






Ernährung im Kontext der bariatrischen Chirurgie

Prinzip	Restriktion		Restriktion und Malabsorption		
Verfahren	Verstellbares Magenband	Schlauchmagen (Sleeve) ³	Magen-Bypass	Biliopankreatische Diversion (BPD)	Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch (OS)
					
Ergebnisse					
EWL¹	-47,5 %	33,0–85,0 % ³	-61,6 %		-70,1 %
BMI^{1,2} (kg/m²)	-10,4/-10,6	-14,1 ³	-16,7/-16,3		-18,0/-18,7 %
Rückbildung von					
DMT2^{1,2}	47,9 %–56,7 %	14,0–88,3 % ³	83,7 %/80,3 %		98,9 %/95,1 %
Hypertonie¹	43,2 %	22,0–73,7 % ³	67,5 %		83,4 %
Schlafapnoe¹	95,0 %	39,0–52,0 % ³	80,4 %		91,9 %
Hyperlipidämie¹	58,9 %	5,0–56,0 % ³	96,6 %		99,1 %

a: Magenpouch; b: verstellbares Magenband mit Port; c: Magen bzw. Restmagen; d: Duodenum; e: Schlauchmagen; f: resezierter Magenkörper; g: alimentäre Schlinge (Dünndarmanteil mit Nahrung); h: biliopankreatische Schlinge (Duodenum, Jejunum, proximales Ileum mit Galle und Pankreassekret)

¹nach [13]: Daten beziehen sich ausschließlich auf Magenband, Magen-Bypass sowie BPD und BPD/DS.

²nach [14]: Daten beziehen sich ausschließlich auf Magenband, Magen-Bypass sowie BPD und BPD/DS.

³nach [15]: Zur Wirksamkeit der Schlauchmagenoperation liegt bisher ein systematisches Review von BRETHAUER et al. (2009) vor. Diese Daten wurden im „Update Position Statement on Sleeve Gastrectomy as Bariatric Procedure“ der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) übernommen.

BMI: Body-Mass-Index; DMT2: Diabetes mellitus Typ 2; EWL: Excess Weight Loss (Prozentualer Gewichtsverlust des Übergewichtes = Gewichtsverlust / Übergewicht x 100)

Tab. 1: Überblick zu den chirurgischen Verfahren der Gewichtsreduktion und Ergebnisse
 Mit freundlicher Genehmigung der © Johnson und Johnson MEDICAL GmbH, Ethicon Endo-Surgery

Kurzportrait des Autors

Nach der Ausbildung zum Diätassistenten am Schulzentrum für Medizinalfachberufe – Schule für Diätassistenten der Charité begann Mario HELLBARDT seine berufliche Laufbahn in der Kraichgau-Klinik Bad Rappenau (Rehabilitationsklinik mit den Schwerpunkten Onkologie, chronischen Schmerzsyndromen und Stoffwechselstörungen). Anschließend sammelte er, aufbauend auf seine Ausbildung zum Kaufmann im Einzelhandel, als stellvertretender Betriebsleiter in einer Krankenhausküche eines Cateringunternehmens in Berlin Erfahrungen im kaufmännischen Bereich. Er entwickelte ein Konzept zur Erkennung und Therapie von Mangelernährung und Schulung von medizinischem Fachpersonal in einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim für Frauen in Berlin. Danach erfolgte seine Rückkehr in die Diättherapie und Ernährungsberatung an der Rehabilitationsklinik Hohenelse am Rheinsberger See (Brandenburg). Hauptindikationen der Klinik stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen mit dem Schwerpunkt Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates dar. Nach der 18-monatigen Befristung kehrte er nach Berlin zurück, um an der Charité – Campus Virchow Klinikum seine Arbeit in der Diät- und Ernährungsberatung aufzunehmen. Hier betreute er Patienten im ambulanten und stationären Bereich. Schwerpunkte seiner Beratungstätigkeiten waren die Nephrologie, Gastroenterologie und Hepatologie, Stoffwechselstörungen, Ernährungstherapie in der Chirurgie und Neurologie sowie der Transplantationsmedizin. Einen wesentlichen Schwerpunkt seiner Tätigkeit bildete die Therapie bei Übergewicht und Adipositas.

Berufsbegleitend bildete er sich zum Medizinischen Ernährungsberater und zum Diätassistenten für die Nephrologische Ernährungstherapie weiter und absolvierte ein Studium der Angewandten Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

Seit Februar 2006 arbeitet Mario HELLBARDT im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) POLIKUM Friedenau und konnte hier die Abteilung Diättherapie/Ernährungsberatung und Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und Koronaren Herzkrankheiten sowie das präventive Gesundheitstraining „POLIKUM aktiv!“ aufbauen und als festen Bestandteil in der Versorgung der Patienten etablieren.

Zum Mai 2012 wechselt HELLBARDT an das Integrierte Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen in Leipzig, um hier seine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter und SOP-Manager zur Qualitätssicherung in der Therapie adipöser Patienten aufzunehmen.

Literatur

1. Harper J et al. (2007) What happens to patients who do not follow-up after bariatric surgery? *Am Surg* 73 (2): 181–184
2. Gould JC, Beverstein G, Reinhardt S, Garren MJ (2007) Impact of routine and long-term follow-up on weight loss after laparoscopic gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 3: 627–630
3. Hellbardt M, Meteling-Eeken M. Überblick zur chirurgischen Therapie der Adipositas. In: Hellbardt M (Hg). *Ernährung im Kontext der bariatrischen Chirurgie*. Pabst, Lengerich (2011), 13–26
4. Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG). *Therapie von Übergewicht und Adipositas*. In: Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Hg). *Evidenzbasierte Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas*. (2007), 10–18
5. Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas (CA-ADIP) (2010). *Indikation*. In: CA-ADIP, Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Hg). *S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas*. (2010), 12–22
6. Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M et al. (2004) Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 351: 2683–2693
7. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD et al. (2007) Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *N Engl J Med* 357: 741–752
8. Stroh C, Birk D, Flade-Kluthe R et al. (2009) A Nationwide Survey on Bariatric Surgery in Germany – Results 2005–2007. *Obes Surg* 19: 105–112
9. Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C et al. (2007) Quality of Life in Morbidly Obese Patients after Surgical Weight Loss. *Obes Surg* 17: 229–235
10. Sarwer DB, Wadden TA, Moore RH et al. (2010) Changes in quality of life and body image after gastric bypass surgery. *Surg Obes Relat Dis* 6: 608–614
11. Livhits M, Mercado C, Yermilov I et al. (2011) Is social support associated with greater weight loss after bariatric surgery?: a systematic review. *Obes Rev* 12: 142–148
12. Hellbardt M, Böhnke J. Warum ein diättherapeutischer Leitfaden? In: Hellbardt M (Hg). *Ernährung im Kontext der bariatrischen Chirurgie*. Pabst, Lengerich (2011), 27–28
13. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E et al. (2004) Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 292: 1724–1737
14. Buchwald H, Estok R, Fahrback K et al. (2009) Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Med* 122: 248–256
15. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) (2010) *Updated Position Statement on Sleeve Gastrectomy as a Bariatric Procedure*. *Surg Obes Relat Dis* 6: 1–5