

Persönliche PDF-Datei für Sänger S, Luck-Sikorski C, Wick K, Stroh C.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Was der Adipositas-
Chirurg über die Psyche des
Patienten wissen muss**

**Allgemein- und
Viszeralchirurgie
up2date**

2023

37-51

10.1055/a-1968-7993

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1611-6437

Was der Adipositaschirurg über die Psyche des Patienten wissen muss

*Sylvia Sanger
Katharina Wick
Claudia Luck-Sikorski
Christine Stroh*

VNR: 2760512023163514508

DOI: 10.1055/a-1968-7993

Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2023; 17 (1): 37–51

ISSN 1611-6437

© 2023 Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rudigerstrae 14,
70469 Stuttgart, Germany

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Komplikationen bei bariatrischen Patienten: Diagnostik und Management S. Schneider-Koriath, T. Lauch, N. Meyer, J. Bernhardt, K. Ludwig Heft 6/2022

Supplementation und Nachsorge nach Adipositas- und metabolischer Chirurgie C. Stroh Heft 6/2022

Standardoperationen in der Adipositaschirurgie G. Marjanovic, G. Seifert, C. Läßle, J. Fink Heft 5/2022

Metabolische Chirurgie C. Stroh, D. Luderer Heft 4/2022

Der Stellenwert neuerer Verfahren in der Adipositaschirurgie (SADI, SASI und Co.) D. Gärtner, A. Schöttler, A. Popp Heft 3/2022

Aktuelle S3-Leitlinie „Therapie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ A. Dietrich Heft 2/2019

Plastische Straffungsoperationen nach massivem Gewichtsverlust: Techniken U. E. Ziegler, S. N. Ziegler, P. H. Zeplin Heft 2/2017

Plastische Straffungsoperationen nach massivem Gewichtsverlust: Grundlagen U. E. Ziegler, S. N. Ziegler, P. H. Zeplin Heft 2/2017

Komplikationen bei bariatrischen Patienten: diagnostisches Vorgehen und Management S. Schneider-Koriath, N. Strater, K. Ludwig Heft 6/2016

Spezielle Aspekte perioperativer Medizin beim adipösen Patienten H. Spieker, A. Dietrich Heft 3/2016

Standardoperationen der Adipositaschirurgie: Techniken, Indikationen, Ergebnisse N. Runkel Heft 1/2016

Adipositaschirurgie und metabolische Chirurgie: Standortbestimmung 2015 T. Hüttl, P. Stauch, O. Dietl Heft 6/2015

Entwicklungen in der bariatrischen Chirurgie – Past, Present and Future S. Wolter, O. Mann Heft 2/2015

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil,

alle bereits erschienenen Artikel.

Für Abonnenten kostenlos!

<https://eref.thieme.de/avc-u2d>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit und überall auf Ihr up2date-Archiv zugreifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-Sammelordner finden Sie unter:

<https://eref.thieme.de/TNFI1>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet?

Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung

Was der Adipositaschirurg über die Psyche des Patienten wissen muss

Sylvia Sanger, Katharina Wick, Claudia Luck-Sikorski, Christine Stroh



Der Beitrag legt den Schwerpunkt auf die psychischen Aspekte, die mit einer adipositaschirurgischen Maßnahme bei Patienten zu berücksichtigen sind. Er soll darüber hinaus die Implementierung der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ [1] unterstützen.

ABKÜRZUNGEN

BMI	Body-Mass-Index
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
PEF	partizipative Entscheidungsfindung
WHO	World Health Organization

Adipositas und Ziel der Adipositaschirurgie

Adipositas ist multifaktoriell bedingt. Die dem Körper bermsig zugeführte Energie wird im Fettgewebe und in der Leber gespeichert und führt damit zu einer Gewichtszunahme. Dadurch kann eine Reihe teils schwerer Folge- und Begleiterkrankungen entstehen, die den Stoffwechsel, das Herz-Kreislauf-System und die Gelenke betreffen. Nicht nur die Lebensqualität, auch die Lebenserwartung sind bei einer Adipositas in Abhängigkeit von der Schwere deutlich vermindert.

Die Klassifikation der Adipositas nach WHO beruht auf dem Body-Mass-Index (BMI), der sich aus Körpergewicht dividiert durch Körpergröße im Quadrat (kg/m^2) errechnet. Für Europäer ist die Einteilung der Adipositas in ► **Tab. 1** dargestellt [1].

Eine Gewichtsreduktion kann der Adipositas entgegenwirken. Sie erfolgt zunächst mit konservativen Maßnahmen wie Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie.

Einleitung

Bei adipositaschirurgischen und metabolischen Operationen geht es nicht allein um die Gewichtsreduktion, sondern auch darum, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der betroffenen Patienten zu verbessern [1]. Beides wird nicht nur durch die Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas beeinflusst, sondern auch durch die Folgen der Stigmatisierung und Diskriminierung sowie durch eine unzureichende Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Diese Folgen können zu weiteren negativen Konsequenzen und damit zur Aufrechterhaltung der Erkrankung führen [2]. Das ist eine Herausforderung für den Adipositaschirurgen, der sich über den operativen Eingriff hinaus auch mit den psychischen Befindlichkeiten der Patienten befassen muss, um den Erfolg der Operation sicherzustellen.

► **Tab. 1** Einteilung der Adipositas für Europäer gemäß World Health Organization [1].

Body-Mass-Index	Einteilung	ICD-10
BMI 30–34,9 kg/m^2	Grad I	ICD-10 E66.00
BMI 35–39,9 kg/m^2	Grad II	ICD-10 E66.01
BMI ≥ 40 kg/m^2	Grad III	ICD-10 E66.02

TAKE HOME MESSAGE

Eine nachhaltige Gewichtsreduktion, die Besserung von Komorbiditäten und eine Besserung der Lebensqualität sind bei höhergradiger Adipositas durch eine Ernährungs-, Bewegungs-, Verhaltens- und Pharmakotherapie allein oder in Kombination möglich, werden aber meistens nicht erreicht. Im Vergleich dazu ist eine chirurgische Therapie (adipositaschirurgische oder metabolische Operation) wesentlich effektiver und erreicht im Regelfall das angestrebte individuelle Therapieziel im Sinne einer nachhaltigen Gewichtsreduktion, einer Besserung von Komorbiditäten und einer Steigerung der Lebensqualität [1].

Sind die konservativen Maßnahmen erschöpft und erfolglos geblieben, kann ein adipositaschirurgischer Eingriff durchgeführt werden. Das Ziel der Adipositaschirurgie besteht in [1]:

- der Verbesserung der Lebensqualität,
- der Remission, Besserung bzw. Prophylaxe von Begleiterkrankungen,
- der Verlängerung des Überlebens und
- dem Erhalt der Teilhabe (am Arbeitsleben, am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben).

FALLBEISPIEL

Frau B. hat seit Jahren massive Gewichtsprobleme. Ihr aktueller BMI beträgt 42 kg/m². Vor 3 Jahren hat sie an einem Adipositaszentrum ein Basisprogramm zur Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie durchlaufen, das einen kurzzeitigen Erfolg zeigte. Danach nahm Frau B. kontinuierlich wieder zu. Ihren Beruf als Altenpflegerin kann sie aufgrund ihres körperlichen Zustandes derzeit nicht mehr ausüben, obwohl sie ihn sehr liebt. Auch hält sie die Angriffe und bössartigen Sticheleien ihrer Kollegen am Arbeitsplatz nicht mehr aus. Sie ist solchen Angriffen auch im Privatleben ausgesetzt.

Frau B. hat ein Alkoholproblem. Nach eigenen Angaben hilft ihr der Alkohol, mit den Diskriminierungen in Beruf und Privatleben umzugehen, die sie sonst verzweifeln lassen. Bei ihr wurde außerdem ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert.

Frau B. hat sich jetzt erneut in ein Adipositaszentrum begeben und fragt nun gezielt nach einer Verkleinerung des Magens, da sie hierin den einzigen Weg sehe, erfolgreich abzunehmen und dieses Gewicht dann auch dauerhaft zu halten, sodass sie auch wieder ihren Beruf ausüben kann.

DEFINITION**Adipositaschirurgie**

Unter Adipositaschirurgie versteht man einen operativen Eingriff (z. B. Schlauchmagenbildung), durch den mittels nachhaltiger Gewichtsreduktion eine Verbesserung von Komorbiditäten bzw. deren Prophylaxe und eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden soll.

Indikationsstellung

Für die Indikationsstellung sind folgende Sachverhalte bzw. Anforderungen ausschlaggebend [1]:

Es wurde bereits **eine erfolglose konventionelle Therapie** absolviert. Die Indikation zur Adipositaschirurgie wird gestellt, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten 2 Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von > 15% bei einem BMI von 35–39,9 kg/m² und von > 20% bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde.

Ein hoher **Body-Mass-Index**: Die Indikation wird bei Patienten mit einem BMI ≥ 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen nach Erschöpfung der konservativen Therapie und umfassender Aufklärung gestellt sowie Patienten mit einem BMI ≥ 35 kg/m² mit einer oder mehreren adipositasassoziierten Begleiterkrankungen.

Vorhandene **Begleiterkrankungen** werden ebenfalls in die Indikationsstellung einbezogen: Unter Berücksichtigung des BMI und vorhandener oder ursächlicher Begleiterkrankungen muss individuell unter Abschätzung von Nutzen und Risiken interdisziplinär die Entscheidung zugunsten eines der operativen Verfahren getroffen werden, wobei die Meinung des Patienten einbezogen werden soll.

Es ist des Weiteren zu berücksichtigen, ob eine Behandlung im **interdisziplinären Team** erfolgen kann, bestehend aus: Adipositaschirurg, Internist, Mental Health Professional (dazu zählen: Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und psychologische Psychotherapeuten), Ernährungsmediziner, Diabetologe – alle erfahren in der Behandlung von Patienten mit Adipositas.

Die Leitlinie [1] postuliert darüber hinaus, dass die Behandlung an einem **zertifizierten Adipositaszentrum** stattfindet. Eine der Voraussetzungen für die Erteilung eines Zertifikates ist, dass der verantwortliche Chirurg die Erfahrung von mindestens 300 Eingriffen vorweist.

Eine **Motivation** des Patienten zur Gewichtsabnahme, die Aktivierung persönlicher Ressourcen und das psychosoziale Verhalten soll vorhanden sein.

Konsumierende Grunderkrankungen, maligne Neoplasien, unbehandelte endokrine Ursachen und chronische Erkrankungen, die sich negativ auf den postoperativen katabolen Stoffwechsel auswirken können, sind **Kontraindikationen**. Auch eine bestehende oder geplante Schwangerschaft und bestehende psychische Vorerkrankungen schränken die Indikationsstellung ein.

Adipositas und psychische Erkrankungen

Bei allen Patienten soll entsprechend den Anforderungen der S3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen eine Beurteilung bezüglich aktueller und früherer psychischer Erkrankungen durchgeführt werden. In Metaanalysen haben sich besonders affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzgebrauchsstörungen und Essstörungen sowie frühere Selbstverletzungen und Suizidversuche negativ auf den postoperativen Verlauf ausgewirkt und sollten daher im Vorhinein diagnostisch abgeklärt werden. Psychische und physische Erkrankungen stellen jedoch keine generellen Kontraindikationen dar.

TAKE HOME MESSAGE

Psychische Erkrankungen stellen keine generelle Kontraindikation gegen adipositaschirurgische bzw. metabolische Operationen dar. Nach einer erfolgreichen Behandlung oder Überführung in einen stabilen Zustand kann eine Neubeurteilung der Patienten erfolgen. Jedoch sollten Patienten mit instabilen psychopathologischen Zuständen, einer aktiven Substanzabhängigkeit und einer unbehandelten Bulimia nervosa keiner bariatrischen Operation unterzogen werden.

Aktivierung persönlicher Ressourcen der Patienten

Der Erfolg einer chirurgischen Adipositasbehandlung ist wesentlich von der aktiven Beteiligung der Patienten an Entscheidungen und am Therapieprozess abhängig. Von Bedeutung ist hierbei, ob und wie es gelingt, die persönlichen Ressourcen der Patienten zu aktivieren und zu stärken. Dazu gehören:

- das Kohärenzgefühl,
- die Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung,
- das Selbstbild,
- die Motivation der Patienten und
- ihre Adhärenz.

Ressource Selbstbild

Einen großen Einfluss auf den Erfolg der adipositaschirurgischen Maßnahme hat das Selbstbild. Adipositas ist eine für alle optisch sichtbare Krankheit. Häufig werden mit dem überdurchschnittlichen Körpergewicht negative Charaktereigenschaften assoziiert, wie Faulheit und Willensschwäche, was zu einer Stigmatisierung führt.

Dies hat Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität. Außerdem ist auch die Gesundheitsversorgung der Betroffenen gefährdet, da sie sich schämen und später Hilfe in Anspruch nehmen als Normalgewichtige [2].

Die wiederholte Konfrontation und andauernde Stigmatisierung veranlassen die Betroffenen, diesen Stereotypen zuzustimmen. Das Selbstbild wird negativ beeinflusst und damit auch das Selbstwertgefühl. Ebenso können gescheiterte Abnehmversuche zu einem verringerten Selbstwertgefühl führen.

In Patienteninterviews äußerte eine Interviewpartnerin, dass sie vor ihrer Behandlung als Assi beschimpft wurde. „[...] du kannst nicht abnehmen und die Familie äußerte böartige Aussagen über Figur und Erscheinungsbild“ (Selbsthilfevertreter, Persönliche Mitteilung, 18. Juni 2022). Diese zugeschriebenen und von den Betroffenen schließlich verinnerlichten Charaktereigenschaften beeinflussen den Behandlungsverlauf negativ und führen zu einem Rückzug aus der Öffentlichkeit. Eine Betroffene äußerte im Interview: „Durch den Frust und die Belastung hat das Fressen immer mehr zugenommen“ (Selbsthilfevertreter, Persönliche Mitteilung, 18. Juni 2022).

Cave

Die Betroffenen befinden sich in einem Teufelskreis zwischen Diskriminierung, sozialem Rückzug und „trostspendenden Essanfällen“.

Die einmal gesteckten Therapieziele können auf diese Weise nicht mehr erreicht werden.

Infolgedessen ist die erforderliche Lebensstilveränderung hinsichtlich der Gewichtsreduktion und langfristigen -erhaltung nur eingeschränkt möglich. Durch die Internalisierung von Stereotypen und Vorurteilen kann es zu einer psychiatrischen Komorbidität kommen.

FALLBEISPIEL

Frau B. in unserem Fallbeispiel versucht, dieser Stigmatisierung mit Alkohol zu entfliehen. Gelingt es ihr, das eigene Selbstbild durch Unterstützung des multidisziplinären Behandlungsteams positiv zu beeinflussen, wird auch der Grund für den Alkoholkonsum wegfallen.

TAKE HOME MESSAGE

Patienten mit Adipositas erleben häufig Stigmatisierung und Diskriminierung, was sich negativ auf das Selbstbild und die psychische Gesundheit, die Lebensqualität sowie auf das Erreichen von Therapiezielen und -erfolgen auswirkt und eine aktive Beteiligung an einer erfolgreichen Behandlung behindert.

Ressource Kohärenzgefühl

Von der Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, der Kohärenz, hängt es maßgeblich ab, wie gut Menschen in der Lage sind, ihre Ressourcen zur Gesunderhaltung zu nutzen bzw. sie gezielt zur Gestaltung eines Genesungsprozesses einzusetzen. Das vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelte Konzept des Kohärenzgefühls ist das Kernstück des Modells der **Salutogenese** [3]. Die Salutogenese be-

trachtet Krankheit als einen normalen Zustand im Leben. Krankheit und Gesundheit sind nach Antonovsky keine dichotomen Zustände, vielmehr bewegt sich der Mensch stetig auf einem Kontinuum zwischen beiden Polen. Ob Menschen dabei mehr in Richtung Krankheit oder Gesundheit tendieren, hängt von ihrem Kohärenzgefühl ab, einem Gefühl, trotz aller widrigen Umstände eine „innere Stimmigkeit“ zu erhalten bzw. wieder aufzubauen [4, 5].

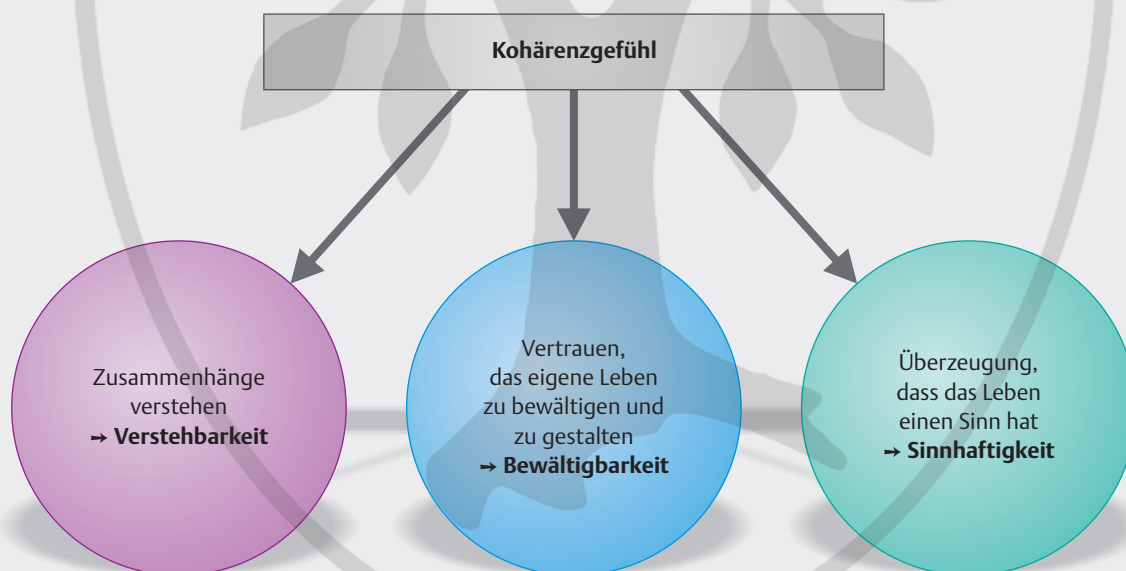
Das „Kohärenzgefühl“ wird als eine Basiskompetenz angesehen. Es besteht aus drei Komponenten (s. ► **Abb. 1**).

Das Gefühl der **Verstehbarkeit** ist das Gefühl, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, sie als geordnet, vorhersehbar und erklärbar einzustufen.

FALLBEISPIEL

Für unser Fallbeispiel bedeutet das, dass Frau B. nicht nur den Grund für ihr Alkoholproblem begreift, sondern auch den Zusammenhang von Stigmatisierung und falsch erlernter Bewältigungsstrategie.

Das Gefühl der **Bewältigbarkeit** ist die Überzeugung, dass man das eigene Leben aktiv gestalten kann und dass Ressourcen zur Bewältigung von Problemen bereitstehen.



► **Abb. 1** Ressourcenansatz des Salutogenesemodells (nach Daten aus [4]).

FALLBEISPIEL

Für unser Fallbeispiel bedeutet das, dass Frau B. dazu beraten wird, was sie selbst tun kann, um den Erfolg der bariatrischen OP auch langfristig zu sichern, und dass es sinnvoll sein kann, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Das Gefühl der **Sinnhaftigkeit** ist das Gefühl, dass das eigene Leben Bedeutung und Sinn hat, dass man Ziele und Aufgaben hat und dass es sinnvoll ist, Probleme zu meistern und als Herausforderungen und Chance anzugehen.

FALLBEISPIEL

Frau B. aus unserem Fallbeispiel liebt ihren Beruf als Altenpflegerin und möchte ihn demzufolge auch gern wieder ausüben. Das kann als ein Ziel der Behandlung gemeinsam mit ihr festgelegt werden.

Ressource Selbstwirksamkeit

Das Kohärenzgefühl steht in direktem Zusammenhang mit dem Resilienzfaktor Selbstwirksamkeit und ist damit eine wichtige Voraussetzung für Resilienz, die das persönliche Vermögen beschreibt, belastende Lebensereignisse unbeschadet zu meistern.

DEFINITION**Selbstwirksamkeit**

Selbstwirksamkeit bedeutet, dass eine Person auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen kann. In vielen Fällen ist dabei unerheblich, ob die Person tatsächlich zur Ausführung in der Lage ist oder nicht: Ohne die Überzeugung einer Selbstwirksamkeit werden Herausforderungen oft nicht angenommen. Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit wirkt sich auf den Umgang mit persönlichen Zielen aus [6, 7].

Um Selbstwirksamkeit zu erlangen, wird die Fähigkeit zur Selbststeuerung bzw. Selbstregulation benötigt. Dazu gehören alle psychischen Prozesse, welche die Willensbildung und Willensumsetzung steuern und eine Handlungsplanung und Handlungsdurchführung ermöglichen [8].

FALLBEISPIEL

Willensbildung und Willensumsetzung haben bei Frau B. aus dem Fallbeispiel bereits stattgefunden, denn sie hat sich bereits mit dem festen Vorsatz einer bariatrischen Operation in ein Adipositaszentrum begeben. Nun kommt es darauf an, sie in der Handlungsplanung und Handlungsdurchführung nach der Operation zu unterstützen, denn nach einer bariatrischen Operation beginnt die „eigentliche Arbeit“ für die Patienten. Sie müssen – begleitet vom Adipositaschirurgen – ihren Lebensstil den Therapiezielen anpassen.

TIPP

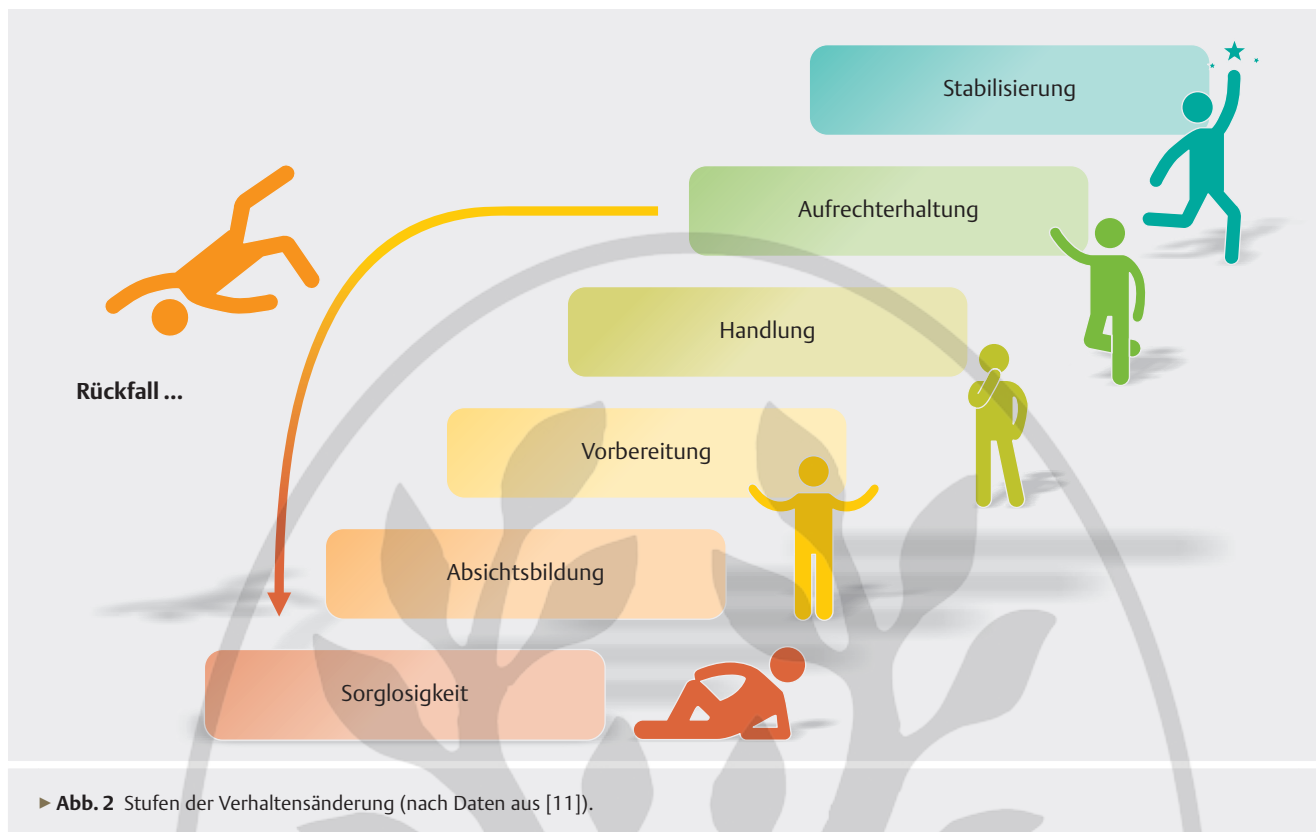
Postoperativ kann Patienten eine behaviorale Lebensstilintervention angeboten werden, um die Gewichtsabnahme zu unterstützen und die erneute Zunahme des Gewichts zu reduzieren. Reine Lebensstilinterventionen sollen die Adhärenz vor allem mit den Ernährungsempfehlungen und der körperlichen Aktivität unterstützen. Sie enthalten verhaltenstherapeutische Elemente, sind aber nicht als Psychotherapie zu werten. Psychotherapeutische Interventionen dienen der Behandlung von psychischen Störungen und müssen von einem Mental Health Professional durchgeführt werden [1].

Entsprechend den S3-Leitlinien zur bariatrischen Chirurgie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft nimmt die Verhaltenstherapie einen unverzichtbaren Therapiebaustein ein. Die Intention der Verhaltenstherapie ist die Vermittlung von Techniken, die der Selbst- und Stimuluskontrolle dienen. Darüber hinaus sollen die psychische Verfassung stabilisiert werden und neu erlernte Ernährungs- und Bewegungsverhaltensweisen kontinuierlich und langfristig durchgeführt werden [9].

Eine reine Aufklärung und Wissensvermittlung sind jedoch nicht ausreichend. Um hinter menschlichem Verhalten gewisse Regeln zu entdecken und zu verstehen, die im Rahmen der Gesundheitsfürsorge anwendbar sind, wurden verschiedene Modelle entwickelt wie z. B.

- die Theorie des geplanten Verhaltens,
- die sozial-kognitive Theorie nach Bandura,
- das Health-Belief-Modell [10] oder
- das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung [11].

Das letztgenannte Modell lässt sich am besten auf Patienten mit Adipositas übertragen, denn es diente ursprünglich dazu, die Veränderungen in den verschiedenen Phasen einer Sucht zu verstehen. Die vermehrte Nahrungs-



aufnahme, die zu Adipositas führt, kann mit einem Suchtverhalten verglichen werden. Prochaska u. DiClemente [11] beschreiben in ihrem Modell verschiedene Phasen, die eine Person durchläuft, um eine Gewohnheit abzulegen, z. B. den Konsum von ungesunden Lebensmitteln. Auf jeder der einzelnen Stufe kann wieder ein Rückfall erfolgen (► **Abb. 2**).

Der Adipositaschirurg sollte seine Patienten ermutigen, vor allem wenn ein „Rückfall“ eingetreten ist, z. B. wenn das gemeinsam vereinbarte Vorgehen bei Ernährung und/oder Bewegung nicht eingehalten wurde. Für den Chirurgen ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, dass er den Patienten regelmäßig, mindestens einmal im Jahr, zu einer ärztlichen Konsultation einlädt.

Bestandteil des Gespräches sollten dann auch Strategien zum Umgang mit Rückschlägen sein. Dazu gehört auch die kritische Betrachtung der Therapieziele. Ist z. B. die angestrebte Gewichtsabnahme im individuellen Fall nicht realistisch, ist die Gefahr eines Rückschlages groß [8].

TAKE HOME MESSAGE

Rückfälle sind nicht als Versagen, sondern vielmehr als Normalereignis oder Prozess der Veränderung zu begreifen. Durch Rückfälle kommen Patienten der Genesung einen Schritt näher. Bei jedem Durchlauf dieses Zyklus nach ► **Abb. 2** lernen die Patienten dazu und eignen sich Handlungsstrategien an, z. B. „sich für kritische Situationen wie Restaurantbesuche, emotionalen Stress oder Geselligkeiten zu wappnen“ [8].

Ressource Adhärenz

Vereinbarte Therapieziele zwischen Adipositaschirurg und Patient sollten konsequent verfolgt werden. Vom Patienten wird „Therapietreue“ – Adhärenz – erwartet, um den Operationserfolg nicht zu gefährden. Bewusst wird der Begriff der Adhärenz der Compliance vorgezogen, denn im Fall einer Compliance werden Empfehlungen und Anordnungen nur befolgt, während bei Adhärenz Patienten nach dem gemeinsamen Vereinbaren eines Therapieplans mit dem Arzt im Sinne eines Shared Decision Making (auch bezeichnet als partizipative Entscheidungsfindung; PEF) eine informierte und bewusste Entscheidung treffen, um entsprechend den ärztlichen und therapeutischen Empfehlungen ihr Verhalten zu ändern [12].

TAKE HOME MESSAGE

Der Entschluss, ein (Risiko)verhalten zu verändern, setzt sich zusammen aus:

- der eigenen Bedrohungseinschätzung („Wie gefährdet bin ich?“),
- der Bewältigungseinschätzung („Kann ich etwas dagegen tun?“ bzw. „Was kann ich tun?“) sowie
- einer Kosten-Nutzen-Analyse („Wiegt der Gewinn der Verhaltensänderung die Anstrengung auf?“).

(nach [13])

Motivation des Patienten zur Gewichtsabnahme

Motivationale Gründe für eine bariatrische Operation sind die folgenden Faktoren, die sich zum Teil mit den Zielen der Adipositaschirurgie decken [1]:

- Verbesserung der Lebensqualität,
- Verlängerung der Lebensdauer,
- Rückgang von Stigmatisierung und Diskriminierung,
- Reduktion medizinischer Begleit- und Folgeerkrankungen,
- Verbesserung des Selbstbildes,
- verbesserte soziale Teilhabe,
- Hoffnung.

Surrow et al. haben in einer qualitativen Analyse ermittelt, dass die Motivation bei Patienten mit Adipositas zur Gewichtsabnahme hauptsächlich darauf ausgerichtet ist, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen und sich mit dem eigenen Körper besser zu fühlen [14]. Soziale Teilhabe, Diskriminierung, Integration, Wertschätzung, geringere Berufschancen als soziale Faktoren werden häufiger von Frauen als von Männern genannt [15].

Die Motivation der Patienten zu einer bariatrischen Operation nach bisher erfolglosen Behandlungen ist hoch. Aber nicht nur der Leidensdruck motiviert, sondern auch die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, dass die Patienten

sich selbst in der Lage sehen, einen aktiven Part in der Therapie zu übernehmen, um den OP-Erfolg zu begünstigen.

Merke

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist stark gekoppelt an die Motivation und stellt eine wichtige Voraussetzung für die Adhärenz dar (s. ► Abb. 3).

So äußerte eine Interviewteilnehmerin im Patienteninterview: „Ich habe das gesehen wie so einen Reset-Knopf – Neustart und jetzt geht’s los“ (Selbsthilferevertreter, Persönliche Mitteilung, 18. Juni 2022). Deshalb sollte diesen drei Themenbereichen im OP-vorbereitenden Gespräch eine große Aufmerksamkeit geschenkt werden.

DEFINITION**Motivation**

Motivation (lat. Motus – Bewegung) bezeichnet ein Konstrukt, welches die Richtigkeit und das Verhalten beeinflusst. In Interaktion mit der wahrgenommenen Kompetenz bestimmt sie entscheidend den Prozess der Willensbildung, das bedeutet, welche Strategien eine Person zur Zielerreichung wählt und welche Anstrengungen sie zu investieren bereit ist [16].

Unterschieden werden

- die extrinsische Motivation und
- die intrinsische Motivation.

Extrinsische Motivation wird häufig von äußeren Gegebenheiten hervorgerufen. Im Fall von Frau B. ist das die Stigmatisierung durch Familie und Arbeitskollegen, die sie gerne überwinden möchte. Bei der **intrinsischen Motivation** kommen die Motive zum Handeln von der betroffenen Person allein. Frau B. möchte wieder ihren Beruf als Altenpflegerin ausüben.



► **Abb. 3** Zusammenspiel von Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Motivation und Adhärenz.

Um die Motivation der Patienten einzuschätzen, sollen im Rahmen des präoperativen persönlichen Aufklärungsgesprächs – neben dem Kenntnisstand über den chirurgischen Eingriff – auch folgende Faktoren erhoben werden:

- die aktuelle Symptomatik,
- die Lebenssituation sowie
- die somatische, psychiatrische und soziale Anamnese der Patienten.

Aufklären und gemeinsam entscheiden

Eine wichtige Voraussetzung für Therapietreue ist, dass Patienten umfassend und verständlich aufgeklärt werden und gemeinsam mit ihren Ärzten und Therapeuten entscheiden können. Die Bestandteile des chirurgischen Aufklärungsgesprächs sind im Folgenden erläutert [1]:

Indikationen und Kontraindikationen für den adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriff sind zu besprechen. Die Vor- und Nachteile aller infrage kommender Eingriffsmöglichkeiten sind zu erläutern, ebenso konservative und endoskopische Alternativen.

Gemeinsam mit dem Patienten ist ein realistisches Therapieziel festzulegen:

- Gewichtsabnahme,
- Besserung der Komorbiditäten,
- Besserung der Lebensqualität,
- Lebensverlängerung.

Die zu erwartende Gewichtsreduktion ist realistisch darzustellen, insbesondere die Abhängigkeit vom Verfahren und vom postoperativen Ess- und Bewegungsverhalten.

Es müssen der zeitliche Ablauf und der Umfang der Gewichtsveränderung realistisch erläutert werden, um beim Patienten keine falsche Erwartungshaltung zu wecken:

- größte Gewichtsreduktion in den ersten 12 Monaten,
- die nach 2–3 Jahren zu erwartende Wiederzunahme des Gewichts.

Probleme bei der Medikamenteneinnahme (Resorptionsverhalten, mögliche Durchfälle), z. B. die Einnahme von Kontrazeptiva, sind zu besprechen ebenso möglicherweise erforderliche Folgeeingriffe und ggf. die Notwendigkeit plastisch-chirurgischer Korrekturen.

Durch den aufklärenden Arzt und/oder das aufnehmende Pflegepersonal/Patientenmanagement sind die allgemeinen Abläufe der Aufnahme und des stationären Aufenthaltes zu erläutern.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass nach Eingriffen mit potenzieller Malabsorption die Notwendigkeit einer regelmäßigen und dauerhaften Supplementation von Mineralstoffen (Eisen, Kalzium, Eiweiß etc.) und Vitaminen

(Vitamin B₁₂, Folsäure, Vitamin D etc.) besteht. Ein entsprechendes Supplementationsschema soll dem Patienten bereits vor der Operation ausgehändigt werden.

Merke

Patienten sollen adäquat über das chirurgische Vorgehen sowie den Nutzen und die Risiken informiert werden.

Patienten haben ein Recht darauf, umfassend über alle infrage kommenden Optionen aufgeklärt zu werden und über das letztliche Vorgehen gemeinsam mit ihren Ärzten und Therapeuten zu entscheiden [17]. Der Begriff Shared Decision Making steht für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext. Patient und Arzt begegnen sich im Modell der partizipativen Entscheidungsfindung als gleichberechtigte Partner. Ziel sollte eine gleichberechtigte aktive Beteiligung auf Basis geteilter medizinischer, behandlungsrelevanter und persönlicher Informationen sein, um zu einer gemeinsamen verantworteten Vorgehensweise zu kommen [18].

DEFINITION

Shared Decision Making

Shared Decision Making bedeutet, dass Arzt und Patient auf der Grundlage geteilter Informationen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung treffen [19].

Die Leitlinie für die Kommunikation im hausärztlichen Bereich [20] weist darauf hin, dass eine „erfolgreiche Patientenkommunikation weniger mit Redetechniken zu tun hat, sondern vielmehr eine Frage der inneren Haltung“ ist. Denn: „Das Vertrauen in Ihre Fähigkeiten, die Überzeugung, dass Sie helfen können, dass Sie Ihren Patienten in seiner Situation verstehen, sich kümmern, das Gefühl, gut aufgehoben zu sein, spendet Kraft, Energie und Motivation, die Basis für den Therapieerfolg. Grundlage dafür ist der Aufbau und die Pflege einer starken, gesunden Beziehungsebene.“

Voraussetzung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist die Gesundheitskompetenz der Patienten, ihre Fähigkeit, die vermittelten Informationen auch zu verstehen und für sich umzusetzen. Fast 60% der Bevölkerung haben erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen [21]. Aus diesem Grund wurde das an Fachexperten gerichtete evidenzbasierte Wissen der S3-Leitlinie zur Adipositaschirurgie in eine patientenverständliche Version übersetzt.

Merke

Mit der „Patientenleitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ können sich Patienten in verständlicher Form über alle chirurgischen Optionen informieren [22].

TAKE HOME MESSAGE

Die Kommunikation mit Patienten sollte immer auf Augenhöhe stattfinden und auf gegenseitigem Respekt basieren. Statt auf „Compliance“ sollte auf „Adhärenz“ geachtet werden, denn der Patient ist nicht reiner „Empfänger“ ärztlichen Rates, sondern Mitentscheider und wesentlicher Einflussnehmer im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making).

Die Patientenleitlinie [22] sollte den Patienten im Rahmen des Aufklärungsgesprächs zugänglich gemacht werden.

Rolle der Selbsthilfegruppen

Wenn sich Patienten einer Selbsthilfegruppe anschließen, können sie ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung positiv beeinflussen. Der Aufbau von Selbstwirksamkeit kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- durch die Vermittlung persönlicher Erfahrungen und Kommunikation von Überzeugungen,
- durch Aufgaben für Verhaltensversuche im Alltag,
- durch die Darstellung von Verhaltensmodellen zum Nachahmen sowie
- durch Zuspruch und Ermunterung [23].

Das alles können Patienten mit Adipositas in Selbsthilfegruppen erleben.

Merke

Gute Adhärenz mit Ernährungsempfehlungen und körperlicher Aktivität sowie das regelmäßige Wahrnehmen von Kontrollterminen und der Besuch von Selbsthilfegruppen sind positiv mit dem postoperativen Gewichtsverlauf assoziiert [1].

Es gibt Selbsthilfegruppen mit einer professionellen Supervision und freie Gruppen, denen Patienten ohne eine geführte Supervision angehören. Eine wissenschaftliche Evidenz für den Erfolg der Gewichtsreduktion ist bisher nur für geführte Selbsthilfegruppen nachgewiesen. Diese bieten Raum für einen Erfahrungsaustausch. Die Supervision wird durch ein multidisziplinäres Team gestellt, das sich aus Ernährungsberatern, Mental Health Professionals, Chirurgen und Bewegungstherapeuten zusammensetzt. Darüber hinaus dienen die Selbsthilfegruppen dem Erlernen effektiver Copingstrategien und von Selbstfürsorge [15].

TIPP

Die Adipositaszentren sollen den Betroffenen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen anbieten, die Vermittlung durchführen und ebenso eng zusammenarbeiten. Der Selbsthilfegruppe sollte regelmäßige Unterstützung durch Mitglieder des interdisziplinären Behandlungsteams angeboten werden [1].

KERNAUSSAGEN

- Der Erfolg einer chirurgischen Adipositasbehandlung ist wesentlich von der Beteiligung der Patienten abhängig.
- Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Motivation sind wichtige Voraussetzungen für die Adhärenz.
- Informationen allein reichen nicht aus, um beim Patienten eine Verhaltensänderung zu bewirken.
- Das Gesundheitsverhalten folgt bestimmten Mustern, die der aufklärende Chirurg kennen und berücksichtigen sollte. Eines dieser Muster ist das transtheoretische Verhaltensmodell. Rückfälle werden als Annäherung an den Therapieerfolg verstanden.
- Der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung setzt eine umfassende Aufklärung voraus. Patienten können hierbei durch Bereitstellung evidenzbasierter Informationen wie z. B. die Patientenleitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen unterstützt werden.
- Geführte Selbsthilfegruppen können für die Patienten von entscheidendem Nutzen sein und sollten den Patienten empfohlen werden.

Ko-Autorenschaft

Inhalte für den Beitrag wurden von Studierenden des Masterstudiengangs Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit, Gera, im Rahmen des Studienmoduls „Gesundheits- und Therapiewissenschaft: Interdisziplinäres Projekt“ erarbeitet; diese Tätigkeit war Bestandteil einer Prüfungsleistung. Beteiligt waren: Anne Bolduan, Bianca Freund, Anne Gentzsch, Tina-Maria Hill, Laura Kriek, Samenda Meinel, Franziska Petereit, Laura Richter, Nicolas Pascal Roming, Lena Salo, Anne Sandig, Tim Sauerbier, Sophie Schaaf, Maria Warmuth, Charlotte Wehner, Florian Wolf, Elizabeth Woock.

Danksagung

Unser Dank gilt zwei Vertreterinnen der Adipositaselbsthilfe Gera und Jena, die den Studierenden bei der Bearbeitung des Themas für Interviews zur Verfügung standen.

Interessenkonflikt

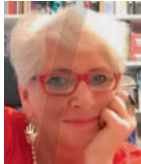
Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Prof. Dr. PH Sylvia Sänger, Dipl. Ing, MPH

1980–1985 Studium Biomedizintechnik. 1996–1999 Studium Public Health. 2008–2010 Studium Fachjournalismus. 1988–1992 Laboringenieur. 1992–1996 Koordinatorin am Tumorzentrum Jena. 1997–2000 Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der DKG. 2000–2009 Bereichsleitung Patienteninformation am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. 2009–2011 Leiterin der Gesundheitsuni Jena. 2011–2015 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut und Klinik für Medizinische Psychologie des UKE Hamburg. Seit 2015 Professorin für Medizinpädagogik an der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. Schwerpunkte: evidenzbasierte Gesundheitsinformationen, Arzt-Patienten-Kommunikation, Patienten-Empowerment, Leitlinien und Patientenleitlinien.



Prof. Dr. habil. Claudia Luck-Sikorski

2004–2010 Studium Psychologie. 2010–2013 Promotion zum Dr. rer. med., Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig. 2013–2016 Habilitation Sozialmedizin und Public Health. Seit 2016 Professorin für Psychische Gesundheit und Psychotherapie, SRH Hochschule für Gesundheit in Gera. Schwerpunkte: chronische Erkrankungen und psychische Gesundheit.



Prof. Dr. Katharina Wick

2004–2010 Studium Psychologie FSU Jena. 2010–2012 Promotion zum Dr. phil., Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie (IPMP), Universitätsklinikum Jena. 2010–2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IPMP; u.a. Gutachtenerstellung Adipositaschirurgie. Seit 2019 Professorin für Angewandte Psychologie, SRH Hochschule für Gesundheit Gera. Schwerpunkte: Prävention und Gesundheitsförderung, Essstörungen, psychische Gesundheit, Teilhabe.



Prof. Dr. med. Christine Stroh

Fachärztin für Allgemeinchirurgie und für Spezielle Viszeralchirurgie, Zusatzbezeichnung Proktologie und Ernährungsmedizin. 1988–1994 Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Tätigkeit an der FSU Jena in der Klinik für Kinderchirurgie und an der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie am SRH Wald-Klinikum Gera. 2011 Habilitation an der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg. Seit 2018 Chefarztin der Klinik für Adipositas und Metabolische Chirurgie am SRH Wald-Klinikum Gera.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Sylvia Sänger

SRH Hochschule für Gesundheit, Campus Gera
Neue Straße 28–30
07548 Gera
Deutschland
sylvia.saenger@srh.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Christine Stroh, Gera.

Literatur

- [1] Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 2018. Im Internet (Stand: 06.12.2022): https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001l_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2018-02.pdf
- [2] Luck-Sikorski C, Bernard M. Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient*innen mit Adipositas. *Psychotherapeut* 2021; 66: 28–34. doi:10.1007/s00278-020-00475-1
- [3] Goddemeier C. Aaron Antonovsky: Vater der Salutogenese. *Dtsch Arztebl* 2019; 18: 366–367
- [4] Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise [Band 6]. BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2009. doi:10.4126/38m-002470156
- [5] Dresen B. Was ist Salutogenese. In: Petzold TD, Hrsg. Salutogenese und Sinn – Herz mit Ohren. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; 2009: 19–24
- [6] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191–215. doi:10.1037//0033-295X.84.2.191
- [7] Bandura A, Locke EA. Negative self-efficacy and goal effects revisited. *J Appl Psychol* 2003; 88: 87–99. doi:10.1037/0021-9010.88.1.87
- [8] Zwick MM, Müller C, Krömker D et al. Juvenile Adipositas aus soziologischer, psychologischer und sozialökologischer Perspektive. *Stuttgarter Beiträge zur Risiko- und Nachhaltigkeitsforschung*; 2012; 24. doi:10.18419/opus-5557
- [9] Herpertz S. Psychotherapie der Adipositas. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: A-1367–A-1373
- [10] Finne E, Gohres H, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. 2021. doi:10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0
- [11] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psycho* 1983; 51: 390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
- [12] Sängler S. Der mündige Patient? Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. *Psychotherapeutenjournal* 2017; 16: 27–35
- [13] Seehausen M, Hänel P. Arzt-Patienten-Kommunikation: Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A2276–A2280
- [14] Surrow S, Jessen-Winge C, Ilvig PM et al. The motivation and opportunities for weight loss related to the everyday life of people with obesity: a qualitative analysis within the DO:IT study. *Scand J Occupat Ther* 2021; 28: 479–487
- [15] de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S. Psychosoziale Aspekte der Adipositas-Chirurgie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. doi:10.1007/978-3-662-57364-8
- [16] Baumeister H. Behandlungsmotivation. In: Bengel J, Jerusalem M, Hrsg. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe; 2009: 178
- [17] Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Hrsg. *Ratgeber für Patientenrechte: Informiert und Selbstbestimmt [Sonderheft]*. Paderborn: Bonifatius GmbH; 2022. Im Internet (Stand: 06.12.2022): https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMJ_Patientenrechte_Broschuere_bf.pdf
- [18] Bieber C, Gschwendtner K, Müller N et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66: 195–207. doi:10.1055/s-0042-105277
- [19] Loh A, Simon D, Niebling W et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Z Allgemeinmed* 2005; 81: 550–560. doi:10.1055/s-2005-918235
- [20] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Hrsg. *Hausärztliche Leitlinie – Hausärztliche Gesprächsführung*. Neukirchen: Make a book. *ÄZQ-Schriftenreihe* 2008; 31
- [21] Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung 2020. doi:10.4119/unibi/2950303
- [22] Breneise R, Schütz T, Sängler S et al. *Patientenleitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen: Eine Entscheidungsgrundlage für Menschen, die an einer Adipositas erkrankt sind und eine Operation erwägen*. 2020. Im Internet (Stand: 17.01.2023): https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-001p_S3_Chirurgie-Adipositas-metabolische-Erkrankungen_2020-06.pdf
- [23] Jerusalem M. Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel J, Jerusalem M, Hrsg. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe; 2009: 181

Bibliografie

Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2023; 17: 37–51
DOI 10.1055/a-1968-7993
ISSN 1611-6437
© 2023, Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXLZY6Q> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512023163514508



Frage 1

Welche Berufsgruppe gehört *nicht* zum multidisziplinären Behandlungsteam der Adipositaschirurgie?

- A erfahrener Adipositaschirurg
- B Diabetologe
- C Kardiologe
- D Mental Health Professional
- E Internist/Hausarzt

Frage 2

Was ist laut S3-Leitlinie *keine* Indikation für eine bariatrische Operation?

- A BMI (Body-Mass-Index) < 35 kg/m² mit einer oder mehreren adipositasassoziierten Begleiterkrankungen
- B BMI > 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen
- C BMI > 35 kg/m² mit einer oder mehreren adipositasassoziierten Begleiterkrankungen
- D Patienten mit besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben
- E wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten 2 Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von > 15% bei einem Ausgangs-BMI von 35–39,9 kg/m² und von > 20% bei einem Ausgangs-BMI > 40 kg/m² nicht erreicht wurde

Frage 3

Nur eine der folgenden Aussagen ist richtig. Welche?

- A Patienten mit einer unbehandelten Bulimia nervosa können einer bariatrischen Operation unterzogen werden.
- B Es spricht nichts gegen eine bariatrische Operation von Patienten mit instabilen psychopathologischen Zuständen.
- C Psychische Erkrankungen stellen keine generelle Kontraindikation gegen adipositaschirurgische bzw. metabolische Operationen dar.
- D Eine kindliche Missbrauchserfahrung ist eine generelle Kontraindikation zur bariatrischen Operation.
- E Patienten mit Bluthochdruck sollten auf keinen Fall einer bariatrischen Operation unterzogen werden.

Frage 4

Mit welcher Stigmatisierung werden Patienten mit Adipositas am häufigsten konfrontiert?

- A Menschen mit Adipositas haben Willensstärke.
- B Menschen mit Adipositas haben kein Selbstbild.
- C Menschen mit Adipositas haben zu viel Selbstbewusstsein.
- D Menschen mit Adipositas sind faul und willensschwach.
- E Menschen mit Adipositas haben eine ungesunde Lebensweise.

Frage 5

Nur einer der nachfolgend angeführten Sachverhalte ist eine intrinsische Motivation. Welcher?

- A Anerkennung und Wertschätzung durch die Familie
- B finanzielle Absicherung durch die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit
- C Steigerung des Selbstwertgefühls
- D durch Social Media vermitteltes Rollenbild
- E Anerkennung und Wertschätzung durch das soziale Umfeld

Frage 6

Welche Aussage in Bezug auf die Verhaltensänderung ist richtig?

- A Ausreichend aufgeklärte Patienten sind auch in der Lage, ihr Verhalten zu ändern.
- B Eine Verhaltensänderung folgt bestimmten Mustern/Modellen, die man auch als aufklärender Chirurg kennen und berücksichtigen sollte.
- C Ein einmal erlerntes Verhalten lässt sich nicht mehr beeinflussen oder ändern.
- D Der Adipositaschirurg ist für die Verhaltensänderung beim Patienten mit Adipositas nicht zuständig.
- E Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ist so praktisch, weil es eine starre Abfolge gibt, die durchlaufen wird.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Aussage trifft in Bezug auf Adipositas-Selbsthilfegruppen zu?

- A Patienten mit Adipositas, die einer Selbsthilfegruppe angehören, erleben keine Stigmatisierung mehr.
- B Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz zum Erfolg von Selbsthilfegruppen für Patienten mit Adipositas.
- C Der Besuch von Selbsthilfegruppen ist positiv mit dem postoperativen Gewichtsverlauf von Patienten mit Adipositas assoziiert.
- D Patienten mit Adipositas, die eine Selbsthilfegruppe besuchen, sind vor Rückfällen geschützt.
- E Jeder Patient mit Adipositas muss sich einer Selbsthilfegruppe anschließen.

Frage 8

Welche Aussage in Bezug auf die Ressourcen der Patienten ist richtig?

- A Das Risikoverhalten der Patienten ist eine große Ressource.
- B Rückfälle bei der Verhaltensänderung müssen unbedingt vermieden werden.
- C Erlernte Hilflosigkeit ist ein Einfallstor für die Diskriminierung der Patienten.
- D Pessimismus und erlernte Hilflosigkeit verhindern, dass Patienten Ressourcen aufbauen können.
- E Die Ressourcen der Patienten, mit denen Adipositaschirurgen „arbeiten“ können, sind Motivation, Selbstwirksamkeit, Selbstbild und Kohärenz.

Frage 9

Welche Aussage in Bezug auf Adhärenz ist korrekt?

- A Adhärenz ist die Bezeichnung für das eigenverantwortliche Handeln des Patienten und seine bewusste Einwilligung in die Behandlung.
- B Patienten, die gemeinsam mit dem Therapeuten entscheiden, brauchen keine Adhärenz.
- C Compliance ist wichtiger als Adhärenz.
- D Adhärenz und Compliance beschreiben das Gleiche.
- E Bei der Adipositaschirurgie spielen Adhärenz und Compliance keine Rolle.

Frage 10

Was bedeutet Shared Decision Making?

- A Shared Decision Making bedeutet, aktiv zuzuhören.
- B Es bedeutet, dass ein Patient die Tragweite der ärztlichen Entscheidung nicht versteht.
- C Es bedeutet, dass Patient und Arzt keine gleichberechtigten Partner sind. Es gibt immer ein Informationsgefälle zuungunsten des Patienten.
- D Es bedeutet, dass Arzt und Patient auf der Grundlage geteilter Informationen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung treffen.
- E Shared Decision Making ist die Anwendung effektiver Redetechniken, um den Patienten von der richtigen Behandlung zu überzeugen.

Anzeige

Service für unsere Leser

Schon registriert?

Bei Thieme CME Punkte online einreichen und verwalten



Gleich anmelden:

www.cme.thieme.de

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden