

Ernährung nach bariatrischen Operationen

Die wichtigsten Maßnahmen für ein erfolgreiches Gewichtsmanagement

Nadine Legutko

Übergewicht und Adipositas haben in den letzten Jahrzehnten in Deutschland drastisch zugenommen [1][2]. Parallel dazu lässt sich eine stark steigende Anzahl an Adipositasoperationen beobachten [3]. Die umfassende Betreuung der Patienten vor und nach den chirurgischen Eingriffen zur Gewichtsreduktion wird vor allem in der Ernährungstherapie zu einem immer relevanter werdenden Tätigkeitsfeld.



► **Abb. 1** Gewichtsreduktion mit Erfolgsgarantie? Nur die lebenslange Änderung von Essverhalten und Lebensstil sichert das Therapieziel einer bariatrischen Operation. © Adobe Stock/BillionPhotos.com

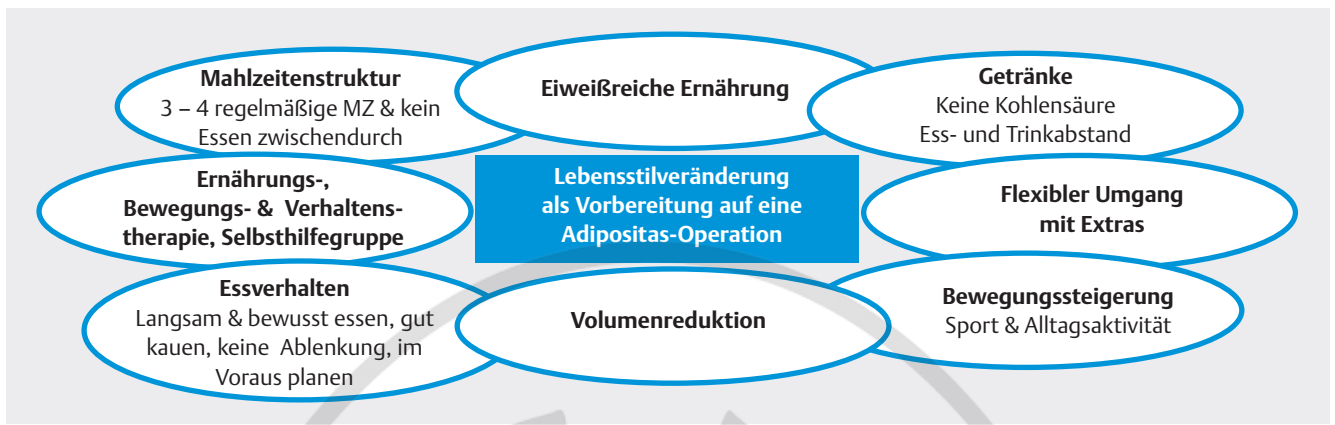
Hintergrund

Die meisten Betroffenen, die vor einem bariatrischen Eingriff stehen, haben eine jahrelange Diätkarriere hinter sich und sehen die Operation zur Gewichtsreduktion als letzte Chance, um dauerhaft abzunehmen. Die Entscheidung für einen solchen Eingriff ist mit lebenslangen, einschneidenden Veränderungen im Ess- und Ernährungsverhalten verbunden und muss daher sorgfältig getroffen werden

(► **Abb. 1**). Nicht für jeden Patienten ist dies der richtige Weg.

Merke

Nur in Kombination mit der Bereitschaft für eine umfassende Lebensstilveränderung lässt sich das Gewicht erfolgreich reduzieren und anschließend aufrechterhalten.



► **Abb. 2** Aspekte der Lebensstiländerung als Vorbereitung auf eine Adipositas-Operation (eigene Darstellung).

Für die Operation und anschließend erforderliche Lebensstiländerung bedarf es einer intensiven Vorbereitung des Patienten über einen Zeitraum von 6–12 Monaten. Diese Phase wird auch als multimodales Konzept zur Gewichtsreduzierung (MMK) bezeichnet. In dieser Zeit soll, durch therapeutische Ansätze in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Verhalten, eine langfristige Veränderung der Ernährungs- und Lebensbedingungen geschaffen werden, sodass der Patient mit Hilfe der Operation das bestmögliche Ergebnis für sich erzielen kann. Ebenso ist der Informations- und Erfahrungsaustausch durch die Adipositas-Selbsthilfegruppen ein enorm wichtiger Aspekt im Rahmen der OP-Vorbereitung [4].

Nach dem operativen Eingriff benötigen die Patienten eine lebenslange Nachsorge, damit sich die neu erlernten Verhaltensweisen festigen können bzw. das Einschleichen alter Gewohnheiten schnell erkannt und reflektiert werden kann. Auch die Einnahme von Vitamin- und Mineralstoffpräparaten sowie die regelmäßige Kontrolle bestimmter Laborparameter ist ein wichtiger Aspekt der Nachsorge [4]. Nur so kann der Entstehung einer Mangelernährung vorgebeugt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten prä- und postoperativen Empfehlungen für ein erfolgreiches Gewichtsmanagement zusammengefasst.

Präoperative Phase

Vorbereitung auf die Adipositas-Operation

Bei der präoperativen Schulung der Patienten geht es um das Einüben bestimmter Ess- und Trinkregeln, die nach dem operativen Eingriff wichtig sind. Zudem ist eine allgemeine Änderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens unabdingbar (► **Abb. 2**).

Merke

Die Nachsorge fängt präoperativ an!

Nur durch eine Lebensstiländerung kann eine gute Voraussetzung für die erfolgreiche Gewichtsreduktion zusam-

ABKÜRZUNGEN

BPD	Biliopankreatische Diversion
BPD-DS	Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch
EWL	Excess Weight Loss
I.E.	Internationale Einheit
i. m.	intramuskulär
MZ	Mahlzeiten
OP	Operation
RYGB	Roux-en-Y-Gastric Bypass (Magenbypass)
s. c.	subcutan
SG	Sleeve Gastrectomy (Schlauchmagen)

men mit der Adipositas-Operation geschaffen werden. Bestimmte Grundregeln der Ernährung sollten daher in der Vorbereitung eingeübt werden (► **Abb. 2**).

Mahlzeitenstruktur

Die Erarbeitung einer regelmäßigen Mahlzeitenabfolge stellt die Grundlage dar. Häufig zeigen die Ernährungstagebücher der Patienten ein extrem unstrukturiertes Essverhalten. Sie essen zu viele kleine Mahlzeiten in kurzen Zeitabständen (Snacking) oder lassen Mahlzeiten aus, frühstücken nicht und essen tagsüber insgesamt sehr wenig. Abends ist dann der Heißhunger vorprogrammiert. Das häufige Essen von Kleinigkeiten funktioniert auch nach einer Magenverkleinerung gut und würde die Gewichtsreduktion verhindern. Das Auslassen von Mahlzeiten auf der anderen Seite würde schnell zu einem Energie- und Nährstoffmangel führen.

Merke

Drei regelmäßig über den Tag verteilte Hauptmahlzeiten und eine eiweißreiche Zwischenmahlzeit.

Eiweißreiche Ernährung

Die eiweißreiche Ernährung ist mitunter das wichtigste Thema nach einer Adipositas-Operation. Unter den Patienten wird dieses am häufigsten diskutiert, da es auf-

TELLERPRINZIP FÜR DIE POSTOPERATIVE PHASE

Der Teller wird in 3 Bereiche eingeteilt für proteinreiche Lebensmittel, Vitamine und Kohlenhydrate. Der Anteil der Proteine sollte am größten sein und dieser sollte als erstes verzehrt werden. Als nächstes werden die Vitamine und zum Schluss dann die Kohlenhydrate gegessen.

KRITERIEN FÜR PROTEINSHAKES

- Kein Diätshake (= Mahlzeitenersatz, Diät-VO § 14a)
- Produkt für den Muskelaufbau, -erhalt, Sport (NEM)
- Mindestens 80 g Eiweiß auf 100 g Pulver
- Basis: Molkenprotein, aber auch auf pflanzlicher Basis erhältlich
- Erhältlich in Drogeriemärkten, Supermärkten, Internet, Sportgeschäften, Fitnessstudios
- Möglichst ohne Zusatz von Vitaminen und anderen Zusatzstoffen

grund der kleinen Nahrungsmengen so schwierig ist, den täglichen Proteinbedarf von 60–80 g zu decken. Insbesondere innerhalb der ersten 3–6 Monate nach der OP ist die Gefahr eines zu starken Muskelabbaus am größten. Das liegt einerseits an der raschen Gewichtsabnahme von oft bis zu 10 kg pro Monat und andererseits an der sehr geringen Energiezufuhr. Viele Patienten schaffen in dieser Zeit nur extrem kleine Mengen, wie z. B. 100 g Joghurt oder ¼ belegtes Brötchen pro Mahlzeit. Folge des verstärkten Muskelabbaus ist dann eine Reduktion des Grundumsatzes, was die weitere Gewichtsabnahme erschweren würde. Die Ernährung nach dem sogenannten Tellerprinzip hilft den Patienten. Mithilfe dieser Orientierung schaffen die Patienten in der ersten postoperativen Zeit im Durchschnitt 40 g Protein pro Tag. Daher müssen die fehlenden 20–40 g durch ein hochkonzentriertes Eiweißpulver (Kriterien s. Kasten zu Proteinshakes) ergänzt werden [9].

Getränke

Im Vorfeld vor der Operation sollte der Patient üben, ausreichend (mind. 1,5 Liter) und gut über den Tag verteilt zu trinken. Zuckerhaltige und auch süßstoffhaltige Limonaden sind möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus muss dauerhaft auf die Kohlensäure verzichtet werden, da diese den kleinen Magen auf Dauer wieder dehnen kann.

Es wird empfohlen, Essen und Trinken zeitlich voneinander zu trennen. 30 Minuten vor und 30 Minuten nach dem Essen sollte nicht getrunken werden. Dies ist sehr wichtig nach der Operation, damit der Magen nicht zu stark gefüllt wird. Das Getränk würde ein frühzeitiges Sättigungsgefühl bewirken und die Nahrung kann nicht mehr in ausreichender Menge aufgenommen werden.

Merke

Verzicht auf Kohlensäure und die zeitliche Trennung von Essen und Trinken.

Volumenreduktion

Viele Patienten benötigen vor der Operation ein großes Volumen an Nahrung. Hier zeigen sich in den Ernährungstagebüchern stark vergrößerte Portionen von z. B. 6 gut belegten Brötchen allein zum Frühstück. Diese starke Volumenabhängigkeit liegt zum einen in einer fehlregulierten Hunger- und Sättigungswahrnehmung. Der Patient verspürt tatsächlich einen sehr starken Hunger und nimmt die Sättigung kaum wahr. Andere Patienten hingegen nehmen die Sättigung nach normalen Mengen körperlich sehr wohl wahr, fühlen sich psychisch aber erst wohl, wenn ein bestimmtes Volumen erreicht ist.

Die Aufnahme einer zu großen Nahrungsmenge kann nach der Adipositas-Operation äußerst gefährlich sein und zur Selbstverletzung führen. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, dass der Patient bereits vor der OP lernt, das Volumen zu reduzieren.

Umgang mit Süßem oder anderen Extras

Den meisten Adipositas-Patienten fällt die Portionierung von Süßigkeiten oder anderen Extras sehr schwer. Durch die Karriere an Diäten, welche fast alle Patienten durchgemacht haben, sind Süßigkeiten stark verknüpft mit „Verboten“ und „schlechtem Gewissen“. Es wurde ein rigider Umgang erlernt. „Wenn die Tüte Chips einmal offen ist, dann wird sie auch aufgegessen“. In der Vorbereitung auf die Operation ist es daher wichtig, gemeinsam mit dem Patienten einen flexiblen Umgang mit solchen Lebensmitteln einzuüben. Es geht nicht darum, Extras zu meiden, sondern diese in moderaten Mengen ohne schlechtes Gewissen zu konsumieren.

Bewegung

Neben der Ernährung spielt die Bewegung natürlich eine genauso wichtige Rolle bei der dauerhaften Gewichtsreduktion. Vielen Patienten ist diese unmöglich geworden aufgrund des extremen Übergewichtes sowie diverser Begleiterkrankungen, u. a. starker Einschränkungen des Bewegungsapparates, Arthrose oder Bandscheibenvorfälle. Hier ist es wichtig, den Patienten dort abzuholen, wo er steht, und gemeinsam individuelle Wege der Bewegungssteigerung zu finden. Sicherlich ist das Fitnessstudio zunächst für einige Patienten nicht der geeignete Weg. Aber auch für sehr bewegungseingeschränkte Patienten ist es wichtig, mit einem moderaten, regelmäßigen Training zu beginnen, z. B. in Form von Rehasport, Aquafitness oder täglichen Gehübungen über eine begrenzte Strecke.

Merke

Nach der Adipositas-Operation und zunehmender Reduzierung des Körpergewichtes sollte die Bewegung nach den individuellen Möglichkeiten gesteigert werden.



► **Abb. 3** Stufen des postoperativen Kostaufbaus (eigene Darstellung).

Essverhalten

Aufgrund der starken Verkleinerung des Magens auf eine Größe von 20–40 ml (Pouchgröße beim Magenbypass) bzw. 70–100 ml (Schlauchmagen) ist ein adäquates Essverhalten unabdingbar. Wenn zu schnell bzw. nebenbei gegessen wird oder zu große Mengen, sind Unverträglichkeiten, Übelkeit, Magenschmerzen oder auch Erbrechen vorprogrammiert. Daher ist das Erlernen einer langsamen Essgeschwindigkeit, gutes Kauen, bewusstes Essen sowie das sofortige Aufhören beim ersten Sättigungs- bzw. Druckgefühl entscheidend.

Die Flüssigphase

In vielen Adipositaszentren wird 10–14 Tage vor dem operativen Eingriff eine sogenannte Flüssigphase durchgeführt. Diese direkte Vorbereitungsphase ist gekennzeichnet durch eine stark kalorienreduzierte, fett- und kohlenhydratarme und eiweißreiche Flüssignahrung. Primär dient sie dem Rückgang des Lebertolumens. Da die meisten Patienten mit einem BMI > 40 kg/m² eine Fettleber aufweisen und die Leber inmitten des Operationsgebietes liegt, erschwert dies die Arbeit des Operateurs [5]. Durch die Verkleinerung der Leber kann der Patient so selbst sein Operationsrisiko reduzieren.

Darüber hinaus gewöhnt er sich so bereits an die erste postoperative Phase, welche ebenfalls eine Flüssigkost vorsieht. Auch die weitere Volumenreduktion als Vorbereitung auf die sehr kleinen Mengen nach dem Eingriff werden hier eingeübt. Die Patienten dürfen hierbei 3–4 flüssige Mahlzeiten mit jeweils einer Menge von 250–300 ml einnehmen. Flüssig bedeutet, dass das Essen nicht dicker als Joghurt sein sollte bzw. durch einen Strohhalm passen sollte. Es können naturbelassene Milchprodukte wie Naturjoghurt oder Buttermilch, Cremesuppen wie Tomatencremesuppe oder Eiweißshakes verzehrt werden. Wichtig ist zudem das ausreichende Trinken von kalorien- und kohlenstofffreien Getränken zwischen den Mahlzeiten.

Postoperative Phase – lebenslange Nachsorge

Der Kostaufbau

Unmittelbar nach der Operation wird mit einem 4-wöchigen Kostaufbau (2 Wochen Flüssigkost und 2 Wochen

► **Tab. 1** Excess weight loss nach adipositaschirurgischen Eingriffen [6].

Operationsmethode	EWL (%)
Schlauchmagen (SG)	60–70
Magenbypass (RYGB)	70
BPD/ BPD-DS	bis zu 80

EWL = $[\text{OP-Gewicht} - \text{aktuelles Gewicht}] / \text{Übergewicht bei OP} \times 100\%$

Breikost) begonnen (► **Abb. 3**). Dieser dient der Schonung des frisch operierten Magens und der Unterstützung der Wundheilung. Der Patient erhält 3–4 flüssige oder breiige Mahlzeiten à 150–200 ml. Diese Angabe ist als Obergrenze zu betrachten. Der Patient sollte gut auf seinen Magen hören. Wenn bereits nach einer kleineren Menge ein Druck- oder Sättigungsgefühl spürbar ist, sollte mit dem Essen sofort aufgehört werden.

Verzehrt werden kann z. B. Gemüsebrühe, Joghurt mit Fruchtmus, Cremesuppen, stärker verdünntes Kartoffelpüree, Quarkspeisen oder Milchmixgetränke.

Sämtliche Reizstoffe wie beispielsweise Kaffee, Zitrusfrüchte, Säfte, scharfe Speisen, zu heiße oder kalte Kost sowie blähende Gemüsesorten sollten zu Beginn gemieden werden.

Bereits in dieser frühen postoperativen Phase ist die eiweißreiche Kost sehr wichtig. Die Mahlzeiten können bereits hier mit einem Eiweißpulver ergänzt werden, z. B. 1 TL geschmacksneutrales Pulver eingerührt in die Tomatencremesuppe.

Nach diesen 4 Wochen sind die Verbindungen der Klammernähte an Magen und Dünndarm i. d. R. gut verheilt und es kann langsam wieder mit fester Nahrung begonnen werden. In dieser Übergangsphase empfiehlt es sich, ein Ernährungsprotokoll zu führen und die individuellen Unverträglichkeiten zu notieren. Diese Lebensmittel können dann nach einer bestimmten Zeit noch einmal probiert werden. Häufig werden diese nämlich im späteren Verlauf wieder vertragen.

Restriktion	Restriktion + Malabsorption	Malabsorption
Magenband Schlauchmagen	Roux-en-Y-Magenbypass Omega-Loop-Bypass	BPD BPD-DS
Risiko für Mangelerscheinungen		

► **Abb. 4** Das Risiko für die Entstehung von Mangelerscheinungen in Abhängigkeit der OP-Methode (mod. nach [9]).

► **Tab. 2** Beispiel der Supplementation nach adipositaschirurgischen Verfahren (mod. nach [10]).

Präparat	morgens	mittags	abends	spät	Bemerkung
Multivitamin (200% der täglich empfohlenen Zufuhr)	täglich 1- bis 2-mal				
Calcium			täglich 500 mg	täglich 500 mg	
Vitamin D ₃				wöchentlich 20 000 I.E.	alternativ 3000 I.E. täglich
Vitamin B ₁₂	monatlich 1000 µg als Injektion (i. m. oder s. c.)				alternativ 350 µg täglich als Sublingualtablette

Welcher Gewichtsverlust ist realistisch?

Einige Patienten haben die Vorstellung, mithilfe der Operation ein Idealgewicht erreichen zu können. Das ist in den meisten Fällen nicht möglich. Ein Teil des Übergewichtes bleibt bestehen. Dieses kann mit den einzelnen Operationsmethoden um 60–80% reduziert werden (EWL = excess weight loss = durchschnittlicher Verlust des Übergewichtes, s. ► **Tab. 1**).

Wie viel Gewicht der einzelne Patient verliert, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig, u. a. davon, ob das Übergewicht bereits in der Kindheit vorhanden war, wie hoch die Energieaufnahme vor der Operation war und letztlich natürlich davon, inwieweit eine Veränderung des gesamten Lebensstils nach der Operation erreicht werden kann.

Supplementierung von Vitaminen und Mineralstoffen

Mit der Adipositas-Operation steigt das Risiko für die Entstehung einer Mangelernährung stark an. Einerseits durch die kleinen Mengen an Nahrung, die nach der OP nur noch verzehrt werden können (Restriktion bei allen Operationsmethoden) und andererseits durch die verminderte Aufnahme der Nährstoffe im Dünndarm (Malabsorption bei Roux-Y-Magenbypass, Omega-Loop-Bypass oder Biliopan-kreatischer Diversion) (► **Abb. 4**). Bei diesen Operationsmethoden wird ein Teil des Dünndarms umgangen, d. h. hier findet kein Kontakt zwischen Nahrung und Dünndarm statt, sodass keine Resorption erfolgt.

Weitere Risikofaktoren sind zudem bereits präoperative Defizite an Mikronährstoffen. Bei vielen Adipositas-Patienten besteht trotz der Überernährung ein Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen [7][8]. Oftmals wird die Supplementierung nach der OP auch vernachlässigt. Ab dem Zeitpunkt der Operation ist die tägliche Einnahme ein absolutes MUSS, und zwar ein Leben lang. Das sollte in der Beratung der Patienten immer wieder kommuniziert und betont werden.

Merke

Die Patienten benötigen täglich ein Multivitaminpräparat, Calcium und Vitamin D₃ zur Prophylaxe der Osteoporose sowie Vitamin B₁₂. (► **Tab. 2)**

Bei dem Multivitaminprodukt ist darauf zu achten, dass es sich nicht um ein Präparat mit Depotwirkung oder um magensaftresistente Supplemente handelt. Diese können vom Körper nach der Adipositas-Operation nur noch unzureichend aufgenommen werden.

Außerdem sollte eine ausreichende Menge an Eisen (mind. 18 mg beim Schlauchmagen und 45 mg beim Bypass) enthalten sein. Neben Vitamin D₃ und Vitamin B₁₂, gehört Eisen zu den kritischen Nährstoffen, bei denen ein postoperativer Mangel häufig ist. Am besten wird das Präparat zusammen mit einer Mahlzeit eingenommen. Aufgrund der sprudelnden Wirkung bei Brausetabletten sollten diese erst einige Zeit stehen gelassen werden.

Calcium und Vitamin D₃

Bei der Calciumeinnahme müssen folgende Aspekte beachtet werden: Der Körper kann maximal 500 mg auf ein-

mal aufnehmen, daher sollte die empfohlene Menge von 1000–2000 mg pro Tag auf 2–4 Einnahmen über den Tag verteilt werden. Das Calcium sollte nicht zusammen mit dem Multivitamin eingenommen werden. Das darin enthaltene Eisen verschlechtert die Calciumaufnahme in die Knochen. Ein Zeitabstand von 2 Stunden wird empfohlen. Calcium ist in den verschiedenen chemischen Formen Calciumcitrat und Calciumcarbonat erhältlich. Durch die verminderte Magensäure nach der Operation kann die Citrat-Form viel besser vom Körper aufgenommen werden. Eine gute Alternative hierzu sind Produkte mit der Carbonat-Form und dem Zusatz von Zitronensäure.

Das Vitamin D₃ ist wichtig, damit das Calcium besser in die Knochen eingelagert wird. Viele Patienten weisen hier bereits präoperativ einen Mangel auf [7]. Die empfohlene Zufuhr von 3000 I.E. kann täglich eingenommen werden, es gibt aber auch hochdosierte Präparate als Dragees oder Tropfen mit einer Dosierung von 20 000 I.E., welche dann entsprechend nur einmal wöchentlich eingenommen werden müssen.

Vitamin B₁₂

Vitamin B₁₂ kann nach einer Adipositas-Operation aufgrund des fehlenden Intrinsic Factors nur noch unzureichend resorbiert werden. Entweder wird das Vitamin einmal pro Monat gespritzt oder täglich als Sublingual- oder Schmelztablette eingenommen. Spezielle Firmen, die sich auf die Vitaminversorgung der Patienten nach bariatrischen Eingriffen spezialisiert haben, bieten solche Tabletten an. Das darin enthaltene Vitamin B₁₂ wird dann über die Mundschleimhaut aufgenommen.

Maßnahmen zur Prophylaxe einer Wiedergewinnung

Essverhalten

- Kann der Patient eine regelmäßige Essstruktur umsetzen mit entsprechenden Pausen zwischen den Mahlzeiten, oder haben sich alte Gewohnheiten wie das zu häufige Essen (Snacking) oder das Auslassen von Mahlzeiten eingeschlichen?
- Wie sieht es mit Essensreizen in der Umgebung aus? Reize wie z. B. die Süßigkeiten-Schublade im Büroschreibtisch, im Auto oder zu Hause für Gäste sollten möglichst abgeschafft werden, um unnötige Versuchungen zu meiden.
- Was hat der Patient für Motive für die Nahrungsaufnahme? Werden Probleme, Kummer oder Ärger mit Essen kompensiert oder dient das Essen als Belohnung? Hier wäre es sinnvoll, gemeinsam mit dem Patienten nach Alternativen zum Essen für diese Situationen zu suchen. Das könnten beispielsweise Entspannungsmethoden oder auch Belohnungssysteme wie das Kaufen eines neuen Kleidungsstückes, eine Massage oder auch ein Kino- oder Konzertbesuch sein.

Merke

Insbesondere bei der psychogenen Adipositas ist eine dauerhafte therapeutische Begleitung durch einen Psychologen notwendig.

Selbstreflexion und regelmäßige Überprüfung von Gewicht und Ernährung

Die regelmäßige Überprüfung und Protokollierung des Körpergewichtes ist ein wesentlicher Aspekt des Krankheitsmanagements. Da sich Ernährungsfehler bzw. alte Verhaltensmuster, welche ja meist vor der Operation jahrelang bestanden hatten, schnell wieder einschleichen, sollten die Patienten ihre Ernährung in regelmäßigen Abständen notieren und reflektieren. Insbesondere dann, wenn es zu Gewichtsstillständen oder sogar zu einer Zunahme kommt, ist diese Kontrolle enorm wichtig.

Einhaltung der Grundregeln der Ernährung

Die o. g. Grundregeln der Ernährung wie beispielsweise der Verzicht auf die Kohlensäure oder die Einhaltung des Ess-Trink-Abstandes sollten nach der Operation ein Leben lang eingehalten werden. Auch dies gilt es immer mal wieder, als Patient selbst oder gemeinsam mit der Ernährungsberatung zu überprüfen und ggf. weiter an der Umsetzung zu arbeiten.

Deckung des täglichen Eiweißbedarfs

Dieser Aspekt korreliert sehr stark mit dem Verlauf des Körpergewichtes und spielt bei Gewichtsstillständen immer wieder eine Rolle [11]. Mithilfe von Handy-Apps kann sich der Patient selbst einen guten Überblick über die Eiweißzufuhr machen. Solange der Bedarf von 60–80 g noch nicht über normale Nahrungsmittel gedeckt werden kann, sollte die fehlende Menge durch einen Proteindrink ergänzt werden.

Ausreichend Bewegung

Es ist lebenslang für eine ausreichende Bewegung – am besten täglich – zu sorgen. Bewegung lässt sich häufig in den Alltag integrieren, z. B. durch Treppensteigen anstelle von Rolltreppe oder Lift. Zusätzlich erleichtert Bewegung in der Gruppe das Einhalten zusätzlicher Aktivitäten.

Medikamente mit ungünstigem Effekt auf das Körpergewicht

Aufgrund anderer Erkrankungen müssen einige Patienten Medikamente einnehmen, die eine dauerhafte Gewichtsabnahme erschweren. Hierzu zählen u. a. einige Betablocker, Insulin, Glukokortikoide (systemisch), atypische Neuroleptika oder trizyklische Antidepressiva. Nach Absprache mit dem behandelnden Arzt ist es in einigen Fällen möglich, auf alternative Präparate umzusteigen, welche keinen Effekt auf das Körpergewicht haben.

Vorsicht bei erschwerenden Lebensbedingungen

Es gibt einige Situationen bzw. Lebensumstände, unter denen eine Gewichtsabnahme besonders schwierig ist und die Gefahr der Wiederrücknahme eher gegeben ist. Hierzu zählen Schlafstörungen, chronische Schmerzen, ein fehlender Tagesablauf bei einer bestehenden Arbeitslosigkeit oder auch chronischer Stress. Der gesteigerte Cortisol-Spiegel bewirkt eine Steigerung des Appetits und mündet bei chronischem Stress schnell in einer Hungerfalle.

Notwendigkeit einer lebenslangen Therapie

Neben den regelmäßigen Kontrollen im Adipositaszentrum, der Überprüfung der Laborparameter sowie der Ernährungs- und Verhaltenstherapie gehört zum Umfang der lebenslangen Therapie auch der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen.

KERNAUSSAGEN

Letztendlich darf nicht vergessen werden, dass es sich bei der Adipositas um eine chronische, multifaktoriell bedingte und äußerst komplexe Krankheit handelt. Die bariatrischen Operationen sind derzeit das effektivste Mittel, die Adipositas zu behandeln und das Körpergewicht dauerhaft zu reduzieren. Das funktioniert natürlich nur in Verbindung mit der Bereitschaft des einzelnen Patienten, seinen Lebensstil dauerhaft zu verändern. Auch wenn die Krankheit nicht geheilt werden kann, so kann durch ein adäquates Management die Progression verlangsamt werden. Aus diesem Grund ist eine lebenslange Therapie unbedingt notwendig und hört nicht mit dem bariatrischen Eingriff auf.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Über die Autorin



Nadine Legutko

Nadine Legutko ist Ökotrophologin (M.Sc.) und Ernährungsberaterin VDOE. Nach ihrem Studium der Ernährungswissenschaften an der Universität Kiel spezialisierte sie sich auf die Bereiche Adipositas im Erwachsenenalter und Adipositaschirurgie. Seit der Gründung des

Adipositas-Zentrums im Evangelischen Krankenhaus in Hagen-Haspe vor 5 Jahren begleitet sie Patienten vor und

nach bariatrischen Operationen. Hierzu zählen sowohl die ambulante präoperative Ernährungsberatung als auch der stationäre Kostenaufbau und die lebenslange Nachsorge.

Korrespondenzadresse

Nadine Legutko

Ernährungsberatung & Ernährungstherapie
Birkenhain 1a
58093 Hagen
E-Mail: info@ernaehrungsberatung-hagen.de
Internet: www.ernaehrungsberatung-hagen.de

Literatur

- [1] Helmert U, Strube H. Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. Gesundheitswesen 2004; 66: 409–415
- [2] Prugger C, Keil U. Entwicklung der Adipositas in Deutschland – Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. Dtsch Med Wochenschr 2007; 132: 892–897
- [3] Angrisani L, Santonicola A, Iovino P et al. Bariatric surgery worldwide 2013. Obes Surg 2015; 25: 1822–1832
- [4] AWMF. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen, 2018. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf (Stand: 15.10.2018)
- [5] Holderbaum M, Casagrande DS, Sussenbach S, Buss C. Effects of very low calorie diets on liver size and weight loss in the preoperative period of bariatric surgery: a systematic review. Surg Obes Relat Dis 2018; 14: 237–244
- [6] Puzifferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG et al. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. J Am Med Assoc 2014; 31: 934–942
- [7] Roust LR, DiBaise JK. Nutrient deficiency prior to bariatric surgery. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2017; 20: 138–144
- [8] Stein J, Stier C, Raab H, Weiner R. Review article: The nutritional and pharmacological consequences of obesity surgery. Aliment Pharmacol Ther 2014; 40: 582–609
- [9] Hellbardt M. Ernährung im Kontext der bariatrischen Chirurgie. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2014
- [10] Parrott J, Frank L, Rabena R et al. American Society for metabolic and bariatric surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 – Update: Micronutrient. Surg Obes Relat Dis 2017; 13: 727–741
- [11] Steenackers N, Gesquiere I, Matthys C. The relevance of dietary protein after bariatric surgery: what do we know? Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2018; 21: 58–63

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0682-0681>
Ernährung & Medizin 2018; 33: 194–200
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1439-1635