

Patientenleitlinie zur Diagnose und Behandlung der **Adipositas**



Eine Leitlinie für Betroffene, Angehörige und nahestehende
Personen, die sich auf eine ärztliche Leitlinie stützt:
die „S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas“



1. Ausgabe Januar 2019

Nächste Überprüfung mit Veröffentlichung der nächsten S3-Leitlinie Prävention und Therapie der
Adipositas

Inhaltsverzeichnis

Warum es diese Patienteninformation gibt	3
Adipositas: Ursachen, Häufigkeit und Folgen	8
Mein Weg ins Hilfesystem	14
Diagnose einer Adipositas	19
Behandlung der Adipositas	25
Basisprogramm	28
Ernährungstherapie	29
Bewegungstherapie	31
Verhaltenstherapie und Verhaltensänderung	32
Gewichtsreduktionsprogramme	34
Medikamentöse Therapie	38
Chirurgische Therapie	40
Langfristige Gewichtsstabilisierung	47
Behandlungskosten	50
Was Sie selbst tun können	56
Weiterführende Informationen und Hilfen	62
 Kleines Wörterbuch	67
Verwendete Quellen	75
Impressum	76
Ihre Anregungen für uns	79

Warum es diese Patienteninformation gibt


Diese Patienteninformation ist zugleich eine  Patientenleitlinie, denn sie ist eine laienverständliche „Übersetzung“ der Empfehlungen der  wissenschaftlichen Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“. Ärzte sollen mithilfe wissenschaftlich begründeter Empfehlungen durch die Behandlung von Menschen mit Adipositas „geleitet“ werden. Daher der Name Leitlinie. Es ist wichtig, dass auch Patienten diese Empfehlungen kennen. Deshalb sind sie Bestandteil dieser Patientenleitlinie. Sie enthält außerdem zusätzliche Erklärungen und Hilfen zum Umgang mit der Erkrankung.

Diese Patienteninformation richtet sich:

- an Menschen, die an einer Adipositas erkrankt sind,
- an ihre Angehörigen und Personen, die ihnen nahestehen sowie
- an professionelle Helfer z.B. Vertrauenspersonen, Beratungsstellen, Angehörige aller medizinischen Fachgruppen und im Speziellen auch Ernährungsberater, ebenso wie an Fachleute innerhalb der verschiedenen Versorgungsstrukturen (z.B. Krankenkassen) und
- an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger.

Die Patientenleitlinie enthält das beste Wissen aus der aktuellen Forschung. Allgemeinverständlich wird erklärt, wie Adipositas erkannt werden kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Außerdem erfahren Betroffene, wohin sie sich wenden können, was in der Behandlung wichtig ist und vor allem was sie für sich selbst

Ein Hinweis für Sie:

Fachbegriffe, die im Text nicht erklärt sind, haben wir mit einem vorangestellten Buchsymbol  gekennzeichnet. Sie sind in einem Wörterbuch am Ende der Patientenleitlinie erklärt.

tun können und wie sie ihre Angehörigen oder andere nahestehende Personen dabei unterstützen können.

Wissenschaftlich begründete Empfehlungen

In der wissenschaftlichen Leitlinie erhalten medizinische Experten **Empfehlungen**, wie sie nach dem aktuellen Stand des Wissens die Diagnose und Behandlung von Patienten mit Adipositas durchführen sollten. Diese Empfehlungen finden Sie auch in der Patientenleitlinie. Sie sind in Informationskästen gekennzeichnet und zwar jeweils mit der Überschrift „xxx: Was die Leitlinie den Ärzten empfiehlt“. In den meisten Fällen haben wir die Empfehlungen aus der ärztlichen Leitlinie im gleichen Wortlaut übernommen. An Stellen, wo diese zu schwierig zu verstehen waren, haben wir Erklärungen ergänzt oder patientenverständlicher formuliert, ohne jedoch den Inhalt der Empfehlungen zu verändern.

Außerdem geben Patientinnen und Patienten mit Adipositas ihre Erfahrungen, Anregungen, Fragenvorschläge und Tipps zum Umgang mit der Erkrankung weiter.

Diese Patientenleitlinie beruht auf Expertenwissen und auf Patientenerfahrungen von Mitgliedern der Adipositas-Selbsthilfe Jena (www.gewichtig.info).

Empfehlungen: Auf die Formulierung kommt es an

Wenn Sie in einer Empfehlung lesen, dass etwas gemacht oder nicht gemacht werden „**soll**“, dann heißt das, dass es sehr gute wissenschaftliche Begründungen dafür gibt. Es handelt sich um eine starke Empfehlung.

An der Formulierung „sollte“ erkennen Sie, dass die Maßnahme aufgrund der Erfahrungen der Experten sinnvoll ist, aber es bisher keine sehr guten wissenschaftlichen Begründungen gibt.

Wenn Sie die Formulierung, dass etwas getan oder unterlassen werden „kann“, vorfinden, so geben die Experten keine Empfehlung und die Entscheidung muss dann im Einzelfall getroffen werden.

Die Empfehlungen beruhen auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien und den Erfahrungen der Experten aus verschiedenen Fachrichtungen. Manchmal konnten sich die Experten nicht einstimmig einigen. Wir haben in den Empfehlungen vermerkt, welche Fachgesellschaft eine andere Ansicht hat und warum.

Das klingt ein bisschen kompliziert, aber nur so kann man deutlich machen, wann eine Maßnahme durch gute wissenschaftliche Studien untersucht wurde und wann es noch keine guten Nachweise zum Nutzen einer Untersuchung oder Behandlung gibt.

Wir möchten, dass Sie die gleichen Empfehlungen kennen, die auch Ihre Ärzte erhalten. Deshalb finden Sie diese in der Patientenleitlinie. So können Sie gezielt danach fragen, was in Ihrem ganz persönlichen Fall zutreffend ist.

Nichts über mich ohne mich!

Patienten, die sich an allen Entscheidungen zu ihrer Gesundheit beteiligen, sind zufriedener, besser aufgeklärt, haben realistischere Erwartungen und können auch Nutzen und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen besser einschätzen. Aber nur wer gut informiert ist, kann gemeinsam mit seinen Behandlern bessere Entscheidungen für die eigene Gesundheit treffen. Gute Informationen sind auch für Angehörige, Partner oder enge Vertrauenspersonen wichtig. Auch sie fühlen sich oft hilflos, verzweifelt oder gar überfordert. In der wissenschaftlichen Leitlinie wird daher ausdrücklich empfohlen:

INFORMATION: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

PatientInnen und ihre Angehörigen sollten fundierte Informationen zu der Erkrankung erhalten und entsprechend beraten werden.

Wir möchten Sie und Ihre Angehörigen mit dieser Patientenleitlinie dazu ermuntern und auch dabei unterstützen, sich an allen Entscheidungen zu Ihrer Gesundheit zu beteiligen. Haben Sie keine Scheu davor, Ihrem Arzt oder anderen medizinischen Experten Fragen zu stellen. Sprechen Sie alles an, was Sie nicht verstanden haben und was Sie ängstlich oder unsicher macht. Sagen Sie auch offen, wenn Sie sich nicht verstanden oder missverstanden fühlen.

Ihre Rechte als Patient/Patientin

Sie haben ein Recht auf verständliche Informationen und Aufklärung über das Krankheitsbild und alle medizinischen Maßnahmen, die infrage kommen, die Erkrankung zu erkennen und zu behandeln. Ärzte sind dazu verpflichtet, Sie aufzuklären:

- insbesondere über Art, Umfang, Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen;
- zu erwartende Folgen und Risiken der infrage kommenden Maßnahme(n) sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und
- Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.

Welche Rechte Sie außerdem als Patient oder Patientin haben, ist in der Broschüre „Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte“ zusammengefasst. Dieser Ratgeber kann kostenfrei bestellt werden unter:

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Er ist außerdem frei zugänglich im Internet verfügbar:

https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMG/_45.html

Adipositas: Ursachen, Häufigkeit und Folgen



Der lateinische Begriff Adipositas (adeeps = das Fett) bezeichnet ein starkes oder krankhaftes Übergewicht. Bei Menschen mit Adipositas ist eine Vermehrung des Körperfetts vorhanden, die über das Normalmaß hinausgeht.

Auch wenn von „krankhaftem Übergewicht“ gesprochen wird, ist Adipositas in unserem Gesundheitssystem nicht als Erkrankung anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin weist darauf hin, dass die Bedeutung von Adipositas als Erkrankungszustand in Zusammenhang mit Begleiterkrankungen gesehen werden kann.








In der Medizin geht man bei Übergewicht von einem Ungleichgewicht von aufgenommenen Nahrungsmitteln und dem Energieverbrauch aus. Es wird dem Körper mehr Energie (=Kalorien) zugeführt als er verbraucht. Häufig sind es eher kleine Faktoren, die langfristig eine große Wirkung haben und dafür sorgen, dass das Gewicht im Laufe des Lebens weiter steigt. Aus dem kleinen Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch kann über längere Zeit Adipositas entstehen.

Für krankhaftes Übergewicht (Adipositas) sind eine Vielzahl von Faktoren verantwortlich, sogenannte Risikofaktoren. Häufig spielen mehrere Risikofaktoren bei der Entstehung einer Adipositas eine Rolle.

Risikofaktoren für Adipositas sind:

- **Familiäre Veranlagung, genetische Ursachen**
d.h. Angehörige des Betroffenen sind ebenfalls übergewichtig oder neigen zu Übergewicht.
- **Lebensstil**
z.B. Bewegungsmangel im Alltag, ungesunde Ernährungsweise (energiedichte (kalorienreiche) Lebensmittel, wie z.B. zucker- gesüßte oder alkoholische Getränke, fettreiche Lebensmittel)
- **„Verführung“ durch ständige Verfügbarkeit von Lebensmitteln**

d.h. es gibt zu jeder Zeit jegliche Nahrungsmittel, auch in der Nacht durch 24-Stunden-Märkte oder Tankstellen

- **Schlafmangel**
z.B. durch Schichtdienste
- **Stress**
Stress kann zum Essen verführen. Das Hormon Cortisol, das in Stress-Situationen ausgeschüttet wird, ist mitverantwortlich für verstärkten Hunger und Appetit.
- **Depressive Erkrankungen und depressive Stimmungslagen**
Sie können in einen Teufelskreis führen: ‚Wenn es mir schlecht geht → esse ich → dann nehme ich zu und → wenn ich zunehme → geht es mir schlecht‘.
- **Niedriger Sozialstatus**
Das bedeutet, dass Menschen gefährdet sind, die eine mangelnde Schulbildung haben und über geringe finanzielle Mittel verfügen.
- **Essstörungen**
z.B. richtige „Fressorgien“ (Binge-Eating-Disorder) oder vermehrtes Essen in der Nacht (Night-Eating-Disorder)
- **Stoffwechsel-Erkrankungen**
z.B. eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) oder eine krankheitsbedingte übermäßige Konzentration des Hormons Cortisol im Blut (Cushing-Syndrom)
- **Medikamente, die als Nebenwirkung Übergewicht verursachen**
wie zum Beispiel  Antidepressiva,  Neuroleptika,  Antiepileptika,  einige Antidiabetika,  Glukokortikoide, einige  Kontrazeptiva und  Betablocker.
- **Andere Ursachen**, wie zum Beispiel mangelnde oder fehlende Beweglichkeit (=Immobilisierung), Schwangerschaft oder Nikotinverzicht bei ehemaligen Rauchern (Ersatz nach Raucherentwöhnung)

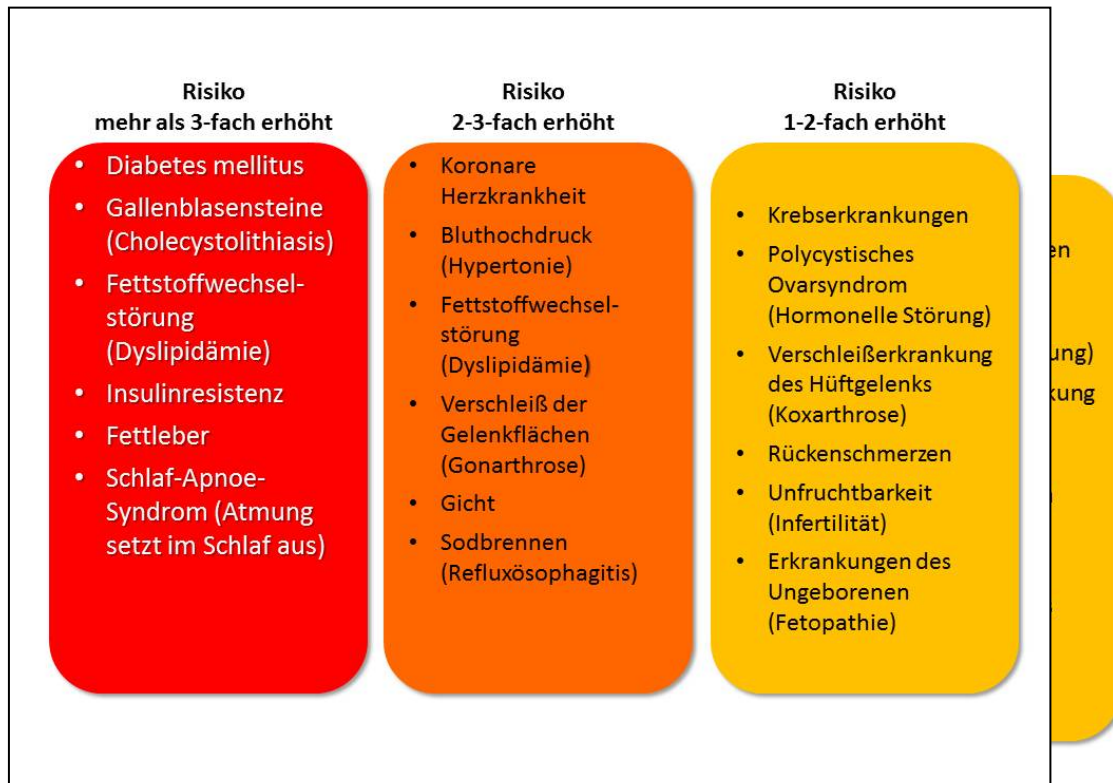
Viele Menschen sind von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Der Anteil der Menschen mit Adipositas ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Auch bei Kindern und Jugendlichen

tritt Adipositas immer häufiger auf. Adipositas kann eine Reihe von weiteren Erkrankungen verursachen. Viele Organe und Organsysteme können betroffen sein. Dazu gehören:

- Störungen des Kohlehydratstoffwechsels (z.B. Diabetes Typ 2)
- Fettstoffwechselstörungen
- Gicht
- Störungen der Blutgerinnung
- Chronische Entzündungen
- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems
- Demenz
- Erkrankungen der Niere und Blase
- Hormonelle Störungen bei Frauen und Männern
- Komplikationen der Lunge
- Erkrankungen des Verdauungstraktes
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Einige Krebserkrankungen
- Erhöhtes Operations- und Narbenrisiko
- Erhöhtes Unfallrisiko
- Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens; verminderte Lebensqualität

Adipositas wirkt sich auch auf die Psyche von Menschen aus: So ist das Risiko für eine Depression z.B. um ca. die Hälfte erhöht.

Wie hoch ist das Risiko bei Adipositas für eine Folgeerkrankung verglichen mit normalgewichtigen Menschen?



Adipositas ist kein rein medizinisches oder körperliches Problem. Sie hat auch Auswirkungen auf das seelische Befinden und das Leben in der Gemeinschaft. Negative Gefühle führen zu einer vermehrten Nahrungsaufnahme. Betroffene versuchen so Spannungen zu regulieren.

Eine in der Bevölkerung weit verbreitete Meinung ist, dass Adipositas allein auf Faulheit, Willensschwäche oder Disziplinlosigkeit zurückzuführen ist. Deshalb werden stark übergewichtige Menschen oft stigmatisiert, diskriminiert und oft auch beruflich benachteiligt.



Was die Mitglieder der Selbsthilfegruppe sagen:

„Das Leben hat keinen Spaß mehr gemacht. Da verfallen sie in eine Depression.“

„Und geschämt habe ich mich auch immer.“

„Auf der Arbeit wurde schon mal gesagt: ‚Na du dicker Hund und so.‘“

„Dicke gelten als dumm und faul. Da ist klar, die stellen wir nicht ein.“

Menschen mit starkem oder krankhaftem Übergewicht werden für weniger belastbar oder schlechter qualifiziert gehalten. Sie fühlen sich dann auch selbst abgewertet und abgestempelt. Diese  Stigmatisierungs-Erfahrungen und  "Selbststigmatisierung" führen zu einer erhöhten Anfälligkeit für depressive Störungen, zum Verlust von Selbstvertrauen und zu einem negativen Körperbild. Hier entsteht oft ein Teufelskreis, denn die mit der Stigmatisierung verbundenen negativen Gefühle führen häufig dazu, dass Betroffene mehr essen.

Menschen mit Adipositas haben eine geringere Lebenserwartung als normalgewichtige Menschen. Der Zusammenhang zwischen dem Body Mass Index BMI (erklärt im Kapitel Diagnose) und dem Sterblichkeitsrisiko ist umso deutlicher, je jünger die Personen sind. Ein BMI von 30-35 kg/m² kann das Leben um zwei bis vier Jahre, ein BMI von 40-45 kg/m² um acht bis zehn Jahre verkürzen. Grund dafür sind die durch Adipositas verursachten Folgeerkrankungen. Der Zusammenhang zwischen BMI und Sterblichkeit geht im höheren Alter deutlich zurück.

Mein Weg ins Hilfesystem

Was die Mitglieder der Selbsthilfegruppe sagen:

„Der erste Schritt ist überhaupt sich selber einzugestehen, du musst was tun. Sonst bist du in zwei Jahren auf dem Friedhof.“

„Ich wog knapp 170 kg. Da hilft der Rat nicht joggen zu gehen. Das kriegst du alleine nicht hin.“

„Ohne die Selbsthilfegruppe hätte ich es gar nicht so weit wie jetzt geschafft.“

„Ich habe einen medizinischen Experten über eine Sendung im Fernsehen gefunden. Man weiß ja erst mal gar nicht, wo man sich hinwenden soll.“

Viele Betroffene wissen nicht, wo sie sich Hilfe holen können. Zu den Ansprechpartnern gehören in erster Linie die eigene Familie, Angehörige und Freunde. Aber das Netz des Hilfesystems hat noch mehr Anlaufstellen:



Der wichtigste Ansprechpartner ist **die Hausärztin/der Hausarzt**. Es ist keine große Hürde, den Hausarzt aufzusuchen. Er berät individuell zu

Lebensstil und psychischen Belastungssituationen. Außerdem laufen beim Hausarzt alle Fäden der Behandlung zusammen. Er/sie koordiniert den Behandlungsablauf und die Zusammenarbeit mit Fachärzten und anderen Therapeuten. Informationen, wo Sie spezialisierte und zertifizierte Behandlungseinrichtungen, ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxen mit qualifizierten Ernährungsfachkräften und ambulante Adipositaszentren finden, erhalten Sie von Ihrem Allgemeinmediziner, Facharzt oder Ihrer Krankenkasse. Im Adressteil dieser Broschüre finden Sie Angaben dazu.

Es gibt Qualitätskriterien für ambulante Therapieprogramme. Anhaltspunkte für Patienten sind:

- Kann ich erkennen, ob mitbehandelnde Ärzte und Therapeuten regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen?
- Stimmen sich alle Experten untereinander ab, die an meiner Behandlung beteiligt sind?
- Gibt es im Programm einen Arzt/Ärztin mit klinischer Erfahrung und ernährungsmedizinischer Zusatzausbildung oder einen Ernährungsexperten (Ökotrophologe mit Zertifikat Ernährungsberatung oder DiätassistentIn)?
- Gibt es einen Experten, der mich begleitet, wenn ich Probleme im Umgang mit meiner Erkrankung habe (z.B. eine Psychologin/Psychologe/ärztlicher Psychotherapeut oder ein anderer Experte, der verhaltenstherapeutische Techniken beherrscht)?
- Finden regelmäßige Gruppen- oder Einzelsitzungen statt?
- Gibt es eine regelmäßige Verlaufskontrolle und Dokumentation meiner Fortschritte?

Eine wichtige Rolle für viele Patienten mit Adipositas spielt die Selbsthilfe. Dort kann man sich im Kreis gleich Betroffener austauschen. Patienten wie auch Angehörige erhalten Tipps zum Umgang mit Adipositas und auch zu Behandlern mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden. Adressen haben wir im Anhang zusammengestellt.

Was die Mitglieder der Selbsthilfegruppe sagen:

„Wir haben alle das gleiche Problem und das ist das Gute. Da sind keine Dürren dabei, die das nicht verstehen.“

„Da schämt man sich auch nicht. Da fragt man und kriegt Antwort.“

Auch bei Beratungsstellen und der eigenen Krankenkasse kann man sich Rat und Hilfe holen.

Wer einmal beschlossen hat, aktiv zu werden, sollte auch selbst nach Informationen zu Adipositas und Möglichkeiten der Behandlung suchen. Es gibt eine Vielzahl von Broschüren und Informationen im Internet.

Wer selbst nach Informationen sucht, sollte auf folgendes achten:

- **Es muss angegeben sein, wer die Information geschrieben hat.**
Die Qualifikation des Autors/der Autoren muss erkennbar sein.
- **Es muss angegeben sein, auf welche Quellen sich die Information stützt.**
Am wenigsten sicher sind die Informationen, die sich allein auf Expertenmeinungen stützen, am sichersten sind Informationen, die sich auf Ergebnisse großer klinischer Studien stützen.
- Gute Informationen enthalten als **zusätzliche Hilfen** Adressensammlungen und Literaturangaben oder Links zu verlässlichen Internetseiten, bei denen man sich weiter informieren kann.
- Es sollte angegeben sein, **wann die Information erstellt wurde und ob bzw. wie lange sie gültig ist.**
- **Achten Sie darauf wer der Herausgeber der Information oder Betreiber der Internetseite ist und wer sie finanziert.**
Wer z.B. Medikamente zur Gewichtsreduktion herstellt, wird verständlicherweise auch dafür werben. Die Information ist dann aber nicht mehr unabhängig und wird andere Möglichkeiten zur Reduktion des Gewichts möglicherweise nicht darstellen.
- **Unsicherheiten müssen benannt werden.**
Behandlungen wirken nicht bei allen Patienten gleich und es gibt auch noch

nicht für alle Behandlungen einen Nachweis über den Nutzen. Das sollte vermerkt sein!

- Es sollte angeführt sein, welche **Auswirkung die Behandlung auf die Gewichtsreduktion und die Vermeidung von Folgeerkrankungen hat.**
- **Achten Sie darauf, ob alle Wege/Möglichkeiten beschrieben werden, die infrage kommen.**

Das bedeutet, dass für **jede** Untersuchung und Behandlung, die infrage kommt, in einer verständlichen Form Nutzen und Nebenwirkungen beschrieben werden. Es sollte ebenfalls ausgeführt werden, ob und wie sich die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auf die Lebensqualität auswirken. Außerdem sollte beschrieben sein, was passiert, wenn die Adipositas unbehandelt bleibt.

- **Zahlenangaben zu Nutzen und Nebenwirkungen sollten absolute Zahlenangaben sein.**
z.B. „bei 10 von 100 Patienten traten Nebenwirkungen auf“. Angaben in Prozent werden leicht falsch interpretiert, besonders dann, wenn man nicht weiß, worauf sich die angegebenen Prozentzahlen beziehen.
- Krankheitsverlauf, Risiken, Symptome, Folgeerkrankungen, Sterblichkeit sowie erwünschte und unerwünschte Wirkungen sind häufig **von Alter und Geschlecht abhängig.**
Wenn dazu keine Angaben gemacht werden, dann fragen Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin, ob die betreffende Aussage für Sie zutreffend ist.

Vorsicht beim Umgang mit Informationen ist geboten:

- Bei Sensationsberichten und Berichten über Wunderheilungen.
- Wenn Ihnen geraten wird, eine bewährte Behandlung abzubrechen.
- Wenn Ihnen versprochen wird, eine Behandlung sei völlig frei von Nebenwirkungen.
- Wenn Ihnen die Information Angst macht. In manchen Informationen steht zum Beispiel sinngemäß: „Wenn Sie unser Mittel nicht anwenden, dann kann es passieren, dass.....“ Das ist ein sicheres Zeichen, dass Ihnen die dort angepriesene Behandlung aufgeschwatzt werden soll.
- Wenn Werbung allzu offensichtlich ist.
- Wenn andere, seriöse Angebote schlecht gemacht werden.

Mehr zu Informationsqualität unter:

<http://www.patienten-information.de/checklisten/qualitaet-von-gesundheitsinformationen>

<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf>

Im Adressteil haben wir zusammengestellt, wo Sie seriöse Informationen im Internet finden.

Diagnose einer Adipositas



Ob eine Adipositas vorliegt oder nicht, wird durch den sogenannten Body Mass Index, abgekürzt BMI berechnet.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [in kg]}}{\text{Körpergröße}^2 \text{ [in m}^2\text{]}}$$

Die Berechnung des BMI an einem Beispiel:

Wenn ein Mensch 175cm groß ist und 70kg wiegt, dann wird der BMI so berechnet:

$$\text{BMI} = \frac{70 \text{ kg}}{1,75 \text{ m} * 1,75\text{m}} = 22,86 \text{ kg/m}^2$$

Unser Beispielpatient hätte Normalgewicht. Wann ein Übergewicht vorhanden ist, kann man aus einer Tabelle der Weltgesundheitsorganisation ablesen:

BMI [kg/m ²]	Kategorie	Risiko für Folgeerkrankungen
< 18,5	Untergewicht	niedrig
18,5 - 24,9	Normalgewicht	durchschnittlich
25 - 29,9	Übergewicht	gering erhöht
30 - 34,9	Adipositas Grad I	erhöht
35 - 39,9	Adipositas Grad II	hoch
≥ 40	Adipositas Grad III	sehr hoch

Klassifikation der Adipositas bei Erwachsenen gemäß dem BMI (modifiziert nach WHO, 2000)

Übergewicht ist nach dieser Tabelle vorhanden ab einem BMI von 25 bis 29,9 kg/m², von einer Adipositas wird ab einem BMI über 30 kg/m² gesprochen. Für Menschen asiatischer Herkunft gelten hier andere Grenzwerte, da diese bereits bei niedrigerem BMI ein höheres Risiko für Folgeerkrankungen aufweisen.

Die allgemeingültige Kategorisierung der WHO erfolgt unabhängig von Alter und Geschlecht. Außerdem ist der BMI lediglich ein Richtwert. Es

ist ein Unterschied, ob es um Fettmasse oder Muskelmasse geht. Das kann man mit dem BMI nicht unterscheiden.

Der Body Mass Index bestimmt das Ausmaß des Übergewichts. Er gibt jedoch nur an, dass das Gewicht im Verhältnis zur Körperoberfläche zu groß ist. Wichtig für das Risiko von Krankheiten wie Herz-, Gefäß- oder Stoffwechselerkrankungen ist aber auch, an welcher Stelle des Körpers sich vermehrt Fett befindet. Besonders das sogenannte Bauchfett ist ein Risiko für das Herz, Leber und das Gefäßsystem.

Um das Bauchfett beurteilen zu können, wird der Taillenumfang (=Gürtelregion) gemessen. Ab einem Taillenumfang von mehr als 88 cm bei Frauen bzw. mehr als 102 cm bei Männern spricht man im medizinischen Sinne von einer abdominalen oder auch rumpfbetonten Adipositas (Abdomen=Bauch).

Ab einem BMI von 25 kg/m² **sollte** der Taillenumfang gemessen werden.






Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM muss das aber nicht bei jedem Patienten gemacht werden. Die DEGAM findet es wichtiger, im individuellen Fall viel Wert auf die Situation der Risikofaktoren und Begleiterkrankungen sowie die Einschätzung der Körperform unter Einbezug des Körpergewichts zu legen.

Taillenumfang in cm		Risiko für Erkrankungen des Stoffwechsels und des Herz-Kreislauf-Systems
Männer	Frauen	
≥ 94	≥ 80	erhöhtes Risiko
≥ 102	≥ 88	deutlich erhöhtes Risiko

Zur Diagnose der Adipositas gehören nicht nur klinische Untersuchungen wie die Bestimmung des BMI, die Messung des Taillenumfangs und die Bestimmung von Laborwerten. Der Arzt/die Ärztin wird zunächst Ihre Krankengeschichte erheben (Anamnese) und Sie zu Ihren Lebensgewohnheiten befragen.

Alles, was der Arzt/die Ärztin im Anamnese-Gespräch erfragt, sollten Sie in Ihrem eigenen Interesse offen und ehrlich beantworten. Auch wenn Sie verständlicherweise Schamgefühle haben, versuchen Sie sich Ihrem Arzt anzuvertrauen, wenn er/sie Sie fragt:

- Wie sich Ihr Gewicht mit der Zeit verändert hat und zwar Zeitpunkt der Entstehung des Übergewichtes, Dauer, Verlauf und Maximalgewicht;
- Ob es in Ihrer Familie eine Vorbelastung für Übergewicht oder Herz-Kreislaufkrankungen gibt;
- Welche Versuche Sie bereits unternommen haben um abzunehmen;
- Wie Ihre Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten sind;
- Wie oft Sie Sport treiben, wie Ihre alltägliche Bewegung aussieht (z.B. Ihr Arbeitsweg) oder sich anderweitig bewegen (z.B. Gartenarbeit);
- Welche Motivation Sie selbst haben Ihren Gesundheitszustand zu verbessern;
- Ob es möglicherweise Probleme oder Konflikte in Familie, Umfeld oder Beruf gibt.

Die Laboruntersuchungen von Blut und Urin, die  Elektrokardiographie, die  Ergometrie, das  Herzecho, die 24-Stunden-Blutdruckmessung, das  Schlafapnoe-Screening und die  Oberbauchsonographie werden durchgeführt, um Folgeerkrankungen festzustellen oder auszuschließen. Fragen Sie ruhig nach, ob das in Ihrem Fall in Frage kommt.

In der Hausarztpraxis kann und muss nicht immer eine sehr umfangreiche Diagnostik durchgeführt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin weist darauf hin, dass der Hausarzt / die Hausärztin sich hier eher danach richtet, wie groß im

Einzelfall das Risiko für Folgeerkrankung ist bzw. welche Folgeerkrankungen bereits vorhanden sind.

Wenn alle geplanten Untersuchungen abgeschlossen sind, besprechen Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt, ob eine Adipositas vorliegt und welche Therapiemöglichkeiten für Sie infrage kommen. Die Therapieentscheidung hängt im hohen Maße davon ab, welche Veränderungen Sie sich für Ihr eigenes Leben wünschen.

Es ist wichtig, dass Sie selbst entscheiden, ob sich Ihre Erkrankung, und damit Ihr Leben verändern soll oder nicht.

Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt legen Sie Ihre Therapieziele fest. Je genauer diese formuliert sind, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese auch erreicht werden. Der Therapieerfolg sollte durch Ihren behandelnden Arzt regelmäßig überprüft werden.

Unsere Fragenvorschläge für das Arztgespräch

Die Fragenliste können Sie gerne mit Ihren eigenen Fragen ergänzen.

- ✎ Habe ich eine Adipositas und wenn ja, wie weit fortgeschritten ist sie (Grad der Adipositas)?*
- ✎ Welche Begleit- oder Folgeerkrankungen habe ich und wie hoch ist mein Risiko für Folgeerkrankungen?*
- ✎ Welche Untersuchungen sind in meinem Fall notwendig, wie laufen sie ab und warum sollten sie durchgeführt werden?*
- ✎ (Wie) muss ich mich auf die Untersuchungen vorbereiten?*
- ✎ Was kann ich selbst tun, um meinen Gesundheitszustand zu verbessern?*

Wiederholen Sie am besten, was der Arzt erklärt hat und fragen Sie so lange nach, bis Sie alles verstanden haben.

Behandlung der Adipositas



BEHANDLUNGSGRÜNDE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

Anlässe für die Behandlung übergewichtiger und adipöser Menschen sollen sein:

- ein BMI ≥ 30 kg/m² oder
- Übergewicht mit einem BMI zwischen 25 und < 30 kg/m² und gleichzeitiges Vorliegen von
 - einer übergewichtsbedingter Gesundheitsstörung (z.B. Bluthochdruck oder Diabetes Typ 2)
 - eine vermehrte Ansammlung von Fett in der Gürtelregion (abdominale Adipositas)
 - Erkrankungen, die durch Übergewicht verschlimmert werden (z.B. Gelenk- und Rückenleiden) oder
 - ein hoher psychosozialer Leidensdruck

Das große Ziel der Behandlung der Adipositas ist eine Gewichtsreduktion. Das kann Vorteile und Nachteile haben:

Vorteile einer Gewichtsreduktion

- Gefahr an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken sinkt;
- Blutfettwerte sinken, damit sinkt die Gefahr von Fettstoffwechselstörungen;
- Risiko von Bluthochdruck und koronaren Herzkrankheiten sinkt;
- Gefahr der Harninkontinenz sinkt;
- Reduktion von Atembeschwerden;
- Reduktion von Beeinträchtigung und Schmerzen des Bewegungsapparates;
- Verbesserung der Fruchtbarkeit;
- Besserung der psychischen Befindlichkeit;
- Risiko für die Entstehung einer nicht alkoholischen Fettleber sinkt;



Nachteile einer Gewichtsreduktion

- Das Risiko für Gallensteine steigt.
- Die Knochendichte kann abnehmen.

Gründe gegen eine Behandlung sind Schwangerschaft und Suchtmittelmissbrauch.

THERAPIEZIELE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

Ziel ist die **langfristige Senkung des Körpergewichts**, die Verminderung der durch Adipositas verursachten Risikofaktoren für Folgeerkrankungen, die Verminderung der Folgeerkrankungen selbst, die Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, das Vermeiden von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung sowie die Steigerung der Lebensqualität.

Die Therapieziele **sollten** mit Rücksicht auf den individuellen Krankheitsverlauf festgelegt werden und realistisch sein.

Auch Begleiterkrankungen im Einzelfall, Risiken sowie Erwartungen und Ressourcen der Patienten sollten berücksichtigt werden.

Innerhalb von 6-12 Monaten **sollte** folgende Gewichtsabnahme angestrebt werden:

- bei einem BMI von 25 – 35 kg/m²:
Abnahme von mehr als 5% des Ausgangsgewichts
- bei einem BMI > 35 kg/m²:
Abnahme von mehr als 10% des Ausgangsgewichts

Den Patienten **sollten** geeignete Maßnahmen angeboten werden, die das Gewicht auch langfristig stabil halten. Das ist wichtig, weil Adipositas wie eine chronische Erkrankung ist, die immer wiederkehren kann. Das bedeutet, es besteht die Gefahr auch nach einer Behandlung/Maßnahme wieder an Gewicht zuzunehmen.

Zur Behandlung der Adipositas gibt es verschiedene Möglichkeiten die meist in Kombination miteinander eingesetzt werden:



Basisprogramm

Grundlage einer jeden Adipositas-Behandlung ist ein Basisprogramm. Dazu gehören:

- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie

Ziel des Programms ist es das Gewicht zu reduzieren und den Gewichtsverlust langfristig beizubehalten.

BASISPROGRAMM: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Das Basisprogramm **soll** die Grundlage des Gewichtsmanagements sein. Auf den einzelnen Patienten abgestimmt **sollen** die Anteile des Basisprogramms entweder einzeln oder in Kombination miteinander eingesetzt werden.*

*Nach der Gewichtsreduktion **soll** eine langfristige Stabilisierung des Gewichts angestrebt werden.*

Eine Kombination aus Ernährungsumstellung, vermehrter Bewegung und Verhaltenstherapie zur Gewichtsreduktion ist effektiver, als eine Therapie mit nur einer Behandlungskomponente.

Beispielsweise zeigten Untersuchungen, dass die Kombination aus körperlichem Training (30–60 min., 3-5-mal pro Woche) und Ernährungstherapie (mäßige kalorienreduzierte Kost) einen größeren Erfolg bei der Gewichtsreduktion zeigt, als nur eine Ernährungsumstellung ohne Sport. Die Verhaltenstherapie beinhaltet verschiedene Therapiestrategien wie z.B. Anleitung zur Selbstüberwachung von Energieaufnahme, Essverhalten und Häufigkeit, Vorbeugung von Rückfällen und Problemlösetraining.

Ernährungstherapie

ERNÄHRUNGSTHERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Menschen mit Adipositas **sollen**:*

- *auf ihre persönliche Situation abgestimmte (individualisierte) Ernährungsempfehlungen erhalten, die an Therapieziele und das Risikoprofil des Patienten angepasst werden.*
- *im Rahmen der medizinischen Betreuung eine Ernährungsberatung (Einzelberatung oder in Gruppen) angeboten werden.*

Hierzu merkt die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. DGEM an, dass bisher lediglich kommerzielle Gewichtsreduktionsprogramme untersucht wurden und es noch keine guten wissenschaftlichen Daten dazu gibt.

- *über die Ziele, Prinzipien und praktischen Aspekte der Ernährungsumstellung umfassend und verständlich informiert werden.*

*Das persönliche und berufliche Umfeld der Patienten **soll** in die Ernährungsberatung und Ernährungsumstellung einbezogen werden.*


Über Ernährung gibt es eine unüberschaubare Menge an Informationen. **Seien Sie kritisch im Umgang damit und lassen sich nicht verunsichern.** Am besten Sie nutzen unabhängige Informationen. Woran Sie gute Informationen erkennen, haben wir auf den Seiten 15-16 beschrieben. Unterstützt Sie Ihre Familie oder Ihr Freundeskreis bei einer Ernährungsumstellung, führt dies zu einer Verbesserung der Ergebnisse von Gewichtsreduktionsprogrammen.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Den Patienten **sollen** Ernährungsformen empfohlen werden, die über einen ausreichenden Zeitraum zu einer verminderten Energieaufnahme führen und keine gesundheitlichen Schäden verursachen.*

*Um Ihr Gewicht zu reduzieren **sollten** Sie Ihre Energieaufnahme verringern, sodass Sie etwa **500 kcal am Tag weniger** (in Einzelfällen noch weniger) zu sich nehmen.*

*Eine geringere Energieaufnahme **kann*** man erreichen durch:*

- Verminderung des Fettverzehrs
- Verminderung des Verzehrs von Kohlehydraten
- Verminderung des Verzehrs von Fett und Zucker
- Ersatz einzelner Mahlzeiten durch  Formulaprodukte

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin spricht hierfür eine starke Empfehlung aus (sollte**).*

*Abhängig von der individuellen Situation des Patienten/der Patientin **kann** für eine bestimmte Zeit der alleinige Einsatz von Formulaprodukten mit einer Energiezufuhr von 800 – 1.200 kcal pro Tag als Ersatz für die Mahlzeiten infrage kommen. Dabei **soll** die Einbindung eines Arztes gewährleistet sein.*

Nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin sind Formuladiäten die wirksamste Methode zum Start einer Gewichtsreduktion.

Extrem einseitige Ernährungsformen bergen hohe medizinische Risiken und führen nicht zum Langzeiterfolg. Sie **sollen** deshalb nicht empfohlen werden! Es **soll** eine langfristige Umstellung der Ernährung angestrebt werden.

Zur Gewichtsreduktion **kann** ein stufenweises Vorgehen hilfreich sein:

- *alleinige Reduktion von Fett oder Kohlenhydraten*
- *Reduktion von Fett, Kohlenhydraten und Zucker (geringe Energiedichte)*
- *Mahlzeitenersatz durch Formelprodukte*
- *alleinige Ernährung mit Formeladiät (zeitlich begrenzt, 800 bis 1 200 kcal/Tag) unter ärztlicher Aufsicht*

Bewegungstherapie

Wer sich bewegt, verbraucht Energie. Das kann zur Gewichtsabnahme führen. Außerdem erhöht Bewegung die Lebensqualität und verringert das Risiko für Folgeerkrankungen. Keine Angst, niemand erwartet von Ihnen, dass Sie viel und lange joggen oder Sportarten betreiben sollen, zu denen Sie momentan gar nicht in der Lage sind. Sie sollen ja durch Bewegung und angemessenen Sport auch keinen Schaden nehmen. Ihre Ärzte können nach der Diagnose entscheiden, ob es Ihnen möglich ist Sport zu treiben und werden Ihnen -angepasst an Ihre ganz persönlich Situation- ein angemessenes Bewegungsprogramm zusammenstellen, das Sie auch absolvieren können.

Wenn aus medizinischer Sicht keine Einwände an körperlicher Aktivität bestehen, dann ermutigen Sie sich zu mehr Bewegung im Alltag. Nehmen Sie die Treppe statt des Fahrstuhls oder der Rolltreppe. Verzichteten Sie bei kleinen Entfernungen auf das Auto. Es gibt viele kleine Etappen der Bewegung, die in der Summe über den Tag aber viel bringen können.

Körperliche Aktivität in Verbindung mit Ernährungstherapie ist eine optimale Änderung Ihres Lebensstils und sehr wirksam zur Gewichtsreduktion.

BEWEGUNGSTHERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

Übergewichtige und adipöse Menschen **sollen** ermutigt werden, sich mehr körperlich zu bewegen. Körperliche Aktivität **soll** neben der Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sein.

Es **sollte** sichergestellt werden, dass es nichts gibt, was einer körperlichen Aktivität entgegensteht (keine Kontraindikation zu zusätzlicher körperlicher Aktivität).

Für eine effektive Gewichtsabnahme **sollten** Sie mindestens **150 Minuten in der Woche Ausdauertraining** durchführen. Krafttraining allein ist für die Gewichtsreduktion wenig effektiv.

Wer einen BMI > 35 kg/m² hat **sollte** gelenkschonende Sportarten wie z.B. Schwimmen oder Wassergymnastik wählen.

Menschen mit Übergewicht und Adipositas **sollen** dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern.

Übergewichtige und adipöse Menschen **sollen** (von ihren Ärzten) auf die gesundheitlichen Vorteile (Stoffwechsel, Herz-Kreislauf-System, psychosoziale Aspekte) der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, die unabhängig von der Gewichtsreduktion entstehen.

Im Rahmen der Patientenberatung **sollen** verständliche und realistische Ziele für die Ausübung der körperlichen Aktivität gesetzt werden.

Vermehrte körperliche Aktivität **soll** zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden.

Verhaltenstherapie und Verhaltensänderung

Wer sein Gewicht verringern will, muss seinen gewohnten Lebensstil und damit auch sein Verhalten ändern. Das ist bei der Behandlung der Adipositas sehr wichtig. Bei einer Verhaltenstherapie werden auch mögliche Ursachen bearbeitet, die zur Adipositas geführt haben wenn

sie durch Fehlernährung entstanden ist. Auch die endlose Spirale ‚Frust ⇒ Essen ⇒ Gewichtszunahme ⇒ Frust über die Gewichtszunahme ⇒ Frustessen ⇒ Gewichtszunahme‘ kann durch eine Verhaltenstherapie beeinflusst werden.

VERHALTENSTHERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Verhaltenstherapie **soll**, angepasst an die individuelle Situation des/der Betroffenen, Bestandteil des Programms zur Gewichtsreduktion sein. Sie kann einzeln oder in der Gruppe durchgeführt werden.*

Bestandteile der Verhaltenstherapie können sein:

Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Nahrungsmenge, Bewegung)

Sie lernen die regelmäßige Kontrolle des eigenen Gewichts und der Essmenge (z.B. durch das Führen von Ernährungstagebüchern). Positive Veränderungen sind dann ein großer Ansporn zum Weitermachen.

Das Einüben eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (also kein starres ‚Schema F‘)

Sehen Sie Ihre Einstellung und Verhaltensweise nicht als zeitlich begrenzte Diätvorschrift, sondern als zeitlich überdauernde Langzeitstrategie an. Nutzen Sie Verhaltensspielräume und genießen Sie die Vielfalt der Lebensmittel. Eine strikte Kontrolle des Verhaltens (z.B. absoluter Diätvorsatz) kann zu einem Zusammenbruch führen, dies kann einen unkontrollierten Mehrverzehr (Kontrollverlust) zur Folge haben.

Die aktive Auseinandersetzung mit den Situationen, die Patienten dazu bringen, mehr oder unkontrolliert zu essen (Stimuluskontrolle)

Diese Technik umfasst das Erlernen von Strategien zum Umgang mit Nahrungsmitteln. Beispiele hierfür sind: Bevorratung von nur umschriebenen Mengen an Nahrungsmitteln, Einkaufen im satten Zustand, Nahrungsaufnahme zu festen Zeiten und Essen nicht beim Fernsehen.

Fehlerhafte Denkmuster, Einstellungen oder Wahrnehmungen sollen verändert und durch hilfreiche Einstellungen ersetzt werden (kognitive Umstrukturierung)

Hier können Sie auf schädliche Gedanken („Das klappt doch eh nie“, „Das schaffe ich nie.“), die in Ihrer Therapie auftreten könnten, aufmerksam gemacht werden und neue Strategien erlernen (z.B. Selbstbeobachtungstagebuch).

Patient und Arzt vereinbaren gemeinsam die Behandlungsziele

Patient und Behandler haben mitunter andere Behandlungsziele im Auge. Unrealistische Ziele werden identifiziert, realistische Ziele werden festgelegt.

Patienten trainieren Problem- und Konfliktlösung und lernen sich selbst zu behaupten

Beim Problemlösetraining wird der Umgang mit Herausforderungen und Problemen überprüft und eventuell verbessert. Soziale Schwierigkeiten und Probleme im Umgang mit Personen im Umfeld stellen oft eine Barriere für die Adipositas-therapie dar. Patienten erlernen und trainieren Alternativen im Umgang mit diesen Personen.

Es werden Belohnungen vereinbart, wenn das Therapieziel oder Teilziele erreicht werden

Belohnungen sind wichtig, wenn Sie Erfolge erzielen. Das gilt auch für Ihre Therapie. Allerdings sollten Sie sich nicht mit Essen belohnen. Belohnen Sie sich mit einem schönen Erlebnis, oder gehen Sie einem Hobby wieder nach, das Sie vernachlässigt haben, etc.

Rückfällen in alte Verhaltensmuster soll vorbeugt werden

Hierbei werden Sie sensibilisiert für fortdauernde Achtsamkeit und notwendiges Verhalten, um den erreichten Gewichtsverlust aufrecht zu erhalten. Eine Möglichkeit zur Rückfallprävention kann ein spezielles Programm zur langfristigen Gewichtsstabilisierung sein.

Patienten erlernen, wie sie damit umgehen, wenn sie an Gewicht wieder zunehmen und wie, bzw. welche und wo sie soziale Unterstützung erhalten

Ihre Therapie ist effektiver, wenn Familienmitglieder, Kollegen, Freunde etc. einbezogen werden. Wichtig hierbei ist, dass der Partner Sie unterstützt, sonst können Ihre Ziele nur schwer erreicht werden.

Gewichtsreduktionsprogramme

GEWICHTS-REDUKTIONSPROGRAMME: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Menschen mit Adipositas **sollten** Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, die sich an der individuellen Situation und den Therapiezielen orientieren.*

*Beachten Sie, dass es zahllose, kommerzielle Angebote gibt. Bei den wenigsten wurde bisher eine Wirksamkeit nachgewiesen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin weist darauf hin, dass nur solche Gewichts-Reduktions-Programme angeboten werden **sollten**, bei denen der Nutzen wissenschaftlich untersucht wurde. Programme für die es keine guten Daten zum Nutzen gibt, **sollten** nicht empfohlen werden.*

Der Therapieerfolg hängt von Ihnen, Ihrer Willensstärke und Motivation ab. Deshalb sollten Sie sich für Programme entscheiden, die individuell zu Ihnen passen.

Die folgenden Gewichtsreduktions-Programme wurden untersucht:

- **DGE-Programm „Ich nehme ab“** ist ein verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Selbstmanagement-Programm für mäßig übergewichtige Personen (BMI 25-30 kg/m²) ohne Begleiterkrankungen, aber auch bei Adipositas Grad I um eine mäßigen Senkung des Körpergewichts und eine ausgewogene Ernährungsweise zu erreichen. Wenn es durch einen Berater begleitet wird, führt das Programm nach einem Jahr zu einem mittleren Gewichtsverlust von 2,3 kg bei Frauen und 4,1 kg bei Männern. Ohne professionelle Unterstützung beträgt der mittlere Gewichtsverlust bei Frauen 1,3 kg bei gleichzeitiger Verbesserung der Nährstoffzusammensetzung.
- **Das „Weight Watchers“-Programm** ermöglicht bei übergewichtigen und mäßig adipösen Patienten eine Gewichtsreduktion von 3,0-4,5 kg in 12 Monaten.
- **„Abnehmen mit Genuss“ (AOK)** ist ein verhaltensbasiertes Programm, das die AOK ihren Mitgliedern ortsunabhängig anbietet. Es läuft über 6-12 Monate. Das Programm arbeitet mit Ernährungstagebüchern und Fragebögen zum Lebensstil. Eine programmbegleitende Betreuung per Teilnehmerdienst (Telefon und Email), individualisierte Informationen sowie Teilnehmerforen gehören ebenfalls zum Programm. Die Wirksamkeit ist wissenschaftlich belegt bei Patienten mit einem durchschnittlichen BMI von 31,0 kg/m². Die Gewichtsreduktion lag in zehn Monaten im Mittel bei 2,2 kg bei Frauen und 2,9 kg bei Männern.
- **Das „Bodymed“-Programm** wird vor allem in Arztpraxen angeboten. Bei diesem Programm werden zwei Hauptmahlzeiten durch Formulaprodukte ersetzt. Zusätzlich werden die Teilnehmer am Programm zu Ernährung und Bewegung beraten. Innerhalb von 12 Monaten konnten Patienten mit einem durchschnittlichen BMI

von 33,4 kg/m² eine durchschnittliche Gewichtsreduktion von 9,8 kg erreichen.

- Das „M.O.B.I.L.I.S.“-Programm ist ein einjähriges multidisziplinäres Programm (mehrere Fachdisziplinen sind beteiligt). Es wurde für Patienten mit einem BMI von 30-40 kg/m² entwickelt und wissenschaftlich untersucht. Im Vordergrund steht die Steigerung der körperlichen Bewegung, aber auch Ernährungsumstellung und Verhaltensänderung gehören dazu. Nach einem Jahr konnten bei Teilnehmern mit einem durchschnittlichen BMI von 37 kg/m² ein mittlerer Gewichtsverlust von 5 kg bei Frauen und 5,9 kg bei Männern erreicht werden. Außerdem haben sich die Begleiterkrankungen gebessert.
- Das „OPTIFAST-52“-Programm beginnt mit einer niedrig kalorischen Formuladiät über 12 Wochen, an die sich eine intensive Begleitung (Coaching) zur Verhaltensänderung zur Lebensstiländerung über 12 Monate anschließt. Das Programm wurde für Patienten mit einem BMI ab 30 kg/m² und Begleiterkrankungen entwickelt. Es konnte nach einem Jahr bei einem durchschnittlichen BMI von 40,8 kg/m² ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 15,2 kg bei Frauen und 19,6 kg bei Männern ermittelt werden. Das Risiko einer Herz-Kreislauferkrankung konnte deutlich gesenkt werden.

Diese Programme sind zum Teil kostenpflichtig. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über eine mögliche Kostenübernahme oder Beteiligung.

Mit internetbasierten Programmen sind Sie zeitlich flexibler und kosteneffektiver. Diese sind eine sinnvolle Alternative, wenn z.B. eine persönliche Beratung am Wohnort nicht angeboten wird.

Anmerkung:

Zunehmend wenden Patienten sogenannte Apps für das Smartphone an, um ihre Erkrankung zu managen. Auch hier ist der Markt mittlerweile unüberschaubar geworden, die Zuverlässigkeit und Vertrauens-

würdigkeit dieser Apps kann der Laie nur schwer einschätzen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat eine Checkliste zur Nutzung von Gesundheits-Apps erstellt. Sie können mit dieser Checkliste selbst kontrollieren, ob die Gesundheits-App, die Sie verwenden möchten, vertrauenswürdig ist.

Kriterium	Erfüllt	Nicht erfüllt
Die App beschreibt den konkreten Anwendungsbereich (z.B. tägliche Erinnerung an die Einnahme von Medikamenten)		
Die App klärt über die eigenen Grenzen auf (Bsp.: Erklärung in der App, dass ein Arztbesuch nicht durch die Nutzung dieser App ersetzt werden kann).		
Das letzte Update der App wurde innerhalb der letzten 6 Monate (Richtwert) bereitgestellt.		
Die Anwendung läuft stabil und führt nicht zu Abbrüchen oder Neustarts.		
Die App stellt keine abschließende Diagnose mit sich daraus ableitenden Behandlungsempfehlungen.		
Die App dient der Therapieunterstützung (z.B. Aufzeichnung von Werten).		
Die App weist viele gute Bewertungen (vieler verschiedener) Nutzer auf.		
Die App wurde zertifiziert und besitzt ein vertrauenswürdiges Siegel.		
Die mit dem Siegel verbundenen Bewertungskriterien sind verständlich und nachvollziehbar.		
Die App besitzt eine Datenschutzerklärung und diese... <ul style="list-style-type: none"> • ist gut auffindbar und einsehbar (Sie finden diese z.B. direkt in der App, auf der Website oder in den jeweiligen Stores der Anbieter). • informiert über Art, Umfang und Zweck der Erhebung von und des Umgangs mit Daten sowie über eine mögliche Weitergabe der Daten an Dritte. • gibt an, wo (in welchem Land) und wie (verschlüsselt/ anonymisiert) Ihre Daten gespeichert werden. • gibt an, ob und wie (per Mail, postalisch etc.) Sie der Datenspeicherung widersprechen können. 		
Die App fordert nur die persönlichen Daten ein, die für die Funktionalität wichtig erscheinen.		
Zugriffsberechtigungen auf Funktionen des mobilen Endgerätes (z.B. Zugriff auf die Standortfreigabe mittels GPS oder		

auf den Kalender) werden nur angefordert, um die Nutzung der App zu gewährleisten.

Die App bietet die Möglichkeit, dass erhobene und gespeicherte Daten wieder gelöscht werden können. Da meistens ein vollständiges Löschen der Daten nicht möglich ist, sollten Sie immer genau überlegen, welche Daten Sie preisgeben.

Es gibt ein Impressum, das Name und Anschrift des Anbieters enthält und die direkte und unmittelbare Kontaktaufnahme ermöglicht (Telefon, E-Mail)

Kriterium	Erfüllt	Nicht erfüllt
<p>Der finanzielle Hintergrund wird ersichtlich, z.B. Die App refinanziert sich selber und ist kostenpflichtig. Die Kosten für die App werden von der Krankenkasse erstattet (sehr selten). Die App wird über Sponsoren und/oder durch Fördermittel finanziert.</p> <p>Die App ist neutral d.h. die Inhalte sind nicht durch kommerzielle Interessen beeinflusst, z.B. Die App wirbt nicht für ein bestimmtes Produkt. Die App wird von einem öffentlichen oder gemeinnützigen Träger betrieben.</p>		

Ausführliche Checkliste für Gesundheits-Apps im Internet:

http://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/05/2018_APS-Checkliste_GesundheitsApps.pdf

Medikamentöse Therapie

Medikamente zum Abnehmen sind nie das Mittel der ersten Wahl. Sie kommen erst zum Einsatz, wenn mit der Änderung des Lebensstils keine Gewichtsreduktion erreicht werden kann.

BEGLEITENDE (ADJUVANTE) MEDIKAMENTÖSE THERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

*Eine medikamentöse Therapie **soll** nur in Kombination mit einem Basisprogramm (Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie) durchgeführt werden.*

Sie kommt infrage bei Patienten mit einem BMI ≥ 28 kg/m² und zusätzlichen Risikofaktoren und/oder Folgeerkrankungen und bei Patienten mit einem BMI ≥ 30 kg/m² wenn diese:

- *innerhalb von sechs Monaten bei Basistherapie weniger als 5% des Ausgangsgewichts verlieren oder*
- *nach einer Phase der Gewichtsreduktion eine Gewichtszunahme von mehr als 5% des Ausgangsgewichtes haben*

*Die medikamentöse Therapie **sollte** nur dann fortgesetzt werden, wenn innerhalb der ersten vier Wochen nach Einnahme eine Gewichtsabnahme von mindestens 2 kg nachweisbar ist.*

*Zur Gewichtsabnahme **soll** nur das Medikament Orlistat eingesetzt werden.*

Bei Patienten mit Diabetes Typ 2 und einem BMI ab 30 kg/m², bei denen unter Behandlung mit Metformin der Zucker nicht unter Kontrolle gebracht werden kann, kann ein blutdrucksenkender Wirkstoff (GLP-1-Mimetika) und Medikamente zur Senkung des Blutzuckerspiegels (SGLT2-Inhibitoren) verwendet werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin weist jedoch darauf hin, dass die Medikamente der GLP-1Mimetika für diesen Einsatz noch nicht gut wissenschaftlich untersucht wurden und außerdem bei der Gabe dieser Medikamente ein erhöhtes Risiko einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse und auch für Krebs der Bauchspeicheldrüse bestehen kann.

*Verzichtet werden **soll** auf die Gabe von: Amphetaminen (Aufputschmittel), Diuretika (Mittel zur Entwässerung), HCG (ein Hormon, das während der Schwangerschaft produziert wird), Testosteron (Sexualhormon), Thyroxin (Schilddrüsenhormon) und Wachstumshormonen.*

*Wenn für Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel zur Gewichtsreduktion kein Nachweis für die Wirksamkeit bekannt ist, **sollen** diese nicht empfohlen werden.*

In Deutschland sind aktuell:

Orlistat, Liraglutid 3mg, sowie Naltrexon/Bupropion

zur langfristigen Behandlung von Adipositas zugelassen. Bitte sprechen Sie über die Anwendung, Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen dieser Medikamente zur Gewichtsreduktion mit Ihrem Arzt.

Verwenden Sie bitte keine Arzneimittel, die für andere Einsatzgebiete gedacht sind, aber auch zur Gewichtsreduktion führen. Diese mindern zwar das Gewicht, haben jedoch erhebliche Nebenwirkungen.

Bitte beachten Sie:

Nahrungsergänzungsmittel, die zur Gewichtsreduktion angeboten werden, benötigen für die Zulassung keinen Wirksamkeitsnachweis. Verzichten Sie deshalb darauf, weil Sie einfach nicht wissen, ob diese wirken oder nicht. Dies ist besonders bei Produkten der Fall, die nur über das Internet erworben werden können.

Chirurgische Therapie

Eine chirurgische Therapie sollten Sie erst in Erwägung ziehen, wenn eine extreme Adipositas besteht und die konservative Therapie über mindestens 6 Monate nicht zum Therapieziel geführt hat ($> 10\%$ Gewichtsreduktion bei $\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$).

Ziel eines chirurgischen Eingriffs bei Adipositas ist vorwiegend die Verbesserung von Begleiterkrankungen (z.B. erhöhte Blutzucker-, Fettwerte im Blut und Bluthochdruck) und die Steigerung der Lebensqualität.

Die Effektivität adipositaschirurgischer Maßnahmen ist durch eine Vielzahl von klinischen Studien belegt. Eine Operation ist jedoch immer mit Risiken verbunden und nicht immer umkehrbar. Lassen Sie sich daher individuell beraten und wägen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt den Nutzen und mögliche Folge- und Langzeitschäden ab. Holen Sie sich bei Bedarf vor einer Entscheidung eine zweite Meinung hierzu ein.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der chirurgischen Therapie. Bei einigen wird der Magen verkleinert oder es werden „Umgehungsstraßen“ (sogenannte Bypässe) angelegt. Dadurch soll je nach Operation

erreicht werden, dass nicht so viel Nahrung auf einmal aufgenommen werden kann, dass sich das Sättigungsgefühl eher einstellt oder dass die Bestandteile der Nahrung nicht vollständig vom Körper aufgenommen werden. Je nach Verfahren verlieren Patienten zwischen 40 und 80% ihres Übergewichts.

Bevor Sie sich einer Operation unterziehen, sollten Sie gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt Nutzen und Gefahren gut abwägen.

CHIRURGISCHE THERAPIE: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT

Bei Patienten mit extremer Adipositas **soll** ein chirurgischer Eingriff erwogen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin spricht eine schwächere Empfehlung aus: Bei Patienten mit extremer Adipositas **sollte** ein chirurgischer Eingriff erwogen werden.

Die Begründung des chirurgischen Eingriffes/der Operation **soll** von allen an der Behandlung beteiligten Fachexperten getroffen werden.

Die Begründung für eine chirurgische Maßnahme bei Adipositas **soll**, wenn alle Behandlungsmöglichkeiten ohne befriedigenden Erfolg (DGEM) sind, folgende sein:

- Adipositas Grad III (BMI ≥ 40 kg/m²) oder
- Adipositas Grad II (BMI ≥ 35 und < 40 kg/m²) mit erheblichen Begleiterkrankungen oder
- Adipositas Grad I (BMI > 30 und < 35 kg/m²) bei Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 (Sonderfälle)

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) empfiehlt die chirurgische Therapie Patienten mit Adipositas Grad I nicht, weil in den Studien hierzu lediglich die medikamentöse Therapie mit einer Operation verglichen wurde und nicht das gesamte Behandlungskonzept.

In Ausnahmefällen **kann** die Operation auch Mittel der ersten Wahl sein und zwar dann, wenn bei allen anderen Behandlungsmöglichkeiten keine Aussicht auf Erfolg besteht, oder wenn der Gesundheitszustand des Patienten so schlecht ist, dass ganz schnell gehandelt werden muss, wie zum Beispiel:

- bei besonders schweren Begleit- oder Folgeerkrankungen,
- bei einem BMI von über 50 kg/m² oder
- bei persönlichen psychosozialen Umständen, die eine Lebensstiländerung nicht ermöglichen).

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin weist darauf hin, dass bei zahlreichen Patienten nach einem konservativen Therapieprogramm eine Operation später gar nicht mehr nötig war. Eine Operation ist aus der Sicht der DGEM nur dann nötig, wenn alle anderen Programme nicht zum Erfolg geführt haben. Der Anlass zur Entscheidung für eine Operation soll sein, ob Patienten sich nicht oder schlecht bewegen können oder ein extrem hoher Insulinbedarf.

Vor der Operation **sollen** bei den Patienten der Zustand des Stoffwechsels, des Herzkreislaufsystems sowie die persönliche psychosoziale Situation geprüft werden.


Patienten **sollen** über das genaue chirurgische Vorgehen, den Nutzen und die Risiken einer jeden infrage kommenden Methode informiert werden.

Adipositas-Chirurgie **sollen** nur die Ärzte mit der besten fachlichen Eignung an den Einrichtungen mit den größten Erfahrungen in der chirurgischen Behandlung von Adipositas durchführen.

Nach der Adipositas-Operation **soll** bei den Patienten eine lebenslange Nachsorge durchgeführt werden, an der verschiedene Fachexperten beteiligt sind.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin spricht sich ebenfalls für eine lebenslange Nachsorge aus, diese muss jedoch nicht interdisziplinär sein, sie kann zum Beispiel auch durch den Hausarzt/die Hausärztin erfolgen.

Um die Qualität der Operationen zu überwachen und zu verbessern, **sollten** Daten von Patienten, bei denen eine Adipositas-Operation durchgeführt wurde, in ein Register aufgenommen werden.

 Es gibt Gründe, die gegen einen Adipositas-chirurgischen Eingriff spreche. Er **soll nicht** durchgeführt werden:

- bei einer instabilen Psyche (also, wenn Sie psychisch sehr stark angeschlagen sind)
- wenn zum Zeitpunkt der Operation eine Abhängigkeit von Suchtmitteln besteht
- bei einer unbehandelten Bulimia nervosa, der Ess-Brechsucht
- Vorliegende oder unmittelbar geplante Schwangerschaft bei anderen schweren Erkrankungen, die zu Komplikationen bei und nach der Operation führen könnten

Patienten, bei denen das zutrifft, **sollen nicht** operiert werden. Bei erfolgreicher Behandlung der genannten Ausschlussgründe **sollte** eine erneute Begutachtung durchgeführt werden.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten einer chirurgischen Behandlung der Adipositas (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Das Magenband hat zum Ziel das Hungergefühl zu unterdrücken. Es wird ein Silikonband um den oberen Anteil des Magens geschlungen. Dadurch wird ein sehr kleiner Vormagen gebildet. Füllt sich dieser beim Essen, signalisiert der Magen Sättigung. Das Band ist eine Methode, die auch wieder rückgängig gemacht werden kann.


Bei einem Schlauchmagen wird der Magen auf ein Volumen von circa 100-120 Milliliter verkleinert. Es bleibt nur ein kleiner schlauchartiger Rest erhalten. Patienten empfinden dadurch schneller ein Sättigungsgefühl nach dem Essen.

Mit dem Magenbypass wird ein großer Teil des Magens und des Dünndarms umgangen und nicht mehr genutzt. Es verbleibt nur ein kleiner Magenrest zur Nahrungsaufnahme, die Patienten verspüren daher schon nach sehr kleinen Essmengen ein Sättigungsgefühl. Das Ergebnis ist eine schnelle und deutliche Gewichtsabnahme.

Die Biliopankreatische Diversion (Umgehung von Galle und Bauchspeicheldrüse) ist die aufwendigste und zugleich wirkungsvollste Operation in der Adipositas-Chirurgie. Sie wird jedoch nur sehr selten durchgeführt. Der Magen wird auf ein Volumen von circa 250 Milliliter reduziert. Ein längerer Abschnitt des Darms wird umgangen. Die Nahrung wandert so schneller durch den Verdauungstrakt und es können nicht so viele Nährstoffe aus der Nahrung entnommen werden. Durch den Eingriff wird bewusst eine Aufnahmestörung der Nahrung im Dünndarm hervorgerufen. Allerdings kann die Biliopankreatische Diversion (mit Duodenal switch) später nicht mehr vollständig rückgängig gemacht werden. Es müssen lebenslang Nahrungsergänzungsmittel eingenommen und die Laborparameter engmaschig kontrolliert werden.

Neben diesen Verfahren gibt es mittlerweile neue Entwicklungen, die aber noch nicht so gut erprobt und in ihrem Nutzen untersucht sind, bzw. deren Zulassung für den deutschen Markt noch aussteht, wie zum Beispiel „AspireAssist“ oder der Magenschrittmacher.

Eine massive Gewichtsreduktion führt unweigerlich zu einem Hautüberschuss. Die notwendige Entfernung des Hautfettgewebes dient nicht der Behandlung des Übergewichts, sondern der Optimierung der Körperkontur. Hierüber sollten Sie ebenfalls aufgeklärt werden.

Die adipositaschirurgischen Eingriffe sollen von Chirurgen mit Expertise und in Krankenhäusern mit Erfahrung durchgeführt werden. Wählen Sie ein ausgewiesenes zertifiziertes Adipositaszentrum. In Kliniken mit mehr als 100  bariatrischen Operationen sind Risiken nach der Operation und Folgeerkrankungen geringer und der Aufenthalt im Krankenhaus kürzer, als in Einrichtungen mit einer niedrigeren Eingriffshäufigkeit. Zu adipositaschirurgischen Eingriffen gibt es auch eine eigene S-3 Leitlinie.



Unsere Fragenvorschläge für das Arztgespräch

Unsere Vorschläge für eine Fragenliste können Sie gerne mit Ihren eigenen Fragen ergänzen.

- ✎ Welche Methoden kämen in meinem Fall infrage, welche nicht und warum nicht?*
- ✎ Welchen Nutzen und welche Nebenwirkungen hat jede Operationsmethode, die in meinem Fall infrage kommt? Mit welchen Risiken muss ich während und nach der Operation rechnen?*
- ✎ Wie genau werden die Operationen durchgeführt?*
- ✎ Wie wird sich die Operation auf meine Lebensqualität und meinen gewohnten Tagesablauf auswirken?*
- ✎ Was muss ich nach der Operation beachten? Was darf ich, was darf ich nicht (mehr)?*
- ✎ Wie sieht es mit der Kostenübernahme der Operation in meinem speziellen Fall aus?*
- ✎ Wo kann ich den Eingriff am besten durchführen lassen?*
- ✎ Wo finde ich Patienten, die das hinter sich haben um mich nach ihren Erfahrungen zu erkundigen?*
- ✎ Wie sind die langfristigen Ergebnisse und ggf. Risiken der Methode, die für mich in Frage kommt?*
- ✎*

Wiederholen Sie am besten, was der Arzt erklärt hat und fragen Sie so lange nach, bis Sie alles verstanden haben.

Langfristige Gewichtsstabilisierung

Die Erfolge, die Sie bei der Adipositas-Behandlung erzielt haben, möchten und sollen Sie beibehalten. Hierzu sind zwei Dinge notwendig: eine gute Langzeitbetreuung und Sie selbst. Denn Sie müssen sich immer wieder selbst motivieren und Ihren erlernten neuen Lebensstil beibehalten.

LANGFRISTIGE GEWICHTSSTABILISIERUNG: WAS DIE LEITLINIE DEN ÄRZTEN EMPFIEHLT


*Nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion **sollen** dem Patienten Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung empfohlen werden.*

*Maßnahmen zur langfristigen Gewichtsstabilisierung **sollten** Aspekte der Ernährungstherapie, der Bewegungstherapie und der Verhaltenstherapie sowie die Motivation der Betroffenen berücksichtigen.*

*Um die Gewichtsstabilisierung zu unterstützen, **sollen** nach Gewichtsreduktion langfristige Behandlungs- und Kontaktangebote erfolgen, die auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze beinhalten.*

*Den Patienten **soll** empfohlen werden, nach einer Phase der Gewichtsreduktion eine vermehrte körperliche Aktivität zur Gewichtsstabilisierung durchzuführen.*

*Patienten **sollten** darauf hingewiesen werden, dass eine fettreduzierte Kost geeignet ist, einen Wiederanstieg des Körpergewichts zu verhindern.*

*Patienten, deren Gewicht nach einer Ernährungstherapie wieder ansteigt, **kann** Orlistat zur Gewichtsstabilisierung bzw. zur weiteren Gewichtsabnahme gemeinsam mit anderen Maßnahmen (im  multi-modalen Setting) empfohlen werden.*

*Menschen mit Adipositas **sollten** darauf hingewiesen werden, dass regelmäßiges Wiegen zu einer besseren Stabilisierung des Gewichts nach erfolgreicher Gewichtsabnahme beiträgt.*



Unsere Liste mit Fragensvorschlägen zur Adipositasbehandlung generell, die Sie gerne mit Ihren eigenen Fragen ergänzen können:

- ✎ Was ist medizinisch mein größtes Problem?*
- ✎ Welche Therapieoptionen gibt es in meinem speziellen Fall?*
- ✎ Was kann ich mit den einzelnen Therapiemöglichkeiten für mich erreichen?*
- ✎ Welchen Nutzen hat jede einzelne Therapie und welche Nebenwirkungen?*
- ✎ Gibt es Folgen der Therapie, die weiter behandelt werden müssen (z.B. überflüssige Haut nach starker Gewichtsreduktion)*
- ✎ Wie wirkt sich die Therapie auf mein gewohntes Leben und mein Lebensumfeld aus?*
- ✎ Wo finde ich weitere Informationen und Adressen z.B. für Selbsthilfegruppen, Adipositaszentren in der Nähe?*
- ✎*

Wiederholen Sie am besten und in jedem Fall, was der Arzt erklärt hat („Habe ich das jetzt richtig verstanden, dass...“) und fragen Sie so lange nach, bis Sie alles verstanden haben.

Manchmal kann es hilfreich sein, sich alle Behandlungsoptionen mit Nutzen und Nebenwirkungen übersichtlich zu notieren. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bietet dazu eine ausführliche interaktive Entscheidungshilfe an:

<https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.2221.de.html>

Sie können aber auch unseren Vordruck als Kurzform nutzen.

		Was spricht in meinem Fall dafür?	Was spricht in meinem Fall dagegen?
<input type="checkbox"/>	Ernährungstherapie		
<input type="checkbox"/>	Bewegungstherapie		
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie		
<input type="checkbox"/>	Gewichtsreduktionsprogramme		
<input type="checkbox"/>	Adjuvante medikamentöse Therapie		
<input type="checkbox"/>	Chirurgische Therapie Welche?		
<input type="checkbox"/>	Langfristige Gewichtsstabilisierung		

Behandlungskosten



Die Kosten für die Basistherapie, Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie und Gewichtsreduktionsprogramme werden oft nur nach Einzelfallprüfungen von der Krankenkasse übernommen. Häufig ist auch eine Zuzahlung durch den Patienten erforderlich. Eine ergänzende medikamentöse Therapie wird typischerweise nicht durch Krankenkassen erstattet.

Die Kostenübernahme der operativen Therapien durch die Krankenkassen ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Sie wird nach Antragstellung im Einzelfall durch die Krankenkassen geprüft und genehmigt bzw. kann auch abgelehnt werden. Das ist so, weil bei der Adipositas-Chirurgie ein Eingriff an einem Organ erfolgt, das eigentlich gesund ist. Dieser Eingriff hat lebenslange Auswirkungen und macht eine dauerhafte medizinische Nachbetreuung erforderlich.

Eine Operation kommt nicht infrage, wenn Sie an einer der folgenden Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen leiden:

- HIV
- Schwere Gerinnungsstörungen
- Angeborene Fehlbildungen des Magen-Darm-Trakts
- Schwangerschaft
- Alkohol - und Drogensucht
- Unbehandelte Essstörungen
- Demenzielle Erkrankungen

Bei anderen Erkrankungen, wie z.B. Krebserkrankungen und Erkrankungen von Niere und Leber ist Rücksprache mit dem behandelnden Chirurgen notwendig.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen hat geregelt, welche bundeseinheitlichen Kriterien für die Kostenübernahme einer Adipositas-Operation bei Erwachsenen gelten.

Kriterien zur sozialmedizinischen Empfehlung einer Kostenübernahme der operativen Therapien

	Für mich erfüllt	Für mich nicht erfüllt
1. Alle Befunde und Berichte sind vollständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es liegt eine Adipositas <ul style="list-style-type: none"> a. Grad II (BMI $\geq 35,0$ - $39,9$ kg/m²) mit erheblichen Begleiterkrankungen oder b. Grad III (BMI $\geq 40,0$ kg/m²) oder c. in Sonderfällen: Grad I (BMI $\geq 30,0$ - $34,9$ kg/m²) mit einer Diabetes Typ 2 Erkrankung, die auf Behandlung nicht anspricht. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eine Erkrankung, die Adipositas verursacht und anders behandelt werden kann, wurde ausgeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es liegt keine Gegenanzeige vor, weswegen die Operation nicht durchgeführt werden darf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es liegt keine Rechtfertigung für eine Operation ohne vorherige konservative Therapie vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Keine der konservativen Maßnahmen hat zum Erfolg geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es gibt keine Hinweise auf verfahrenstypische Schäden oder Komplikationen der Durchführung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine sozialmedizinische Empfehlung zur Kostenübernahme der Operation wird gegeben, wenn die Kriterien 2 bis 4 und 6 bis 7 erfüllt sind.

Die Antragstellung zur Kostenübernahme für eine Operation

Bei Ihrer Krankenkasse stellen Sie einen Antrag auf Kostenübernahme, der Angaben zu Ihrer persönlichen Motivation enthält.




Ihr Motivationsschreiben muss folgende Angaben enthalten:

1. Warum Sie den Antrag stellen, bzw. welches Ziel Sie erreichen wollen.
2. Wie stark Sie die Adipositas im Alltag einschränkt.
3. Eine Erklärung darüber, dass Sie sich eingehend mit Chancen, Risiken und Folgen der angestrebten OP auseinandergesetzt ha-

ben. Erläutern Sie dabei, welche Maßnahme Sie konkret durchführen lassen möchten.

4. Erklären Sie, dass Sie bereit sind, Ihren Lebensstil konsequent und dauerhaft umzustellen.
5. Berichten Sie über Ihre aktuellen Körpermaße (Gewicht, Größe, BMI), seit wann Sie übergewichtig sind, welches Höchstgewicht Sie bereits hatten und wie Ihr Gewicht vor drei oder vier Jahren einmal war.
6. Geben Sie an, welche Diäten Sie in der Vergangenheit durchgeführt haben, wieviel Sie dabei ab- und wieder zugenommen haben.
7. Machen Sie Angaben dazu, welche Ernährungsberatungen Sie in der Vergangenheit in Anspruch genommen haben.
8. Geben Sie Auskunft, wie sich Ihre körperliche Aktivität wann am Tag gestaltet.

Neben Ihrem Antrag und dem Motivationsschreiben sind Kopien weitere Unterlagen einzureichen. Dazu gehören:

- Bericht des behandelnden Hausarztes mit Angaben zur Adipositas-Anamnese, Begleiterkrankungen, durchgeführte konservative Behandlungsmaßnahmen einschließlich ärztlich überwachter Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, und Angaben zum Ausschluss einer durch eine andere Erkrankung hervorgerufene Adipositas (einschließlich Laborwerte,  fT3,  fT4,  TSH).
- Befundbericht des betreuenden Adipositaszentrums/Adipositas-Chirurgen mit Angaben zu durchgeführten Untersuchungen, Therapie und Verlauf, Erläuterung der Begründung des infrage kommenden OP-Verfahrens und Angaben zur Aufklärung des Patienten.
- Psychiatrische/psychotherapeutische Stellungnahme durch einen Psychiater, psychologischen Psychotherapeuten oder Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.
- Bericht über ein zeitnah (in den letzten zwei Jahren) erfolgtes Therapieprogramm, das aus verschiedenen Therapieoptionen bestand (multimodal), einschließlich der Dokumentation des Verlaufes.
- Leistungsauszug der Krankenkasse

Nicht zwangsläufig erforderliche Dokumente:

- Rehabilitationsberichte, wenn eine Reha-Maßnahme stattgefunden hat.
- Im Fall einer Pflegebedürftigkeit das zuletzt erstellte Pflegegutachten
- Bescheinigung über die Teilnahme an Treffen von Selbsthilfegruppen

Weiterhin ist zu beachten, dass das jeweilige Adipositaszentrum bzw. der Operateur von Ihrer Krankenkasse als geeignet angesehen werden muss. Außerdem sollte eine lebenslange Nachbehandlung sichergestellt sein. In dieser Nachbehandlung werden unter anderem Ihr Gewichtsverlauf, Ihre Laborwerte, Ihre Ernährung, Mangelzustände (Eiweiß-, Vitamin-, Spurenelemente-Mangel) und mögliche Nebenwirkungen oder Komplikationen überwacht.

Idealerweise geben Sie Ihren Antrag persönlich bei Ihrer Krankenkasse ab. Bei einer Ablehnung Ihres Antrages durch die Krankenkasse haben Sie das Recht auf Widerspruch. Dieser kann formlos sein und muss in einer Frist von vier Wochen eingereicht werden. Die Frist beginnt mit dem Datum des Ablehnungsbescheides; für die Fristwahrung ist der Poststempel des Widerspruchs entscheidend.

Angaben, die Ihren Widerspruch unterstützen, können Sie im Anschluss in Absprache mit Ihrem Adipositaszentrum bzw. Ihrem Operateur einreichen. Wichtig ist, dass Sie den Widerspruch direkt schriftlich einlegen und keine Originale einreichen.

Checkliste „An alles gedacht?“	
Antrag mit persönlichem Motivationsschreiben	<input type="checkbox"/>
Gutachten des Hausarztes über Untersuchungen und bisherige Therapie der Adipositas und Begleiterkrankungen	<input type="checkbox"/>
Bericht über multimodales Therapieprogramm	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychotherapeutische Stellungnahme	<input type="checkbox"/>
Gutachten des vorgesehenen Adipositas-Chirurgen	<input type="checkbox"/>
Angaben zum Adipositas-Zentrum, in dem operiert werden soll	<input type="checkbox"/>
Leistungsauszug der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
Nur wenn zutreffend:	
Rehabilitationsbericht	<input type="checkbox"/>
Pflegegutachten	<input type="checkbox"/>
Bescheinigung über Teilnahme an Treffen von Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>

Was Sie selbst tun können



In diesem Kapitel möchten wir Ihnen Empfehlungen und Anregungen von Betroffenen wiedergeben, damit Sie wissen, was Sie für sich tun können.

„Anfangen musst Du bei Dir selber, sei ehrlich zu Dir selbst. Das ist der erste Weg!“

Dieses Zitat wurde wiederholt von Betroffenen benannt. Ein erster Weg darüber zu sprechen kann der in die Familie, zu Freunden oder Bekannten sein. Sie wissen häufig wenig über Adipositas und benötigen Aufklärung. Geben Sie ihnen diese Patientenleitlinie und sie werden Ihr „Problem“ besser verstehen.

Entwickeln Sie das Selbstvertrauen, dass Sie sich der Aufgabe stellen und diese auch bewältigen können. Da dies allein häufig wenig ermutigt, sollten Sie sich „Gleichgesinnte und Mitstreiter“ suchen.

Finden Sie eine Selbsthilfegruppe

In einer Selbsthilfegruppe finden Sie genau diese Mitstreiter. Suchen Sie sich eine Selbsthilfegruppe. Nicht die örtliche Nähe ist entscheidend, sondern Ihr Gefühl. Selbsthilfegruppen bieten einen geschützten Rahmen, in dem sich Betroffene über Probleme und Ängste austauschen können. Aktuelle Informationen und Motivation untereinander helfen, dabeizubleiben, um persönliche Ziele zu erreichen.

Machen Sie einen Termin bei einer Ernährungsberatung/-therapie

Die Leitlinienkommission empfiehlt, auf Basis von bisher gesammelten Erfahrungen, eine Ernährungstherapie. Diese kann gemeinsam mit einem Ernährungstherapeuten (📖 Ökotrophologe oder Diätassistent) individuell geplant und umgesetzt werden. Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über eine eventuelle Kostenübernahme.

Legen Sie ein Ernährungsprotokoll an

Eine hohe Wertigkeit legen Betroffene auf ein Ernährungsprotokoll. Im Zeitalter von Computer und Smartphone, bietet sich die Verwendung

von Online-Ernährungstagebücher und Apps an. Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre kompletten Daten und auch genau die Nahrungsmittel (z.B. Frischkäse eines bestimmten Herstellers) einzugeben, die Sie zu sich genommen haben. Im Tagesverlauf berechnen diese Apps die Energiezufuhr (inklusive Schrittzähler und auch Gegenrechnung von Hausarbeit) und -verbrauch über den Tag. Beachten Sie zur Auswahl der App auch die Tipps auf Seite 34.

Finden Sie Ihre Form der Bewegung

Sport ist nicht gleich Sport. Gehen Sie gern schwimmen oder zur Wassergymnastik? Laufen Sie gern an einem See oder an einem blühenden Rapsfeld entlang? Dann bauen Sie dieses in Ihren Tagesablauf ein. Nur wenn das Bewegen Spaß macht, werden Sie es in Ihren Tagesablauf integrieren wollen.

Bitten Sie Ihren Partner/Ihre Partnerin Sie zu unterstützen

Ehrlichkeit ist der beste Weg für sich selbst zu sorgen. Berichten Sie Ihrem Partner/Ihrer Partnerin von Sorgen und Befürchtungen. Gemeinsam den Weg zu gehen, erleichtert ungemein. Nicht nur die Selbsthilfegruppe kann motivieren, auch Freunde/Partner/Familie. Bei Arztbesuchen kann es hilfreich sein, einen Begleiter/eine Begleiterin mitzunehmen, da vier Ohren mehr hören als zwei Ohren. Und Ihr Partner weiß dann auch gleich, wie er/sie Sie besser unterstützen kann. Betroffene benennen ganz konkret, dass bei der Entscheidungsfindung für Maßnahmen zur Gewichtsreduktion eine Unterstützung aus dem sozialen Umfeld eine große Rolle spielt.

Weitere Informationen und Erfahrungsberichte betroffener Patienten bietet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen an. Die Website www.gesundheitsinformation.de ist eine wichtige Quelle vertrauenswürdiger und wissenschaftlich abgesicherter Informationen.

Thema

Starkes Übergewicht (Adipositas)

Alexander: Dranbleiben ist das Motto

Miriam: Der Kopf wird nicht mit operiert

Sandra: Die alten Gewohnheiten legt man nur sehr langsam ab

Mathias: Fand mein Gewicht lange nicht problematisch

Der Kopf wird nicht mit operiert

Miriam, 30 Jahre

„Ich habe immer gedacht: Ich sehe ja gar nicht so schlecht aus und mir geht es gut. Das waren aber einfach Schutzbehauptungen mir selber gegenüber. Letzten Endes war gar nichts in Ordnung!“



(PantherMedia / Jennifer Keddle de Cojon)

Bei mir fing es mit dem Übergewicht in der Pubertät an: Ich habe einfach stetig zugenommen. Meine Eltern haben versucht, dagegen zu lenken, aber ich habe immer einen Weg gefunden, heimlich Essbares in mich hinein zu stopfen. Meine Gewichtszunahme war mir zuerst egal. Auch was meine Eltern oder andere in meinem Umfeld dazu gesagt haben, hat mich zunächst nicht gestört. Später habe ich gemerkt, dass das alles irgendwie nicht gut gelaufen ist.

Ich habe dann mit vielen verschiedenen Diäten versucht, dauerhaft abzunehmen, habe alles Mögliche ausprobiert und auch Sport gemacht. Nichts hat wirklich geholfen. Ich habe höchstens 6 Kilo abgenommen und dann immer wieder zugenommen. Ich war sehr frustriert.

Essen war mein Tröster

Quelle:

www.gesundheitsinformation.de (dort unter Stichwort Adipositas)

Praktische Empfehlungen zur Ernährung

In Anlehnung an die zehn Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2017):

<https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>

- Verringern Sie die Energieaufnahme pro Tag um 500 bis 800 kcal. Das geht indem Sie Portionsgrößen von energiereichen Lebensmitteln verkleinern und Portionsgrößen von energiearmen Lebensmitteln (z.B. Gemüse) vergrößern.
- Vermeiden Sie große Portionen und häufigen Verzehr von fettreichen Lebensmitteln und Zubereitungen, z.B. fettreiches Fleisch, fettreiche Wurstwaren, fettreicher Käse, Sahne, Schokolade, Chips, etc. Reduzieren Sie fett- und/oder zuckerreiche Fertiggerichte, Backwaren und Fast Food, sie sind häufig sehr kalorienreich und sättigen nicht lange.
- Zucker und Salz einsparen. Mit Zucker gesüßte Lebensmittel und Getränke sind nicht empfehlenswert. Vermeiden Sie diese möglichst und setzen Sie Zucker sparsam ein. Sparen Sie Salz und reduzieren Sie den Anteil salzreicher Lebensmittel. Würzen Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen.
- Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“. Genießen Sie mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag. Zur bunten Auswahl gehören auch Hülsenfrüchte wie Linsen, Kichererbsen und Bohnen. Gemüse und Obst versorgen Sie reichlich mit Nährstoffen, Ballaststoffen sowie sekundären Pflanzenstoffen und tragen zur Sättigung bei.
- Wählen Sie Vollkorn. Bei Getreideprodukten wie Brot, Nudeln, Reis und Mehl ist die Vollkornvariante die beste Wahl. Sie sättigen länger und enthalten mehr Nährstoffe als Weißmehlprodukte.
- Essen Sie abwechslungsreich und ausgewogen. Nutzen und genießen Sie vor allem die Vielfalt des Angebots frischer Lebensmittel, bevorzugen Sie pflanzliche Lebensmittel, essen Sie tierische Produkte eher zur Ergänzung.
- Nutzen Sie bevorzugt pflanzliche Fette, z.B. Öle, Nüsse oder Samen.

- Am besten Wasser trinken. Trinken Sie mindestens 1,5 Liter jeden Tag, Wasser oder andere kalorienfreie Getränke wie ungesüßten Tee oder Kaffee. Zuckergesüßte und alkoholische Getränke sind nicht empfehlenswert, sie liefern unnötige Kalorien.
- Achtsam essen und genießen. Gönnen Sie sich eine Pause für Ihre Mahlzeiten und lassen Sie sich Zeit beim Essen. Langsames, bewusstes Essen fördert den Genuss und das Sättigungsempfinden.
- Schonend zubereiten. Garen Sie Lebensmittel so lange wie nötig und so kurz wie möglich, mit wenig Wasser und wenig Fett.
- Es wird leichter, wenn Sie regelmäßige Mahlzeiten einnehmen und protokollieren, was Sie essen. So behalten Sie die Übersicht.
- Kontrollieren Sie regelmäßig Ihr Körpergewicht.
- Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben. Vollwertige Ernährung und körperliche Aktivität gehören zusammen. Dabei ist nicht nur regelmäßiger Sport hilfreich, sondern auch ein aktiver Alltag, indem Sie z. B. öfter zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren.

Weiterführende Informationen und Hilfen

Adressen zertifizierter Zentren

Eine Zertifizierung bedeutet, dass eine Einrichtung in einer unabhängigen Prüfung die Qualität ihrer Arbeit nachweisen konnte. Die Wahrscheinlichkeit die bestmögliche Behandlung zu bekommen, ist in zertifizierten Zentren am höchsten!

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Visceralchirurgie hat die Adressen zertifizierter Zentren zusammengestellt:

<http://www.dgav.de/zertifizierung/zertifizierte-zentren/adipositas-und-metabolische-chirurgie.html>

Adressen der Selbsthilfe

Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.

Postfach 60 01 44

60064 Frankfurt am Main

E-Mail: vorstand@acsdev.de

Im Internet: <https://acsdev.de/>

Adipositas Verband Deutschland e.V.

Peterstr. 39

46236 Bottrop

E-Mail: info@adipositasverband.de

Telefon: 02041 – 7829343 (AB)

Im Internet: <http://www.adipositasverband.de/>

AdipositasHilfe Nord e.V.

Neulander Weg 1

21423 Winsen (L)

E-Mail: info@adipositashilfe-nord.de

Tel.: 04171 / 13657-14; Fax: 04171 / 13657-15

Im Internet: <https://www.adipositashilfe-nord.de>

Sie suchen eine Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe?

Ein vollständiges Verzeichnis, sortiert nach PLZ-Bereichen, ist beim Adipositasverband Deutschland e.V. zu finden. Nutzen Sie die Umkreissuche und geben Sie im Internet Ihren Ort oder Ihre Postleitzahl in das Eingabefeld ein. Weitere Informationen zu den Selbsthilfegruppen finden Sie im Forum des Adipositas Verband Deutschland e.V. – ein kostenloser Service unter www.adipositas-foren.de.

Weitere Suchmöglichkeiten nach Selbsthilfegruppen zu Adipositas finden Sie im Internet unter:

- <http://adipositas-verzeichnis.de>: bietet nicht nur die Suche nach Selbsthilfegruppen sondern auch nach medizinischen Einrichtungen und Stellen der Ernährungsberatung
- <https://acsdev.de/verzeichnis>: Adressverzeichnis der Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.
- www.nakos.de: Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Ernährungstagebuch

Deutsche Gesellschaft für Ernährung DGE

<https://www.dge-medianservice.de/mein-ernahrungstagebuch.html>

Bewegungstagebuch

Adipositas-Selbsthilfegruppe Forchheim

<http://adipositas-shg-forchheim.de/wp-content/uploads/2015/02/Bewegungstagebuch-SHG.pdf>

Befunde verstehen, Informationen finden

Wer nicht versteht was im Arztbrief steht, kann ihn kostenfrei in eine patientenfreundliche Sprache übersetzen lassen. Medizinstudenten bieten diesen Service an. Sie sind über die Internetadresse www.washabich.de zu erreichen.

Informationsseiten zu verlässlichen und wissenschaftlich geprüften Patienteninformationen zu Adipositas sind:

- www.gesundheitsinformation.de
- www.cochrane.org/de/search/site/adipositas

Patientenmagazin Wegweiser Adipositas

- www.adipositasverband.de/wegweiser-adipositas-hoechste-auflage-in-deutschland
- www.adipositasspiegel.de
- <https://acsdev.de/adipositas-magazin/> Das Magazin kann als gedrucktes Heft gegen Portokosten unter dieser Adresse bestellt werden.
- „Abnehmen ist doch ganz einfach?!“, Adipositas Verband Nord e.V. (<https://www.adipositashilfe-nord.de/downloads.html>)

Internetadressen relevanter Fachgesellschaften und Verbände

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.
www.adipositas-gesellschaft.de
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
www.dgem.de
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
www.dgpm.de
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für die Adipositas therapie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
www.dgav.de
- Kompetenznetz Adipositas
www.kompetenznetz-adipositas.de
- Expertennetzwerk Adipositas
www.experten-netzwerk-adipositas.de
- Deutsche Diabetesgesellschaft
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
www.endokrinologie.net
- Deutsches Netzwerk Adipositas
www.deutsches-netzwerk-adipositas.de
- Bund Deutscher Ernährungsmediziner
www.bdem.de
- Verband der Diätassistenten
www.vdd.de
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
www.dge.de
- Berufsverband Ökotrophologie e.V.
www.vdoe.de

Adressen von Beratungsstellen (Auswahl)

Beratungszentrum bei Ess-Störungen – Dick & Dünn e.V.

Innsbrucker Straße 37, 10825 Berlin

Tel.: 030 / 854 49 94, Mo-Fr 10-14 Uhr

Internet: <http://www.dick-und-duenn-berlin.de>

Email: info@dick-und-duenn-berlin.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD

Tempelhofer Weg 62, 12347 Berlin

Telefonisch unter 0800 011 77 22

von montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr

und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Auch in türkischer und russischer Sprache, siehe:

<https://www.patientenberatung.de/de/kontakt#Telefonische-Beratung>

Internet: www.patientenberatung.de

Online-Beratungsplattform: <https://online.patientenberatung.de/>

Für eine Beratung außerhalb der Arztpraxis können Sie sich auch an Ihre Krankenkasse oder Selbsthilfegruppen wenden.

Kleines Wörterbuch

Abdominal

Zum Bauchraum gehörend

Adipositas-assoziiert

Sind Erkrankungen oder Risikofaktoren, die auf Grund der vorhandenen Adipositas entstehen.

Affektive Störung

Bei affektiven Störungen ist die Stimmung entweder übermäßig stark gehoben (manisch) und/oder gedrückt (depressiv).

Affektregulation

Bezeichnet die Fähigkeit von Menschen, die durch die meist selbstkonfrontative Auseinandersetzung mit unangenehmen Erfahrungen ausgelösten negativen Emotionen dauerhaft zu regulieren, so dass sie in das „Selbst“ integriert werden kann.

Akut

Als akut werden Ereignisse wie zum Beispiel Beschwerden bezeichnet, die plötzlich auftreten und in den meisten Fällen nicht lange dauern.

Altersperzentile

An der Größe des Wertes des → **Body Mass Index (BMI)** kann man ablesen, ob eine Person Unter-, Normal- oder Übergewicht hat. Bei Kindern und Jugendlichen ist das aber nicht so einfach, denn sie wachsen ja noch. Muskel- und Fettanteile verändern sich bei Jungen und Mädchen unterschiedlich. Es gibt deshalb Wachstumskurven für Jungen und Mädchen verschiedenen Lebensalters, mit deren Hilfe man den BMI-Wert eines Kindes mit dem Wert gleichaltiger Kinder gleichen Geschlechts vergleichen kann. Solche Kurven werden Altersperzentile genannt. Man kann aus ihnen ablesen, wieviel Prozent zum Beispiel von Mädchen eines bestimmten Alters einen höheren BMI haben als das Mädchen, um das es gerade geht.

Angststörung

Angst ist als wichtiges Signal für Bedrohungen im Laufe von vielen tausend Jahren entstanden. Für die Entwicklung des Menschen (und auch anderer Lebewesen) war die Entstehung von Angstreaktionen also sehr wichtig, um den Organismus vor Gefahren zu warnen und ihn so zu schützen. Ein gewisses Maß an Angst, besonders in unbekanntem Situationen, ist auch in unserer heutigen Zeit noch notwendig. Sie kann die Aufmerksamkeit erhöhen und somit eine bessere Bewältigung verschiedener Situationen ermöglichen. Bei manchen Menschen ist das „Alarmsystem Angst“ aber überempfindlich geworden und wird schon bei kleinsten, ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder auch im Körper ausgelöst. Dann tritt die Angst sehr häufig oder so intensiv auf, dass sie quälend wird und das Leben einschränkt. Dies wird als Angststörung bezeichnet.

Antidepressiva

Medikamente die hauptsächlich zur Behandlung von Depressionen verwendet werden.

Antidiabetika

Medikamente zur Behandlung von Diabetes.

Antiepileptika

Medikamente zur Behandlung von Krampfanfällen des Gehirns (Epilepsien).

Ärztlicher Psychotherapeut

Ein Ärztlicher Psychotherapeut ist ein Mediziner, der nach dem Medizinstudium eine Facharztausbildung zum Ärztlichen Psychotherapeuten abgeschlossen hat. Ärztliche Psychotherapeuten arbeiten meist in Kliniken oder in eigener Praxis.

Bariatrische Operationen/Bariatrische Chirurgie

Operationsmethoden zur Gewichtsreduktion. Die Bariatrie ist ein Spezialgebiet in der Medizin, das sich mit der Erforschung, Untersuchung und Behandlung von Adipositas beschäftigt.

Betablocker

Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck und Herzschwäche.

Bluthochdruck

Fachbegriff: Hypertonie

Nach WHO-Kriterien spricht man von einer arteriellen Hypertonie, wenn dauerhaft und situationsunabhängig ein systolischer Blutdruck höher als 140 mmHg oder ein diastolischer Blutdruck größer als 90 mmHg vorliegt. Ein systolischer Blutdruck höher als 120 mmHg oder ein diastolischer Blutdruck höher als 80 mmHg gilt als grenzwertig.

BMI

Abkürzung für Body Mass Index

Der BMI ist eine Maßzahl mit der berechnet werden kann, ob eine Person Normal-, Unter- oder Übergewicht hat. Der BMI ist der Quotient aus Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat.

Demenz

Als Demenz bezeichnet man eine anhaltende oder fortschreitende Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Gehirnleistungen.

Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes (auch Zuckerkrankheit genannt) ist gekennzeichnet durch eine langanhaltende Erhöhung des Blutzuckers. Man unterscheidet verschiedene Erkrankungstypen. Bei einer Diabetes-Erkrankung besteht das Risiko für schwere Begleit- und Folgeerkrankungen.

Bei Diabetes Typ 2 werden Körperzellen unempfindlich gegenüber Insulin. Der Zucker, der sich im Blut befindet, kann so nicht mehr in die Zellen gelangen.

Diuretika

Ein Diuretikum (Entwässerungsmittel) ist ein Wirkstoff, der die Ausschwemmung von Wasser aus dem Körper durch die Niere bewirkt.

Diätassistent

Der Beruf des Diätassistenten ist ein Heilberuf im Bereich Ernährungsberatung. Diätassistenten unterstützen Menschen, die sich gesund ernähren möchten oder die aus gesundheitlichen Gründen eine bestimmte Ernährung einhalten müssen, zum Beispiel bei der Unverträglichkeit bestimmter Lebensmittel, bei Diabetes,

bei Über- oder Untergewicht oder auch bestimmten Organerkrankungen. Dazu erstellen sie, auch nach ärztlicher Verordnung, individuelle Ernährungspläne und Therapiekonzepte für die jeweiligen Patienten und beraten diese.

Elektrokardiographie

Ist eine Untersuchungsmethode, bei der die elektrische Aktivität des Herzens gemessen wird.

Endokrinologe

Der Endokrinologe ist ein Facharzt, welcher sich mit den Hormonen beschäftigt. Er/sie diagnostiziert und behandelt Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenenerkrankungen, Diabetes, krankhafte Überproduktion von Hormonen sowie bösartige Tumoren.

Endoskopie

In den Körper wird eine kleine Kamera eingeführt, die Untersuchungen im Inneren des Körpers ermöglicht. Es können auch kleine, wenig verletzende Eingriffe durchgeführt werden.

Ergometrie

Belastungstest zur Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit und des Schweregrades einer Herzerkrankung. Herzströme werden unter Belastung mit einem EKG aufgezeichnet.

Evidenzbasiert

Evidenzbasiert bedeutet: wissenschaftlich nachgewiesen. Die Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Erkenntnisse für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Formulaprodukte

Formulaprodukte sind industriell hergestellte Nährstoff-Gemische. Sie enthalten Eiweiß, Kohlenhydrate und Fett in einem ausgewogenen Verhältnis. Sie kommen u.a. in Form von Fertigdrinks, Suppen oder Shakes vor. Sie ersetzen die Mahlzeit ganz oder teilweise. Formulaprodukte fallen unter § 14 der deutschen Diätverordnung.

ft3, ft4

ft3 und ft4 sind zwei wichtige Hormone der Schilddrüse. Abweichungen von festgelegten Normwerten sind ein Anzeichen für eine Fehlfunktion der Schilddrüse.

Gicht

Gicht ist eine Stoffwechselstörung, bei der sich die Harnsäurekonzentration im Blut erhöht. So bilden sich Harnsäurekristalle (Urat-Kristalle), die sich in Gelenken, Schleimbeuteln, Sehnen, in der Haut und im Ohrknorpel ablagern. Starke Gelenkentzündungen und Gelenkschäden können entstehen. Auch in der Niere setzen sich die Kristalle ab. Bleibt die Gicht unbehandelt, kann es zur Bildung von Nierensteinen und Nierenschäden kommen.

Glukokortikoide

Medikamente, die zur Behandlung von vielen chronischen Erkrankungen dienen.

Grundumsatz

Der Grundumsatz beschreibt diejenige Energiemenge, die der Körper bei völliger Ruhe und gleichbleibender Umgebungstemperatur benötigt, um lebensnotwendige Funktionen wie Atmung, Stoffwechsel, Kreislauf und richtige Körpertemperatur 24 Stunden lang aufrecht zu erhalten.

Indikationen

Eine Indikation (aus dem lat. indicere=anzeigen) ist die Begründung für eine notwendige Untersuchung oder Behandlung.

Kontraindikationen

Wenn die Begründung für eine Behandlung vorliegt (Indikation), aber bestimmte Risikofaktoren wie zum Beispiel schwere Begleiterkrankungen vorliegen, dann kann die Behandlung nicht durchgeführt werden, obwohl sie angezeigt wäre (trotz Indikation). In diesem Fall spricht man von einer Kontraindikation (contra=gegen).

Kontrazeptiva

Arzneimittel zur hormonalen Empfängnisverhütung.

Leistungsumsatz

Der Leistungsumsatz ist diejenige Energie, die der Körper innerhalb von 24 Stunden über den → **Grundumsatz** hinaus ver-

braucht, etwa durch körperliche und geistige Aktivität, durch Wärmeregulation bei unterschiedlichen Umgebungstemperaturen oder Regeneration nach Krankheit oder Verletzungen. Mit zusätzlicher körperlicher Aktivität kann sich der Leistungsumsatz erheblich steigern.

Morbidität

Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe.

Mortalität

Sterblichkeitsrate. Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Zahl der statistisch berücksichtigten Personen.

Neuroleptika

Medikamente, die gegen Erregungszustände, Wahnideen, Halluzinationen und weitere Störungen des Erlebens oder Verhaltens eingesetzt werden.

Oberbauchsonographie

Untersuchung des Oberbauches mit Ultraschall.

Ökotrophologe

Studium der Ökotrophologie oder Ernährungswissenschaft. Durch Nachweis eines Zertifikates im Bereich Ernährungsberatung wird nachgewiesen, dass der Schwerpunkt des Studiums im Bereich Ernährung- und Ernährungsberatung liegt. Ernährungswissenschaftler, der Kenntnisse über Lebensmittel, die physiologischen Grundlagen der menschlichen Ernährung sowie der Prävention von Krankheiten durch Ernährung hat.

Patientenleitlinie

Eine Patientenleitlinie ist die laienverständliche Übersetzung einer an Experten gerichteten wissenschaftlichen Leitlinie (siehe auch → S3-Leitlinie).

Psychologischer Psychotherapeut

Ein Psychologischer Psychotherapeut (PP) ist ein Psychologe, der nach dem mit Diplom oder Master abgeschlossenem Psychologiestudium eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) abgeschlossen und die Approbation, die Befähigung zur eigenständigen

gen Durchführung von Psychotherapie, erhalten hat. Psychologische Psychotherapeuten arbeiten meist in Kliniken oder in eigener Praxis.

Psychopharmaka

Psychopharmaka sind Substanzen, die bestimmte Stoffwechselfvorgänge im Gehirn beeinflussen und so die psychische Verfassung verändern.

Ressource

Eine Ressource ist eine vorhandene Fähigkeit oder Möglichkeit, die dem Patient hilft, sein Leben und seine Krankheit zu bewältigen.

Schlafapnoe

Wiederkehrende Atemaussetzer während des Schlafes.

S3-Leitlinie

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Leitlinien werden in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)

S2: eine formale Konsensfindung ("S2k") und/oder eine formale "Evidenz"-Recherche ("S2e") hat stattgefunden

S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse).

somatoforme Störungen

Körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.

Stigmatisierung

Bezeichnet in erste Linie die Zuschreibung eines Merkmals auf eine Person, das von der Gesellschaft negativ bewertet wird und sich für den einzelnen Menschen negativ auswirkt.

Studien

Studien oder besser klinische Studien sind eine Voraussetzung für den medizinischen Fortschritt. Sie dienen dazu, den Wert neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu prüfen und sind wichtig für die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung von Patienten. Erkenntnisse über Krankheitsursachen und Krankheitsverläufe werden ebenfalls durch klinische Studien gewonnen. Alle Studien müssen von Ethikkommissionen und Behörden genehmigt werden sowie den gesetzlichen Vorgaben und internationalen Standards entsprechen.

TSH

Ein Hormon, das in der Hirnanhangdrüse gebildet wird. Die Abkürzung TSH steht für Thyreoidea-stimulierendes Hormon, was bedeutet, dass es einen Einfluss auf die Funktion der Schilddrüse hat.

Wissenschaftliche Leitlinie

Siehe → S3-Leitlinie

Verwendete Quellen

- S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001l_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11.pdf
- Information des IFB Adipositas-Erkrankungen
<https://www.ifb-adipositas.de/adipositas>
- Bundesministerium für Gesundheit. Patientenrechte
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen. (2017). Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/BGL_Adipositas_Chirurgie_Stand_2017-10-06_fV.pdf (letztmalig aufgesucht am 9.1.2018)

Impressum

Herausgeber:

Prof. Dr. Claudia Luck-Sikorski*
Prof. Dr. Sylvia Sänger
SRH Hochschule für Gesundheit, Campus Gera
*Integriertes Forschungs- und Behandlungs-
zentrum (IFB) AdipositasErkrankungen



Prof. Dr. med. Matthias Blücher
Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V.



Die Patientenleitlinie wurde erarbeitet durch die Studierenden im Masterstudiengang Medizinpädagogik SS16 an der SRH Hochschule für Gesundheit:

Yvonne Groe, Jennifer Henning, Josephine Hermans, Stefanie Jordan,
Stefanie Kerschner, Kristin Klich, Marco Kluttig, Steve Priedemann,
Nadine Sauermilch

Redaktion und Koordination

Prof. Dr. Sylvia Sänger
Prof. Dr. Claudia Luck-Sikorski
Dr. oec. troph. Stefanie Gerlach

Abbildungen

Deckblatt:
Seite 7: Fotolia tGerhard Seybert
Seite 17: Fotolia Africa Studio
Seite 22, 38, 40: Fotolia Gina Sanders
Seite 25: Fotolia fotomek
Seite 25: Fotolia Alexander Limbach
Seite 45: Fotolia alfexe
Seite 51: Fotolia cirquedesprit

Veröffentlichung: Januar 2019
Nächste berarbeitung: mit Erscheinen der S3-Leitlinie Adipositas

Experten-Review durch:

(alphabetisch geordnet)

- PD Dr. Anne Barzel, Geschäftsstelle-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Prof. Dr. Stephan C. Bischoff, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
- Prof. Dr. Matthias Blüher, Präsident der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) e.V.
- Dr. oec. troph. Christina Breidenassel, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE)
- Dr. Beatrix Feuerreiter, Leitung der Geschäftsstelle der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.
- Dr. oec. troph. Stefanie Gerlach, Vorstandsmitglied und Mediensprecherin der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Leiterin Gesundheitspolitik bei diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
- Prof. Dr. Christoph Heintze, Universitätsmedizin Berlin als Vertreter der Ständigen Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann, Adipositaszentrum Tecklenburg-Leeden
- Prof. Dr. Norbert Stefan, Institut für Diabetesforschung und Metabolische Erkrankungen, Universität Tübingen
- Doris Steinkamp, Beratungsagentur Ernährung, Krefeld
- Prof. Dr. Christine Stroh, SRH Waldklinikum Gera, Adipositas-expertin und Expertin für metabolische Chirurgie
- Prof. Dr. Martin A. Teufel, LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen
- Prof. Dr. Martin Wabitsch, Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V.

Patienten-Review durch:

- Christina Cyliax, Leiterin der Adipositasselbsthilfe Jena

- Andreas Herdt, Adipositaschirurgie Selbsthilfe Deutschland e.V.
- Steffi Wirtz, Patientenbeauftragte *der* DAG *von* der Adipositashilfe Nord e.V

In Vorbereitung der Patientenleitlinie haben die Studierenden des Masterstudiengangs Medizinpädagogik SS16 eine Fokusgruppensitzung mit **Patientinnen und Patienten der Adipositas Selbsthilfe Jena** (www.gewichtig.info) durchgeführt. Erarbeitet wurden Erfahrungen und Defizite im Umgang mit der Erkrankung und dem Hilfesystem sowie Anregungen für Betroffene. Die Namen der Patientinnen und Patienten sind zur Wahrung ihrer Privatsphäre nicht angegeben.

Ihre Anregungen für uns

Danke für Ihre Rückmeldung an:

Prof. Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski

oder an: Prof. Dr. Sylvia Sängler

SRH Hochschule für Gesundheit, Campus Gera

Neue Straße 28-30, 07548 Gera

Liebe Leserin, lieber Leser,

es war unser Ziel, diese Patientenleitlinie verständlich und für Sie so hilfreich wie nur möglich zu gestalten. Ob das gelungen ist, können nur Sie entscheiden. Lassen Sie uns wissen, welchen Eindruck Sie von dieser Patientenleitlinie haben:

Was fanden Sie gut an dieser Patientenleitlinie?

Was fanden Sie nicht gut an dieser Patientenleitlinie?

Wann haben Sie diese Patientenleitlinie erhalten?

- vor der Behandlungsentscheidung
- viel zu spät

Von wem haben Sie diese Patientenleitlinie erhalten?

- von meinem Hausarzt/meiner Hausärztin
- von meinem Psychotherapeuten
- Tipp von anderen Betroffenen
- sonstiges, und zwar:

**Haben Sie noch Fragen, die wir nicht beantwortet haben,
oder möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?**

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online