

MObS Morbid Obesity Surgery –

Zentrum zur operativen Behandlung der morbiden Adipositas am
Klinikum Augsburg



Zentrum zur operativen Behandlung der morbiden
Adipositas
am
Zentralklinikum Augsburg

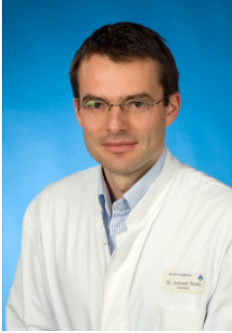


Zuletzt überarbeitet 09/2008

Dr. Rieke Stiegeler

Das Team

Chirurgie:



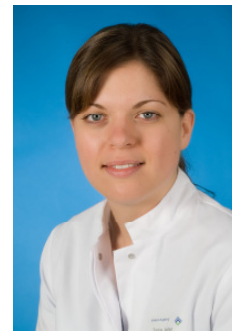
Dr. Johann Spatz



Dr. Susanne Becker



Dr. Rieke Stiegeler



Tonia Jeiter

Anästhesie:



Dr. Josef Bihlmayr

Diabetologie:



Dr. Joachim Kunder

Ernährungsberatung:



B. Ziegenfuß

Gastroenterologie:



E. Schösser



Dr. Jochen Pischel

Kardiologie:



Dr. Petra Heidemann

Psychiatrie:



Dr. Gero Lammers

Radiologie:



Dr. Egbert Knöpfle



Dr. Lars Filzen

Endokrinologie:

Dr. Clemens Loracher

(leider noch kein Foto)



Inhaltsverzeichnis:

Kapitel	Seite
Kapitel I: Einführung „Was ist Adipositaschirurgie?“	4
Kapitel II: Die verschiedenen OP-Verfahren	7
Kapitel III: Der Magenballon	11
Kapitel IV: Wie wird der Ablauf vor und nach der Operation sein?	12
Kapitel V: Diätanweisungen	13
Kapitel VI: Wichtiges nach der Operation	18
Kapitel VII: Das Antragsverfahren	21
Kapitel VIII: Selbsthilfegruppe	27

Kapitel I: Einführung

Was ist Adipositaschirurgie?

Adipositaschirurgie beinhaltet operative Verfahren zur Behandlung von krankhaftem Übergewicht.

Bariatrische Chirurgie ist der Überbegriff für verschiedene Operationsverfahren, die einen raschen Gewichtsverlust beim krankhaft übergewichtigen Menschen möglich machen. Dies wird erreicht durch einen Eingriff in den Verdauungstrakt.

Die einzelnen Verfahren werden in Kapitel II genauer erklärt.

Davon unterschieden werden plastisch-chirurgische Maßnahmen wie Fettabsaugung oder Fettschürzenentfernung.

Was ist der BMI?

Der Body Mass Index ist ein Messwert, der aus der Körpergröße und dem Gewicht berechnet wird. Er kann benutzt werden, um das Risiko für die Entwicklung bestimmter Erkrankungen aufgrund von Über- oder Untergewicht zu bestimmen. Je höher der BMI ist, um so höher ist auch das Risiko gesundheitliche Probleme zu entwickeln.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ (in Metern)}}$$

Untergewicht	<18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25 – 29,9
Adipositas Grad I	30 – 34,9
Adipositas Grad II	35 – 40
Adipositas Grad III	> 40

Wichtig ist außerdem der Taillenumfang. Ab einem Taillenumfang von 88cm bei der Frau und ab 102 cm beim Mann besteht ein deutlich erhöhtes Risiko andere adipositasabhängige Erkrankungen zu entwickeln. (s.u.)



Wer kann und sollte eine bariatrische Operation bekommen?

Bariatrische Chirurgie ist für Menschen vorgesehen, die ca. 50 kg oder mehr Übergewicht haben (mit einem Body-Mass-Index von >40) und die bisher mit anderen, weniger risikoreichen Therapien wie Diäten, Sport, Medikamente usw. keinen Erfolg hatten. In Ausnahmefällen können Personen mit einem BMI von 35-40 und entsprechenden Komorbiditäten (=Krankheiten die durch Übergewicht verursacht oder massiv verschlechtert werden) ebenfalls Kandidaten für ein bariatrisches Verfahren sein.

Begleiterkrankungen

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Schlafapnoe

Herzerkrankungen

Gelenkschmerzen und -verschleiß

Hormonelle Störungen mit Menstruationsproblem
oder Unfruchtbarkeit

Psychische Erkrankungen

Einige Krebserkrankungen

(z.B. Brust, Gebärmutter, Dickdarm)

...

Wichtige Anmerkungen:

Bariatrische Chirurgie sollte nicht in Erwägung gezogen werden, wenn nicht alle anderen Möglichkeiten der Gewichtsreduktion bereits versucht wurden. Was unbedingt bedacht und ggf. diskutiert werden sollte:

1. Bariatrische Chirurgie ist KEINE Schönheitschirurgie und sollte auch nicht als solche angesehen werden.
2. Bariatrische Chirurgie beinhaltet nicht das Absaugen/Entfernen von Fettgewebe.
3. Patient und Arzt müssen Risiken und Vorteile gemeinsam besprechen.
4. Der Patient muss sich auf langfristige Veränderungen seines Lebensstils einstellen, wie z.B. Ernährungsumstellung, Sport, ggf. Vitaminsubstitution, welche den Schlüssel zum Erfolg der bariatrischen Chirurgie darstellen
5. Probleme oder Komplikationen nach der Operation können Folgeoperationen nach sich ziehen!



Was sind die im Klinikum Augsburg angebotenen Verfahren?

1. Magenband (Gastric Banding)
2. Schlauchmagen („sleeve-gastrectomy“)
3. Magenbypass (Gastric bypass)
4. Magenballon

Generell werden alle Operationen laparoskopisch, das heißt mittels Bauchspiegelung durchgeführt. Ein großer Bauchschnitt ist nur notwendig, falls aufgrund schwieriger Verhältnisse im Bauchraum oder Komplikationen die Bauchspiegelung zu unsicher erscheint.

Wann sollte „offen“, also nicht mit Bauchspiegelung operiert werden?

Meist ist die laparoskopische Operation (mit kleineren äußeren Wunden und kürzeren Krankenhausverweilzeiten) möglich. Lediglich bei wenigen Patienten muss man direkt offen operieren oder während der Operation das Verfahren wechseln. Gründe sind zum Beispiel:

- vorausgegangene Operationen, die zu starken Verwachsungen im Bauchraum geführt haben
- Schwierigkeiten die wichtigen Organe ausreichend sehen zu können
- Blutungen oder andere Komplikationen während der Operationen

Die Entscheidung zum offenen Verfahren wird also vor oder während der Operation getroffen und fällt immer für die Sicherheit des Patienten!

Restriktiv und malabsorptiv ???

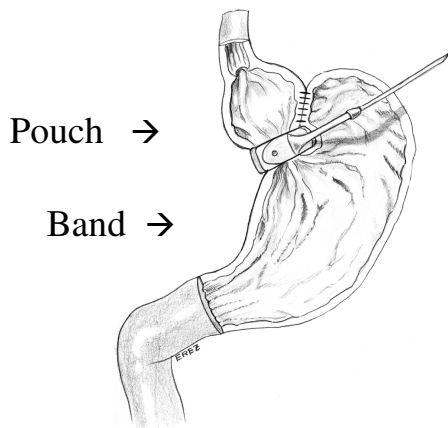
Das Magenband und der Schlauchmagen sind sogenannte „restriktive“ Verfahren, das heißt, sie provozieren den Gewichtsverlust durch die geringere mögliche Nahrungsaufnahme durch Verkleinerung/ Einengung des Magens (lat. restrictus = straff, eng).

Der Magenbypass ist ein gemischt restriktiv-malabsorptives Verfahren, bei dem zusätzlich zur Verkleinerung des Magens außerdem eine verringerte Verdauung und Aufnahme von Speisen im Dünndarm erreicht wird (Malabsorption=schlecht aufnehmen).

Kapitel II: Die verschiedenen OP-Verfahren

Wie funktionieren die einzelnen Verfahren, welche Vor- und Nachteile haben sie?

1. Magenband



Das laparoskopisch eingesetzte, anpassbare Magenband wird um den obersten Teil des Magens gelegt. Dadurch können nur noch geringen Nahrungsmengen aufgenommen werden, es wird rasch ein Völlegefühl erreicht. Die weitere Verdauung wird nicht beeinträchtigt.

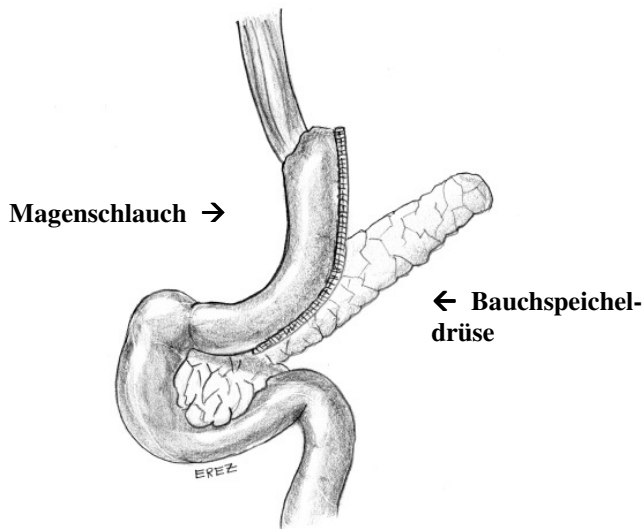
Vorteile:

- verändert nicht die Anatomie im Bauch
- vermindert drastisch die Menge an Essen, die mit einer Mahlzeit eingenommen werden kann
- Das Essen passiert den Verdauungstrakt auf normalem Weg, wird also komplett aufgenommen
- eine Studien zeigte einen Gewichtsverlust von ca. 40% des Übergewichtes
- Das Band kann weiter oder enger gestellt werden, und damit mehr oder weniger Nahrungspassage ermöglichen
- Die Operation ist relativ kurz und risikoarm
- Das Band kann in der Regel problemlos wieder entfernt werden

Nachteile/Risiken:

- allgemeine Operationsrisiken
- Magenperforation (Durchbruch) oder Wandern des Bandes nach innen können erneute Operation zur Korrektur erzwingen
- Portkomplikationen wie Infektion, Leckage... erfordern erneute Operationen
- verringert meist nicht das Hungergefühl
- Kann speziell nach zu voluminösem Essen zu Übelkeit und Erbrechen führen
- Magenausgang kann komplett verstopfen
- Magenpouch kann sich erweitern (Pouchdilatation)
- Das Band kann verrutschen
- Erfordert in jedem Fall die meiste Disziplin bei notwendigen Umstellungen der Lebensgewohnheiten

2. Schlauchmagen



Der Gewichtsverlust wird durch eine Verkleinerung des Magens und damit verringerte Nahrungsaufnahme erreicht. Es werden ca. 60 % des Magenvolumens entfernt, so dass der Magen die Form eines Schlauches bekommt. Die Operation kann nicht rückgängig gemacht werden, da der Restmagen entfernt werden muss. Nach 6-12 Monaten können etwa 40-50% des Übergewichtes abgenommen werden.

Vorteile:

- verändert nicht den Weg der Speisen durch den Verdauungstrakt
- kein „Dumping-Syndrom“ (Erklärung folgt unten)
- verringert die Menge der aufnehmbaren Nahrung bei jeder Mahlzeit
- der Appetit nimmt ab, durch Entfernung der Ghrelin*-produzierenden Zellen im Magen
- die Operation ist relativ kurz und risikoarm
- es sind kaum postoperative Komplikationen beschrieben
- es ist praktisch keine Nachsorge erforderlich
- es verbleibt kein Fremdmaterial (wie beim Magenband) im Körper
- die Operation kann auch als erster Schritt zu einer Biliopankreatischen Diversion**oder einem Magenbypass dienen.

**Ghrelin ist ein Stoff, den die Zellen des Magens ausschütten. Dieser vermittelt (unter anderem) das Gefühl von Appetit.*

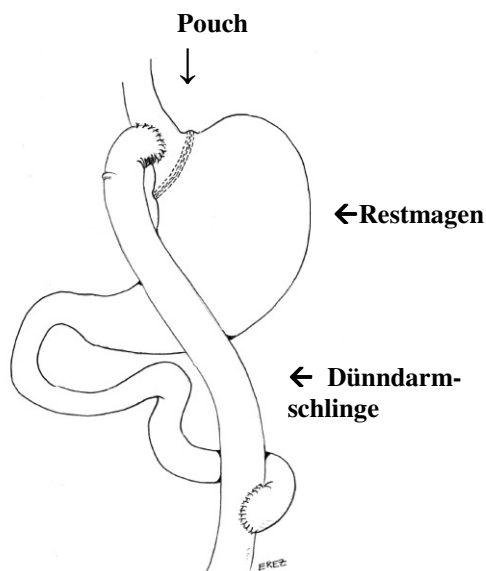
***Die Biliopankreatische Diversion ist ein anderer bariatrischer Eingriff, der zur Zeit an unserer Klinik nicht durchgeführt wird. Er ist etwas risikobehafteter als z.B. die Sleeve-Gastrektomie allein und der Magenbypass, hat aber sehr gute Langzeitergebnisse vorzuweisen mit Verlust von bis zu 85% des Übergewichts*

Nachteile & Risiken:

- allgemeine Operationsrisiken (siehe unten)
- Leckagen an der übernähten Absetzungsstelle des Restmagens
- es gibt keine Langzeitdaten, man weiß also nicht, ob die Sleeve-Patienten 10 Jahre postoperativ wieder zunehmen; dann ggf. erneuter Eingriff notwendig
- hochkalorische weiche Lebensmittel (Eis, Milchshakes...) können weiterhin in großer Menge aufgenommen werden.

3. Magenbypass

Es wird ein kleiner Magenpouch von etwa 30ml Größe gebildet. Dadurch ist bereit die Menge der aufnehmbaren Nahrung stark eingeschränkt. An diesen Pouch wird eine Dünndarmschlinge angeschlossen.



Der Zusammenführung von Sekret aus dem Restmagen, der Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse mit dem restlichen Dünndarm erfolgt erst nach 1-2m, so dass weniger Nährstoffe verdaut und aufgenommen werden können. Dieser doppelte Effekt von Einschränkung der Aufnahme und der Resorption im Darm kann zu einem Gewichtsverlust von bis zu 60% des Übergewichtes führen.

Vorteile:

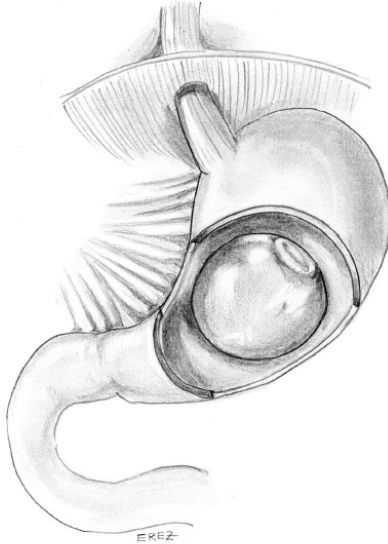
- auch im Langzeitverlauf sehr gute Ergebnisse bzgl. des Gewichtsverlustes
- Verfahren „erzieht“ den Patienten: zucker- und kalorienreiche Nahrung führt in größeren Mengen zum Dumping Syndrom (s.u.). Schwindel, Kopfschmerz und Unwohlsein zwingen Sie also zur vernünftigen Ernährung
- Bester zu erwartender Gewichtsverlust von allen angebotenen Verfahren
- Der Eingriff kann notfalls durch erneute Operation rückgängig gemacht werden
- Auch Patienten mit starkem Sodbrennen (Reflux) können so operiert und gleichzeitig vom Reflux befreit werden



Nachteile/Risiken:

- Größter operativer Aufwand mit mehreren Darm/Magendurchtrennungen
- Höchste Rate an „gefährlichen“ Komplikationen
- Engmaschige Nachsorge erforderlich
- Lebenslange Einnahme von Vitaminpräparaten nötig
- Anfangs häufig Durchfälle, diese regeln sich meist innerhalb von Wochen selbst
- Bei Gallenkoliken durch Steine ist eine Art Magenspiegelung zur Darstellung der Gallengänge und Steinentfernung nicht mehr möglich (viele Patienten entwickeln durch den raschen Gewichtsverlust Gallensteine nach der OP)

Kapitel III: Der Magenballon



Ein weiteres, nicht operatives Verfahren ist der Magenballon. Dabei wird mittels einer Magenspiegelung ein Kunststoffballon in den Magen eingebracht, dieser wird mit ca. 500ml Wasser und einem Farbstoff gefüllt. Dadurch kann man anschließend deutlich weniger Nahrung zu sich nehmen, es wird schnell ein Sättigungsgefühl erreicht.

Vorteile:

- Keine Operation nötig
- Relativ kostengünstig im Vergleich zur Operation (für Selbstzahler)
- Deutlich weniger Komplikationen als alle operativen Verfahren
- Guter Gewichtsverlust innerhalb von 6 Monaten
- Wenige Ausschlusskriterien, auch Risikopatienten können Ballon bekommen
- Gut geeignet für kurzfristigen Gewichtsverlust z.B. vor anderer Operation

Nachteile:

- Der Ballon kann maximal 6 Monate belassen werden und muss dann wieder entfernt werden
- Nach Ballonentfernung nehmen fast alle Patienten wieder an Gewicht zu

Wer kann keinen Ballon bekommen?

- Patienten, die ASS, Marcumar oder andere blutgerinnungshemmende Medikamente nehmen, können keinen Ballon bekommen
- Patienten die dauerhaft Schmerzmittel wie Diclofenac, Ibuprofen o.ä. oder Cortison nehmen
- Patienten mit Magenschleimhautentzündung oder Geschwür
- Patienten mit großen Zwerchfellbrüchen
- Patienten nach großen Operationen im Oberbauch



Kapitel IV: Wie wird der ganze Ablauf vor und nach der Operation sein?

(Siehe auch „Laufzettel zur OP-Vorbereitung“)

1. Vorstellung in unserer Sprechstunde zur Einführung, Information über die verschiedenen OP`s und über die generelle Eignung für eines der Operationsverfahren, Vorschlag eines Verfahrens
2. Termin bei unserem Psychiater, der die Gegenanzeigen für eine Operation ausschließen muss, ggf. wird zuvor oder begleitend eine psychologische Betreuung eingeleitet
3. Ernährungsanalyse und –beratung bei unserem Ernährungsteam
4. Antrag bei der Krankenkasse für die Kostenübernahme (siehe dazu auch Kap. VII)
5. (Telefonischer) Termin zwecks Absprache der erforderlichen Untersuchungen
6. Termin bei Diabetologen, Untersuchungen wie z.B. Breischluckuntersuchung (Röntgen), ggf. Magenspiegelung, Testung auf Schlafapnoe, Vorstellung beim Kardiologen, Pulmonologen...), Vorstellung bei den Narkoseärzten
7. Festlegen des OP-Termins, 2 Wochen vorher, erneut in Sprechstunde, Aufklärung, Ernährungsberatung über Proteinshakes, Durchsicht der Befunde
8. Aufnahme auf die Station einen Tag vor der Operation, Üben mit Atemtrainer, kennenlernen der „Venenpumpe“ zur Thromboseprophylaxe
9. **OP**, erste Nacht auf der Intensivstation, wenn möglich abends einmal aufstehen (mit Hilfe!) oder wenigsten am Bettrand sitzen, Atemtrainer benutzen
10. 1. Tag nach OP: Gastrographinschluckuntersuchung, wenn ok, langsam schluckweise klare Flüssigkeiten trinken; Mobilisation aus dem Bett, Atemtrainer
11. Zweiter Tag bis Entlassung: Diät siehe unten, weitere Mobilisation aus dem Bett, Wundkontrolle
12. Entlassung je nach OP-Verfahren und Verlauf
 - beim Band ab dem 3. Tag nach OP
 - beim Sleevegastrektomie ab dem 5. Tag
 - beim Bypass ab dem 7. Tag
 - das sind die frühestmöglichen Entlasstage, individuell wird je nach Befinden, Vertragen von Flüssigkeiten, Wundverhältnissen u.ä. entschieden!!



Kapitel V: Diätanweisungen

1. Monate bis Wochen vor der Operation

- 3 Mahlzeiten am Tag! Keine Snacks zwischendurch
- Eiweißreiche Nahrung essen (Fisch, Fleisch, Eier, Geflügel...)
- „Leere Kalorien“ vermeiden (wie z.B. Cola, die nicht satt macht)
- Versuchen schon jetzt ca. 0,5-1 kg Gewichtsverlust pro Woche zu erreichen
- Sport jetzt beginnen. Ziel wären z.B. 30 min Nordic Walking o.ä. pro Tag*
- Gewohnheiten jetzt schon ändern wie z.B. Treppe statt Fahrstuhl*
- Die Proteinshake ausprobieren, damit man nach der Operation weiß, welche einem schmecken *

** vor der Operation fallen einem solche Veränderungen meist leichter als nach dem Eingriff, wenn die allgemeine Erschöpfung von der Operation und der Narkose dazukommt.*

2. 2 Wochen vor der Operation

- Keine feste Nahrung mehr!
- Nur noch Proteinshakes, 3x täglich
- Zwischendurch sind kalorienfreie/-arme Getränke (Tee, Wasser, Saftschorle...) erlaubt
- Der Zweck ist, dass die stark vergrößerte Leber durch eine zweiwöchige Diät deutlich schrumpft, was die Operation erheblich erleichtert. Dadurch wird also die OP-Dauer, das OP-Risiko vermindert und dementsprechend auch der Krankenhausaufenthalt verkürzt.
- Diese anstrengenden 2 Wochen lohnen sich also!
- Bitte am Abend vor der Operation keine eigenen Shakes (oder gar feste Nahrung) mehr, nur noch die von unseren Schwestern auf der Station zur Verfügung gestellten Tetrapacks

3. Im Krankenhaus

- **Am ersten Tag** nach der Operation darf nach unauffälligem „Gastrografinschluck“ getrunken werden
- Der „Gastrografinschluck“ ist eine Röntgenuntersuchung, in der der Chirurg sehen kann, ob Flüssigkeiten durch das Magenband/den Magenpouch/den Magenausgang durchgehen und ob irgendwo Leckagen sind
- Schluckweise, nur klare Flüssigkeiten, nur 30ml pro Stunde!
- Keinen Strohhalm benutzen (damit unterschätzt man leichter die Menge, trinkt



zu schnell)

- Ggf. Flüssigkeiten mit Löffel portionieren
- Keine sehr heißen oder sehr kalten Getränke

4. Phase I –Diät (meist 2. Tag)

- Klare Flüssigkeiten, zuckerfrei
- Z.B. Tee, coffeinfreier Kaffee, Brühe, Wasser, Light-Getränke
- Keine Kohlensäure!
- Weiterhin langsam trinken, Trinkmenge steigern
- Wenn das gut vertragen wird ohne Übelkeit oder Erbrechen...

5. Phase II- Diät (ca. ab 5-6. Tag)

- Proteinshakes wieder einführen
- Langsam steigern auf zunächst 3xca. 120ml pro Tag (der neue Pouch/Schlauchmagen ist sehr viel kleiner als zuvor und muss sich erst daran gewöhnen)
- Ganz langsam trinken, aufhören, wenn Sättigungsgefühl da ist
- Möglichst innerhalb von 30 min diese 120 ml trinken
- Zwischendurch weiter klare Flüssigkeiten (wie oben: mittlere Temperatur, keine Kohlensäure, kein Zucker) trinken, das eine halbe Stunde vor und nach dem Proteinshake unterbrechen
- Insgesamt über den Tag verteilt viel trinken! Am Anfang werden nur etwa 100-300ml Proteinshake + 250-500ml klare Flüssigkeit innerhalb von 24 Stunden toleriert. Langsam steigern!
- Keine Mahlzeit auslassen
- Wenn Übelkeit/Erbrechen auftritt: wieder zurück zu Phase I
- ca. 2 Wochen nach der Operation wird man etwa 750-1000ml Proteinshake und 500-1000ml Getränke vertragen
- *Diättagebuch führen!! Darin kann man dokumentieren, wann man wieviel von den Shakes und den anderen Getränken vertragen hat. So kann man leichter erkennen, falls man etwas nicht verträgt*
- Dieses Tagebuch mitbringen zum Termin in der Sprechstunde etwa 2 Wochen nach der Operation

6. Phase III-Diät (pürierte Eiweißkost) ca. ab 2-3 Wochen nach der OP

- Jetzt ist wichtig, dass trotz der erwünschten Gewichtsreduktion ausreichend Nährstoffe zugeführt werden, ansonsten drohen Wundheilungsstörungen, Infektion, Müdigkeit, Abgeschlagenheit und vieles mehr



- Jetzt Vitaminsubstitution beginnen! (siehe Tabelle unten)
- Pro Tag sollen etwa 60-70g Eiweiß gegessen werden (100g Fleisch enthalten z.B. etwa 25g Protein)
- Noch keine Kohlenhydrate und Fette (außer die in der eiweißreichen Nahrung ohnehin enthaltenen)
- Wenn nicht genügend Eiweiß über pürierte Nahrung aufgenommen werden kann, muss man zwischendurch noch 1 Proteinshake trinken zur Ergänzung
- 3 Mahlzeiten täglich, jede sollte etwa 20-30 min dauern
- weiterhin während und 30min vor und nach dem Essen nicht trinken
- Falls nicht komplett pürierte /weiche Nahrung gegessen wird: mindestens 25x gut kauen, das Essen muss quasi flüssig sein, wenn es geschluckt wird
- Nur bis zum Sättigungsgefühl essen, nie darüber hinaus
- Wenn Probleme auftreten, (Übelkeit, Erbrechen...) zunächst keine feste Kost mehr, einfach einen Tag nur klare Flüssigkeiten, dann wieder Shakes und erst nach einigen Tagen wieder pürierte Kost versuchen
- Beispiele für proteinreiche Kost sind Hühnereier (max 1 pro Tag), fettreduzierter Frischkäse / Hüttenkäse, fettarmer Joghurt, fettarme Milch, Fisch/Shrimps, Tofu, weißes Fleisch...)
- Kein „rotes“ Fleisch! Für etwa ½ Jahr
- Kein Brot, Müsli, Reis, Nudeln, Kracker, Gemüse, Obst oder Obstsäfte...
- Möglichst über den Tag verteilt etwa 1,5-2 l kalorienfreie Getränke zuführen

7. Phase IV-Diät (ab ca. 4 Wochen nach der OP)

- Noch keine Kohlenhydrate! nur Gemüse langsam einführen
- 70g Protein sollten jetzt pro Tag aufgenommen werden können, dann keine Proteinshakes mehr zusätzlich
- Eine Mahlzeit sollte jetzt ungefähr 50-100ml umfassen
- Immer die proteinreiche Nahrung zuerst essen! (die ist wichtig, muss gegessen sein, bevor Gemüse dazu kommt)
- Essen muss jetzt nicht mehr püriert werden. Statt dessen in sehr kleine Stücke schneiden und gut kauen (mindestens 25x)
- Zunächst nur gekochte Gemüse versuchen, wenn diese vertragen werden auch rohes Gemüse
- Kein Mais, Spargel oder anderes faserreiches Gemüse, das kann Magen/Pouchausgang verstopfen
- Immer nur eine neue Zutat verwenden, damit man überprüfen kann, was vertragen wurde
- Weiterhin gilt: sich 20-30 min Zeit nehmen zum Essen, aufhören, wenn satt



- Keine Getränke 30 min vor und nach essen
- Keine Ablenkung beim Essen (kein Fernsehen, Telefonate...)

8. Phase V: Kohlenhydrate (ab 2 Monate nach der OP)

- Immer noch mind. 70 g Eiweiß zu sich nehmen
- Nicht Kohlenhydrate *statt* Eiweiß
- Immer zuerst eiweißreiche, dann kohlenhydratreiche Kost essen
- Zucker vermeiden, lieber komplexe Kohlenhydrate wie z.B. aus Gemüse (Bohnen, Erbsen) oder Getreide (Vollkornprodukte)
- Bei Früchten: Schale entfernen, sonst kann Pouchausgang verstopfen
- Vorsichtig bei Weißbrot, weißem Reis, Pasta...kann im Pouch noch „aufgehen“, also langsam und wenig essen
- Am besten frisches Obst und Gemüse essen, 2. Wahl ist tiefgefrorenen, nur notfalls Dosenobst/gemüse

Das ganze wird hier nochmals in Kurzform (zum Aufhängen in der Küche und im Esszimmer....) aufgeführt.

Ernährungsregeln nach bariatrischer Operation

1. 3-4 Mahlzeiten pro Tag, keine Snacks zwischendurch,
2. Keine Mahlzeit auslassen
3. Von vornherein kleine Mahlzeiten zusammenstellen
4. Sich Zeit nehmen, etwa 30 min pro Mahlzeit
5. Aufrecht sitzen/steht bis mind. 30 min nach dem Essen
6. Keine Ablenkung (Zeitung, Fernseher...)
7. Langsam essen und jeden Bissen 20-25 mal kauen
8. bei Sättigungsgefühl sofort aufhören zu essen!
9. Essen und Trinken zeitlich trennen (keine Getränke 30 min. vor und nach dem Essen)
10. Ausreichend am Tag trinken (mind. 1,5-2 l !), keine Kohlensäure, kein Alkohol
11. Faserreiche Nahrungsmittel meiden (v.a. bei Bandpatienten)
12. Kalorienbewusst essen und trinken!
13. Eiweißreiche Ernährung
14. Vitaminreiche Nahrung und Vitaminpräparate (va. für Bypass-Patienten)

Ernährungsvorschriften nach bariatrischer Operation

	Ab wann?	Was?/Wie?
Phase 0	1. Tag nach OP, wenn Kontrastmitteluntersuchung unauffällig	Schluckweise Wasser/Tee, - max. 30ml/Stunde
Phase I	2. Tag nach OP	Klare Flüssigkeiten - wie ungesüßter Tee, Wasser, verdünnter Saft - keine Kohlensäure - kein Kaffee, kein Alkohol
Phase II	ab ca 5.-6. Tag nach OP, wenn Phase I vertragen wurde	+ Proteinshakes - anfangs 3 x 120ml pro Tag - langsam steigern - nach ca. 2 Wochen auf 750-1000ml pro Tag
Phase III	ab 2 Wochen nach OP, wenn Phase II vertragen wurde	Pürierte Eiweißkost - z.B. Hühnerrei, fettreduzierter Frischkäse, fettarme Milch, weißes Fleisch, Fisch - kein rotes Fleisch, noch keine Kohlenhydrate und Fette
Phase IV	Ca. 4 Wochen nach OP	Nicht pürierte Eiweißkost - siehe oben, aber gut gekaut! - Langsam Gemüse einführen - Zunächst gekocht, später roh - Immer zuerst Eiweißreiches essen!
Phase V	Ca. 2 Monate nach OP - lebenslänglich!	Eiweißreiche Mischkost - langsam Kohlenhydrate einführen - weiter zuerst Eiweißreiches essen

Generell gelten immer in jeder Phase die Ernährungsregeln !!

Immer, wenn etwas nicht vertragen wurde und Übelkeit, Völlegefühl oder gar Erbrechen ausgelöst hat → zurück zu klaren Flüssigkeiten (Phase I) und wieder langsam Tag für Tag steigern!



Kapitel VI: Wichtiges nach der Operation

1. Gewichtsverlust

Der Erfolg von jeder bariatrischen Operation wird durch das Einhalten der Diät, Sportliche Aktivität und nicht zuletzt vom Besuch von Selbsthilfegruppen ab. Die Operation selbst ist nur ein Hilfsmittel, nicht der einfache Weg zum Wunschgewicht.

Nicht enttäuscht sein, wenn andere schneller oder mehr abnehmen. Der Verlust des Übergewichts ist individuell sehr verschieden und hängt von verschiedenen Faktoren ab wie z.B.

- Alter
- Ausgangsgewicht
- Gesundheitszustand vor OP
- OP-Verfahren
- Sportlicher Aktivität
- Diät
- Wahrnehmen der Sprechstundentermine (nur hier können Probleme frühzeitig erkannt und behoben werden)
- Motivation des Patienten
- Unterstützung durch Familie, Bekannte...

2. Schwangerschaft

Wichtig für Frauen ist außerdem: bis ein stabiles Gewicht erreicht ist (ca. 18-24 Monate nach der Operation) muss unbedingt eine ausreichende Empfängnisverhütung durchgeführt werden! Auch wenn Sie in den letzten Jahren ohne Verhütung nicht schwanger wurden, kann das durch den Gewichtsverlust und die damit verbundene hormonelle Umstellung jetzt passieren. Die Antibabypille ist nach einem Bypass nicht mehr sicher wirksam, daher sollte z.B. mit einem „Verhütungsstäbchen“, was unter die Haut gelegt wird und bis zu 3 Jahren hält oder mit „Dreimonatsspritzen“ verhütet werden. Auch das Einsetzen einer Spirale ist möglich.

Während der Phase der ausgeprägten Gewichtsreduktion ist eine Schwangerschaft absolut unerwünscht, da quasi das Kind die Hungerphase miterlebt und schlimmstenfalls nicht genügend Nährstoffe für Wachstum und Reifung erhält.

Wenn Sie trotzdem schwanger werden sollten, kontaktieren Sie bitte umgehend ihren Hausarzt oder bariatrischen Chirurgen!

3. Vitaminsubstitution

Bitte immer entsprechend den Anweisungen Ihres Arztes! generell gilt:

Magenband	Sleeve	Bypass
<ul style="list-style-type: none"> ■ Multivitaminpräparat ■ ansonsten abhängig von Beschwerden und Blutwerten 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Multivitaminpräparat ■ Calcium 1-2g/d ■ Vit. B12 500µg/d oder i.m. alle 3 Monate ■ Vitamin B-Komplex (inkl. B1) ■ Folsäure ■ Eisensulfat (200-300mg) oral (ggf. iv)
<ul style="list-style-type: none"> ■ ggf. Zink und Biotin bei Haarausfall 		

Die entsprechende Vitamine und Spurenelemente müssen lebenslänglich und täglich eingenommen werden!

4. Medikamente

Immer dem verschreibenden Arzt angeben, dass bei Ihnen ein Mageneingriff durchgeführt wurde. Es gibt Medikamente, die das Entstehen von einer Magenschleimhautentzündung oder sogar Magengeschwüren begünstigen können. Wenn Sie ein solches einnehmen, sollte immer eine andere Tablette zum Magenschutz mit eingenommen werden (z.B. Pantozol/Nexium/Omep).

Frei verkäufliche Arzneien dieser Rubrik sind z.B.

- ASS, Aspirin, Alka-Seltzer
- Ibuprofen, Dolormin
- Diclofenac
- Mobec
- ...

Bitte fragen Sie also immer Ihren Arzt, ob Sie neue Medikamente ohne Magenschutz nehmen können.

5. Dumping Syndrom:

- wichtig für Bypass Patienten
- da der Magenpförtner aus der Nahrungspassage ausgeschaltet ist, gelangt va.



- zuckerreiche Nahrung zu schnell in den Dünndarm
- dadurch wird zuviel Insulin ausgeschüttet
- dies kann zu Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Durchfall, Kopfschmerzen und Bauchkrämpfen führen
- d.h. es ist enorm wichtig auf zuckerhaltige Nahrung zu verzichten!!
- Höchstens sehr kleine Mengen!!

6. Lactoseintoleranz/Milchunverträglichkeit

Wenn Sie nach der Operation nach dem Verzehr von Milch oder Milchspeisen Völlegefühl, Blähungen oder Aufstoßen entwickeln, kann das an einer neu aufgetretenen Lactose (der Milchzucker)- intoleranz liegen. Entweder muss auf Sojaprodukte umgestellt werden oder Lactase als Kapsel zugeführt werden. Also bei Verdacht bitte Arzt kontaktieren.

7. Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit und Erbrechen sind (leider) nicht selten in der ersten Zeit nach bariatrischen Eingriffen. Häufig sind sie jedoch durch ein falsches Essverhalten ausgelöst:

- Haben Sie zu schnell gegessen?
- Haben Sie nicht ausreichend gekaut?
- Haben Sie zuviel gegessen?
- Haben Sie zum Essen getrunken?
- Haben Sie sich nach dem Essen zu schnell hingelegt?

Können Sie all dies ausschließen und müssen trotzdem noch erbrechen, sollten Sie unbedingt Ihren Hausarzt oder bariatrischen Chirurgen aufsuchen, da Erbrechen auch ein Symptom für Komplikationen sein kann.

8. Notfallpass

Sie erhalten von uns nach der Operation einen Pass mit Namen, Anschrift und Telefonnummer unseres Zentrums. Auf diesem wird auch Ihre Operation auf deutsch und auf englisch eingetragen, so dass, wenn im In- und Ausland Probleme auftreten, die in Zusammenhang mit der Operation stehen könnten, ein Ansprechpartner zur Verfügung steht. Diesen Pass sollten Sie immer bei sich führen.

9. Internetseiten

www.adipositasverband-international.de

www.adipositas-portal.de

www.acsdev.de (Adipositaschirurgie-Selbsthilfe-Deutschland)

www.adipositas-verband-deutschland.de





Kapitel VII: Das Antragsverfahren

Warum dieses Kapitel am Schluss, wo es doch eigentlich für Sie ganz am Anfang steht? Weil es leider immer noch das unerfreulichste Kapitel ist, weil bei vielen Patienten die Operation nicht bezahlt wird, obwohl es aus medizinischer Sicht sinnvoll und notwendig ist.

Deshalb an dieser Stelle einige Anmerkungen und Tipps, damit Ihr Antrag auf Kostenübernahme hoffentlich bewilligt wird.

Vor Antragstellung:

- Ggf. rechtzeitig (mind. 6 Monate vor Antragstellung) eine Rechtsschutzversicherung abschließen. Für den Fall, dass Sie bei einer Ablehnung bis zur Klage gehen wollen, kann die Versicherung Sie vor hohen Gerichtskosten bewahren. Die Versicherung sollte das Sozialrecht mit einschließen. Bitte selbständig über die Vor- und Nachteile informieren!
- „Atteste sammeln“: Suchen Sie alle Nachweise und Bestätigungen zusammen, die Ihnen Ihre behandelnden (auch in der Vergangenheit) Ärzte, Physiotherapeuten, Ernährungsberater u.ä. ausgestellt haben, die bestätigen, dass sie
 1. unter Ihrem Gewicht zu leiden haben (z.B. vom Orthopäden eine Bescheinigung über eine Verschlechterung von Gelenkschmerzen durch Ihr Übergewicht)
 2. Ihre Gesundheit durch das Übergewicht beeinträchtigt wird (z.B. Ihre Zuckererkrankung, Bluthochdruck usw.)
 3. Unterstützung zur Gewichtsabnahme gesucht haben (z.B. Ernährungsberatung über den Hausarzt, Anschluss an Sportgruppen...)
- Entlassbriefe von Kurkliniken anfordern, (beim Hausarzt oder in der Klinik selbst) in der Sie möglicherweise gezielt zur Gewichtsreduktion waren, oder wo im Rahmen einer anderen Kur Diäten, Ernährungsberatungen u.ä. durchgeführt wurden
- Falls Sie in psychologischer Behandlung sind oder waren: ein Attest von Ihrem Psychologen, der Ihnen zum einen den Leidensdruck wegen Ihrem Übergewicht bestätigt und Stellung dazu nimmt, ob er Sie für eine Operation geeignet sieht. Hier sollte wenn möglich auch stehen, ob Ihr Psychologe glaubt, ob Sie z.B. eine depressive Verstimmung WEGEN Ihres Übergewichts haben oder ob Ihr Übergewicht möglicherweise AUFGRUND einer Depression besteht. (Das erspart Ihnen allerdings trotzdem nicht den Besuch bei unserem Psychiater!)



Der Antrag:

- Formulieren Sie ein Antragsschreiben, das insgesamt etwa 1-2 Seiten lang ist, im Anhang ist ein Beispiel gegeben, welches Sie selbstverständlich beliebig anpassen können und sollen
- Fertigen Sie Fotos von sich an– möglichst in Unterwäsche, oder wenigstens in enger Kleidung, beschriften Sie diese auf der Rückseite mit Namen und Geburtsdatum, keine Bilder aus dem Familienalbum!
- Weiterhin alle oben genannten Bestätigungen und Atteste beilegen, auch das von uns zugesandte aus der Adipositassprechstunde
- Eine „Diätliste“, auf der Ihre Diätversuche der letzten ca. 10 Jahre aufgezählt werden (z.B. nach der in Anhang II vorgegebenen Tabelle)
- Ggf. ein Ernährungstagebuch über mindestens 1 Woche, besser 4 oder mehr Wochen
- Bestätigung aus der Teilnahme an unserer Selbsthilfegruppe und unserer Ernährungsberatung

- Der Antrag sollte wenn möglich nicht handschriftlich sondern maschinell erstellt sein, das erleichtert die Lesbarkeit
- Keine Eselsohren, Kaffeeflecken o.ä
- Freundlich bleiben! wenn Sie Ihrem Sachbearbeiter sympathisch erscheinen, haben Sie sicherlich bessere Karten!
- Alle o.g. Unterlagen in sinnvoller Reihenfolge bringen, unbedingt obenauf Ihr Antragsschreiben, anschließend z.B. unser Gutachten, gefolgt von weiteren ärztlichen Gutachten, danach Diätliste und entsprechende Nachweise usw.
- Falls Sie viele Nachweise beilegen und auf einige/alle in Ihrem Anschreiben auch Bezug nehmen, sollten Sie diese ggf. durchnummerieren und „Anhang 1, Anhang 2“ usw. nennen, damit Ihr Sachbearbeiter nicht lange suchen muss
- Ggf. alles in Schnellhefter oder Mappe sortieren

- Antrag vorher mit Anderen durchsprechen und auf Fehler korrigieren lassen
- Vielleicht können Ihnen auch Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe helfen, die das ganze schon hinter sich haben (Frau Sielaff nennt Ihnen bestimmt gern einen Ansprechpartner, ggf. auch Rechtsanwälte, die sich mit der Thematik beschäftigen)
- Antrag am besten persönlich zur Krankenkasse bringen, dann hat Ihr Sachbearbeiter ein Gesicht vor Augen. Einen Menschen lehnt man ggf. nicht so schnell ab, wie ein Stück Papier.



Falls der Antrag abgelehnt wurde:

- Informieren Sie uns darüber! wir können Sie beraten, ob Sie einen Widerspruch einlegen sollten oder nicht. Die Entscheidung treffen Sie.
- Falls Sie Widerspruch einlegen möchten, halten Sie sich an die im Ablehnungsschreiben genannte Frist;
- es reicht vorerst ein Kurzbrief (*„Hiermit lege ich gegen den Ablehnungsbescheid vom....(Datum).. Widerspruch ein. Außerdem beantrage ich Akteneinsicht und würde Sie bitten mir das Gutachten des Medizinischen Dienstes zukommen zu lassen. Gern bin ich auch bereit, dieses persönlich bei Ihnen abzuholen. Die Begründung für den Widerspruch werde ich in einem getrennten Schreiben nachreichen“*)
- generell gibt es dann 2 Möglichkeiten:
 1. das nachholen, was dem MDK scheinbar fehlt (z.B. Verhaltenstherapie) und danach erneuten Antrag schreiben
 2. Widerspruch begründen, wenn die Beanstandungen des MDK nicht nachvollziehbar sind

Spätestens ab diesem Punkt müssen wir Sie nochmals ganz individuell beraten, deshalb folgen nun keine weiteren Anweisungen und Vorschläge. Generell gilt: lieber vorher Hilfe suchen, als im Nachhinein die zweite Ablehnung zu bekommen.



ANHANG I – Beispiel für einen Antrag

Ihr Name

Anschrift

Telefonnummer

Ggf. email

Versicherungsnummer!

Name Ansprechpartner bei der Krankenkasse

Anschrift der Krankenkasse

***Antrag auf Kostenübernahme für eine adipositaschirurgische Operation
(Magenband/Schlauchmagen/Magenbypass...)***

Ort, Datum

Sehr geehrte Frau xxxxxxxx (oder Sehr geehrte Damen und Herren),

***hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für eine adipositaschirurgische Operation.
Ich bin seitJahren übergewichtig und habe zur Zeit ein Gewicht von ...kg erreicht.
(Anschließend z.B. Schilderung, wie Sie ihr jetziges Gewicht im Alltag einschränkt, was Sie z.B.
deshalb nicht mehr machen können.)ggf. in dem Rahmen auf Folgeerkrankungen (wie z.B.
Zucker, Bluthochdruck) eingehen, und Ihre Sorge um Ihre Gesundheit beschreiben.***

***Seit habe ich die unterschiedlichsten/zahlreiche/viele Diätversuche unternommen, die Sie
meiner beiliegenden Diätliste entnehmen können. Besonders zu erwähnen ist(eine bestimmte
Diät, die möglichst Ihr Hausarzt bestätigen kann), mit der ich ...kg abnehmen konnte. Dennoch
war es mir nach dieser – wie auch nach allen anderen genannten Diäten – nicht möglich, mein
Gewicht langfristig zu halten/stabilisieren.***

***(Jetzt z.B. auch sportliche Betätigung erwähnen – oder warum Ihnen diese z.B. nicht möglich ist;
als nicht möglich gilt weder „kein Geld“, spazieren gehen/walken kostet nichts, noch „keine
Zeit“! Bewegungseinschränkungen durch Gelenkschmerzen/Arthrose sind ein Grund, den der
Hausarzt/Orthopäde dann aber auch bestätigen sollte)***

***(Anschließend z.B. Verhaltenstherapie/Psychotherapie erwähnen und den Erfolg/Misserfolg
Ggf. medikamentöse Behandlung des Übergewichts erwähnen (+Nachweis vom Hausarzt) und
erreichten Gewichtsverlust und ggf. Grund des Behandlungsabbruchs)***

***Im Rahmen meines im Januar.../2005 durchgeführten 4-wöchigen Kuraufenthaltes in der
....Klinik fand ebenfalls mehrfach/eine Ernährungsberatung statt. Außerdem wurde mit mir
...ein Diätplan erarbeitet../eine 1200kcal-Kost verordnet. Ich habe dort außerdem an der
Sportgruppe/Aquagymnastik o.ä. teilgenommen. Eine psychologische Gruppen/Einzeltherapie
fand begleitend statt. Hier konnte ich ...kg abnehmen. Obwohl ich mich danach mit allen***

MOBS Morbid Obesity Surgery –

Zentrum zur operativen Behandlung der morbiden Adipositas am
Klinikum Augsburg



Mitteln bemüht habe, die hier erlernten Lebens-/Verhaltensänderungen langfristig beizubehalten, habe ich in den folgenden ...Monaten/Wochen/Jahren wieder (über mein Ausgangsgewicht) zugenommen.

Ich bin mir darüber bewusst, dass eine Operation bei massivem Übergewicht nur als letzte Therapiemöglichkeit in Frage kommt, wenn alle anderen Behandlungsversuche fehlgeschlagen sind. Diesen Punkt habe ich nach meiner Ansicht – und der meiner behandelnden Ärzte jetzt erreicht. Ich weiß, dass mit einer Schlauchmagen-/Magenband-/Magenbypassoperation Risiken verbunden sind, diese einzugehen schätze ich aber gemeinsam mit meinem Ärzteteam als gerechtfertigt ein, um mich von meinen Begleiterkrankungen zu heilen/um meine Lebenserwartung zu verbessern/ um meine Lebensqualität zu verbessern....

Ich weiß außerdem, dass ich nach einer Operation mein Leben/mein Ernährungsverhalten genauso langfristig umstellen muss wie ohne eine Operation. Ich bin bereit langfristig an der im Klinikum Augsburg angebotenen Nachsorge teilzunehmen und auch die Adipositaselbsthilfegruppe regelmäßig zu besuchen.

Daher würde ich Sie bitten die Möglichkeit einer Kostenübernahme für eineOperation zu prüfen und mich darüber schriftlich zu informieren. Selbstverständlich bin ich auch jederzeit zu einem persönlichen Gespräch bereit.

Mit freundlichen Grüßen,

.....

Das ist nur ein Beispiel!! Bitte **unbedingt eigenen Antrag** formulieren. Die Krankenkasse möchte schließlich auch Ihre Motivation sehen. Selbige wird nicht gerade demonstriert, wenn Sie obigen Text nur abschreiben.

MObS Morbid Obesity Surgery –

Zentrum zur operativen Behandlung der morbiden Adipositas am
Klinikum Augsburg



ANHANG II

Liste meiner Diäten in den letzten _____ Jahren

Wann?	Name der Diät	Dauer	Gewichts- verlust	Gewicht wie lange gehalten
--------------	----------------------	--------------	------------------------------	---------------------------------------

Kapitel VIII: Selbsthilfegruppe

Zuletzt überarbeitet 09/2008

Dr. Rieke Stiegeler





Und zuletzt aber trotzdem umso wichtiger:

Unsere **Selbsthilfegruppe Adipositas** trifft sich jeden 3. Freitag im Monat!! Die Leitung hat netterweise Frau Sielaff übernommen. (s. grüner Flyer)

- Sie können sich dort mit anderen Übergewichtigen über Ihre Probleme austauschen
- Sie können von den Erfahrungen von bereits operierten Patienten lernen oder:
- Anderen Ihre persönlichen Erfahrungen nach einer OP mitteilen
- Sie werden nach und nach informiert über die verschiedenen Operationsmethoden, Vor- und Nachteile
- Über mögliche OP-Folgen
- Über die Anatomie des Verdauungstrakts und Stoffwechselwege
- Ernährungsberatung, ggf. Kochkurse
- Ggf. können sich dort Sportgruppen finden, die dann unter Anleitung von unserer Physiotherapie z.B. Aquagymnastik machen
- Hilfe beim Antragsverfahren
- Usw.

Das ganze findet im lockeren Rahmen statt, einer aus unserem Adipositasteam wird häufig eine kurze Zeit dabei sein. Ansonsten ist es eben SELBSThilfe.

Die Krankenkassen fordern im übrigen die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe vor und nach einer Operation. Sie können die Teilnahme dafür bescheinigt kriegen.

Jeder 3. Freitag im Monat, 19.00-21.00 Uhr, Treffen im Klinikum im 1. Untergeschoss direkt an der Rolltreppe, von dort aus den Pfeilen „Adipositas-SHG“ folgen

Kontakt über 0821/99983850
bzw. mail: shg-augsburg@gmx.de