40,3	38,2	36,2	34,4
138	63,9	59,7	56,0	51,9	48,9	46,1	43,6	41,2	39,0	37,0	35,2
141	65,3	61,0	57,2	53,1	50,0	47,1	44,5	42,1	39,9	37,9	36,0
144	66,6	62,3	58,4	54,2	51,0	48,1	45,4	43,0	40,7	38,7	36,7
147	68,0	63,6	59,6	55,3	52,1	49,1	46,4	43,9	41,6	39,5	37,5
150	69,4	64,9	60,9	56,5	53,1	50,1	47,3	44,8	42,4	40,3	38,3
153	70,8	66,2	62,1	57,6	54,2	51,1	48,3	45,7	43,3	41,1	39,0
156	72,2	67,5	63,3	58,7	55,3	52,1	49,2	46,6	44,1	41,9	39,8
159	73,6	68,8	64,5	59,8	56,3	53,1	50,2	47,5	45,0	42,7	40,6
162	75,0	70,1	65,7	61,0	57,4	54,1	51,1	48,4	45,8	43,5	41,3
165	76,4	71,4	66,9	62,1	58,5	55,1	52,1	49,3	46,7	44,3	42,1
169	78,2	73,1	68,6	63,6	59,9	56,5	53,3	50,5	47,8	45,4	43,1
172	79,6	74,4	69,8	64,7	60,9	57,5	54,3	51,4	48,7	46,2	43,9
175	81,0	75,7	71,0	65,9	62,0	58,5	55,2	52,3	49,5	47,0	44,6

BMI = (kg/m²)

Klassifikation	Übergewicht	Adipositas Grad I	Adipositas Grad II	Adipositas Grad III
BMI	= 25–29,9	= 30–34,9 Fettleibig	= 35–39,9 Stark fettleibig	≥ 40 Krankhaft fettleibig

WAS IST FETTLAIBIGKEIT (ADIPOSITAS)?

Fettleibigkeit (Adipositas) ist eine chronische Erkrankung, bei der sich so viel überschüssiges Körperfett angesammelt hat, dass die Gesundheit geschädigt wird. Fettleibigkeit beginnt bei einem Body Mass Index (BMI) von 30 oder höher. Fettleibigkeit entsteht, wenn sich die Fettzellen im Körper eines Menschen vergrößern oder vermehren. Bei Gewichtszunahme werden diese Fettzellen zunächst größer und nehmen später in ihrer Anzahl zu.

Fettleibigkeit ist mehr als nur ein kosmetisches Problem. Fettleibigkeit ist eine anerkannte Krankheit und kann eine ernste Bedrohung Ihrer Gesundheit darstellen.

Über Fettleibige wird oft gesagt, dass ihnen einfach die Selbstkontrolle fehlt. Außerdem wird Fettleibigkeit häufig mit Übergewicht verwechselt. Aus medizinischer Sicht ist der Unterschied wichtig und häufig lebensbedrohlich. Mehrere medizinische Organisationen einschließlich der Weltgesundheitsorganisation erkennen Fettleibigkeit als Krankheit und ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit an.

Fettleibigkeit ist nicht einfach nur eine Frage der Selbstkontrolle. Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Störung mit Beeinträchtigung von Appetitregulierung und Energiestoffwechsel.

Derzeit kommt es weltweit zu einem alarmierenden Anstieg von Übergewicht und Fettleibigkeit. Heute gibt es in Europa mindestens 135 Millionen Fettleibige und etwa 6 Millionen krankhaft Fettleibige. Und die Verbreitung dieser Krankheit wird sich vermutlich in den nächsten 20 Jahren noch verdoppeln. Das Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel hat herausgefunden, dass in Deutschland bereits jeder 5. Bundesbürger über 18 Jahre fettleibig ist.

ZU DEN URSACHEN FÜR FETTLAIBIGKEIT ZÄHLEN:

Genetische Faktoren

Fettleibigkeit kommt verstärkt innerhalb von Familien vor, was auf eine genetische Ursache hindeutet. Familienmitglieder haben aber auch dieselben Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, die ebenfalls zu Fettleibigkeit beitragen können. Diese Ursachen von den genetischen Faktoren zu trennen ist nicht einfach. Trotzdem machen nach wissenschaftlichen Untersuchungen genetische Faktoren ca. 80 % der Neigung eines Menschen zu Fettleibigkeit aus und können bei mehreren Störungen auch direkt Fettleibigkeit auslösen. Leider wissen wir nicht, wie uns die Gene dick oder dünn machen. Manche Gene könnten auf die Teile des Gehirns wirken, die Appetit und Sättigungsgefühl steuern; andere wiederum könnten festlegen, wie der Körper die Kalorien speichert oder verbrennt.

Umweltfaktoren

Die Umwelt hat einen starken Einfluss auf Fettleibigkeit. Dazu gehört der persönliche Lebensstil, z.B. was man isst und wie viel körperliche Bewegung man hat. Die zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit ist Ausdruck mehrerer in den letzten 20 bis 30 Jahren eingetretenen Änderungen unserer Gewohnheiten beim Essen, Sport treiben etc. Man kann zwar seine genetische Beschaffung nicht ändern, wohl aber seine Essgewohnheiten und seinen Aktivitätsgrad.

Psychische Faktoren

Psychische Faktoren haben ebenfalls Einfluss auf die Essgewohnheiten. Viele Menschen essen als Reaktion auf negative Gefühle wie Langeweile, Traurigkeit oder Ärger. Und die Fettleibigkeit gilt häufig als Folge mangelnder Willenskraft, Schwäche oder eines selbstgewählten Lebensstils – der Entscheidung nämlich, zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen. Fettleibigkeit als chronische Erkrankung anzusehen, trifft den Kern jedoch besser als die Theorie der selbstgewählten Lebensform.

Körperliche Störungen

Manche Erkrankungen können zu Fettleibigkeit bzw. einer Gewichtszunahme führen. Dazu zählen Schilddrüsenunterfunktion, Depressionen sowie verschiedene genetische und neurologische Probleme, die eine übertriebene Esslust hervorrufen können. Auch Medikamente wie Kortison und einige Antidepressiva können zu einer Gewichtszunahme führen. Ein Arzt kann Ihnen sagen, ob es bei Ihnen medizinische Gründe gibt, die zu einer Gewichtszunahme führen oder das Abnehmen erschweren.



WAS IST KRANKHAFFE FETTLLEIBIGKEIT (MORBIDE ADIPOSITAS)?

Die krankhafte Fettleibigkeit ist eine chronische, genetisch bedingte Erkrankung, die ein Leben lang bleibt. Sie ist definiert durch einen BMI von 40 oder höher. Wenn Ihre Fettleibigkeit dazu führt, dass sie weitere Begleiterkrankungen hervorruft, kann das Übergewicht nicht nur die Lebensqualität verringern, sondern auch lebensbedrohlich werden.

Wenn die Fettleibigkeit einen krankhaften Verlauf nimmt, kann das Übergewicht lebensgefährliche Begleiterkrankungen hervorrufen.

Da die Fettleibigkeit eine chronische Krankheit ist, treten ihre Begleiterkrankungen erst nach und nach auf. Fettleibigkeit erschwert Ihnen allmählich den Alltag – sie verursacht Schmerzen in Gelenken und Rücken, Kurzatmigkeit und Hautprobleme. Wenn die Fettleibigkeit nicht behandelt wird und einen krankhaften Verlauf nimmt, kann sie zu lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z.B. Typ-II-Diabetes, Bluthochdruck, Krebs, hohem Cholesterinspiegel und Schlafapnoe führen.

Studien zeigen, dass Bemühungen wie Diäten und Bewegungsprogramme nur noch wenig Chancen auf eine deutliche und langfristige Gewichtsreduzierung bieten, sobald sich eine krankhafte Fettleibigkeit eingestellt hat.

Meistens kann eine Weiterentwicklung der Symptome nur durch eine langfristige Gewichtsabnahme verhindert werden. Denn sobald man wieder zunimmt, kehren auch die Begleiterkrankungen zurück.

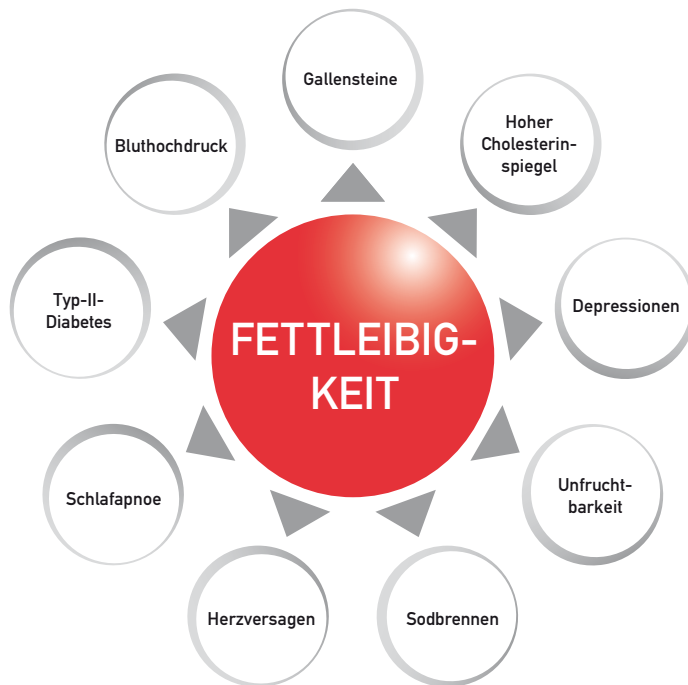
Liegt erst einmal eine krankhafte Fettleibigkeit vor, besteht meistens die einzige Möglichkeit zur Behandlung der aktuellen Symptome und Verhinderung des Auftretens neuer Symptome darin, eine langfristige Gewichtsabnahme zu erreichen.

FOLGEN VON FETTLLEIBIGKEIT UND KRANKHAFTER FETTLLEIBIGKEIT

1. GESUNDHEITSRISIKEN

Fettleibigkeit ist mehr als nur ein kosmetisches Problem. Sie ist ein ernstes Gesundheitsrisiko. Die Fettleibigkeit hängt nachweislich mit zahlreichen chronischen Begleiterkrankungen, wie Typ-II-Diabetes, Herzkrankheit, Bluthochdruck, einigen Krebsarten, Schlafapnoe sowie Rücken- und Gelenkschmerzen, zusammen. Mit steigendem BMI (Body Mass Index) steigt auch das Risiko von Begleiterkrankungen.

Gesundheitsrisiken bei Fettleibigkeit:



2. STERBLICHKEIT (MORTALITÄT)

Untersuchungen haben bewiesen, dass das Risiko, vorzeitig an verschiedensten Krankheiten zu sterben, mit steigendem BMI zunimmt. Bei Menschen, deren Gewicht 50 % über dem Durchschnitt liegt, ist das Risiko eines vorzeitigen Todes doppelt so hoch wie bei nicht fettleibigen Menschen.

Außerdem gilt: Je länger die Fettleibigkeit anhält, desto höher ist das Risiko eines vorzeitigen Todes.

3. GERINGERE LEBENSQUALITÄT

Ein vorzeitiger Tod ist nicht die einzige mögliche Folge der Fettleibigkeit und krankhaften Fettleibigkeit. Die sozialen, psychischen und wirtschaftlichen Auswirkungen sind real und können besonders verheerend sein. Fettleibigkeit wird mit einer geringeren Lebensqualität in Verbindung gebracht: Durch die Fettleibigkeit werden körperliche, psychische und soziale Funktionen beeinträchtigt. Viele fettleibige Menschen sehen sich Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt. Sie werden öfter als Normalgewichtige depressiv, defensiv und können ihr Leben nicht mehr in vollen Zügen genießen. Fettleibige Menschen müssen sich an tägliche Probleme gewöhnen, die von der Suche nach passender und gut aussehender Kleidung bis hin zu bequemen Reise- und Unterkunftsmöglichkeiten reichen. Außerdem werden Alltagsaktivitäten immer anstrengender und beschwerlicher. Fettleibige Menschen stehen einem sozialen Stigma gegenüber, wenn sie Arbeit suchen oder sich fortbilden möchten. Viele Menschen gehen davon aus, dass Fettleibige für die Arbeitsstelle schlechter qualifiziert sind, eine schlechtere Arbeitseinstellung und Probleme im psychischen und zwischenmenschlichen Bereich haben.

FAKTEN ÜBER DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE

Für krankhaft fettleibige Menschen ist die Adipositas-Chirurgie oft die einzige bewährte Methode zur Gewichtsreduzierung und -stabilisierung, wenn alle anderen Therapien fehlgeschlagen sind.

Studien zeigen, dass die Adipositas-Chirurgie bei krankhaft fettleibigen Patienten der einzige Weg zu einem langfristigen Gewichtsverlust ist und den Ausbruch neuer, mit der Fettleibigkeit in Verbindung stehender Erkrankungen verhindern kann. Eine Studie mit über 22.000 Patienten ergab, dass die Patienten nach einer chirurgischen Behandlung ihrer Fettleibigkeit im Durchschnitt ca. zwei Drittel ihres Übergewichts verlieren konnten. Im Gegensatz dazu ist eine nichtchirurgische Therapie nur bei einem von 20 krankhaft fettleibigen Menschen erfolgreich: Weniger als 5 % der Teilnehmer an einer nichtchirurgischen Behandlung nahmen nennenswert ab und hielten das neue Gewicht auch langfristig.

Die Adipositas-Chirurgie führt bei krankhaft fettleibigen Patienten zu langfristigem Gewichtsverlust und einer Verringerung des Sterblichkeitsrisikos.

Auch wenn eine chirurgische Behandlung der Fettleibigkeit häufig als riskant angesehen wird, ist für viele Patienten das Risiko, krankhaft fettleibig zu bleiben, viel höher als das Operationsrisiko.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Adipositas-Chirurgie die langfristige Sterblichkeitsrate deutlich senkt und die Entwicklung neuer, mit der Fettleibigkeit in Zusammenhang stehender Gesundheitsstörungen bei krankhaft fettleibigen Patienten verhindern kann.

In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der adipositas-chirurgischen Eingriffe deutlich gestiegen. Daher sind diese Verfahren sicherer und effektiver geworden.

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die Sterblichkeitsraten, die mit der Operation in Verbindung stehen, bei der Adipositas-Chirurgie vergleichbar sind mit denen bei der Entfernung der Gallenblase mit Hilfe der Schlüssellochchirurgie - einer der am häufigsten durchgeführten Operationen.

Es ist belegt, dass dank der Adipositas-Chirurgie die mit der Fettleibigkeit in Verbindung stehenden medizinischen Probleme (Begleiterkrankungen) ganz behoben oder zumindest verbessert werden können.

Eine Studie mit mehr als 22.000 Patienten zeigte, dass mit der Fettleibigkeit in Verbindung stehende gesundheitliche Störungen einschließlich Typ-II-Diabetes, hohem Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und obstruktiver Schlafapnoe durch die Adipositas-Chirurgie entweder ganz behoben oder zumindest verbessert werden konnten.

Durch die Adipositas-Chirurgie können Patienten abnehmen und ihr neues Gewicht langfristig halten.

Nach einer chirurgischen Behandlung der Fettleibigkeit sind mindestens zwei Drittel der Patienten in der Lage, die Hälfte ihres Gewichtsverlustes 10 Jahre oder länger zu halten. Eine Studie zum Vergleich der langfristigen Wirksamkeit von Adipositas-Chirurgie und nichtchirurgischer Therapie hat dies belegt.

BIN ICH FÜR DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE GEEIGNET?

Nur ein qualifizierter Adipositas-Chirurg, der sich auf diesem Gebiet spezialisiert hat, kann entscheiden, ob Sie für die Adipositas-Chirurgie geeignet sind. Allgemeine Bedingungen laut internationaler Leitlinien sind:

- Ihr BMI liegt bei 40 oder darüber.
- Ihr BMI liegt bei 35 oder darüber und Sie haben eine oder mehrere mit der Fettleibigkeit in Verbindung stehende Gesundheitsstörungen (z. B. Typ-II-Diabetes, Herzprobleme, Gelenkprobleme, Schlafapnoe etc.).
- Sie haben bereits unter medizinischer Aufsicht versucht, z.B. mit Hilfe von Diät, Sport und/oder Medikamenten, über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten abzunehmen.
- Es liegen keine medizinischen oder psychologischen Einwände im Hinblick auf die Anästhesie oder die Operation vor.
- Sie haben in der Vergangenheit weder Alkoholmissbrauch betrieben noch waren Sie drogenabhängig.

WELCHE GEWICHTSREDUZIERUNG KANN ICH ERWARTEN?

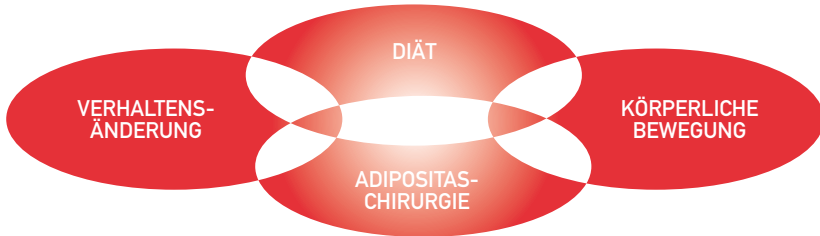
Wie viel Gewicht Sie nach der Operation verlieren, hängt von mehreren Faktoren ab. Dazu zählen:

- Ihr Alter.
- Ihr Gewicht vor der Operation.
- Ihr allgemeiner Gesundheitszustand.
- Die Art des chirurgischen Eingriffs, dem Sie sich unterziehen.
- Ihre Bewegungsfähigkeit.
- Inwieweit Sie es schaffen, Ernährungsvorschriften und andere Nachsorgevorgaben einzuhalten.
- Ihre eigene Motivation und die Kooperation Ihrer Familie und Ihrer Freunde.

Wie schnell und wie viel Gewichtsreduktion Sie erreichen können, hängt von den oben genannten Faktoren ab. Fragen Sie hierzu Ihren Chirurgen. Das Wichtigste ist jedoch, dass sich Ihnen nach der Operation die Möglichkeit bietet, Ihre Gesundheit zurückzugewinnen und Ihr Leben wieder in vollen Zügen genießen zu können.



DAS ÄRZTETEAM ZUR ERFOLGREICHEN GEWICHTSABNAHME



Eine chirurgische Behandlung der Fettleibigkeit erfolgt in einem Adipositas-Zentrum (öffentliches oder privates Krankenhaus), das sich auf Adipositas-Chirurgie spezialisiert hat – durch speziell ausgebildete Adipositas-Chirurgen. Da es sich bei der krankhaften Fettleibigkeit um eine komplexe Erkrankung handelt, muss sie aus mehreren Perspektiven behandelt werden. Die meisten Adipositas-Zentren arbeiten mit einem Team aus speziell ausgebildeten Ärzten mit Erfahrung im Bereich der Adipositas-Behandlung und Sensibilität gegenüber den speziellen Bedürfnissen von krankhaft fettleibigen Patienten. Das Ärzteteam

- beurteilt, ob Sie von einer Operation profitieren können.
- bietet Ihnen nach der Operation weitere Informationen und Behandlungen an:
 - > [Ernährungsberatung und psychologische Betreuung](#)
 - > [Fitnessprogramm](#)
 - > [Eine zur Gewichtsstabilisierung erforderliche langfristige Nachsorge und Unterstützung.](#)

Der Erfolg der chirurgischen Behandlung der Fettleibigkeit ist langfristig größer, wenn sie mit psychologischer Unterstützung und Ernährungsberatung kombiniert wird – und zwar nicht nur vor der Operation, sondern auch in den Jahren danach.

WER ARBEITET ZUSAMMEN?

Internisten, Diabetologen, Hausärzte, Gastroenterologen oder Kardiologen

- Überwachen und behandeln Ihre mit der Fettleibigkeit in Zusammenhang stehenden medizinischen Probleme
- Untersuchen Sie gründlich und machen krankheitsspezifische Tests

Ernährungsberater

- Bespricht mit Ihnen Ihr Essverhalten und was Sie nach der Operation essen und trinken dürfen
- Unterstützt Sie dabei, Ihre Essgewohnheiten umzustellen
- Berät Sie fortlaufend in der Zeit nach der Operation

Psychologe

- Beurteilt Sie aus psychologischer Sicht und bespricht mit Ihnen Ihre Erwartungen und dass Sie Ihr Verhalten für den Rest des Lebens ändern werden müssen
- Unterstützung nach der Operation:
 - > Unterstützt und ermutigt Sie auf Ihrem Weg zur Gewichtsabnahme
 - > Beurteilt Ihren seelischen Zustand
 - > Hilft Ihnen bei der Veränderung Ihres Lebensstils
 - > Bespricht Ihre Reaktion auf die Operation

Adipositas-Chirurg

- Beurteilt Ihre Motivation und Erwartungen
- Bespricht mit Ihnen die Vorteile und Risiken der verschiedenen Operationsmethoden bei Fettleibigkeit
- Bespricht mit Ihnen die Wahl der für Sie geeignetsten Operation
- Betreut Sie nach Operation

Anästhesist (Narkosearzt)

- Vor der Operation
 - > Beurteilt Sie aus medizinischer Sicht
 - > Stellt Sie für die Operation optimal ein
- Am Operationstag
 - > Führt mit Ihnen ein Gespräch und untersucht Sie
 - > Alle chirurgischen Eingriffe bei Fettleibigkeit werden unter Vollnarkose durchgeführt

Das Allerwichtigste: Ihre Motivation ist der Schlüssel zum Erfolg.

Eine chirurgische Behandlung bei Übergewicht ist nur erfolgreich, wenn Sie es schaffen, für den Rest Ihres Lebens dafür zu arbeiten und Ihr Verhalten zu ändern.

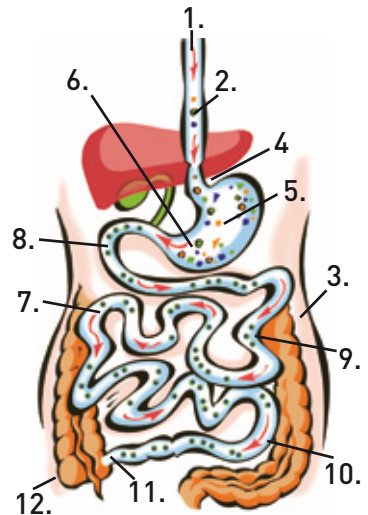


DER MAGEN-DARM-TRAKT

Damit Sie die Wirkung Ihrer Operation verstehen können, sollten Sie wissen, wie der Magen-Darm-Trakt funktioniert. Während die Nahrung, die Sie gegessen haben, durch den Magen-Darm-Trakt wandert, werden in den einzelnen Stadien verschiedene Verdauungssäfte und Enzyme zugeleitet, welche die Aufnahme der Nährstoffe ermöglichen. Der nicht verdaute Teil der Nahrung wird ausgeschieden.

DER WEG DER NAHRUNG DURCH DEN KÖRPER

1. Im Mund wird die Nahrung mit Speichel vermischt und beim Kauen zerkleinert.
2. Die Nahrung wandert vom Mund durch die Speiseröhre in den Magen.
3. Der Bauch enthält alle Verdauungsorgane.
4. Die Nahrung gelangt durch ein Ventil in den Magen. Dieses Ventil verhindert, dass die Nahrung, nachdem sie mit Säure vermischt wurde, wieder in die Speiseröhre zurückfließen kann, denn dies würde Schäden und Schmerzen verursachen.
5. Der Magen ist wie ein Sack, der im Oberbauch sitzt und Nahrung speichert und verdaut. Im Magen wird die Nahrung mit Säure vermischt, die der Körper produziert, um die Aufspaltung von Proteinen, Fetten und komplexen Kohlenhydraten in kleine, besser absorbierbare Einheiten zu erleichtern. Der Magen kann ca. 1500 ml Nahrung aus einer Mahlzeit fassen.
6. Wenn die Nahrung ausreichend verdaut wurde, gelangt sie durch einen kleinen runden Muskel (Magenpförtner) in den Zwölffingerdarm, dem ersten Abschnitt des Dünndarms.
7. Im Dünndarm werden die meisten Nährstoffe absorbiert. Der Dünndarm ist in drei Abschnitte aufgeteilt: Zwölffingerdarm, Leerdarm und Krummdarm und ist ca. 4,5 bis 6 m lang.
8. Der Zwölffingerdarm ist der erste Dünndarmabschnitt. Hier wird die Nahrung mit Galle, die in der Leber gebildet wird, und mit Säften aus der Bauchspeicheldrüse vermischt. In diesem Abschnitt wird das meiste Eisen und Calcium absorbiert.
9. Der Leerdarm ist der mittlere Dünndarmabschnitt und ist für die Verdauung zuständig.
10. Der letzte Abschnitt des Dünndarms ist der Krummdarm. Dort werden die fettlöslichen Vitamine A, D, E und K und andere Nährstoffe absorbiert.



11. Die Iliozökalklappe trennt Dünndarm und Dickdarm voneinander, um den mit Bakterien beladenen Dickdarminhalt am Rückfluss in den Dünndarm zu hindern.
12. Unverdaute Stoffe werden in den Dickdarm weitergeleitet, wo sie vorübergehend gespeichert und durch die Resorption von Salzen und Wasser konzentriert werden. Schließlich werden sie als Stuhl ausgeschieden.

WIE FUNKTIONIERT SÄTTIGUNG?

Die Nahrung, die wir zu uns nehmen, enthält Nährstoffe, die unser Körper als Treibstoff zur Energieerzeugung nutzt. Damit unsere Nahrungszufuhr unserem Energiebedarf entspricht, arbeitet unser Gehirn mit mehreren Hunger- und Sättigungssignalen. Das Sättigungssignal zeigt sich in einem Völlegefühl nach dem Essen. Es ist ein Reflex vom Darm an das Gehirn, der von Rezeptoren im oberen Magenbereich ausgelöst wird. Daher muss der Magen fast ganz voll sein, bevor man das Gefühl hat, genug gegessen zu haben. Wenn man so viel gegessen hat, dass sich der Magen dehnt, signalisieren diese Rezeptoren an das Zentrum im Gehirn, das für die Sättigung zuständig ist (Hypothalamus), dass der Magen voll ist. Der Hypothalamus steuert Dauer und Häufigkeit des Essverlangens. Leider werden bei einigen Menschen die vom Gehirn verwendeten Hunger- und Sättigungssignale nur schlecht reguliert. Ist man immer wieder zu viel, können die glatten Muskelfasern im Magen ihre Elastizität verlieren. Dann muss man immer mehr essen, um diese Rezeptorreaktion durch die Magendehnung auszulösen. Dies könnte erklären, warum extrem übergewichtige Menschen beim Essen kein Sättigungsgefühl bekommen und daher zu einer Mahlzeit sehr viel essen können.



VERRINGERUNG VON ÜBERGEWICHT DURCH DIE ADIPOSITAS-CHIRURGIE

Eine Adipositas-Operation kann nur erfolgreich sein, wenn Sie es schaffen, für den Rest Ihres Lebens dafür zu arbeiten und Ihr Verhalten zu ändern. Die Operation ist nur ein Hilfsmittel, keine Zauberkur! Sie sollten die Operation wie den Beginn einer ganz neuen Lebensphase angehen. Welches Operationsverfahren für Sie geeignet ist, entscheidet Ihr Adipositas-Chirurg, der Sie auch über mögliche Risiken aufklären wird.

ÄNDERUNG DER ENERGIEBALANCE – DER SCHLÜSSEL ZUR GEWICHTSREDUZIERUNG

Ihre Energiebalance ist die Beziehung zwischen der Nahrungsmenge, die Sie/Ihr Körper aufnehmen und der Energie, die Ihr Körper verbraucht.

$$\text{ENERGIEBALANCE} = \frac{\text{NAHRUNGSZUFUHR}}{\text{ENERGIEVERBRAUCH}}$$

Überschüssige Energie in Form von Fett wird in Ihrem Körper gespeichert und in Reserve gehalten, bis es zur Energieverbrennung abgerufen wird. Wenn die bei körperlicher Aktivität verbrauchte Energie größer ist als die durch die Nahrung aufgenommene Energie, werden die Fettreserven aufgebraucht und überschüssiges Fett wird verbrannt, um den Bedarf des Körpers zu befriedigen. So führt eine Reduzierung der Nahrungszufuhr oder eine Erhöhung der körperlichen Aktivität zur Gewichtsabnahme.

Die Adipositas-Chirurgie vermindert Übergewicht durch:

- Reduzierung der Nahrungsmenge (Magenband/Schlauchmagen)
- Reduzierung der Nahrungsmenge und verringerte Aufnahme der Nährstoffe (Magenbypass)
- Moderate Reduzierung der Nahrungsmenge und Aufnahme eines nur sehr geringen Teils der gegessenen Nahrung (Biliopancreatische Diversion)

VERSTELLBARES MAGENBAND

Der Chirurg legt ein verstellbares Magenband – ein weiches Band mit niedrigem Druck – um den oberen Teil des Magens, der nun wie eine Sanduhr aussieht. Durch einen engen Durchgang werden Nahrung und Flüssigkeiten von der kleinen oberen Magentasche in den Rest des Magens geleitet. Bei den Mahlzeiten sammelt sich die Nahrung schnell in der oberen Tasche und wird langsam in den unteren Magenbereich weitergeleitet. Die kleine Magentasche braucht nur wenig Nahrung, bis sie gefüllt ist.

Die Rezeptoren im oberen Teil des Magens signalisieren dem Gehirn ein Sättigungsgefühl, so als ob der ganze Magen voll wäre. Daher fühlen Sie sich schneller und für längere Zeit satt und essen weniger.

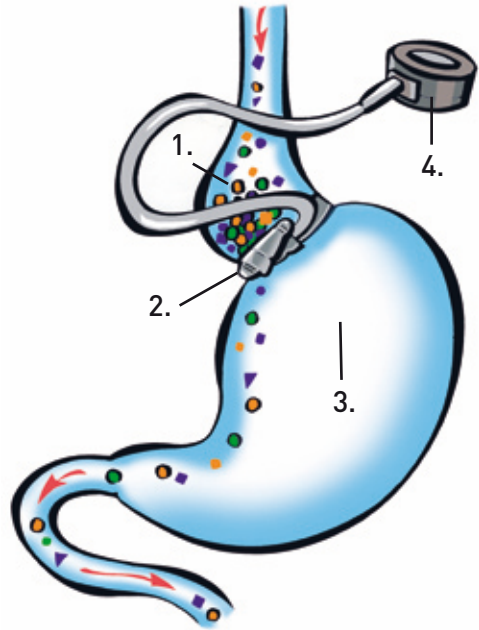
Bei diesem Verfahren wird die Anatomie nicht verändert. Daher ist die Operation umkehrbar. Außerdem finden Verdauung und Nahrungsverwertung ganz normal im Verdauungstrakt statt.

Über einen Port, der unter die Haut implantiert wird und der durch einen Schlauch mit dem Magenband verbunden ist, kann das Füllvolumen variiert werden und somit das Band enger oder weiter eingestellt werden.

Bei diesem Verfahren ist Ihre Mithilfe sehr wichtig. Nach dem Eingriff müssen Sie lernen, die Signale Ihres Körpers wahrzunehmen und Ihre Ernährung umzustellen. Hierbei unterstützt Sie Ihr Ärzteteam.

Verstellbares Magenband

1. Kleine Magentasche (Pouch)
2. Magenband
3. Größerer Teil des Magens
4. Injektionsport zum Füllen des Magenbandes



Vorteile:

- Das Magenband verändert die Anatomie nicht.
- Die Aufnahme der Nährstoffe ist unverändert. Daher kommt es zu keinem Vitamin- oder Mineralmangel oder zu anderen Nebenwirkungen, die mit einer schlechteren Absorption in Verbindung stehen.
- Das Magenband kann für jeden Patienten individuell eingestellt werden.
- Eine Magenspiegelung ist weiterhin problemlos möglich.

Nachteile:

- Der Operationserfolg kann ausbleiben, wenn Sie immer wieder Zwischenmahlzeiten einlegen oder stark kalorienreiche und fetthaltige Getränke trinken.
- Der Gewichtsverlust ist geringer als bei anderen Verfahren.
- Es kann zu langfristigen Problemen kommen, wenn sich der Magen erweitert oder sich die Beweglichkeit des Magens ändert.

MAGEN-BYPASS

Diese Operation kombiniert zwei Vorteile miteinander:

- Reduzierung der Nahrungsmenge, die Sie bei einer Mahlzeit zu sich nehmen können.
- Reduzierung der Verwertung der gegessenen Nahrung.
- Außerdem sorgt diese Operation dafür, dass Sie die Nahrungsmittel nicht mehr vertragen, die Sie ohnehin vermeiden sollten (d.h. konzentrierte Zucker und Fette).

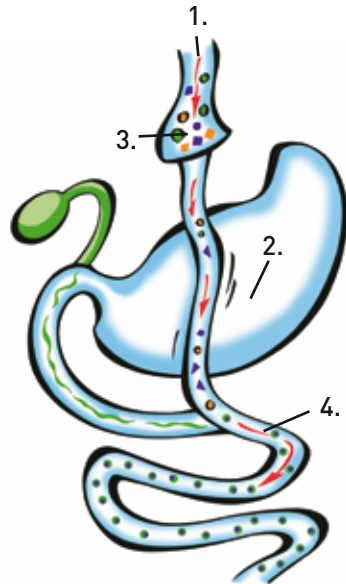
Beim Magen-Bypass wird der Magen durch eine Naht in zwei Teile getrennt: eine kleine Magentasche und den größeren Restmagen. Die Magentasche kann nur wenig Nahrung aufnehmen, bis sie gefüllt ist. Dadurch werden die Rezeptoren aktiviert, die dem Gehirn „Sättigung“ signalisieren. Sie haben das Gefühl, schneller und länger satt zu sein.

Außerdem wird der Dünndarm so umgeleitet, dass sich Nahrung und Verdauungssäfte erst im mittleren Dünndarm vermengen können. Daher wird ein Großteil der Nährstoffe und Kalorien nicht verdaut, sondern verlässt den Körper wieder mit dem Stuhl.

Wegen des Dumping-Syndroms, das durch die schnelle Entleerung von Zucker in den Dünndarm ausgelöst wird, lernen Sie, zuckerhaltige Speisen und Getränke zu vermeiden. Sehr fetthaltige Speisen können zu übel riechenden Fettstühlen führen, so dass Sie auch diese Speisen vermeiden sollten.

Magen-Bypass

1. Speiseröhre (Ösophagus)
2. Magen
3. Magentasche (Pouch)
4. Leerdarm (Jejunum, zweiter Teil des Dünndarms)



Vorteile:

- Mehr Gewichtsverlust als beim Magenband oder Schlauchmagen.

Nachteile:

- Die Operation selber hat höhere Risiken als z.B. das Einsetzen eines Magenbandes.
- Weil nicht mehr alle Vitamine und Nährstoffe aufgenommen werden können, müssen Sie lebenslang Vitamin- und Mineralpräparate zu sich nehmen.
- Eine Spiegelung des Restmagens ist nicht mehr möglich.

SCHLAUCHMAGEN-OPERATION

Beim Schlauchmagen wird der größte Teil des Magens entfernt, so dass ein schlauchförmiger Restmagen übrig bleibt. Somit können Sie nur wenig auf einmal essen und Sie fühlen sich schneller satt. Gleichzeitig wird durch das Schlauchmagen-Verfahren der Teil des Magens entfernt, in dem das Hormon gebildet wird, das für das Hungergefühl verantwortlich ist (Ghrelin). Dadurch haben Sie zumindest in der ersten Zeit weniger Hungergefühl und seltener Heißhungerattacken. Der Schlauchmagen kann auch der erste Schritt von zwei Operationen sein, z.B. für Patienten mit einem sehr hohen BMI. Nach Gewichtsabnahme durch den Schlauchmagen wird dann in einer zweiten Operation der Schlauchmagen zu einem Magen-Bypass oder zu einer Biliopankreatischen Diversion mit Duodenal-Switch umgewandelt (siehe Beschreibung S. 28). Da das Schlauchmagen-Verfahren ein relativ junges Operationsverfahren ist, liegen bisher noch keine aussagekräftigen Langzeitdaten nach der Operation vor.

Vorteile:

- Starke Verkleinerung des Magens, aber der normale Weg der Nahrung bleibt erhalten.
- Ghrelin-Areal entfernt, dadurch weniger Hungergefühl, weniger Heißhungerattacken.
- Kein Dumping-Syndrom (siehe Begriffserklärung), da der Magenausgangsmuskel erhalten bleibt.
- Verdauungstrakt bleibt vollständig erhalten, selten Mangelerscheinungen (Vitamine/Mineralien).
- Eine Magenspiegelung ist auch weiterhin problemlos möglich.

Nachteile:

- Die Wirkung der Verkleinerung des Magens funktioniert nicht bei flüssigen hochkalorischen Nahrungsmitteln oder Flüssigkeiten.
- Nicht umkehrbare Operation – Magen wird entfernt.
- Durch die Naht am Schlauchmagen sind Komplikationen wie Undichtigkeiten oder Fisteln möglich.



Schlauchmagen
nach der OP

BILIOPANKREATISCHE DIVERSION (BPD) (UMLEITUNG DER GALLEN- UND BAUCHSPEICHELDRÜSENSÄFTE)

Der Magen wird verkleinert und die Verdauung so beträchtlich verändert, dass Sie:

- zu jeder Mahlzeit eine kleinere Menge Nahrung zu sich nehmen und
- die gegessene Nahrung in viel geringerem Maße verwerten.

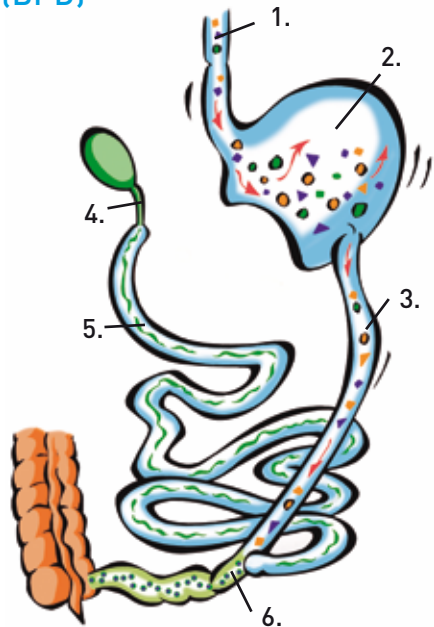
Die Biliopankreatische Diversion kommt nur für eine kleine Gruppe von Patienten, z.B. bei extremen Formen der Adipositas, in Frage.



Bei dieser Operation wird der untere Teil des Magens entfernt. Dadurch kann man weniger essen und es wird weniger Magensäure produziert. Der Dünndarm wird geteilt und der untere Teil an der Magentasche befestigt. Dieser Teil wird als „Nahrung transportierender Dünndarmschenkel“ bezeichnet. Die gesamte Nahrung bewegt sich nun durch diesen Darmabschnitt. Die für die Verdauung notwendigen Gallen- und BauchspeicheldrüSENSÄFTE laufen durch den sogenannten „biliopankreatischen Schenkel“, der mit dem letzten Dünndarmsegment verbunden wird. Dieser Schenkel transportiert die Verdauungssäfte in den Bereich des Dünndarms, der als „gemeinsamer Dünndarmschenkel“ bezeichnet wird. Da die Nahrung erst hier mit den für die Verdauung benötigten Gallen- und BauchspeicheldrüSENSÄFTEN vermischt wird, werden Fette und Kohlenhydrate dauerhaft schlechter vom Körper aufgenommen. Der Chirurg kann die Länge des gemeinsamen Dünndarmschenkels variieren und so den Grad der Absorption von Proteinen, Fett und fettlöslichen Vitaminen regulieren.

Biliopankreatische Diversion (BPD)

1. Speiseröhre (Ösophagus)
2. Magentasche (Pouch)
3. Nahrung transportierender Dünndarmschenkel
4. Gallengang
5. Biliopankreatischer Dünndarmschenkel
6. Gemeinsamer Dünndarmschenkel



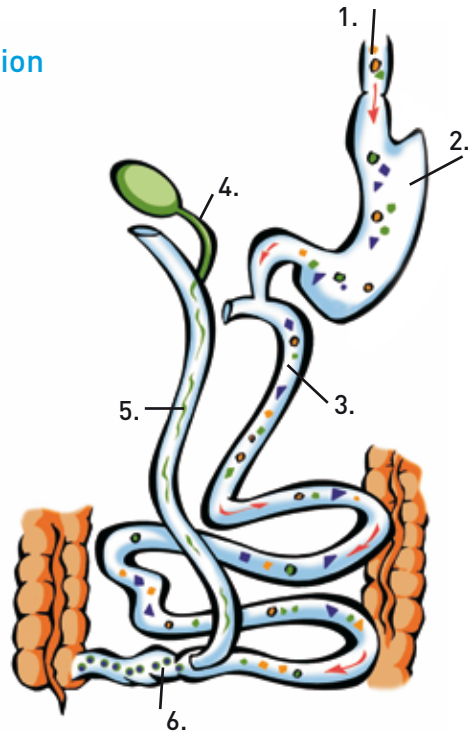
BILIOPANKREATISCHE DIVERSION (BPD) MIT DUODENAL-SWITCH

Hierbei handelt es sich um eine Abwandlung der Biliopankreatischen Diversion (BPD), bei der ein Magenschlauch gebildet wird, so dass der Magenausgangsmuskel (Magenpförtner) erhalten bleibt. Dieser reguliert den Transport der Nahrung vom Magen in den Dünndarm. Mit der Erhaltung des Magenpförtners wird somit ein schneller Einstrom von Zucker in den Dünndarm (sogenanntes Dumping) vermieden. Dumping äußert sich in Symptomen wie Schweißausbrüchen, Schwächegefühl, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall.

Der erste Abschnitt des Dünndarms, der Zwölffingerdarm, wird geteilt. Danach wird die untere Dünndarmschlinge mit dem Zwölffingerdarm verbunden, die den „Nahrung transportierenden Dünndarmschenkel“ bildet. Die für die Verdauung wichtigen Bauchspeicheldrüsen- und Gallensäfte werden in den letzten Teil des Dünndarms, kurz vor Eintritt in den Dickdarm umgeleitet (sogenannter ca. 50 bis 100 cm langer gemeinsamer Dünndarmschenkel).

Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch

1. Speiseröhre (Ösophagus)
2. Magenschlauch
3. Nahrung transportierender Dünndarmschenkel
4. Gallengang
5. Biliopankreatischer Dünndarmschenkel
6. Gemeinsamer Dünndarmschenkel



Vorteile:

- Größter Gewichtsverlust von allen Adipositas-Operationen.
- Sie können größere Mahlzeiten als bei anderen Verfahren zu sich nehmen.

Nachteile:

- Sehr hohes Risiko von Mangelernährung und Vitaminmangel.
- Eine lebenslange Vitaminergänzung ist notwendig.
- Die Operation selber ist sehr komplex und hat auch höhere Risiken.
- Eine lebenslange strenge Überwachung wegen Eiweißmangel, Blutarmut und Knochenerkrankungen ist nötig.

RISIKEN DER ADIPOSITAS-CHIRURGIE

Wie bei allen anderen chirurgischen Eingriffen gibt es auch bei der Adipositas-Chirurgie Risiken. Sie sollten mit Ihrem Adipositas-Chirurgen besprechen, welche Art des Eingriffs für Sie geeignet ist. Es ist wichtig, dass Sie bei dem für Sie vorgesehenen Eingriff mit Ihrem Chirurgen die allgemeinen und speziellen Risiken vorher besprechen.

PRAKTISCHE INFORMATIONEN

LAPAROSKOPISCHE (SCHLÜSSELLOCH-) CHIRURGIE

Ein laparoskopischer Eingriff ist ein sogenannter minimal-invasiver und damit patientenfreundlicher Operationsansatz. Bei einem adipositas-chirurgischen Eingriff werden in der Regel mehrere kleine Schnitte in der Bauchwand gemacht, um sogenannte Trokare (hohle, rohrförmige Arbeitskanäle) einzuführen, über welche die für die Operation benötigten chirurgischen Instrumente eingebracht werden können. Durch einen der Trokare wird eine kleine Kamera in den Bauchraum eingeführt, mit deren Hilfe der Chirurg die Operationsschritte auf einem Videomonitor beobachten kann.

Die laparoskopische Chirurgie ist weniger invasiv (belastend) als die offene Chirurgie, da hier auf einen großen Schnitt verzichtet wird und stattdessen nur kleinere Einstiche vorgenommen werden.

Der behandelnde Chirurg entscheidet, ob die Operation auf einem laparoskopischen Weg möglich ist.

Verglichen mit der offenen Chirurgie hat die laparoskopische Chirurgie in den meisten Fällen folgende Vorteile:

- Weniger Schmerzen nach der Operation
- Geringere Wundinfektionen
- Weniger Narbenbrüche

Das „offene“ Verfahren wird nur noch sehr selten praktiziert. Bei Komplikationen während eines laparoskopischen Eingriffs wird sich der Chirurg entscheiden, ob er über einen Bauchschnitt weiter operiert.



VOR DER OPERATION

- Einige Stunden vor der Operation dürfen Sie nichts mehr essen oder trinken.
- Informieren Sie Ihren Chirurgen oder ein anderes Teammitglied, ob Sie täglich Medikamente einnehmen müssen. Aspirin, Blutgerinnungshemmer oder Entzündungshemmer (bei Arthrose, Arthritis etc.) dürfen Sie einige Tage vor der Operation nicht mehr einnehmen. Besprechen Sie dies mit Ihrem Chirurgen.

DER KRANKENHAUSAUFENTHALT

Die meisten Patienten bleiben nach der Operation 2 bis 8 Tage im Krankenhaus. Wie lange Sie tatsächlich in der Klinik bleiben müssen, entscheidet letztlich Ihr Chirurg.

Sie können entlassen werden, wenn

- Sie ausreichend Flüssigkeiten und Nahrung zu sich nehmen können.
- Sie kein Fieber haben.
- Ihre Wunden normal heilen.
- Sie ein Nachsorgeprogramm erhalten haben. In der Regel vereinbaren Sie die nächsten Nachsorgetermine bereits vor Entlassung mit Ihrem Adipositas-Team.

Um Blutgerinnsel zu vermeiden, erhalten Sie Medikamente. Sie sollten außerdem so bald wie möglich aufstehen und herumlaufen. Je nach Ihrem medizinischen Zustand werden Sie eventuell zunächst auf die Überwachungsstation verlegt, damit Herz und Lunge genau beobachtet werden können. Unter Umständen werden Sie von Ihrem Krankenhaus gebeten, Ihr CPAP- oder BiPAP-Gerät (gegen Schlafapnoe) – sofern Sie ein solches verwenden – ins Krankenhaus mitzubringen, damit Sie sofort nach der Operation damit behandelt werden können.



IHR NEUER LEBENSSTIL NACH DER OPERATION

DIÄT

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.

Nach dem Eingriff werden Sie vermutlich zunächst Flüssigkost und dann pürierte oder halbfeste 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 zusammenstellen kann, das für Sie speziell geeignet ist. Je mehr Sie abnehmen, desto leichter werden Ihnen auch allmählich körperliche Aktivitäten fallen.

SCHWANGERSCHAFTSVERHÜTUNG UND SCHWANGERSCHAFT

Verstellbares Magenband

- Eine Schwangerschaft direkt nach dem Einsetzen eines verstellbaren Magenbands ist nicht ratsam, da der Fötus eine gute Nahrungszufuhr benötigt. Werden Sie dennoch schwanger, sollte die Flüssigkeit vollständig aus dem Magenband entfernt werden. Nachsorgen und Kontrolluntersuchungen sind notwendig.

Magen-Bypass und Biliopankreatische Diversion

- Da ein Magen-Bypass und die Biliopankreatische Diversion zu einer veränderten Absorption mehrerer Nährstoffe und raschem Gewichtsverlust führen, sollten Sie eine Schwangerschaft in einem Zeitraum von mindestens 12 bis 18 Monaten nach einer solchen Operation vermeiden. Wenn Sie die Pille nehmen, sind zusätzliche Methoden der Schwangerschaftsverhütung erforderlich. Sollten Sie doch schwanger werden, ist es wichtig, dass Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen kommen und Ihre Vitamin- und Mineralpräparate einnehmen, damit Ihr Baby gesund zur Welt kommen kann.

SELBSTHILFEGRUPPEN

Selbsthilfegruppen können Ihnen nach einer Adipositas-Operation eine hervorragende Möglichkeit bieten, Ihre verschiedenen privaten und beruflichen Probleme mit anderen zu besprechen. Ihr Adipositas-Chirurg kann Ihnen Selbsthilfegruppen an Ihrem Wohnort nennen, die Ihnen sowohl kurzfristig als auch über einen längeren Zeitraum bei Ihren Fragen und Bedürfnissen zur Seite stehen.

REGELMÄSSIGE KONTROLLEN UND LANGFRISTIGE NACHSORGE

Es ist sehr wichtig, dass Sie nach der Operation regelmäßig Ihre Gesundheit prüfen lassen. Dies geschieht ambulant. Ihr Chirurg und sein Team werden diesen Aspekt mit Ihnen besprechen und die entsprechenden Termine mit Ihnen vereinbaren. Diese Termine finden in regelmäßigen Abständen statt, die über die Jahre größer werden.

BEGRIFFSERKLÄRUNG/ FACHBEGRIFFE ADIPOSITAS

Abdomen	Bauch.
Absorption	Prozess, bei dem die verdauten Nährstoffe von dem unteren Teil des Dünndarms aufgenommen und in die Blutbahn weitergeleitet wird.
Adipositas	Fettleibigkeit.
Adipös	Fettleibig.
Anastomose	Chirurgische Verbindung zweier Strukturen, z.B. von Magen und Dünndarm.
Bariatrisch	Bezogen auf Gewicht oder Gewichtsreduzierung.
Body Mass Index (BMI)	Körpermassenindex; Methode zur Errechnung des Grads des Übergewichts basierend auf Körpergewicht und Körperoberfläche. (Körpergewicht in Kilogramm durch Körpergröße in Metern zum Quadrat).
Colon	Dickdarm, der am Ende des Dünndarms beginnt und am Mastdarm (Rektum) endet.
Dehydration	Verlust von Wasser (Austrocknung).
Dilation	Erweiterung, Ausdehnung.
Dumping-Syndrom	Unangenehmes Gefühl von Übelkeit, Schwindel, Magenverstimmung und Durchfall in Verbindung mit dem Genuss von Süßigkeiten, stark kalorienreichen Getränken oder Milchprodukten.
Duodenum	Zwölffingerdarm; die ersten 30 cm des Dünndarms direkt im Anschluss an den Magen. Die Galle und die Bauchspeicheldrüsenäfte gelangen aus der Leber bzw. der Bauchspeicheldrüse in den Zwölffingerdarm.
Gastrisch	Auf den Magen bezogen.
Gastroenterologe	Facharzt für Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes.
Gastrointestinal	Bezogen auf Magen und Darm.
Gastrojejunostomie	Verbindung zwischen Magen und Dünndarm bei einem Magen-Bypass.
Genetisch	Bezogen auf Erbmerkmale.
GERD	Reflux, Sodbrennen.
Ghrelin	Hormon, das für das Hungergefühl verantwortlich ist.

Hernie	Bruch; Schwäche in der Bauchwand, die zu einer nachweisbaren Ausbuchtung führt.
Hernienbildung	Bruchbildung; Prozess der Bildung einer Hernie.
Hypertonie	Bluthochdruck.
Hypothalamus	Zentrum im Gehirn, das für die Sättigung zuständig ist.
Ileum	Krummdarm; drei Meter langer letzter Abschnitt des Dünndarms, der für die Absorption der Nahrung zuständig ist.
Ileozökalklappe	Funktioneller Verschluss zwischen Dünn- und Dickdarm, normalerweise nur in Richtung Dickdarm durchgängig.
Internist	Facharzt für innere Medizin.
Jejunum	Leerdarm; drei Meter langer mittlerer Abschnitt des Dünndarms, der für die Absorption der Nahrung zuständig ist.
Kardiologe	Facharzt für Erkrankungen des Herzens.
Kardiovaskulär	Herz und Blutgefäße betreffend.
Klinisch schwere Adipositas	Body Mass Index von 40 oder darüber; lebensbedrohliches Gewicht. Auch bezeichnet als krankhafte Fettleibigkeit (morbid Adipositas).
Komorbiditäten	Begleiterkrankungen; belastende Zustände oder Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus Typ-II, Bluthochdruck) in Verbindung mit klinisch schwerer Adipositas.
Kontraindikationen	Symptome oder Zustände, die die mangelnde Eignung einer Behandlung anzeigen, die andernfalls empfohlen werden würde.
Krankheit	Zustand, der schlecht für die Gesundheit und/oder Lebenserwartung ist.
Kriterien	Merkmale, die wichtig sind für eine bestimmte Entscheidung.
Laparoskopie	Sogenannte Schlüsselloch-Operationstechnik, bei der durch kleine Arbeitskanäle Instrumente und eine Optik in den Bauchraum eingeführt werden. Hier sind also nur einige kleine Bauchschnitte (0,5 - 2 cm) nötig.
Magen-Bypass	Operation, bei der ein Teil des Magens seine Funktion verliert.
Magen-Bypass nach Roux-en-Y	Chirurgische Methode zur Y-artigen Wiederverbindung nach Roux-en-Y von Magen und oberem Dünndarm.

Malabsorption	Mangelverdauung.
Morbid	Krankhaft; bedeutet bei einer Krankheit ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.
Morbide Adipositas	Body Mass Index von 40 oder darüber; lebensbedrohliches Gewicht. Auch bezeichnet als krankhafte Fettleibigkeit.
Mortalität	Sterblichkeit.
Multidisziplinär	Teamansatz zur Beurteilung und Behandlung von klinisch schwerer Adipositas. Umfasst die Beurteilung und Behandlung in folgenden Bereichen: Chirurgie, innere Medizin, Ernährung, Psychiatrie und Physiotherapie.
Postoperativ	Nach der Operation.
Präoperativ	Vor der Operation.
Psychotherapie	Beurteilung und Behandlung von psychischen Störungen.
Pylorus	Magenpförtner; Magenausgangsmuskel, der den Transport der Nahrung vom Magen in den Dünndarm reguliert.
Schlafapnoe	Atemstillstände während des Schlafes.
Therapie	Behandlung.
Typ-II-Diabetes	Zuckerkrankheit; Störung des Glucose- und Insulinstoffwechsels.
Verdauung	Prozess, bei dem die Nahrung durch den Magen und den oberen Dünndarm in Elemente aufgespalten wird, die absorbiert werden können.
Verschluss	Verengung einer Öffnung oder eines Segments des Verdauungstrakts, die die normale Passage der Nahrung oder der auszuscheidenden Stoffe verzögert.



BARIATRIC EDGESM

Johnson & Johnson MEDICAL GmbH
Ethicon Endo-Surgery Deutschland
Hummelsbütteler Steindamm 71 · 22851 Norderstedt · Germany
Tel.: 0180 1 000 829 (0,039 Euro/Min. aus dem Festnetz der T-Com)
Fax: 0800 1 016 138 (kostenlos)

Johnson & Johnson MEDICAL Products GmbH
Gunoldstr. 16 · A-1190 Wien
Tel.: + 43 (1) 360 25 - 0
Fax: + 43 (1) 360 25 - 504

Johnson & Johnson AG
Ethicon Endo-Surgery
Rotzenbuehlstrasse 55 · CH-8957 Spreitenbach
Tel.: +41 56 417 33 33
Fax: +41 56 417 35 24