Adipositas Hilfe Deutschland e.V.

EIN RATGEBER DER ADIPOSITASHILFE DEUTSCHLAND E. V.

Abnehmen ist doch ganz einfach?!

Was Menschen mit Adipositas und ihre Angehörigen über Ursachen, Behandlung und das Leben nach einer Operation wissen sollten



Stand: 21. November 2026

Inhalt

1 Adipositas verstehen 3
Was ist Adipositas? 4
Folgeerkrankungen 7
Ursachen 11
Stoffwechsel 14
Psyche 16

2 Konservative Therapie 20
Körperzusammensetzung (BIA) 23
Ernährung 25
Bewegung 27
Psychotherapie und DiGA 29
Mitwirkung 31

3 Medikamente 32

4 Operation 36
Voraussetzungen für eine OP 38
Die Operationsmethoden im Überblick 40
Schlauchmagen 42
Magenbypass 45
Omega-Loop / Mini-Bypass 49
Operation geschafft … und nun? 52
Medikamente nach der OP 57
Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß 59
Nachsorge 63

5 Kinderwunsch 66
Schwangerschaft nach einer Adipositas-OP 69

6 Selbsthilfe 71

Anhang 73
Glossar 74
Quellen und Leitlinien 76

Wichtiger Hinweis

Dieser Ratgeber ersetzt keine ärztliche Beratung. Sprechen Sie Ihre Behandlung bitte mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ab. Stand der Inhalte: 21. November 2026. Die jeweils aktuelle Fassung finden Sie online unter adipositas-selbsthilfe.de/ratgeber.

KAPITEL 1

Adipositas verstehen

Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Sie hat viele Ursachen, sie kann zahlreiche weitere Erkrankungen nach sich ziehen – und sie ist keine Frage von Willensstärke. In diesem Kapitel erklären wir, was hinter der Erkrankung steckt.

Die Frage, die fast alle Betroffenen bewegt, lautet: **„Wie kann ich abnehmen und das Gewicht auch halten?“** Ein Allheilmittel haben wir nicht. Und wir wollen auch nicht den Eindruck erwecken, dass das Gewicht von allein verschwindet. Aber wer versteht, wie der eigene Körper funktioniert, kann besser entscheiden, welcher Weg zu ihm passt.

Die Themen in diesem Kapitel

- Was ist Adipositas? – Definition, BMI, Taillenumfang und Zahlen
- Folgeerkrankungen – von Diabetes bis Arthrose
- Ursachen – warum „Iss einfach weniger“ nicht reicht
- Stoffwechsel – wie der Körper sein Gewicht verteidigt
- Psyche – wie Kopf und Körper zusammenhängen

Ein unterschätztes Problem

Trotz der hohen Zahlen tut sich bei Politik und Krankenkassen wenig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2023 ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Adipositas für Erwachsene und 2024 eines für Kinder und Jugendliche beschlossen. Verträge, mit denen es bei den Patientinnen und Patienten ankommt, gibt es aber bisher nicht. Medikamente zur Gewichtsreduktion dürfen die gesetzlichen Krankenkassen nach § 34 SGB V nicht bezahlen – obwohl Adipositas als Krankheit anerkannt ist.

Seit Jahren fordern Fachgesellschaften und Verbände außerdem eine Abgabe auf stark gezuckerte Getränke und Grenzen für Werbung, die sich an Kinder richtet und ungesunde Lebensmittel bewirbt. Ein entsprechendes Gesetz zum Kinderschutz in der Werbung ist bisher nicht verabschiedet.

Aus unserer Sicht wären solche Maßnahmen – man nennt sie Verhältnisprävention – ein wichtiger Baustein, um künftigen Generationen unseren Weg zu ersparen. Dazu gehört auch mehr Ernährungsbildung in Kita und Schule. Und zur Prävention gehört, Menschen zu unterstützen, die (noch) keine Adipositas haben, statt sie mit Schuldzuweisungen allein zu lassen.

Was ist Adipositas?

Vor einigen Jahren konnte mit dem Begriff Adipositas kaum jemand etwas anfangen. Erst durch die Berichterstattung in den Medien und die Arbeit der Selbsthilfe ist er bekannter geworden.

Eine chronische Erkrankung

Als Adipositas bezeichnet man eine chronische Erkrankung, bei der sich zu viel Körperfett angesammelt hat. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt eine Adipositas vor, wenn jemand einen Body-Mass-Index (BMI) von 30 kg/m² oder mehr hat.

Die WHO bezeichnet Adipositas als chronische Krankheit. Das Bundessozialgericht hat schon 2003 festgestellt, dass Adipositas eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung ist. Der Deutsche Bundestag hat sie im Juli 2020 – mit dem Beschluss zur Nationalen Diabetesstrategie – als chronische Krankheit anerkannt.[1]

> **Warum wir nicht „Fettleibigkeit“ sagen**
>
> Wir sprechen nicht von „Fettleibigkeit“ und nicht von „den Adipösen“. Die Begriffe sind abwertend. Wir sagen „Menschen mit Adipositas“ – denn die Person steht vor der Erkrankung.

So berechnen Sie Ihren BMI

Der BMI setzt das Körpergewicht ins Verhältnis zur Körpergröße. Sie brauchen nur einen Taschenrechner: Teilen Sie Ihr Gewicht zweimal durch Ihre Größe in Metern.

BMI = Gewicht (kg) ÷ Größe (m) ÷ Größe (m)

Beispiel: Sie wiegen 110 kg und sind 1,75 m groß. Dann rechnen Sie 110 ÷ 1,75 ÷ 1,75 = 35,9. Das entspricht einer Adipositas Grad 2.

Einteilung	BMI (kg/m²)
Untergewicht	unter 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25 – 29,9
Adipositas Grad 1	30 – 34,9
Adipositas Grad 2	35 – 39,9
Adipositas Grad 3	ab 40

Einteilung nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Der BMI ist nicht alles

Der BMI ist leicht zu berechnen, sagt aber nichts darüber, wo das Fett sitzt und wie viel Muskelmasse jemand hat. Besonders ungünstig ist Fett im Bauchraum, das sich um die inneren Organe legt. Es erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes stärker als Fett an Hüften und Oberschenkeln.

Deshalb lohnt ein Blick auf den **Taillenumfang**. Als erhöht gilt ein Wert ab 88 cm bei Frauen und ab 102 cm bei Männern. Eine einfache Faustregel: Der Taillenumfang sollte höchstens halb so groß sein wie die Körpergröße.[1] Gemessen wird im Stehen, nach dem Ausatmen, auf halber Höhe zwischen unterem Rippenbogen und Beckenkamm.

Wie viel Fett und wie viel Muskeln Ihr Körper hat, lässt sich genauer mit einer Messung der Körperzusammensetzung (BIA) bestimmen.

> **International**
>
> Eine internationale Expertenkommission hat 2025 vorgeschlagen, Adipositas nicht mehr allein am BMI festzumachen. Das Körperfett soll zusätzlich bestätigt werden, zum Beispiel über den Taillenumfang. Außerdem soll unterschieden werden: Ist die Gesundheit bereits beeinträchtigt – etwa durch Folgeerkrankungen oder Einschränkungen im Alltag („klinische Adipositas“)? Oder besteht bisher vor allem ein erhöhtes Risiko („präklinische Adipositas“)? [6]
>
> In Deutschland gilt derzeit: Grundlage ist die Einteilung nach dem BMI, ergänzt durch den Taillenumfang und die Begleiterkrankungen (S3-Leitlinie Adipositas, 2024).[1]

Wie viele Menschen sind betroffen?

In Deutschland hat mehr als die Hälfte der Erwachsenen Übergewicht. Rund 15 Millionen Erwachsene haben eine Adipositas – mehr als jeder fünfte.[1] Und der Anteil steigt: 2003 war es noch etwa jeder achte.[2]

In Europa haben fast 60 % der Erwachsenen Übergewicht oder Adipositas.[3] Bei Kindern zwischen 7 und 9 Jahren ist es jedes vierte, jedes zehnte hat bereits eine Adipositas.[4]

Je höher der BMI, desto höher das Risiko

Mit dem Grad der Adipositas steigt das Risiko für Begleiterkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Gelenkerkrankungen. Menschen mit Adipositas haben zum Beispiel ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes.[1] Umgekehrt ist bei Menschen mit Diabetes eine Adipositas fast viermal so häufig wie bei Menschen ohne Diabetes.[5]

Mehr dazu lesen Sie auf der Seite Folgeerkrankungen.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 13–14 (Häufigkeit), S. 24 (Adipositas als Krankheit), S. 41–42 (Taillenumfang).
2. Starker A et al. Verbreitung von Adipositas und Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland – Entwicklung von 2003 bis 2023. Journal of Health Monitoring 2025 (Robert Koch-Institut). edoc.rki.de
3. WHO-Regionalbüro für Europa: The challenge of obesity. Fact Sheet, 23.02.2024. who.int; WHO European Regional Obesity Report 2022.
4. WHO-Regionalbüro für Europa: Childhood obesity and overweight remain a major concern across the Region (COSI, Runde 6, 2022–2024). Meldung vom 04.11.2025. who.int
5. Robert Koch-Institut: Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen. Journal of Health Monitoring 2021;6(2). rki.de (PDF)
6. Rubino F et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes & Endocrinology 2025;13:221–262. doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4

Folgeerkrankungen

Adipositas wird oft nur als Gewichtsproblem gesehen. Dabei kann die Erkrankung fast alle Organe betreffen – Stoffwechsel, Herz und Kreislauf, Leber, Atmung, Gelenke und auch die Seele.[1]

In jungen Jahren sind die Folgen oft noch nicht spürbar. Viele denken: Ich habe eben ein paar Kilo zu viel, aber sonst geht es mir gut. Mit der Zeit schleichen sich aber Folgeerkrankungen ein. Sie werden oft spät erkannt und müssen dann teils aufwendig behandelt werden.

Wichtig: Nicht jeder Mensch mit Adipositas bekommt diese Erkrankungen. Wie hoch das Risiko ist, hängt vor allem davon ab, wie ausgeprägt die Adipositas ist und wie lange sie schon besteht. Auch die Gene und weitere Risikofaktoren wie Rauchen spielen eine Rolle.[1]

Risiko bei Adipositas	Erkrankungen
mehr als 3-fach erhöht	Typ-2-Diabetes, Schlafapnoe, Fettleber, Kniearthrose
2- bis 3-fach erhöht	Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Gicht, Sodbrennen (Reflux), Gallensteine
bis 2-fach erhöht	Hüftarthrose und Rückenbeschwerden, verminderte Fruchtbarkeit, Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS), Nierensteine, Harnwegsinfekte, Krebserkrankungen

Quelle: S3-Leitlinie Adipositas 2024, Tabelle 3. Die Werte schwanken je nach Studie.

Schlafapnoe-Syndrom

Bei einer Schlafapnoe setzt die Atmung im Schlaf immer wieder aus – jeweils mindestens 10 Sekunden, manchmal länger als eine Minute. In dieser Zeit werden Organe und Gehirn schlechter mit Sauerstoff versorgt. Der Körper schüttet Stresshormone aus, der Schlaf wird immer wieder unterbrochen.

Die Folgen: Tagesmüdigkeit, Konzentrationsprobleme und ein höheres Risiko für Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Schlechter Schlaf wirkt sich außerdem auf den Stoffwechsel aus und kann eine Gewichtszunahme begünstigen. Je ausgeprägter die Adipositas, desto häufiger ist eine Schlafapnoe.[1]

Lautes Schnarchen mit Atempausen, die der Partner oder die Partnerin bemerkt, und starke Müdigkeit am Tag sind typische Hinweise. Sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt darauf an – eine Schlafapnoe lässt sich gut untersuchen und behandeln.

Typ-2-Diabetes

Zwischen Adipositas und Typ-2-Diabetes besteht ein besonders enger Zusammenhang. Das Risiko steigt schon ab einem BMI von 25. Etwa 80 % der Erwachsenen mit Typ-2-Diabetes haben Übergewicht oder Adipositas.[1] Bei Menschen mit Diabetes ist eine Adipositas fast viermal so häufig

wie bei Menschen ohne Diabetes.[2]

Ein schlecht eingestellter Diabetes schädigt auf Dauer Blutgefäße und Nerven – mit Folgen für Herz, Nieren, Augen und Füße. Die gute Nachricht: Eine Gewichtsabnahme verbessert den Blutzucker oft deutlich. Bei größerer Abnahme, vor allem nach einer Adipositas-Operation, kann sich ein Typ-2-Diabetes sogar zurückbilden.[1]

Fettleber

Eine Fettleber (Fachbegriff: MASLD) betrifft wenigstens jede dritte Person mit Adipositas. Sie verursacht lange keine Beschwerden und bleibt deshalb oft unbemerkt. Sie hängt eng mit einer gestörten Insulinwirkung zusammen und erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bei einem Teil der Betroffenen entwickelt sich über Jahre eine Leberzirrhose, selten auch Leberkrebs.[1]

Herz und Kreislauf

Häufig kommt zuerst ein Bluthochdruck dazu. Er belastet die Gefäße und fordert das Herz stark. Erhöhte Blutfettwerte können die Blutgefäße verengen und so Herz und Gehirn schlechter versorgen. Die Folge können Herzinfarkt und Schlaganfall sein. Auch Herzschwäche, Vorhofflimmern und Thrombosen treten bei Adipositas häufiger auf.[1]

Besonders eng hängt das Fett im Bauchraum mit diesen Risiken zusammen. Kommen Bauchfett, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und ein erhöhter Blutzucker zusammen, spricht man vom **metabolischen Syndrom**.

Gelenkbeschwerden und Arthrose



Foto: Jérôme Klotz / ECPO

Die Arthrose – also Gelenkverschleiß – gehört zu den häufigsten Begleiterkrankungen der Adipositas. Besonders betroffen sind die Knie: Bei einem BMI ab 30 ist das Risiko für eine Kniearthrose etwa viereinhalbmal so hoch wie bei Normalgewicht.[1][3] Auch Hüfte und Rücken leiden häufiger.

Die Arthrose zeigt sich oft erst nach vielen Jahren. Ursache ist nicht nur die mechanische Belastung der Gelenke. Auch Entzündungsstoffe aus dem Fettgewebe spielen eine Rolle.

Was sich nicht rückgängig machen lässt

Ehrlich gesagt: Verlorener Knorpel wächst nicht nach. Es gibt bisher kein Medikament, das den Gelenkverschleiß stoppt oder umkehrt.

Was trotzdem viel bringt

Das heißt aber nicht, dass Abnehmen nichts bringt. Schon wenn Sie mehr als 5 % Ihres Gewichts verlieren, können Sie sich im Alltag besser bewegen.[4] Bei rund 10 % Gewichtsabnahme sinken die Schmerzen und die Belastung des Kniegelenks deutlich – vor allem, wenn Abnehmen und Bewegung kombiniert werden.[5]

- **Bewegung trotz Arthrose:** Gelenke brauchen Bewegung, um versorgt zu werden. Gelenkschonend sind zum Beispiel Radfahren, Aqua-Gymnastik oder Reha-Sport (siehe Bewegung).
- **Muskeln stärken:** Kräftige Oberschenkelmuskeln entlasten das Knie.
- **Früh handeln:** Je früher Sie etwas tun, desto mehr Beweglichkeit bleibt erhalten.
- **Vor einem Gelenkersatz:** Menschen mit Adipositas bekommen häufiger ein künstliches Gelenk und haben dabei ein höheres Komplikationsrisiko. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob eine Gewichtsabnahme vor der Operation sinnvoll ist.[1]

Krebserkrankungen

Adipositas ist ein eigenständiger Risikofaktor für mindestens 13 Krebsarten, darunter Darmkrebs, Brustkrebs nach den Wechseljahren, Gebärmutter-, Nieren-, Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Gallenblasen- und Schilddrüsenkrebs.[6] Eine Rolle spielen unter anderem Hormone und Entzündungsstoffe aus dem Fettgewebe – vor allem aus dem Bauchfett, das von außen nicht immer sichtbar ist. In Deutschland lassen sich schätzungsweise 6,9 % aller Krebsneuerkrankungen auf Adipositas zurückführen.[1]

Ein erhöhtes Risiko heißt nicht, dass Sie erkranken. Es heißt aber, dass Vorsorgeuntersuchungen für Sie besonders wichtig sind. Viele Menschen mit Adipositas meiden sie – oft wegen schlechter Erfahrungen in Arztpraxen.[1] Lassen Sie sich davon bitte nicht abhalten.

Weitere Folgen

- Sodbrennen und Refluxkrankheit
- Gallensteine und Entzündungen der Gallenblase
- Nierenerkrankungen, Nierensteine, Harnwegsinfekte und Harninkontinenz

- Verminderte Fruchtbarkeit bei Frauen und Männern sowie mehr Komplikationen in der Schwangerschaft (siehe Kinderwunsch und Schwangerschaft)
- Seelische Belastungen wie Depressionen und Ängste (siehe Psyche)

Gut zu wissen

Schon eine Gewichtsabnahme von 3 bis 5 % verbessert viele Begleiterkrankungen messbar. Je größer die Abnahme, desto größer meist der Nutzen – bis hin zu einem längeren Leben.[1] Es muss also nicht gleich das „Wunschgewicht“ sein.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 15–19 (Begleit- und Folgeerkrankungen, Tabelle 3), S. 22–23 (Vorteile einer Gewichtsreduktion), S. 32–33 (Stigmatisierung und Vorsorge).
2. Robert Koch-Institut: Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen. Journal of Health Monitoring 2021;6(2). rki.de (PDF)
3. Jiang L et al. Body mass index and susceptibility to knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Joint Bone Spine 2012;79:291–297. doi:10.1016/j.jbspin.2011.05.015
4. Christensen R et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis 2007;66:433–439. doi:10.1136/ard.2006.065904
5. Messier SP et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. JAMA 2013;310:1263–1273. doi:10.1001/jama.2013.277669
6. Lauby-Secretan B et al. Body Fatness and Cancer – Viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med 2016;375:794–798. doi:10.1056/NEJMsr1606602

Ursachen

Woher kommt die Adipositas? Die Antworten könnten unterschiedlicher nicht sein – je nachdem, wen man fragt. Die verbreitetste Antwort ist wohl, dass Menschen mit Adipositas einfach zu viel essen. Ihnen eilt der Ruf voraus, undiszipliniert, faul und träge zu sein. Den Satz „Iss einfach weniger!“ haben viele Betroffene schon unzählige Male gehört.

So einfach ist es aber nicht. Unser Körper ist ein komplexes System, und gerade der Stoffwechsel gibt auch der Wissenschaft noch Rätsel auf. Sicher ist: Stoffwechsel, Psyche und Ernährung haben gemeinsam einen großen Einfluss auf unser Gewicht. Adipositas entsteht aus einem Zusammenspiel von Biologie und Umwelt.[1][2]



Foto: Jérôme Klotz / ECPO

Viele Ursachen greifen ineinander

Die S3-Leitlinie Adipositas nennt unter anderem diese Faktoren:[1]

- **Gene und familiäre Veranlagung** – mehr dazu auf der Seite Stoffwechsel
- **Ein Überangebot** an energiereichen, stark verarbeiteten Lebensmitteln und Getränken, die ständig verfügbar sind
- **Wenig Bewegung** im Alltag und überwiegend sitzende Tätigkeiten
- **Chronischer Stress**, Depressionen und Essstörungen – mehr dazu auf der Seite Psyche
- **Medikamente**, zum Beispiel bestimmte Antidepressiva, Neuroleptika, Mittel gegen Epilepsie, einige Diabetesmittel, Kortison, manche Verhütungsmittel und Betablocker
- **Hormonelle Erkrankungen** wie eine Schilddrüsenunterfunktion
- **Soziale Faktoren** wie ein geringes Einkommen oder ein niedriger Bildungsstand
- **Lebensereignisse** wie eine starke Gewichtszunahme in der Schwangerschaft oder ein Rauchstopp

Achtung

Setzen Sie Medikamente niemals eigenmächtig ab, auch wenn Sie vermuten, dass sie zu einer Gewichtszunahme beitragen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt – oft gibt es Alternativen.

Essen kann man sich nicht abgewöhnen

Wer von Alkohol oder Drogen loskommen will, kann – mit viel Unterstützung – ganz darauf verzichten. Beim Essen geht das nicht. Essen ist die Energie, die unseren Körper am Leben und am Laufen hält. Wir müssen also jeden Tag aufs Neue einen guten Umgang damit finden.

Warum Diäten so oft scheitern

Bei vielen Diäten wird die Essensmenge plötzlich stark verringert, und der Körper bekommt nicht mehr die gewohnte Energie. Oft sind solche Diäten zudem einseitig und lassen sich auf Dauer kaum durchhalten.

Der Körper wehrt sich gegen den Gewichtsverlust: Die Hungerhormone steigen, die Sättigungssignale werden schwächer, und der Energieverbrauch sinkt.[1][3] Man bekommt Heißhunger, und nach dem Ende der Diät kehren die Kilos zurück – oft sogar mehr als vorher. Der Jojo-Effekt beginnt. Mit dem Gewicht steigen Frust und das Gefühl, hilflos zu sein.

Gut zu wissen

Die Wiederzunahme nach einer Diät ist kein persönliches Versagen. Die S3-Leitlinie hält fest, dass sie nur bedingt davon abhängt, wie konsequent jemand die Empfehlungen umsetzt.[1] Warum das so ist, lesen Sie auf der Seite Stoffwechsel.

Unser Umfeld macht es uns schwer

Oft wissen wir gar nicht genau, was wir unserem Körper zuführen. Werbung verspricht viel, und Angaben auf Verpackungen sind schwer zu verstehen. Haben Sie einmal versucht, im Supermarkt nur gesunde Lebensmittel einzukaufen? Ohne Vorwissen ist das ein Abenteuer.

„Fettreduziert“ ist nicht automatisch gesünder. Fett ist ein Geschmacksträger – fehlt es, kommt der Geschmack oft auf anderem Weg ins Produkt, zum Beispiel über Zucker. Und Fette sind auch nicht grundsätzlich „böse“: Es kommt auf die Art der Fette und die Menge an.

Dazu kommt eine Flut an Diäten und Versprechen wie „10 Kilo in 14 Tagen“. Ehrlich gesagt: Dauerhaft hilft nur, die Ernährung Schritt für Schritt umzustellen – ohne sich alles zu verbieten. Wie das gelingen kann, lesen Sie im Kapitel Ernährung.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 12 (Tabelle 2: Potenzielle Ursachen), S. 143 (Energiesparmechanismen beim Abnehmen), S. 197 (Wiederzunahme).
2. Schwartz MW et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev 2017;38:267–296. doi:10.1210/er.2017-00111
3. Sumithran P et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. N Engl J Med 2011;365:1597–1604. doi:10.1056/NEJMoa1105816

Stoffwechsel

Unser Körper verteidigt sein Gewicht

„Weniger essen, mehr bewegen“ klingt logisch. Doch unser Körpergewicht wird nicht nur von dem bestimmt, was wir essen. Es wird vom Gehirn gesteuert – vor allem von einer Region namens Hypothalamus. Sie arbeitet wie ein Thermostat und versucht, ein bestimmtes Gewicht zu halten.[1]



© ECPO

Dafür nutzt der Körper Botenstoffe (Hormone):

- **Ghrelin** aus dem Magen meldet Hunger.
- **Leptin** aus dem Fettgewebe meldet, wie viel Energie gespeichert ist.
- **GLP-1** und andere Darmhormone melden Sättigung.
- **Insulin** steuert, wie Zucker verwertet und Energie gespeichert wird.

Bei Menschen mit Adipositas ist dieses Zusammenspiel oft gestört. Sättigungssignale kommen schwächer an, das Hungergefühl bleibt stärker.[1]

Was beim Abnehmen passiert

Nimmt man ab, wehrt sich der Körper. Der Energieverbrauch sinkt stärker, als es der Gewichtsverlust erklären würde.[3][4] Gleichzeitig steigen die Hungerhormone – und das noch ein Jahr nach der Abnahme.[2] Das ist kein Zeichen von Schwäche, sondern ein uralter Schutzmechanismus gegen Hungersnöte. Genau deshalb ist der Jojo-Effekt so häufig.[8]

Gene spielen mit

Zwillingsstudien zeigen, dass das Körpergewicht zu einem großen Teil vererbt wird – Schätzungen liegen bei 40 bis 70 %.[5][6] Gene entscheiden nicht allein, aber sie beeinflussen, wie stark jemand auf ein Überangebot an Essen reagiert.

Weitere Einflüsse

- Zu wenig oder schlechter Schlaf und Schichtarbeit
- Dauerstress (siehe Psyche)
- Bestimmte Medikamente, zum Beispiel Kortison, einige Antidepressiva, Neuroleptika oder Insulin[7]
- Hormonelle Erkrankungen wie eine Schilddrüsenunterfunktion oder PCOS – sie sind selten die alleinige Ursache, sollten aber abgeklärt werden[8]
- Der Verlust von Muskelmasse, denn Muskeln verbrauchen auch in Ruhe Energie

> **Gut zu wissen**
>
> Moderne Abnehmmedikamente ahmen das Sättigungshormon GLP-1 nach und setzen genau an dieser Gewichtsregulation an. Mehr dazu im Kapitel Medikamente.

Was das für Sie bedeutet

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, bei der die Gewichtsregulation verändert ist. Deshalb braucht es eine langfristige Behandlung – und keine Schuldzuweisung.

Quellen

1. Schwartz MW et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev 2017;38:267–296. doi:10.1210/er.2017-00111
2. Sumithran P et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. N Engl J Med 2011;365:1597–1604. doi:10.1056/NEJMoa1105816
3. Fothergill E et al. Persistent metabolic adaptation 6 years after „The Biggest Loser“ competition. Obesity 2016;24:1612–1619. doi:10.1002/oby.21538
4. Rosenbaum M, Leibel RL. Adaptive thermogenesis in humans. Int J Obes 2010;34 Suppl 1:S47–S55. doi:10.1038/ijo.2010.184
5. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. Nat Rev Genet 2022;23:120–133. doi:10.1038/s41576-021-00414-z
6. Elks CE et al. Variability in the heritability of body mass index: a systematic review and meta-regression. Front Endocrinol 2012;3:29. doi:10.3389/fendo.2012.00029
7. Domecq JP et al. Drugs commonly associated with weight change: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab 2015;100:363–370. doi:10.1210/jc.2014-3421
8. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 12 (Tabelle 2), S. 143 (Energiesparmechanismen beim Abnehmen), S. 197 (Wiederzunahme).

Psyche

Kopf und Körper hängen zusammen

Psyche und Körpergewicht beeinflussen sich gegenseitig – in beide Richtungen. Seelische Belastungen können zu einer Gewichtszunahme beitragen. Umgekehrt kann die Adipositas selbst die Seele belasten.

Unsere Psyche beeinflusst unser Verhalten oft unbewusst – manchmal auch so, wie wir es eigentlich gar nicht wollen. Das bedeutet nicht, dass wir schwach sind. Es bedeutet eher, dass wir vielleicht noch keinen Weg gefunden haben, damit umzugehen. Vieles davon begleitet uns schon ein Leben lang.



© ECPO

Essen als Belohnung und Trost

Ein Beispiel: Kinder wurden und werden häufig mit Süßigkeiten belohnt oder getröstet. Unseren Eltern und Großeltern wollen wir dafür keinen Vorwurf machen. Aber was hat sich bei uns festgesetzt?

- „Wenn ich etwas gut gemacht habe, belohne ich mich mit etwas Süßem."
- „Wenn es mir schlecht geht, tröste ich mich mit etwas Süßem."

Warum funktioniert das so gut? Süßes und Fettiges schmeckt nicht nur gut. Es aktiviert auch das Belohnungssystem im Gehirn, das den Botenstoff Dopamin ausschüttet. Wir fühlen uns kurz besser. Das passiert auch bei anderen schönen Dingen – Musik, Sport oder einer Umarmung. Beim Essen ist es aber jederzeit und billig verfügbar.

Auch wer Süßes gar nicht mag: Essen als Belohnung oder als Mittel gegen Stress und Frust ist weiter verbreitet, als man denkt.

Macht Zucker süchtig?

Diese Frage wird in der Wissenschaft heftig diskutiert. Dass Zucker allein wie eine Droge wirkt, ist beim Menschen nicht belegt.[2] Gut belegt ist aber: Bei manchen Menschen kann das Essen selbst suchtartige Züge annehmen. Sie verlieren die Kontrolle, essen weiter, obwohl sie es nicht wollen, und fühlen sich danach schlecht.[3] Besonders stark ist das bei hochverarbeiteten Lebensmitteln, die viel Zucker und Fett zugleich enthalten – Schokolade, Chips, Fast Food.[4]

Der Teufelskreis

Vielleicht kennen Sie das: Sie merken erst hinterher, wie viel Schokolade Sie gerade gegessen haben. Daraus entstehen Enttäuschung und Frust. Und womit bekämpfen wir den? Richtig, mit Süßem.

Das ist keine Willensschwäche. Es ist ein Muster, das wir von Kindesbeinen an gelernt haben und das unser Gehirn immer wieder belohnt. Solche Automatismen lassen sich ohne Hilfe oft nur schwer durchbrechen – aber sie lassen sich verändern.

Stress geht auf den Stoffwechsel

Bei Dauerstress schüttet der Körper vermehrt das Stresshormon Cortisol aus. Es steigert den Appetit, vor allem auf Süßes und Fettiges, und fördert die Einlagerung von Bauchfett.[1] Mehr dazu, wie der Körper sein Gewicht steuert, lesen Sie auf der Seite Stoffwechsel.

Wenn Essen außer Kontrolle gerät

Manche Betroffene erleben regelmäßig Essanfälle: Sie essen in kurzer Zeit sehr große Mengen und haben dabei das Gefühl, nicht aufhören zu können. Danach folgen oft Scham und Schuldgefühle. Das kann eine Binge-Eating-Störung sein – die häufigste Essstörung bei Menschen mit Adipositas.[5] Sie ist eine anerkannte Erkrankung und gut behandelbar.[6] Sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt offen darauf an.

Depression und Ängste

Menschen mit Adipositas erkranken häufiger an Depressionen und Angststörungen. Gleichzeitig kann eine Depression – und manche Medikamente zu ihrer Behandlung – das Gewicht erhöhen.[7] Beides sollte gemeinsam betrachtet und behandelt werden.

Wenn es schon in der Kindheit beginnt

Wer als Kind oder Jugendlicher schon mehr wiegt, erlebt oft Hänseleien in der Schule – bis hin zu handfestem Mobbing.[8] Solche Erfahrungen begleiten viele Betroffene ein Leben lang.

Manche haben in der Kindheit auch Schlimmeres erlebt: Gewalt in der Familie, körperlich oder seelisch, oder sexuelle Übergriffe. Studien zeigen, dass solche Erfahrungen das Risiko für eine spätere Adipositas deutlich erhöhen.[9] Essen kann dann zu einem Weg geworden sein, mit dem Schmerz umzugehen. Das ist nichts, wofür Sie sich schämen müssen.

Das Gefühl, dass einen niemand versteht oder man mit bestimmten Situationen einfach nicht klarkommt, kann starken Stress auslösen – bis hin zu Depressionen.

Stigma macht krank

Abwertende Blicke, Sprüche und Vorurteile – auch in Arztpraxen – sind für viele Betroffene Alltag. Studien zeigen: Wer Gewichtsstigmatisierung erlebt, hat mehr Stress, isst eher emotional, meidet Arztbesuche und bewegt sich weniger.[10] Stigma hilft also nicht beim Abnehmen, es schadet. Fachleute weltweit fordern deshalb, Stigmatisierung gerade im Gesundheitswesen zu beenden.[11] [5]

Hilfe holen ist eine Stärke

Wichtig zu wissen

- Psychische Probleme zu haben, ist keine Schande.
- Niemand erwartet, dass Sie diese allein lösen.
- Sie können und sollten sich Hilfe holen – am besten, bevor sich eine schwere psychische Erkrankung wie eine Depression entwickelt.
- Sie bestimmen selbst, wann und mit wem Sie über belastende Erlebnisse sprechen.

Oft hilft es auch, das eigene Umfeld anzuschauen: Was tut Ihnen gut und was nicht? Was hindert Sie daran, bestimmte Situationen zu ändern? Dabei können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gut unterstützen.

- Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt ist eine gute erste Anlaufstelle.
- Einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde vermittelt die Terminservicestelle unter 116117.
- In einer Selbsthilfegruppe treffen Sie Menschen, die Ähnliches erlebt haben, und bekommen manchmal neue Blickwinkel auf das eigene Problem.

Mehr zur psychologischen Begleitung und zu digitalen Gesundheitsanwendungen lesen Sie im Kapitel Psychotherapie und DiGA.

Hier finden Sie Hilfe – kostenlos und anonym

- TelefonSeelsorge: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (rund um die Uhr)
- Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen: 08000 116 016 (rund um die Uhr)
- Hilfetelefon Gewalt an Männern: Chat und E-Mail-Beratung über maennerhilfetelefon.de
- Hilfe-Telefon Sexueller Missbrauch: 0800 22 55 530
- Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde: 116117

Schieben Sie es nicht auf die lange Bank und lassen Sie sich helfen.[12]

Quellen

1. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. Physiol Behav 2007;91:449–458. doi:10.1016/j.physbeh.2007.04.011
2. Westwater ML, Fletcher PC, Ziauddeen H. Sugar addiction: the state of the science. Eur J Nutr 2016;55(Suppl 2):55–69. doi:10.1007/s00394-016-1229-6
3. Hebebrand J et al. „Eating addiction“, rather than „food addiction“, better captures addictive-like eating behavior. Neurosci Biobehav Rev 2014;47:295–306. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.08.016
4. Gearhardt AN et al. Social, clinical, and policy implications of ultra-processed food addiction. BMJ 2023;383:e075354. doi:10.1136/bmj-2023-075354
5. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 21 (Binge-Eating-Störung), S. 28–29 (Empfehlungen 2.1–2.4 zur Stigmatisierung).
6. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (AWMF 051-026), 2020, in Überarbeitung. register.awmf.org
7. Luppino FS et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 2010;67:220–229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
8. Puhl RM et al. Weight-based victimization: bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. Pediatrics 2013;131:e1–e9. doi:10.1542/peds.2012-1106
9. Hemmingsson E et al. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2014;15:882–893. doi:10.1111/obr.12216
10. Tomiyama AJ et al. How and why weight stigma drives the obesity „epidemic“ and harms health. BMC Med 2018;16:123. doi:10.1186/s12916-018-1116-5
11. Rubino F et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nat Med 2020;26:485–497. doi:10.1038/s41591-020-0803-x
12. Familienportal des Bundes: Krisentelefone und Anlaufstellen in Notlagen. familienportal.de

KAPITEL 2

Konservative Therapie

„Wie kann ich am schnellsten abnehmen?“ Das ist eine der ersten Fragen, die wir in unseren Beratungen hören. Die ehrliche Antwort: schnell und dauerhaft passen selten zusammen. Zunehmen ist leider viel einfacher als Abnehmen.

Als „konservativ“ bezeichnet man alle Behandlungen ohne Operation. Wir orientieren uns dabei an der S3-Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas. Sie wird von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft gemeinsam mit vielen weiteren Fachgesellschaften erstellt – und auch mit Beteiligung der Selbsthilfe.

Drei Bausteine gehören zusammen

Grundlage jeder Behandlung ist eine Kombination aus **Ernährung**, **Bewegung** und **Verhaltensänderung**. Das empfiehlt die Leitlinie mit der höchsten Empfehlungsstärke. Zusammen wirken die drei Bausteine besser als jeder für sich.[1] Einfach weniger zu essen reicht nicht. Auch körperliche und seelische Ursachen müssen geklärt werden (siehe Ursachen).

Was ist ein realistisches Ziel?

Die Leitlinie empfiehlt Ziele, die zu Ihnen passen. Für die ersten sechs bis zwölf Monate gilt als Richtwert:[1]

Ausgangs-BMI	Ziel in 6 bis 12 Monaten
25 bis 34,9	mindestens 5 % des Ausgangsgewichts
ab 35	mindestens 10 % des Ausgangsgewichts

Empfehlung 5.3 der S3-Leitlinie Adipositas

Das klingt nach wenig. Bei 120 kg wären 10 % aber schon 12 kg – und genug, um Blutdruck, Blutzucker und Gelenke spürbar zu entlasten. Mit einer konservativen Behandlung erreichen bis zu 70 % der Betroffenen dieses Ziel.[1]

> **Gut zu wissen**
>
> Reicht die konservative Behandlung nicht aus, gibt es weitere Möglichkeiten: Medikamente und die Adipositaschirurgie. Sie ersetzen die drei Bausteine nicht, sondern bauen darauf auf.

Ihr Behandlungsteam

Behandlung bei Adipositas ist Teamarbeit. Fachleute sprechen von einem „interdisziplinären Ansatz“: Wissen und Erfahrung aus verschiedenen Fachgebieten werden zusammengebracht. Dazu können gehören:

- Hausärztin oder Hausarzt
- Fachärztinnen und Fachärzte
- Ernährungsfachkräfte
- Bewegungs- und Sporttherapeutinnen und -therapeuten
- bei Bedarf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Krankenkasse oder Rentenversicherung
- Ihre Selbsthilfegruppe

Hausärztin und Hausarzt

Ihre erste Anlaufstelle ist die Hausarztpraxis. Die Leitlinie empfiehlt, dass Menschen mit Adipositas dort (mit)betreut und zu den Behandlungsmöglichkeiten beraten werden.[1] Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt kann Begleiterkrankungen untersuchen, Sie an Fachleute überweisen und eine **Notwendigkeitsbescheinigung** für eine Ernährungstherapie ausstellen. Damit können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Zuschuss beantragen.[1]

Seien Sie nicht enttäuscht, wenn Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt nicht alles weiß. Von Hausarztpraxen wird Wissen zu allen Krankheitsbildern erwartet – dafür gibt es die Fachärzte.

Fachärztinnen und Fachärzte

Hormonelle Erkrankungen wie eine Schilddrüsenunterfunktion sind selten die alleinige Ursache einer Adipositas. Sie sollten aber abgeklärt werden.[1] Die Blutwerte dafür kann schon die Hausarztpraxis bestimmen. Bei auffälligen Werten oder einem begründeten Verdacht hilft eine Praxis für Endokrinologie (Hormonerkrankungen) weiter.

Bei höhergradiger Adipositas empfiehlt die Leitlinie eine Mitbehandlung in einer spezialisierten Einrichtung.[1] Das kann eine Schwerpunktpraxis für Ernährungsmedizin oder Adipositas sein oder ein Adipositaszentrum. Dort gibt es meist auch die passende Ausstattung für Menschen mit hohem Gewicht – etwa Waagen, Liegen und Blutdruckmanschetten. Die Wartezeiten sind oft lang. Lassen Sie sich davon nicht entmutigen.

Die Themen in diesem Kapitel

- Körperzusammensetzung (BIA)
- Ernährung
- Bewegung
- Psychotherapie und DiGA
- Mitwirkung

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 133–134 (Empfehlung 5.3, Therapieziele), S. 136 (Empfehlung 5.5, hausärztliche Betreuung; Notwendigkeitsbescheinigung nach § 43 SGB V), S. 137–138 (Empfehlung 5.7, multimodale Basistherapie), S. 12 (Tabelle 2).

Körperzusammensetzung (BIA)

Die Waage zeigt nur das Gesamtgewicht. Sie verrät nicht, ob Sie Fett verlieren oder Muskeln. Genau das ist aber wichtig – denn Muskeln verbrauchen auch in Ruhe Energie und halten Sie beweglich.

Was ist eine BIA?

Mit einer bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) lässt sich die Zusammensetzung des Körpers abschätzen. Einfach gesagt wird der Körper mit einem schwachen, nicht spürbaren Strom „vermessen“. Fett leitet den Strom anders als Muskeln und Wasser. Daraus berechnet das Gerät unter anderem:

- Körperwasser
- Fettmasse
- fettfreie Masse und Magermasse
- Körperzellmasse (vor allem Muskeln und Organe)
- extrazelluläre Masse (Flüssigkeit außerhalb der Zellen, Bindegewebe, Knochen)

Was sagt die Leitlinie?

Die S3-Leitlinie nennt die BIA als geeignetes Verfahren, um die Körperzusammensetzung zu messen. Sie empfiehlt die Messung vor allem dann, wenn der Verdacht besteht, dass neben dem Fett zu wenig Muskelmasse vorhanden ist (sarkopene Adipositas).[1] Gemessen werden sollte zu Beginn und am Ende einer Behandlung. Weil die BIA günstig ist und ohne Strahlung auskommt, sind auch Zwischenmessungen alle drei bis sechs Monate möglich.[1]

Viele erleben es außerdem als motivierend, wenn sie schwarz auf weiß sehen, dass das Fett weniger wird – auch wenn die Waage gerade stillsteht.[1]

Worauf es bei der Messung ankommt

Damit das Ergebnis stimmt, sind einige Vorgaben zu beachten, zum Beispiel:

- nüchtern oder mit einigen Stunden Abstand zur letzten Mahlzeit
- kein Sport und keine Sauna vorher
- möglichst zur gleichen Tageszeit wie bei der letzten Messung
- vorher zur Toilette gehen

Ebenso wichtig ist eine fachkundige Auswertung. Wichtig ist außerdem, dass die Messung an mindestens zwei entfernten Körperstellen erfolgt, meist an Hand und Fuß. Eine handelsübliche Körperfettwaage, die nur über die Füße misst, ist nicht aussagekräftig genug.

> **Achtung**
>
> Wer einen Herzschrittmacher oder einen implantierten Defibrillator trägt oder schwanger ist, sollte vor einer BIA-Messung ärztlich klären, ob sie infrage kommt. Viele Hersteller schließen die Messung in diesen Fällen aus.

Wo bekomme ich eine BIA?

Angeboten wird die Messung in Adipositaszentren, ernährungsmedizinischen Praxen, bei Ernährungsfachkräften und in manchen Sportstudios. Nach unserer Erfahrung kostet eine Messung mit ordentlicher Auswertung zwischen 20 und 80 Euro. Fragen Sie vorher nach dem Preis.

Auch nach einer Adipositas-Operation ist die Messung sehr hilfreich: Sie zeigt, ob beim schnellen Abnehmen zu viel Muskelmasse verloren geht.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 43–46 (Empfehlungen 3.4 und 3.5, Messung der Körperzusammensetzung), S. 132 (BIA bei Übergewicht und Adipositas Grad 1).

Ernährung



Foto: Stephanie Gibson Photography / ECPO

Wer berät Sie richtig?

Landläufig spricht man von „Ernährungsberatern“. Die Bezeichnung ist aber rechtlich nicht geschützt – jeder darf sich so nennen, ob mit oder ohne Ausbildung. Wir sind der Meinung: Menschen mit Adipositas sollten ausschließlich von qualifiziertem Fachpersonal begleitet werden. Auch die Leitlinie empfiehlt eine regelmäßige *qualifizierte* Ernährungsberatung, einzeln oder in der Gruppe.[1]

Wer ist qualifiziert?

Aus unserer Sicht – und aus Sicht vieler Ärztinnen und Ärzte – sind das zwei Berufsgruppen:

- Oecotrophologinnen und Oecotrophologen bzw. Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler
- Diätassistentinnen und Diätassistenten

Idealerweise mit der Zusatzqualifikation „Adipositastherapie“ des VDD e. V. Beide Berufsgruppen haben eine fundierte Ausbildung und bilden sich regelmäßig fort. Wir nennen sie hier der Einfachheit halber „Ernährungsfachkräfte“.[1]

> **So finden Sie eine Ernährungsfachkraft**
>
> Ein gutes Erkennungszeichen ist das Zertifikat **„E-Zert Ernährungstherapie“**. Es wird nur an diese Berufsgruppen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung vergeben, unabhängig geprüft und verlangt regelmäßige Fortbildung. Zertifizierte Fachkräfte in Ihrer Nähe finden Sie über die Expertensuche von E-Zert.[2]

Wer bezahlt?

Viele Krankenkassen bezuschussen eine Ernährungstherapie. Dafür brauchen Sie in der Regel eine ärztliche **Notwendigkeitsbescheinigung**, zum Beispiel von Ihrer Hausarztpraxis.[1] Wie hoch der Zuschuss ist, ist von Kasse zu Kasse verschieden. Fragen Sie vor Beginn nach und lassen Sie sich den Zuschuss bestätigen.

„Ich brauche keine Ernährungsberatung. Ich weiß doch, was gesund ist!“

Das stimmt oft sogar. Viele von uns haben unzählige Diäten hinter sich und kennen jede Kalorientabelle. Aber Wissen allein verändert selten den Alltag. Eine gute Ernährungsfachkraft hilft, das Wissen umzusetzen – passend zu Ihrem Leben, Ihrem Beruf und Ihrem Geldbeutel. Genau das empfiehlt auch die Leitlinie: Ernährungsempfehlungen sollen an die Lebenssituation, das Risikoprofil und die Ziele angepasst sein.[1]

Ein ehrlicher Blick: das Ernährungstagebuch

Schreiben Sie zwei Wochen lang alles auf, was Sie essen und trinken – mit Uhrzeit und Menge. Vordrucke finden Sie in unserem Downloadbereich.

Das ist nicht immer angenehm. Fast jeder Mensch unterschätzt, wie viel er nebenbei isst und trinkt – egal welches Gewicht er hat. Das Tagebuch ist kein Beweismittel gegen Sie. Es ist eine Landkarte, die zeigt, wo Ihre persönlichen Stolpersteine liegen. Genau dort setzt die Ernährungstherapie an. Die Leitlinie nennt diese Selbstbeobachtung ausdrücklich als hilfreiches Werkzeug.[1]

Dauerhaft statt radikal

Lassen Sie sich von Versprechen wie „10 Kilo in 14 Tagen“ nicht locken. Was Sie nicht dauerhaft durchhalten können, hilft auch nicht dauerhaft. Eine gute Ernährungsumstellung geschieht Schritt für Schritt und verbietet nicht alles. Warum Crash-Diäten so oft scheitern, lesen Sie auf der Seite Ursachen.

Doch mit der Ernährungsumstellung allein ist es nicht getan! Weiter geht es mit der Bewegung.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 11 (Definition „Ernährungsfachkraft“), S. 136 (Notwendigkeitsbescheinigung nach § 43 SGB V), S. 139 (Empfehlung 5.8), S. 141 (Empfehlung 5.9), S. 164 (Empfehlung 5.26, Selbstbeobachtung).
2. E-Zert Plattform qualifizierte Ernährungstherapie & Ernährungsberatung e. V.: Zertifizierungsordnung E-Zert Ernährungstherapie, Rev. 04, Stand März 2026; Expertensuche: e-zert.de/experten

Bewegung

„Ich kann keinen Sport machen.“ – „Ich habe keine Zeit.“ – „Es kommt immer was dazwischen.“ Kommt Ihnen das bekannt vor?

Hinter diesen Sätzen stecken oft echte Hürden: Schmerzen in Knien und Rücken, schnelle Erschöpfung, Scham im Fitnessstudio oder fehlende Angebote für Menschen mit hohem Gewicht. Diese Hürden sind real. Trotzdem gilt: Bis auf wenige Ausnahmen kann jeder etwas tun – man muss nur den passenden Einstieg finden.



Foto: Ladislav Adámek, SPORT IMAGE / ECPO

Was Bewegung leistet – und was nicht

Ehrlich gesagt: Allein durch Sport nimmt kaum jemand viel ab. In Studien lag der Gewichtsverlust durch Training im Schnitt bei 1,5 bis 3,5 Kilo.[1] Bewegung ist aber aus anderen Gründen unverzichtbar. Sie erhält und baut Muskeln auf, entlastet Herz und Kreislauf, verbessert den Blutzucker, hebt die Stimmung und hilft entscheidend dabei, ein reduziertes Gewicht zu halten. Diese Vorteile entstehen auch dann, wenn die Waage sich kaum bewegt.[1]

Wie viel ist sinnvoll?

- Zum Abnehmen empfiehlt die Leitlinie 30 bis 60 Minuten körperliche Aktivität am Tag.[1]
- Allgemein empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation 150 bis 300 Minuten Bewegung mit mittlerer Anstrengung pro Woche – das heißt: Sie kommen etwas außer Atem, können sich aber noch unterhalten.[1]
- Dazu an mindestens zwei Tagen pro Woche Übungen, die die Muskeln kräftigen.[1]

Das sind Ziele, keine Startbedingungen. Wer bisher kaum aktiv war, beginnt mit wenigen Minuten und steigert sich langsam. Auch Alltagsbewegung zählt: Treppe statt Aufzug, eine Station früher aussteigen, der Spaziergang nach dem Essen.[1]

> **Achtung**
>
> Lassen Sie vor dem Einstieg ärztlich abklären, ob es Gründe gibt, die gegen bestimmte Belastungen sprechen – zum Beispiel bei Herzerkrankungen oder starken Gelenkproblemen.[1] Muskelkater am Anfang ist normal. Gelenkschmerzen dagegen sollten Sie ernst nehmen und ansprechen. Mit fachlicher Anleitung lässt sich die Belastung so steigern, dass Sie sich nicht schaden.

Welcher Sport passt zu mir?

Das hängt von Ihrer körperlichen Situation ab. Hier ein paar Beispiele:

- **Reha-Sport:** Bei sehr hohem Gewicht hat sich zum Beispiel Hockergymnastik bewährt. Für Menschen mit mehr Bewegungsspielraum gibt es verschiedene Reha-Sport-Kurse. Reha-Sport kann Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verordnen; die Krankenkasse muss die Verordnung genehmigen.
- **Nordic Walking, Spazierengehen und schnelles Gehen** eignen sich gut für den Einstieg, weil Sie das Tempo selbst bestimmen.
- **Aqua-Gymnastik** wird auch speziell für Menschen mit Adipositas angeboten. Im Wasser ist vieles leichter – und in XXL-Kursen sind Sie unter Gleichgesinnten.
- **Muskelaufbau** mit dem eigenen Körpergewicht, Bändern oder an Geräten – am besten mit Anleitung.
- **Radfahren** schont die Gelenke, auch auf dem Heimtrainer.

Bei Gelenkbeschwerden lohnt ein Blick auf die Seite Folgeerkrankungen (Abschnitt Arthrose).

> **Merke**
>
> **Jede Bewegung ist besser als gar keine Bewegung!**

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 157–158 (Empfehlung 5.19 und WHO-Bewegungsempfehlungen), S. 159 (Empfehlungen 5.20 und 5.21), S. 160 (Empfehlung 5.22).

Psychotherapie und DiGA

Psychologische Begleitung

Mal ehrlich: Gibt es bestimmte Situationen, in denen Sie anschließend mehr essen? Oder das Gefühl haben: „Jetzt brauche ich was Süßes!“?

Oft gibt es bestimmte Auslöser, die uns zum Essen bringen. Sie sind bei jedem verschieden. Häufige Beispiele sind Frust, Stress und Langeweile. Wir setzen Essen dann als Ersatz für etwas Ungelöstes oder als Belohnung ein. Hinterher ärgern wir uns, dass wir es schon wieder getan haben – finden aber keinen Ausweg. Warum das so ist, lesen Sie auf der Seite Psyche.

Zum Glück gibt es Fachleute, die uns helfen können, diese Muster zu erkennen und Wege heraus zu finden. Die Ernährungsfachkräfte haben wir schon kennengelernt. Hier geht es um Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Keine Schande, sondern eine Stärke

Es ist keine Schande und kein Zeichen von Schwäche, psychotherapeutische Hilfe anzunehmen. Sie würden sich wundern, wie viele Menschen eine Verhaltenstherapie machen – wahrscheinlich auch in Ihrem Bekanntenkreis.

Ziel ist, die Ursachen für das eigene Verhalten zu verstehen und neue Wege auszuprobieren: Warum esse ich bei Stress? Welche Alternativen gibt es? Was kann ich gegen Langeweile tun? Wie kann ich Frust anders abbauen? Die Leitlinie nennt dafür bewährte Techniken, etwa die Selbstbeobachtung, den bewussten Umgang mit Auslösern und das Einüben neuer Gewohnheiten. [1]

Besteht der Verdacht auf eine psychische Erkrankung – zum Beispiel eine Depression oder eine Essstörung wie die Binge-Eating-Störung –, soll laut Leitlinie eine fachliche Abklärung und gegebenenfalls Mitbehandlung empfohlen werden.[1]

So kommen Sie an einen Termin

- Für ein Erstgespräch (psychotherapeutische Sprechstunde) brauchen Sie keine Überweisung. Sie können sich direkt an eine Praxis wenden.
- Die Terminservicestelle unter 116117 oder auf 116117.de vermittelt Termine für die Sprechstunde.
- Ihre Hausarztpraxis kann Ihnen ebenfalls weiterhelfen.

> **Gut zu wissen**
>
> Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind oft lang. Lassen Sie sich trotzdem auf eine Warteliste setzen – und nutzen Sie die Zeit, zum Beispiel mit einer Selbsthilfegruppe.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Digitale Gesundheitsanwendungen sind geprüfte Apps oder Web-Programme, die Ärztinnen und Ärzte verordnen können wie ein Medikament. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, für Sie sind sie kostenfrei.[1][3]

Für die Behandlung der Adipositas sind derzeit zwei Anwendungen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) dauerhaft gelistet: **zanadio** und **Oviva Direkt**. Beide verbinden Ernährung, Bewegung und Verhaltensänderung zu einem Programm.[1][2] Auch für psychische Erkrankungen und viele andere Krankheitsbilder gibt es dort Angebote.

Wer verordnet eine DiGA?

Verordnen können sie alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie können eine DiGA auch direkt bei Ihrer Krankenkasse beantragen – dazu brauchen Sie einen Nachweis der Diagnose.[2][3]

Was bringt eine DiGA?

Ehrlich gesagt: Die Leitlinie spricht eine „Kann“-Empfehlung aus. Die Studien zeigen eine Wirkung, die Effekte sind aber moderat, und Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag fehlen noch.[1] Für manche ist eine DiGA ein guter Einstieg oder eine sinnvolle Ergänzung – vor allem, wenn Termine bei Fachleuten schwer zu bekommen sind. Die persönliche Begleitung ersetzt sie nicht.

Das aktuelle Verzeichnis aller DiGA finden Sie unter diga.bfarm.de.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 164 (Empfehlung 5.26, Verhaltensmodifikation), S. 165 (Empfehlung 5.27, Mitbehandlung bei psychischen Störungen), S. 189 (Empfehlung 5.38, DiGA).
2. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): DiGA-Verzeichnis. diga.bfarm.de
3. § 33a SGB V (Digitale Gesundheitsanwendungen).

Mitwirkung

Was ist das denn nun schon wieder? Fachleute sprechen von „Compliance“ oder „Adhärenz“. Gemeint ist: Sie arbeiten aktiv an Ihrer Behandlung mit. Und das ist der Teil, den nur Sie selbst beeinflussen können.

Klar gesagt

Ohne Ihre Mitarbeit wird es nicht funktionieren – weder mit Ernährungstherapie noch mit Medikamenten oder einer Operation. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten und die Selbsthilfe können Sie begleiten. Den Weg gehen müssen Sie selbst.

Das heißt konkret:

- Gehen Sie offen in die Termine – auch wenn Sie glauben, schon alles zu wissen.
- Führen Sie Ihr Ernährungstagebuch ehrlich. Ein geschöntes Tagebuch hilft niemandem, am wenigsten Ihnen.
- Sprechen Sie an, was nicht geklappt hat. Rückschläge gehören dazu. Nur wenn sie auf den Tisch kommen, kann man gemeinsam herausfinden, woran es lag.

> **Ehrlich gesagt**
>
> Mitwirkung ist wichtig – aber sie ist nicht alles. Wenn das Gewicht trotz aller Mühe wieder steigt, liegt das oft auch an der Gegenregulation des Körpers. Die S3-Leitlinie hält fest, dass die Wiederzunahme nur bedingt von der Mitarbeit abhängt.[1] Mehr dazu auf der Seite Stoffwechsel.

Mitwirkung heißt auch: Fragen stellen

Manche Betroffene erwarten, dass Ärzte und Therapeuten schon alles regeln. Das tun sie nicht – und das können sie auch nicht. Sie kennen Ihren Alltag am besten.

Umgekehrt gilt: Sie haben ein Recht auf verständliche Erklärungen. Wenn Sie etwas nicht verstehen oder eine Empfehlung in Ihrem Leben nicht umsetzbar ist, sagen Sie es. Eine gute Behandlung passt sich Ihnen an, nicht nur Sie der Behandlung.

Gerade vor einer Operation ist das wichtig: **Alles, was Sie im Vorfeld nicht klären, kann nach der Operation zum Problem werden!**

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 197 (Wiederzunahme), S. 136 (Empfehlung 5.5).

KAPITEL 3

Medikamente

Sie haben vieles versucht, sich beraten lassen, Ihre Ernährung umgestellt und sich mehr bewegt – und trotzdem tut sich auf der Waage zu wenig? Das ist kein Versagen. Bei vielen Menschen mit Adipositas reicht die konservative Therapie allein nicht aus, weil der Körper sein Gewicht verteidigt (siehe Stoffwechsel). Dann gibt es zwei weitere Wege: Medikamente oder eine Operation.



© ECPO

Die „Abnehmspritze“

Die heutigen Abnehmmedikamente kommen ursprünglich aus der Diabetes-Therapie. In den Studien zeigte sich, dass Menschen damit deutlich Gewicht verlieren, wenn die Dosis erhöht wird. So begann der Hype um die „Abnehmspritze“. Die Medikamente ahmen Darmhormone wie GLP-1 nach, die dem Gehirn Sättigung melden.

Welche Medikamente gibt es?

In Deutschland sind mehrere Medikamente zur Behandlung der Adipositas zugelassen. Die wichtigsten sind:[1]

- **Semaglutid** (Wegovy) – als Spritze einmal pro Woche und seit 2026 auch als Tablette einmal täglich
- **Tirzepatid** (Mounjaro) – als Spritze einmal pro Woche

- **Liraglutid** (Saxenda) – als Spritze einmal täglich

Zugelassen sind sie für Erwachsene mit einem BMI ab 30 – oder ab 27, wenn gewichtsbedingte Begleiterkrankungen vorliegen. Und immer nur zusammen mit Ernährungsumstellung und mehr Bewegung.[1]

Und wer bezahlt das?

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen diese Medikamente zur Gewichtsreduktion nicht bezahlen. Grund ist § 34 SGB V: Mittel zur „Regulierung des Körpergewichts“ gelten dort als Lifestyle-Arzneimittel – obwohl Adipositas längst als Krankheit anerkannt ist. Sozialgerichte haben das bisher bestätigt.[3] Sie müssen die Kosten also selbst tragen. Das sind je nach Medikament und Dosis mehrere hundert Euro im Monat. Die AdipositasHilfe Deutschland setzt sich dafür ein, dass sich das ändert.

Wichtigster Grundsatz: Das Medikament ist nur eine Krücke!

Nehmen Sie die Medikamente nicht auf die leichte Schulter. Sie wirken auf Hunger, Sättigung und Magenentleerung. Häufige Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung. Seltener kann es zu einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse oder zu Gallensteinen kommen. Achten Sie auf Ihren Körper und nehmen Sie Beschwerden ernst.[1]

Wenn Sie zusätzlich Insulin oder bestimmte andere Diabetes-Medikamente nehmen, kann es zu Unterzuckerungen kommen. Dann muss die Diabetes-Therapie angepasst werden.[1]

> **Achtung**
>
> - Ändern Sie die Dosis nicht eigenmächtig. Wer zu schnell steigert, riskiert starke Nebenwirkungen bis hin zu gefährlichem Flüssigkeitsverlust.[1]
> - Kaufen Sie die Medikamente nur mit Rezept in der Apotheke. Im Internet sind viele Fälschungen im Umlauf.
> - Verlassen Sie sich nicht auf Aussagen in Facebook-Gruppen, auf Instagram oder in anderen sozialen Medien. Jeder Mensch reagiert anders. Wenn Sie unsicher sind, fragen Sie Ihre Hausarztpraxis oder die Praxis, die Ihnen das Medikament verschrieben hat.
> - Bei Kinderwunsch müssen die Medikamente rechtzeitig vorher abgesetzt werden (siehe Kinderwunsch).

Spritze oder Tablette?

Seit Juli 2026 gibt es Semaglutid in der EU auch als Tablette zur Behandlung der Adipositas.[5] Für viele ist das bequemer als eine Spritze. Allerdings kommt nur ein sehr kleiner Teil des Wirkstoffs im Körper an – laut Fachinformation etwa 1 bis 2 %. Deshalb gelten strenge Einnahmeregeln:[1]

- morgens auf nüchternen Magen, nach mindestens 8 Stunden ohne Essen

- unzerkaut mit höchstens einem halben Glas Wasser (120 ml)
- danach mindestens 30 Minuten nichts essen, trinken oder andere Tabletten nehmen

Wer diese Regeln nicht einhält, nimmt weniger Wirkstoff auf.

> **Nach einer Magen-OP: Tabletten wirken nicht immer zuverlässig**
>
> Der Wirkstoff der Tablette wird im Magen aufgenommen – direkt dort, wo sich die Tablette auflöst.[6] Nach einem Magenbypass ist vom Magen nur noch ein kleiner Pouch übrig, und Tabletten rutschen schneller weiter. Ob und wie viel Wirkstoff dann im Körper ankommt, ist nicht untersucht. Das gilt auch nach einem Schlauchmagen.
>
> Die Tablette kann deshalb schwächer oder unvorhersehbar wirken. Fachleute raten, nach einer Adipositas-OP bis auf Weiteres die Spritzenform zu bevorzugen.[7] Das gilt auch für Semaglutid-Tabletten, die zur Behandlung eines Diabetes verordnet werden.
>
> - Sagen Sie jeder Ärztin und jedem Arzt, die Ihnen ein Medikament verordnen, dass Sie operiert sind.
> - Fragen Sie bei jeder neuen Tablette nach, ob sie nach Ihrer OP zuverlässig wirkt (siehe Medikamente nach der OP).
> - Wenn Sie die Tablette bereits nehmen, sollten Gewicht und Blutzucker regelmäßig kontrolliert werden.

Spritzen allein bringt nichts!

Wer abnimmt, verliert nicht nur Fett, sondern auch Muskeln – bei den neuen Medikamenten oft besonders schnell, weil man deutlich weniger isst. Achten Sie deshalb von Anfang an auf ausreichend Eiweiß und bewegen Sie sich regelmäßig, am besten mit Kraftübungen.

Wir empfehlen den gleichen Ansatz wie bei der konservativen Therapie:

- Begleitung durch eine Ernährungsfachkraft, um eine Mangelernährung zu vermeiden. Die kann bei kleinen Portionen schnell entstehen.
- **Bewegung und Kraftübungen** zum Muskelerhalt. Sie müssen keine riesigen Gewichte stemmen – aber die Muskeln sollten gefordert werden (siehe Bewegung).
- Eine **Verhaltenstherapie** kann helfen, sich von alten Mustern zu lösen (siehe Psychotherapie).
- **Familie und Freunde einbeziehen.** Rückhalt ist enorm wichtig.
- **Entspannungstechniken** helfen vielen – gerade wer bei Stress oder Frust isst.

Und wenn ich das Medikament absetze?

Ehrlich gesagt: Adipositas ist eine chronische Erkrankung. Wird das Medikament abgesetzt, kommt das Gewicht bei den meisten wieder.[2] Ob und wann Sie es absetzen, sollten Sie deshalb gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt entscheiden – und nicht allein danach, ob das Wunschgewicht erreicht ist. Entscheidend ist, wie es Ihrer Gesundheit geht.

International

Die kanadische Leitlinie (2025) empfiehlt ausdrücklich, Abnehmmedikamente langfristig einzusetzen, wenn sie wirken – wie bei Bluthochdruck oder Diabetes. Das Ziel ist nicht eine Zahl auf der Waage, sondern bessere Gesundheit und Lebensqualität.[4]

In Deutschland gilt derzeit: Sie müssen die Medikamente selbst bezahlen. Eine Dauertherapie ist deshalb für viele eine finanzielle Frage.

Quellen

1. Fachinformationen Wegovy® Injektionslösung, Wegovy® Tabletten und Mounjaro®, jeweils Stand 09/2026, Abschnitte 4.1, 4.2, 4.4, 4.6, 4.8 und 5.2.
2. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 172–173 (Wiederzunahme nach Absetzen).
3. § 34 Abs. 1 SGB V; Stiftung Warentest: Abnehmspritzen und -tabletten, März 2026, test.de; Pharmazeutische Zeitung: Erstattungsdebatte geht in die nächste Runde, 10.08.2026, pharmazeutische-zeitung.de
4. Pedersen SD et al. Pharmacotherapy for obesity management in adults: 2025 clinical practice guideline update. CMAJ 2025;197:E797–E809. doi:10.1503/cmaj.250502
5. Novo Nordisk: Pressemitteilung zur EU-Zulassung der Wegovy-Tablette, 20.07.2026.
6. Buckley ST et al. Transcellular stomach absorption of a derivatized glucagon-like peptide-1 receptor agonist. Sci Transl Med 2018;10:eaar7047. doi:10.1126/scitranslmed.aar7047
7. Dahan AE, Azran C, Dahan A. Is Oral Semaglutide a Good Fit for Patients After Metabolic Bariatric Surgery? Pharmaceutics 2026;18(4):466. mdpi.com

KAPITEL 4

Operation

„Magenoperation – jetzt – sofort!“ Diesen Wunsch hören wir in unseren Beratungen und Selbsthilfegruppen oft als Erstes. Viele sprechen dann von Magenband oder Ballon, ohne zu wissen, was dabei passiert und welche Folgen das hat. Eine gute Vorbereitung ist die wichtigste Grundlage für ein gutes Ergebnis.

Stand der Leitlinie

Die Seiten zur Adipositaschirurgie stützen sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine aktualisierte Fassung ist in Arbeit. Neuere Entwicklungen – zum Beispiel neuere OP-Verfahren oder die Kombination von Operation und Medikamenten – sind darin noch nicht berücksichtigt. Sobald die neue Leitlinie erscheint, überarbeiten wir diese Seiten.[1]

Wichtigster Grundsatz: Eine Operation ist nur eine Krücke!

Wir erleben immer wieder, dass schlecht vorbereitete Betroffene nach der Operation viele Probleme haben – mit schleppender Abnahme, Mangelerscheinungen oder seelischen Belastungen. Ganz wichtig: Mit dem Gewicht verschwinden keine seelischen Probleme, keine alten Verhaltensmuster und keine Schwierigkeiten mit dem Partner, in der Familie oder im Job, die es schon vor der Operation gab.

„Du bist den einfachen Weg gegangen!“

Diesen Satz hören viele Operierte. Er stimmt nicht. Eine Operation verlangt Vorbereitung, eine dauerhafte Umstellung beim Essen, lebenslange Nachsorge und die Einnahme von Vitaminen und Mineralstoffen. Sie ist ein wirksames Hilfsmittel – aber kein bequemer Ausweg.

Planen Sie Zeit ein

Planen Sie mindestens sechs Monate Vorbereitung ein – so lange dauert die umfassende konservative Therapie, die die Leitlinie vor einer OP vorsieht. In der Praxis sind es oft mehr.[1] Unser Gewicht ist über viele Jahre gewachsen – da kommt es auf einige Monate Vorbereitung nicht an. Auch wenn Sie das gerade anders sehen: Nach der Operation werden Sie uns sehr wahrscheinlich zustimmen.

Es gibt Ausnahmen: Bei einem BMI ab 50, bei besonders schweren Begleiterkrankungen oder wenn das Behandlungsteam eine konservative Therapie als aussichtslos einschätzt, kann direkt operiert werden (sogenannte Primärindikation).[1]

Das Rechtliche

Fachleute sprechen von bariatrischer oder metabolischer Chirurgie. Bariatrisch meint die Adipositaschirurgie, metabolisch die chirurgische Behandlung der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen wie Typ-2-Diabetes oder Bluthochdruck.

Eine Magenoperation bekommt man nicht auf Rezept. Auch das Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas, das der Gemeinsame Bundesausschuss 2023 für Erwachsene beschlossen hat, ändert daran nichts.[2] Es setzt vor allem auf Schulung, Ernährung, Bewegung und Verhalten. Die Operation nennt es als mögliche Behandlung, regelt aber weder die Voraussetzungen noch die Nachsorge danach. Verträge, mit denen das DMP bei Ihnen ankommt, gibt es bisher ohnehin nicht.

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, brauchen Sie keinen Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse. Das Adipositaszentrum dokumentiert und archiviert alle Unterlagen und legt sie bei Bedarf dem Medizinischen Dienst (MD) vor. Ein Antrag ist heute unüblich. Verlangt eine Klinik trotzdem einen, fragen Sie nach dem Grund.

Welche Operationsmethode für Sie die richtige ist, sollten Sie gemeinsam mit Ihrer Chirurgin oder Ihrem Chirurgen entscheiden. Dabei zählt nicht nur die Wirkungsweise, sondern auch Ihre gesundheitliche Situation.

Die Themen in diesem Kapitel

- Voraussetzungen für eine OP
- Die Operationsmethoden im Überblick
- Schlauchmagen
- Magenbypass
- Omega-Loop / Mini-Bypass
- Operation geschafft … und nun?
- Medikamente nach der OP
- Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß
- Nachsorge

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlungen 4.9 (Primärindikation) und 4.10 (konservative Therapie vor der OP).
2. Gemeinsamer Bundesausschuss: DMP-Anforderungen-Richtlinie, Anlagen 23 und 24 (DMP Adipositas – Erwachsene), Beschluss vom 16.11.2023, in Kraft seit 01.07.2024, und Tragende Gründe zum Beschluss.

Voraussetzungen für eine OP

> **Stand der Leitlinie**
>
> Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Die Voraussetzungen regelt die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“.[1]

1. Ihr BMI

- BMI ab 40 – auch ohne Begleiterkrankungen
- BMI ab 35 mit mindestens einer Begleiterkrankung, zum Beispiel Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Schlafapnoe, Herzerkrankungen, Fettleber, Refluxerkrankung, Gelenkerkrankungen, die die Beweglichkeit einschränken, oder ein PCO-Syndrom

Bei Typ-2-Diabetes (metabolische Chirurgie)

- BMI ab 40: Die OP soll als Therapieoption empfohlen werden – unabhängig davon, wie gut der Blutzucker eingestellt ist.
- BMI 35 bis unter 40: Die OP soll empfohlen werden, wenn die individuellen Diabetes-Ziele nicht erreicht werden.
- BMI 30 bis unter 35: Die OP sollte in Erwägung gezogen werden, wenn die Diabetes-Ziele nicht erreicht werden.

2. Die konservative Therapie ist ausgeschöpft

Das bedeutet: Sie haben in den letzten zwei Jahren mindestens sechs Monate lang eine umfassende Therapie gemacht – Ernährung, Bewegung, Verhalten – und dabei nicht mehr als 15 % Ihres Ausgangsgewichts (bei BMI 35–39,9) bzw. 20 % (bei BMI ab 40) verloren.[1] Die Selbsthilfegruppe ist dabei kein Muss, aber sehr zu empfehlen.

Auch wer erfolgreich abgenommen hat, kann operiert werden, wenn Begleiterkrankungen weiter bestehen oder das Gewicht wieder um mehr als 10 % gestiegen ist.[1]

3. Die Entscheidung fällt im Team

Ob eine OP für Sie infrage kommt, entscheidet ein Team aus Chirurgie, Innerer Medizin, Psychotherapie und Ernährungsfachkraft gemeinsam mit Ihnen.[1]

Was spricht gegen eine OP?

- instabile psychische Zustände
- eine aktive Sucht (Alkohol, Drogen, Medikamente)
- eine unbehandelte Bulimie
- schwere, auszehrende Erkrankungen oder eine Krebserkrankung
- unbehandelte hormonelle Ursachen der Adipositas
- eine bestehende oder geplante Schwangerschaft

> **Wichtig**
>
> Eine psychische Erkrankung, eine Binge-Eating-Störung oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit schließen eine OP nicht grundsätzlich aus. Oft können diese Hindernisse behandelt und danach operiert werden.[1]

Und ehrlich gesagt: Wer denkt „OP gemacht und alles geht von allein“, wird es danach schwer haben (siehe Mitwirkung).

> **International**
>
> In den USA und vielen anderen Ländern empfehlen die Fachgesellschaften (ASMBS/IFSO 2022) eine OP schon ab einem BMI von 35 – auch ohne Begleiterkrankungen – und ab BMI 30 bei Stoffwechselerkrankungen. Sie betonen außerdem, dass die Langzeitergebnisse der Adipositaschirurgie heute gut belegt sind.[2]
>
> In Deutschland gelten derzeit die oben genannten Voraussetzungen.

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlungen 3.10 und 6.1 (interdisziplinäre Entscheidung), 4.7 und 4.12 (Kontraindikationen), 4.9 (BMI-Grenzen), 4.10 (konservative Therapie), 4.11 (metabolische Chirurgie).
2. Eisenberg D et al. 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery. Obes Surg 2023;33:3–14. doi:10.1007/s11695-022-06332-1

Die Operationsmethoden im Überblick

> **Stand der Leitlinie**
>
> Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Magenband? Schlauchmagen? Bypass?

Im ersten Moment ist es ganz einfach: „Magenoperation“. Sobald man sich etwas mehr damit beschäftigt, wird es unübersichtlich – ähnlich wie bei einer großen Kaffeekette, bei der es Kaffee in zig Varianten gibt. Eine Magenoperation ist nicht gleich eine Magenoperation.

Früher hat man die Verfahren vor allem danach eingeteilt, wie sie wirken:

- **Restriktiv** heißt: Die Menge, die Sie essen können, wird begrenzt.
- **Malabsorptiv** heißt: Bestimmte Bestandteile der Nahrung werden schlechter aufgenommen. Das betrifft leider nicht nur Fett und Zucker, sondern auch Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß.

Heute weiß man: Alle Verfahren wirken nicht nur über die Menge oder die Aufnahme der Nahrung. Mindestens genauso wichtig sind veränderte Hormonsignale zwischen Darm und Gehirn, die Hunger und Sättigung beeinflussen (siehe Stoffwechsel).[2]

Die Verfahren

Verfahren	Kurz erklärt
Schlauchmagen	Ein großer Teil des Magens wird entfernt, es bleibt ein schmaler Schlauch.
Roux-en-Y-Magenbypass	Ein kleiner Vormagen (Pouch) wird direkt mit dem Dünndarm verbunden; ein Teil des Darms wird umgangen.
Omega-Loop / Mini-Bypass	Ein langer, schmaler Pouch wird mit nur einer Verbindung an eine Dünndarmschlinge angeschlossen.
Biliopankreatische Diversion mit Duodenal Switch	Stark malabsorptives Verfahren für ausgewählte Fälle, mit besonders hohem Bedarf an Nahrungsergänzung.
Magenband, Magenballon	Werden kaum noch eingesetzt; es gibt nur wenige Gründe dafür.

Als Standardverfahren empfiehlt die Leitlinie den Schlauchmagen, den Roux-en-Y-Magenbypass, den Omega-Loop-Magenbypass und – für ausgewählte Fälle – die biliopankreatische Diversion mit Duodenal Switch. Die meiste Erfahrung gibt es mit Schlauchmagen und Roux-en-Y-Bypass.[1]

Welche Methode passt zu mir?

Das wird mit Ihrer persönlichen Situation abgestimmt: Ihrem Gewicht, Ihren Begleiterkrankungen, Ihren Essgewohnheiten und Ihren Medikamenten. Diese Entscheidung treffen Sie gemeinsam mit der Chirurgin oder dem Chirurgen Ihres Vertrauens – und nicht „mal eben“. Sie haben ja während der Vorbereitung ein paar Monate Zeit.

Sollten Sie jetzt etwas verwirrt sein, wäre das der richtige Moment für eine Runde Walking oder ein paar Bahnen im Schwimmbad, damit alles sacken kann.

> **Merke**
>
> **Die OP ist nur eine Krücke – also ein Hilfsmittel.** Ohne eine Änderung des eigenen Lebensstils wird der Erfolg auf Dauer ausbleiben.

Quellen

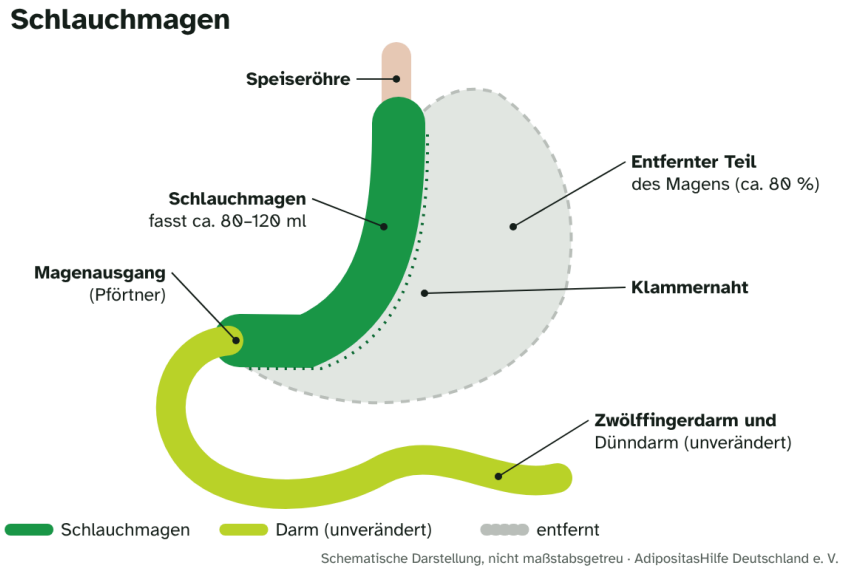
1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlung 5.1 (Standardverfahren).
2. Schwartz MW et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. Endocr Rev 2017;38:267–296. doi:10.1210/er.2017-00111

Schlauchmagen

Stand der Leitlinie

Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Die Schlauchmagen-Operation kommt dem Begriff „Magenverkleinerung“ wohl am nächsten.



Grafik: AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Wie funktioniert der Schlauchmagen?

Der Magen wird mit einem speziellen Klammernahtgerät längs durchtrennt. Es bleibt ein schmaler Schlauch von der Speiseröhre bis zum Magenausgang (Pförtner). Der abgetrennte Teil wird entfernt – übrigens der Teil, in dem besonders viel vom Hungerhormon Ghrelin gebildet wird. Der neue Schlauchmagen fasst etwa 80 bis 120 ml.

Die Menge, die Sie essen können, wird dadurch begrenzt. Zusätzlich verändern sich die Hormonsignale für Hunger und Sättigung. Der Weg der Nahrung durch den Darm bleibt dagegen erhalten.

Für wen ist der Schlauchmagen besonders geeignet?

- **Menschen mit sehr hohem Gewicht und hohem Narkoserisiko.** Die OP geht schneller als ein Bypass, die Narkose dauert kürzer.
- **Menschen mit erhöhtem Krebsrisiko im Magen-Darm-Trakt**, zum Beispiel wegen der Familiengeschichte. Der Magen bleibt für Spiegelungen erreichbar.

- **Menschen, die bestimmte Medikamente brauchen**, die nach einem Bypass nicht mehr zuverlässig aufgenommen werden.

Der Schlauchmagen ist weniger geeignet bei

- **starkem Sodbrennen (Reflux).** Dann empfiehlt die Leitlinie eher einen Magenbypass.[1] Sodbrennen kann auch andere Ursachen haben und sollte vorher abgeklärt werden.
- **einer starken Vorliebe für Süßes.** Zuckerhaltige Speisen werden weiter gut aufgenommen, ein „Bremseffekt“ durch Dumping fehlt meist.

Vorteile

- Ein sogenanntes Dumping ist seltener und weniger ausgeprägt.
- Die meisten Medikamente wirken weiterhin wie gewohnt. Ausnahme sind Wirkstoffe, die im Magen aufgenommen werden müssen (siehe Medikamente).
- Der Weg der Nahrung durch den Darm bleibt erhalten.
- Eine Magenspiegelung ist weiterhin möglich.

Nachteile

- Der Schlauchmagen kann sich mit der Zeit wieder dehnen, besonders bei dauerhaft großen Portionen. Dann passt mehr hinein und das Gewicht kann wieder steigen.
- Die Operation kann nicht rückgängig gemacht werden.
- Entgegen vieler Aussagen ist auch hier eine Supplementierung (Zufuhr zusätzlicher Vitamine, Mineralstoffe usw.) zwingend nötig.
- An der langen Klammernaht können Undichtigkeiten oder Fisteln entstehen (selten).
- Sodbrennen (Reflux) kann neu auftreten oder sich verstärken.
- Kalorienreiche Getränke und weiche, energiedichte Speisen werden weiterhin voll aufgenommen.
- Bei einem Teil der Operierten nimmt das Gewicht nach einigen Jahren wieder zu. Ursachen sind unter anderem die biologische Gegenregulation des Körpers (siehe Stoffwechsel), eine Dehnung des Magens und alte Essmuster. Das ist kein persönliches Versagen – aber ein Grund, die Nachsorge ernst zu nehmen.

Unser Fazit

Gerade für Menschen mit sehr hohem Gewicht und erhöhtem Operationsrisiko ist der Schlauchmagen ein guter Weg, einen Großteil des Übergewichts zu verlieren. So können Mobilität und körperliche Verfassung deutlich besser werden.

Der Schlauchmagen wirkt aber nicht von allein auf Dauer. Wer seine Ernährung umstellt, sich bewegt und die Nachsorge wahrnimmt, hat die besten Chancen, das Ergebnis zu halten. Nimmt das Gewicht trotzdem deutlich zu oder treten Beschwerden wie starker Reflux auf, ist eine Umwandlungsoperation, zum Beispiel zu einem Magenbypass, möglich.

Vitamine nicht vergessen

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Meinung, die Supplementierung sei beim Schlauchmagen nicht so wichtig, zeigt unsere Erfahrung: Nach einigen Jahren haben Schlauchmagen-Operierte oft die gleichen Mangelerscheinungen wie Bypass-Operierte (siehe Supplementierung).

Quellen

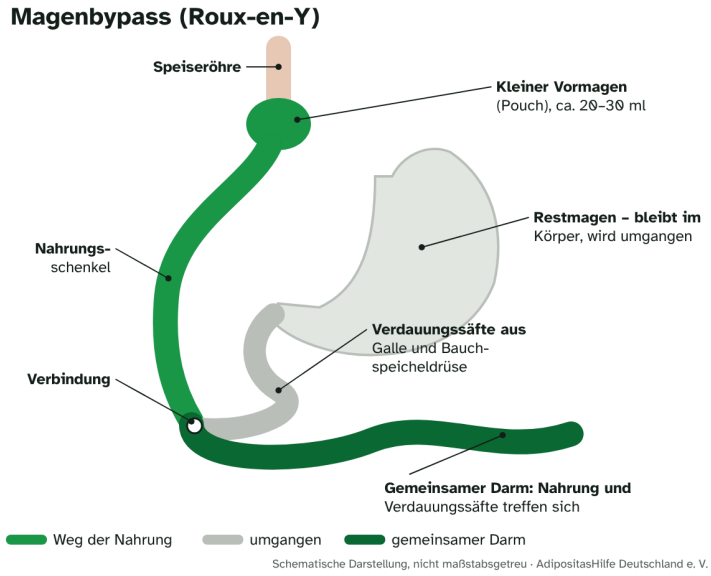
1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlungen 5.1 und 5.10 (Reflux), Abschnitt 7.5 (Supplementierung).

Magenbypass

Stand der Leitlinie

Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Als Magenbypass bezeichnen wir hier den Roux-en-Y-Magenbypass – neben dem Schlauchmagen die häufigste Operationsmethode. Diese OP ist aufwendiger und greift stärker in den künftigen Alltag ein. Gehen wir Schritt für Schritt vor.



Grafik: AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Was wird gemacht?

Wenige Zentimeter unterhalb des Mageneingangs wird der Magen abgetrennt. Es entsteht ein kleiner Vormagen („Pouch“), der je nach Chirurg etwa 20 bis 30 ml fasst. Anschließend wird der Dünndarm durchtrennt und so neu verbunden, dass Nahrung und Verdauungssäfte erst weiter unten im Dünndarm zusammentreffen.

Wie wirkt der Magenbypass?

Der kleine Pouch begrenzt die Essensmenge. Langsames, bewusstes Essen bekommt eine ganz neue Bedeutung. In den ersten Monaten sind die Mengen sehr klein, und das Hungergefühl ist bei den meisten Operierten fast verschwunden.

Beim Roux-en-Y-Bypass werden Fett und Zucker größtenteils weiterhin aufgenommen. Die Wirkung beruht vor allem auf der kleinen Portionsgröße und auf veränderten Hormonsignalen, die Hunger dämpfen und schneller satt machen. Schlechter aufgenommen werden vor allem Vitamine und Mineralstoffe wie Eisen, Calcium und Vitamin B12.

Wenn Sie jetzt denken: „Klasse, mein Körper nimmt kein Fett und keinen Zucker mehr auf, dann kann ich reinhauen“ – das stimmt leider nicht. Der Magenbypass reagiert oft sehr empfindlich darauf, was und wie schnell Sie essen. Viel Zucker oder Fett kann schnell ein sogenanntes Dumping auslösen.

Was ist ein Dumping?

Wenn Nahrung – vor allem Süßes – zu schnell in den Dünndarm gelangt, kann der Körper mit einem Dumping-Syndrom reagieren. Man unterscheidet zwei Formen:

- **Frühdumping** (15–30 Minuten nach dem Essen): Der Dünndarm zieht Flüssigkeit an. Typisch sind Bauchkrämpfe, Durchfall, Herzrasen, Schwitzen, Schwindel und starke Müdigkeit.
- **Spätdumping** (1–3 Stunden nach dem Essen): Der Blutzucker steigt schnell an, der Körper schüttet zu viel Insulin aus – danach fällt der Blutzucker zu stark ab. Typisch sind Zittern, Schweißausbrüche, Heißhunger, Unruhe oder plötzliche Müdigkeit. Das kann auch Jahre nach der OP noch neu auftreten.

Was hilft: kleine Portionen, langsam essen, wenig Zucker, Trinken und Essen zeitlich trennen. Wenn Sie häufig Zeichen einer Unterzuckerung haben, sprechen Sie Ihr Zentrum an – das lässt sich behandeln.

Was Betroffene außerdem berichten

- **Plötzliche Müdigkeit** nach dem Essen, so stark, dass man kaum wach bleiben kann – oft ist das ein Dumping.
- **Übelkeit oder Erbrechen** – der Bypass „gibt zurück“, was er nicht verträgt.
- **Steckenbleiben von Essen:** Schlecht gekaute Bissen bleiben am Eingang zum Pouch hängen und verursachen Druckschmerzen.

Andere haben keinerlei Probleme. Allgemeingültige Regeln gibt es nicht: Was der eine nicht mehr verträgt, ist für den anderen kein Problem. Und oft ist die Verträglichkeit auch „tagesformabhängig“. Das zeigt, wie unterschiedlich unser Körper reagiert – und wie sehr unser Essverhalten auch von der Psyche abhängt.

Für wen ist der Magenbypass besonders geeignet?

- **Menschen mit schwerer Adipositas und normalem Narkoserisiko** – viele haben ein stabiles Herz-Kreislauf-System.
- **Menschen mit Typ-2-Diabetes.** Kurz nach der OP bildet sich ein Typ-2-Diabetes bei vielen zurück. Nach fünf Jahren ist das in Studien noch bei etwa jeder oder jedem Dritten bis jeder oder jedem Zweiten so. Ein Rückfall ist möglich – die Kontrolle bleibt deshalb wichtig.[1][3]

- **Menschen mit Sodbrennen (Reflux)** – die Leitlinie empfiehlt bei einer Refluxerkrankung den Roux-en-Y-Bypass.[1]
- **Menschen mit einer Vorliebe für Süßes** – das Dumping wirkt wie eine Bremse.

Weniger geeignet ist der Magenbypass bei

- einem familiär erhöhten Krebsrisiko im Magen-Darm-Trakt, weil der Restmagen nicht mehr gespiegelt werden kann,
- Medikamenten, die zwingend im Magen aufgenommen werden müssen.

Eine Binge-Eating-Störung sollte vor der OP behandelt werden – sie ist aber kein grundsätzliches Hindernis.[1]

Vorteile

- Die Operation kann in bestimmten Fällen rückgängig gemacht werden.
- Hohe Erfolgschancen bei der Gewichtsabnahme.
- Gute Wirkung auf Typ-2-Diabetes und Reflux.

Nachteile

- Zwingend lebenslange Supplementierung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Eiweiß – nicht mit Präparaten aus dem Supermarkt (siehe Supplementierung).
- Erhöhte Gefahr eines Dumping-Syndroms.
- Bei Frauen: Die Anti-Baby-Pille wirkt nicht mehr zuverlässig – sichere Verhütung besprechen (siehe Schwangerschaft nach OP).
- Bestimmte Medikamente wirken nicht mehr zuverlässig.
- Verzicht auf sogenannte NSAR-Schmerzmittel (siehe Medikamente nach der OP).
- Eine Spiegelung des Restmagens ist nicht mehr möglich.
- Gefahr innerer Hernien (Darmeinklemmung) – bei starken Bauchschmerzen sofort in die Klinik. [1]

Unser Fazit

Der Magenbypass ist die am längsten erprobte Methode in der Adipositas- und metabolischen Chirurgie. Mit ihm muss man beim Essverhalten noch disziplinierter sein als mit dem Schlauchmagen. Auch die Frage, welche Medikamente noch zuverlässig wirken, muss vorher mit dem Operateur besprochen werden.

International gibt es inzwischen Langzeitdaten zur Adipositaschirurgie über mehr als 20 Jahre. Eine große schwedische Studie zeigt zum Beispiel: Operierte lebten im Schnitt etwa drei Jahre länger als Menschen mit Adipositas ohne OP.[2] Gleichzeitig zeigen diese Daten, wie wichtig die lebenslange Nachsorge ist.

Trotz der Nachteile berichten die meisten Betroffenen von positiven Erfahrungen und würden diese Methode wieder wählen. Ausnahmen gibt es natürlich auch – nicht bei jedem wirkt die OP gleich.

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlungen 5.1, 5.10 (Reflux) und 5.15 (Diabetes-Remission), Abschnitt 5.2 (Langzeitfolgen), Empfehlung 7.14.
2. Carlsson LMS et al. Life Expectancy after Bariatric Surgery in the Swedish Obese Subjects Study. N Engl J Med 2020;383:1535–1543. doi:10.1056/NEJMoa2002449
3. Schauer PR et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes – 5-Year Outcomes. N Engl J Med 2017;376:641–651. doi:10.1056/NEJMoa1600869

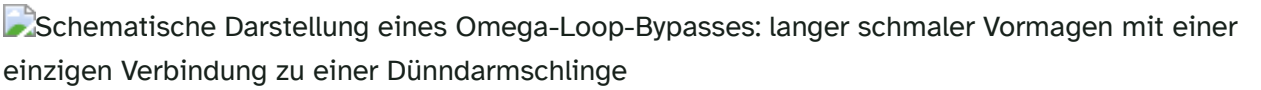
Omega-Loop / Mini-Bypass

Stand der Leitlinie

Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Der „Mini-Bypass“ – auch Omega-Loop- oder Ein-Anastomosen-Bypass genannt – war im Grunde die erste Form eines Magenbypasses. Schon 1966 wurde er angewandt. Damals wurde der Magen sehr weit oben quer durchtrennt und eine Dünndarmschlinge mit der oberen Magentasche verbunden. Weil diese Verbindung so nah an der Speiseröhre lag, kam es häufig zu lästigem Rückfluss von galliger Flüssigkeit. Deshalb wurde das Verfahren später vom Roux-en-Y-Bypass abgelöst, der diesen Rückfluss durch eine zweite Verbindung weiter unten am Dünndarm vermeidet.

Erst 1997 stellte R. Rutledge (USA) eine wesentliche Änderung vor: Der Magen wird nicht mehr oben quer, sondern längs durchtrennt. So entsteht eine sehr lange (etwa 16–18 cm) und schmale Magentasche für die Nahrung. Durch die lange, schmale Magentasche ist galliger Rückfluss heute deutlich seltener als früher. Ganz verschwunden ist er aber nicht: In einer großen Vergleichsstudie hatten nach fünf Jahren etwa 4 von 10 Operierten Refluxbeschwerden, nach einem Y-Bypass knapp 2 von 10.[2] Meist lassen sich die Beschwerden mit Medikamenten behandeln. Nur wenige brauchen einen Umbau zum Y-Bypass.


Schematische Darstellung eines Omega-Loop-Bypasses: langer schmaler Vormagen mit einer einzigen Verbindung zu einer Dünndarmschlinge

Grafik: AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Den Namen „Mini-Bypass“ hat das Verfahren, weil es früher – als noch meist offen operiert wurde – mit einem kleineren Bauchschnitt auskam als der Y-Bypass.

Eher ein „Maxi-Bypass“

Eigentlich handelt es sich im Vergleich zum Roux-en-Y-Bypass eher um einen „Maxi-Bypass“: Eine deutlich längere Dünndarmstrecke – meist 150 bis 200 cm, je nach Zentrum und Ausgangsgewicht – wird aus der Nahrungspassage ausgeschaltet. Neben der kleineren Magentasche und den hormonellen Effekten werden Nährstoffe dadurch zusätzlich etwas schlechter aufgenommen. Je länger dieser Abschnitt ist, desto höher ist das Risiko für einen Eiweißmangel.[4]

Das erklärt den in Studien gezeigten etwas stärkeren und vor allem stabileren Gewichtsverlust – etwa 70 bis 75 % des Übergewichts, auch noch nach zehn Jahren. Dafür muss man häufiger zur Toilette (oft zwei- bis dreimal am Tag) und hat ein etwas höheres Risiko für einen Mangel an Ei-

weiß, Eisen und Calcium. Vitamine, Calcium, gegebenenfalls Eisen und natürlich Vitamin B12 sowie eine eiweißreiche Ernährung sind nach dieser Operation besonders wichtig (siehe Supplementierung).

Vorteile

- Sehr guter und stabiler Langzeiterfolg.
- Technisch relativ einfache und schnelle Operation – auch bei hohem BMI bis etwa 65 – mit nur einer einzigen Nahtverbindung am Magen-Darm-Trakt.
- Durch die längere und größere Magentasche und die bewusst weit gehaltene Verbindung sind Lebensqualität und Verträglichkeit von Anfang an sehr gut.
- Die Eingewöhnung wird oft als deutlich angenehmer beschrieben.
- Ein späterer Umbau (Verkürzung oder Verlängerung des Bypasses) ist einfach möglich, falls der Gewichtsverlust zu stark oder zu schwach ausfällt.

Nachteile

- Zwingend lebenslange Supplementierung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Eiweiß. Mangelzustände sind häufiger als nach einem Y-Bypass.[3]
- Erhöhte Gefahr eines Dumping-Syndroms.
- Bei Frauen: Die Anti-Baby-Pille wirkt nicht mehr zuverlässig – sichere Verhütung besprechen (siehe Schwangerschaft nach OP).
- Bestimmte Medikamente wirken nicht mehr zuverlässig.
- Verzicht auf sogenannte NSAR-Schmerzmittel (siehe Medikamente nach der OP).
- Eine Spiegelung des Restmagens ist nicht mehr möglich.
- Häufigerer Stuhlgang.
- Reflux, auch mit Galle, ist häufiger als nach einem Y-Bypass.[2] Wer schon vor der OP starkes Sodbrennen hat, ist mit einem Y-Bypass meist besser beraten. Anhaltendes Sodbrennen nach der OP sollte abgeklärt werden.

Gut als Umbau-Verfahren

Der Mini-Bypass hat sich auch als sehr gutes Umbauverfahren herausgestellt, wenn das Gewicht nach einem Schlauchmagen wieder steigt. Innere Verwachsungen oder Verschlingungen des Darms mit dem Risiko eines Darmverschlusses sind seltener zu erwarten als nach einem Y-Bypass. In vielen europäischen Nachbarländern und in Asien ist das Verfahren schon lange verbreitet.

Fazit

Immer mehr Adipositaszentren in Deutschland setzen diese Methode ein – als erste Operation, als Umbau nach einem Schlauchmagen oder bei Komplikationen nach einem Magenbypass. Mittlerweile hat sie sich als Standard etabliert – auch die deutsche Leitlinie nennt sie als Standardverfahren.[1]

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlung 5.1 und Statement 5.7 (Omega-Loop-Bypass als Standardverfahren).
2. Robert M et al.: Efficacy and safety of one anastomosis gastric bypass versus Roux-en-Y gastric bypass at 5 years (YO-MEGA). Lancet Diabetes Endocrinol 2024;12:267–276, doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00035-4
3. Robert M et al.: Efficacy and safety of one anastomosis gastric bypass versus Roux-en-Y gastric bypass for obesity (YO-MEGA). Lancet 2019;393:1299–1309, doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30475-1
4. Focquet M. The length of the biliopancreatic limb in one anastomosis gastric bypass. Front Surg 2024;11:1248744. doi:10.3389/fsurg.2024.1248744

Operation geschafft … und nun?

Stand der Leitlinie

Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Gute Frage. Monatelang haben Sie auf diesen Tag hingearbeitet, sich hoffentlich viel informiert, wahrscheinlich Ihr Umfeld in den Tagen vor der Operation „verrückt“ gemacht – und hatten selbst ein wenig Angst. Jetzt ist es vorbei. Meinen Sie.



Obesity Canada, CC BY-NC-ND 2.0

Vielleicht haben Sie leichte Schmerzen in der linken Seite auf Höhe des Rippenbogens. Das ist möglich und normal: Irgendwo musste die Chirurgin oder der Chirurg ja mit den Instrumenten an Ihren Magen kommen.

Die ersten Tage

In den ersten Tagen nach der Operation dreht sich fast alles ums Trinken. Ausreichend zu trinken wird künftig Ihren Tagesablauf bestimmen.

Kein Hunger mehr?

Viele Operierte wundern sich, dass sie anfangs kaum noch Hunger haben. Das liegt nicht nur am kleineren Magen, sondern vor allem an veränderten Hormonsignalen zwischen Darm und Gehirn. Daran muss man sich erst gewöhnen.

Manche spüren trotzdem Hunger oder Appetit – direkt nach der OP oder einige Monate später. Das ist keine Einbildung. Es lohnt sich aber, genau hinzuschauen:

- **Körperlicher Hunger** kommt langsam, lässt sich mit einer kleinen Mahlzeit stillen und ist nicht auf ein bestimmtes Lebensmittel festgelegt.
- **Appetit oder „Kopfhunger“** kommt plötzlich, oft bei Stress, Langeweile oder Frust, und verlangt nach etwas Bestimmtem.

Beides ist echt – aber nur der körperliche Hunger braucht Essen. Für den Kopfhunger braucht es andere Antworten. Die alten Muster verschwinden mit der Operation nicht von selbst. Sie haben den langen Weg bis zur OP nicht auf sich genommen, um alles wieder wie früher zu machen. Wenn Sie merken, dass alte Muster zurückkommen, holen Sie sich früh Hilfe – bei Ihrer Ernährungsfachkraft, Ihrer Psychotherapeutin oder Ihrem Psychotherapeuten oder in der Selbsthilfegruppe.

Der Kostaufbau

Wann Sie wieder etwas essen dürfen, hängt von der Klinik ab. In der Regel gibt es am zweiten oder dritten Tag Suppen oder Püriertes. Das nennt man schonenden Kostaufbau. Vergessen Sie nicht: Sie haben eine frische Naht am Magen, die nicht überlastet werden darf.

Essen Sie langsam. Sehr langsam. Sie müssen lernen, auf Ihren Körper zu hören. Oft ist der kleine Magen schon nach ein oder zwei Löffeln voll. Keine Angst: Sie werden nicht verhungern. Ihr Körper hat genug Reserven – und genau die soll er jetzt nutzen.

Mit der Zeit können Sie langsam steigern. Wir empfehlen in den ersten zwei bis drei Wochen nur Suppen, dünnes Kartoffelpüree und püriertes Gemüse. Streichwurst und weicher Käse können nach und nach dazukommen. Halten Sie sich dabei an den Plan Ihres Zentrums.

Ihr Geschmackssinn kann sich verändern: Gewürze, Süßes und Saures nehmen Sie vielleicht anders wahr. Nutzen Sie die Chance, frisch zu kochen. So wissen Sie immer, was Sie essen.

Stellen Sie sich vor, Sie sind bei Freunden oder auf der Arbeit, probieren etwas Neues und vertragen es nicht. Probieren Sie neue Lebensmittel deshalb lieber zuerst zu Hause aus.

> **Ganz wichtig**
>
> „Der eine Bissen geht noch“ endet meistens schlecht. Lassen Sie ihn weg. Verabschieden Sie sich von der Einstellung, dass der Teller leer gegessen werden muss. Druck im Magen, Schmerzen und Übelkeit können die Folgen sein.

Familie und Partner einbeziehen

Die ersten Wochen nach einer Magenoperation sind sehr einschneidend. Sie erleben vielleicht ein Wechselbad der Gefühle und sind viel mit sich selbst beschäftigt.

Beziehen Sie Ihren Partner oder Ihre Partnerin und Ihre Familie unbedingt mit ein – am besten schon, wenn Sie sich für die Operation entscheiden. Sie werden deren Unterstützung und Verständnis brauchen. Ihr Umfeld hat es oft nicht leichter als Sie. Vielleicht bekommen Sie Lebensfreude und Beweglichkeit zurück und haben auf einmal wieder Lust, viel zu unternehmen. Manche Partner haben damit anfangs Probleme. Reden Sie miteinander und nehmen Sie einander mögliche Ängste.



Foto: Stefan Nagott / ECPO

Was sollte ich noch tun?

Ernährungsberatung

In den ersten Wochen und Monaten nach der Operation sollten Sie die Unterstützung einer Ernährungsfachkraft nutzen. Manche Regionen bieten auch Ernährungsgruppen speziell für Operierte an. Nach unserer Erfahrung helfen diese Gruppen sehr bei der Eingewöhnung in das neue Leben.



Obesity Canada, CC BY-NC-ND 2.0

Verhaltenstherapie

Viele haben früher aus Langeweile, Stress oder Frust gegessen. Während der Vorbereitung hatte man ein klares Ziel: die Operation. Ist das geschafft, kann man leicht in alte Verhaltensweisen zurückfallen. Eine Verhaltenstherapie kann helfen, damit besser umzugehen. Nehmen Sie diese Hilfe an.

Achten Sie auch auf Ihre Seele

Den meisten Menschen geht es nach der OP besser – körperlich und seelisch. Ehrlich ist aber auch: Bei manchen wird es schwerer. Studien zeigen, dass nach einer Adipositas-OP Depressionen, Alkoholprobleme und Krisen häufiger auftreten können als vorher.[1]

- **Alkohol:** Nach einem Magenbypass wirkt Alkohol schneller und stärker, weil er sofort in den Dünndarm gelangt. Manche Operierte trinken mit der Zeit mehr als früher – auch wenn sie vorher kaum getrunken haben. Seien Sie hier besonders aufmerksam.
- **Alte Muster in neuer Form:** Wenn Essen als Trost wegfällt, suchen sich manche einen anderen Weg, mit Stress und Gefühlen umzugehen – nicht immer einen guten.
- **Enttäuschte Erwartungen:** Die OP löst nicht alle Probleme. Das kann ernüchtern.

Wenn Sie merken, dass es Ihnen seelisch schlechter geht, sprechen Sie es früh an – in Ihrem Zentrum, bei Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt oder in der Selbsthilfegruppe. Wenn Sie in einer Krise sind, erreichen Sie die TelefonSeelsorge rund um die Uhr unter 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222.[2]

Bewegung

Auch wenn das Zitat „No Sports“ gern Winston Churchill zugeschrieben wird – es hilft nichts. Beim Abnehmen verliert man auch Muskelmasse, und das sollte man möglichst vermeiden. Muskeln halten Sie beweglich und verbrauchen Energie. Eine BIA-Messung zeigt, wie es um Ihre Muskeln

steht.

Das Schöne: Mit jedem Kilo werden Bewegungen leichter, und vielleicht finden Sie sogar Spaß am Sport. Sie wären nicht die oder der Erste. Übertreiben Sie es aber nicht, sonst ist die Lust schnell wieder weg. Lassen Sie sich anleiten (siehe Bewegung).

Selbsthilfegruppe

Vielleicht kennen Sie Ihre Selbsthilfegruppe schon aus der Vorbereitungszeit. Bleiben Sie ihr treu. So wie Sie anfangs von bereits Operierten profitiert haben, können jetzt andere von Ihren Erfahrungen profitieren. Sie wissen am besten, welche Fragen und Ängste „Neulinge“ haben. Und auch wenn Sie nach ein paar Monaten das Gefühl haben, die Gruppe bringt nichts mehr: Wenn es später Probleme gibt, können Sie jederzeit wiederkommen.

Schmerzen oder Probleme?

Wenn Essen oder Trinken Probleme bereiten, sucht man den Fehler oft bei sich. Beobachten Sie Ihr Essverhalten und wann die Probleme auftreten. Wird es trotzdem nicht besser, sprechen Sie Ihre Chirurgin oder Ihren Chirurgen an. Mit einer Spiegelung oder einem Schluckröntgen lassen sich körperliche Ursachen erkennen. Bei starken Bauchschmerzen gehen Sie sofort in eine Klinik.

Stillstand bei der Abnahme?

Das kommt vor, der Körper muss auch mal durchatmen. Ein Stillstand kann mehrere Wochen dauern. Prüfen Sie Ihre Eiweißzufuhr und Ihr Essverhalten, aber setzen Sie sich nicht zu sehr unter Druck – auch der Kopf spielt eine Rolle. Hält der Stillstand länger an, sprechen Sie mit Ihrer Ernährungsfachkraft oder Ihrem Arzt.

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Statements 7.3 und 7.4 (Alkohol, psychische Krisen nach der OP), Abschnitt 7 (Nachsorge).
2. Familienportal des Bundes: Krisentelefone und Anlaufstellen in Notlagen. familienportal.de

Medikamente nach der OP

Stand der Leitlinie

Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

„NSAR darfst du mit Magenbypass nicht!“

Diesen Satz hört man nach einer Adipositas-OP immer wieder. Die wenigsten wissen aber, warum das so ist und was NSAR eigentlich sind.

Was sind NSAR?

NSAR steht für „nichtsteroidale Antirheumatika“. Das sind Schmerzmittel, die auch Entzündungen hemmen und deshalb in der Rheumatherapie eingesetzt werden. Eine ihrer häufigsten Nebenwirkungen sind Magenschleimhautentzündungen und Geschwüre. Nach einem Magenbypass entstehen solche Geschwüre bevorzugt an der Verbindungsstelle zwischen Magen und Dünndarm.[1] Sie können bluten oder durchbrechen – das ist ein Notfall.

Keine NSAR

Nach einer Magenoperation sollten Sie NSAR nicht mehr einnehmen.[2] Dazu gehören unter anderem:

- Ibuprofen
- Diclofenac
- Naproxen
- Acetylsalicylsäure (ASS) als Schmerzmittel
- sogenannte Coxibe wie Celecoxib, Etoricoxib oder Parecoxib
- Flurbiprofen und ähnliche Wirkstoffe, die auch in Halsschmerz-Lutschtabletten stecken

Achtung, versteckte Wirkstoffe!

Viele Kombinationspräparate gegen Kopfschmerzen oder Erkältung enthalten ASS oder Ibuprofen – oft unter Namen, denen man das nicht ansieht. Achten Sie deshalb immer auf den Wirkstoff im Beipackzettel, nicht auf den Namen der Packung. Und sagen Sie in der Apotheke bei jedem Kauf, dass Sie einen Magenbypass haben.

Welche Schmerzmittel gehen?

Als gut verträglich gilt meist Paracetamol. Bei stärkeren Schmerzen gibt es weitere Möglichkeiten, zum Beispiel Metamizol oder in bestimmten Fällen Opioide. Diese Mittel haben aber eigene Risiken – Metamizol kann selten eine gefährliche Störung der Blutbildung auslösen,[3] Opioide können abhängig machen. Sie gehören deshalb in ärztliche Hand. Bei Krämpfen im Bauch helfen oft krampflösende Mittel. Viele Wirkstoffe gibt es auch als Tropfen oder Saft, das ist nach einer OP oft günstiger.

Sonderfall: ASS zur Blutverdünnung

Niedrig dosiertes ASS wird oft nach einem Herzinfarkt, einem Stent oder einem Schlaganfall verordnet. Setzen Sie es niemals eigenmächtig ab und tauschen Sie es nicht selbst aus! Ob Sie es weiter nehmen – zum Beispiel mit einem Magenschutz – oder auf ein anderes Medikament wechseln, entscheidet Ihr Arzt gemeinsam mit Ihrem OP-Zentrum.[4]

Für alle anderen Medikamente gilt

- Kann das Medikament den Magen schädigen?
- Wird es nach der OP noch zuverlässig aufgenommen? Wenig Aufnahme bedeutet wenig oder keine Wirkung.
- Vorsicht bei Retard-Tabletten, die den Wirkstoff langsam über viele Stunden abgeben sollen: Sie wirken nach einem Bypass oft anders als gedacht.
- Das gilt auch für die Anti-Baby-Pille (siehe Schwangerschaft nach OP) und für Semaglutid-Tabletten (siehe Medikamente).

> **Merke**
>
> Man kann es gar nicht oft genug sagen: **Fragen Sie vor der Einnahme jedes Medikaments Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder Ihre Apotheke!** Und sagen Sie dabei immer, welche Operation Sie hatten.

Quellen

1. Coblijn UK et al. Development of ulcer disease after Roux-en-Y gastric bypass, incidence, risk factors, and patient presentation: a systematic review. Obes Surg 2014;24:299–309. doi:10.1007/s11695-013-1118-5
2. Mechanick JI et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update. Surg Obes Relat Dis 2020;16:175–247. doi:10.1016/j.soard.2019.10.025
3. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Rote-Hand-Brief zu Metamizol, Dezember 2024. akdae.de (PDF)
4. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Abschnitt Nachsorge (Ulkusprophylaxe).

Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß

Stand der Leitlinie

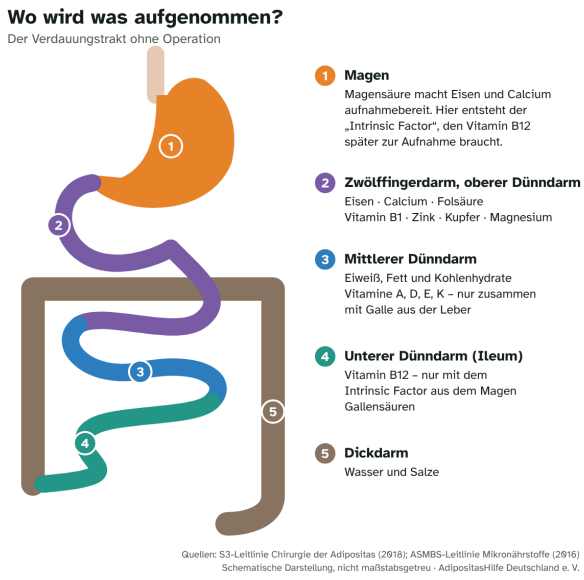
Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Unter Supplementierung versteht man die Ergänzung von Eiweiß, Vitaminen und Mineralstoffen, um einem Mangel vorzubeugen. Nach einer Magenoperation ist das ein zentrales Thema, das Sie nie unterschätzen oder vernachlässigen dürfen.

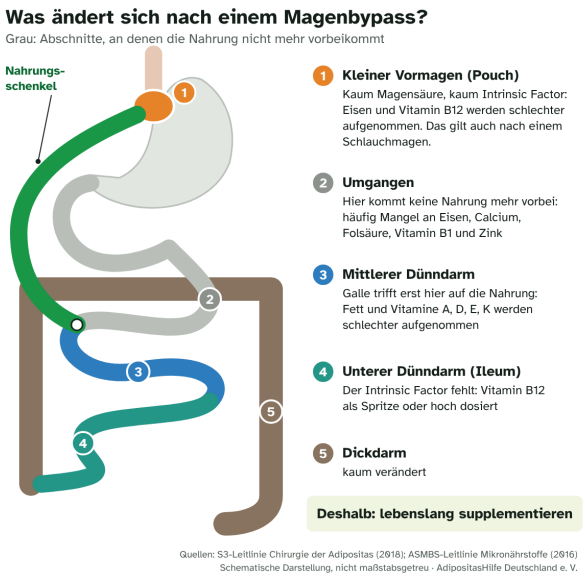
Warum muss ich das tun?

Nach der OP essen Sie viel kleinere Mengen. Damit nehmen Sie auch weniger Vitamine, Mineralstoffe und Eiweiß auf. Beim Magenbypass kommt hinzu, dass die Nahrung einen Teil des Darms umgeht. Viele Nährstoffe werden dann schlechter oder gar nicht mehr aufgenommen. Hinzu kommt: Viele Menschen mit Adipositas haben schon vor der OP einen Mangel, zum Beispiel an Vitamin D, Eisen oder Folsäure.[1]

Die beiden Grafiken zeigen, wo im Verdauungstrakt welche Nährstoffe aufgenommen werden – und was sich nach einem Magenbypass ändert.



Ohne Operation · Grafik: AdipositasHilfe Deutschland e. V.



Nach einem Magenbypass · Grafik: AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Wie lange?

- **Nach einem Magenbypass:** lebenslang.[1]

- **Nach einem Schlauchmagen:** Wie lange, ist wissenschaftlich nicht geklärt.[1] Unsere Erfahrung zeigt, dass Schlauchmagen-Operierte nach einigen Jahren oft dieselben Mängel haben wie Bypass-Operierte (siehe Schlauchmagen). Setzen Sie deshalb nichts ohne Rücksprache ab.

Was muss ich ergänzen?

Die Leitlinie empfiehlt zur Vorbeugung folgende Richtwerte.[1] Jeder Stoffwechsel ist anders – deshalb ersetzen die Werte nicht die Absprache mit Ihrem Zentrum. Dort wird anhand Ihrer Blutwerte festgelegt, was Sie genau brauchen, und die Dosis bei Bedarf angepasst.

Nährstoff	Schlauchmagen	Magenbypass	Wofür? Woran merke ich einen Mangel?
Eiweiß	mind. 60 g/Tag	mind. 60 g/Tag	Muskeln, Immunsystem – Haarausfall, brüchige Nägel, Wassereinlagerungen
Multivitamin-Mineralstoff-Präparat	2x täglich	2x täglich	Grundversorgung mit Vitaminen A, B1, E, K, Zink, Kupfer, Selen
Vitamin B12	1000 µg/Tag als Tablette oder alle 3–6 Monate als Spritze	1000 µg/Tag als Tablette oder alle 3–6 Monate als Spritze	Blutbildung, Nerven – Müdigkeit, Kribbeln in Händen und Füßen
Vitamin D	mind. 3000 IE/Tag	mind. 3000 IE/Tag	Knochen – Knochenschmerzen, Muskelschwäche
Calcium (als Citrat)	1200–1500 mg/Tag	1200–1500 mg/Tag	Knochen und Zähne – Muskelkrämpfe, auf Dauer Osteoporose
Eisen	über das Multivitamin-Präparat	50 mg/Tag	Blutbildung – Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel
Folsäure	600 µg/Tag	600 µg/Tag	Zellteilung, Blutbildung
Magnesium (als Citrat)	200 mg/Tag	200 mg/Tag	Muskeln, Knochen – Krämpfe

Richtwerte nach S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas (2018), Tabelle 8

Nach Operationen mit stärkerer Malabsorption (zum Beispiel Duodenal Switch oder distale Bypass-Formen) liegen die Mengen höher. Das regelt Ihr Zentrum.[1]

Bei Kinderwunsch und Schwangerschaft

Planen Sie eine Schwangerschaft, brauchen Sie mehr Folsäure – nach einer Adipositas-OP 800 µg täglich, beginnend mindestens vier Wochen vor der Empfängnis (siehe Schwangerschaft nach einer Adipositas-OP).[2]

Worauf Sie achten sollten

- Nehmen Sie Präparate, die speziell für Schlauchmagen oder Magenbypass entwickelt wurden. Ein normales Multivitamin-Präparat aus dem Supermarkt reicht in der Regel nicht.
- Calcium und Eisen nicht gleichzeitig einnehmen – sie behindern sich gegenseitig bei der Aufnahme. Calcium am besten als Citrat, das wird auch ohne Magensäure gut aufgenommen.[3]
- Lassen Sie bei jeder Nachsorge auch den Eisenspeicher (Ferritin) bestimmen, nicht nur den Eisenwert.[1]
- Ein Mangel zeigt sich oft erst nach Jahren. Wenn Sie sich gut fühlen, ist das kein Grund, die Supplemente wegzulassen.

Eiweiß

Nach einer Adipositas-OP brauchen Sie mehr Eiweiß als andere Menschen – nach Schlauchmagen und Magenbypass mindestens 60 g am Tag. Nach Operationen mit stärkerer Malabsorption, etwa einem distalen Bypass oder einem Duodenal Switch, sind es mindestens 90 g.[1] Gemeint ist dabei nicht Ihr aktuelles Gewicht, sondern ein Richtwert, der sich am Normalgewicht orientiert.[4][5] Wie viel genau Sie brauchen, legt Ihr Zentrum oder Ihre Ernährungsfachkraft fest.

Über die Nahrung allein ist das gerade im ersten Jahr kaum zu schaffen. Deshalb ergänzt man mit Eiweißshakes oder geschmacksneutralem Eiweißpulver, das nicht andickt und sich in Getränke und Speisen mischen lässt. Achten Sie auf Produkte mit mindestens 80 % Eiweißanteil und wenig Zucker.

Eiweißmangel ist der wichtigste Mangel bei den Hauptnährstoffen – vor allem nach Operationen mit stärkerer Malabsorption. Häufiger sind allerdings Mängel an Vitamin D, Eisen und Vitamin B12.[6] Erste Warnzeichen können Haarausfall, brüchige Nägel oder Wassereinlagerungen sein. Ihr Eiweißwert wird deshalb bei jeder Nachsorge-Blutuntersuchung kontrolliert.[1]

Was kostet mich das alles?

Wir haben das einmal durchgerechnet und kamen auf Kosten von höchstens etwa 2,50 Euro am Tag für die Supplementierung. Eine Tabelle finden Sie in unserem Downloadbereich. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir hier keine Hersteller nennen. In Ihrer Selbsthilfegruppe bekommen Sie aber schnell Tipps.

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Abschnitt 7.5, S. 125–129, Tabelle 8 (Richtwerte) und Tabelle 9 (Laborkontrollen).
2. S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft (AWMF 015-081), Version 1.2, Juni 2019, Empfehlung 2.E3 (Folsäure nach Adipositas-OP). register.awmf.org
3. Parrott J et al. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients. Surg Obes Relat Dis 2017;13:727–741. doi:10.1016/j.soard.2016.12.018
4. Mechanick JI et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update. Surg Obes Relat Dis 2020;16:175–247. doi:10.1016/j.soard.2019.10.025

5. Ben-Porat T et al. Is There a Need to Reassess Protein Intake Recommendations Following Metabolic Bariatric Surgery? Curr Obes Rep 2025;14:15. doi:10.1007/s13679-025-00607-1
6. Bal BS et al. Nutritional deficiencies after bariatric surgery. Nat Rev Endocrinol 2012;8:544–556. doi:10.1038/nrendo.2012.48

Nachsorge

> **Stand der Leitlinie**
>
> Diese Seite stützt sich auf die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ vom Februar 2018. Eine Neufassung ist in Arbeit. Sobald sie erscheint, überarbeiten wir diese Seite (mehr dazu im Überblick).

Die Nachsorge ist ein unverzichtbarer Teil der Behandlung nach einer Adipositas-OP – und zwar lebenslang. Es geht darum, gesund zu werden und gesund zu bleiben.

Sinnvoll ist ein Nachsorgepass oder eine Mappe mit allen Untersuchungsergebnissen. So lassen sich Verläufe bei Gewicht und Blutwerten beobachten und Probleme früh erkennen.

Die Nachsorge kann im Rahmen eines Konzepts Ihrer Klinik stattfinden, aber auch bei einer kundigen Hausarztpraxis, einer Adipositas-Schwerpunktpraxis oder einer Ernährungsfachkraft. Zertifizierte Adipositaszentren sind im Rahmen Ihrer Behandlung zur Nachsorge verpflichtet.

Die Nachsorge umfasst:

- Ernährungsberatung
- Kontrolle des Gewichtsverlaufs
- Kontrolle des Gesundheitszustands einschließlich Blutuntersuchungen
- gegebenenfalls psychologische Begleitung

Kontrolle des Gewichtsverlaufs

In den ersten Monaten nach der Operation nimmt man meist deutlich ab. Wie die Abnahme verläuft, wann sie endet und wie gut man das Gewicht hält, ist bei jedem unterschiedlich. Das sollte fachkundig begleitet werden. Bei Problemen mit dem Essverhalten kann eine Verhaltens- oder Ernährungstherapie helfen, bei körperlichen Beschwerden eine Magenspiegelung oder ein Schluckröntgen.

Wann sind die Termine?

Zeitplan nach der Leitlinie

- **Nachsorgetermine:** 1, 3, 6, 12, 18 und 24 Monate nach der OP, danach einmal im Jahr – lebenslang.
- **Blutuntersuchungen:** nach 6 und 12 Monaten, danach jährlich. Nach Operationen mit stärkerer Malabsorption (zum Beispiel distaler Bypass, Duodenal Switch) werden die Blutwerte halbjährlich kontrolliert.
- In den ersten 3–6 Monaten sollte Sie mindestens einmal eine erfahrene Chirurgin oder ein erfahrener Chirurg Ihres OP-Zentrums sehen.[1]

Die Nachsorge ist „für den Rest des Lebens“ nötig, weil auch nach vielen Jahren noch Probleme wie Mangelzustände auftreten können. Sie zeigen sich leider oft erst spät.

Was wird kontrolliert?

Vorerkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Schilddrüsenerkrankungen verändern sich durch die schnelle Gewichtsabnahme oft stark. Die Medikamente müssen dann angepasst werden. Außerdem wird auf neue Beschwerden geachtet, zum Beispiel Verdauungsstörungen, Gallensteine, Dumping, Kreislaufprobleme oder Mangelzustände.

Sie werden feststellen, dass Sie vielleicht öfter beim Arzt sind als vor der Operation. Dafür aber meist mit einem guten Gefühl.

Blutuntersuchung

Um Mangelzustände rechtzeitig zu erkennen, sind diese Laborwerte wichtig:[1]

- großes Blutbild
- Leber- und Nierenwerte
- Blutfette
- Blutzucker, bei Menschen mit Diabetes zusätzlich HbA1c
- Eisen und Speichereisen (Ferritin)
- Calcium und Parathormon
- Vitamin D (25-OH-Vitamin D)
- Eiweiß (Gesamteiweiß und Albumin)
- Folsäure, Zink, Kupfer, Vitamin B12, Magnesium
- Vitamin B1, nach einem Bypass zusätzlich Vitamin A

Nach stärker malabsorptiven Verfahren nennt die Leitlinie außerdem Vitamin E und K sowie Selen. Bei Beschwerden, die auf einen Mangel hindeuten, werden gezielt weitere Werte bestimmt – zum Beispiel der Vitamin-B-Status bei Kribbeln oder Taubheitsgefühl in Händen und Füßen oder Magnesium bei wiederholten Krämpfen.

Frühzeitig handeln

Bei den Normwerten gilt: Nicht erst handeln, wenn ein Wert unter der Grenze liegt, sondern schon dann, wenn er im Verlauf sinkt oder dauerhaft im unteren Bereich liegt. Gerade nach einem Magenbypass ist es schwieriger, einen Mangel wieder auszugleichen, weil die Aufnahme im Darm verändert ist.

Quellen

1. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlungen 7.3 und 7.4 (Nachsorgeintervalle), Tabelle 9, S. 129 (Laborparameter).

KAPITEL 5

Kinderwunsch

Viele Frauen mit Adipositas bekommen gesunde Kinder. Ehrlich ist aber auch: Adipositas kann die Fruchtbarkeit verringern – bei Frauen und bei Männern. Und in der Schwangerschaft treten bestimmte Komplikationen häufiger auf, etwa Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck mit Präeklampsie, Früh- und Fehlgeburten.[1] Wer das weiß, kann vorsorgen.



© ECPO

Sie hatten bereits eine Adipositas-Operation? Dann lesen Sie bitte auch die Seite Schwangerschaft nach einer Adipositas-OP.

Vor der Schwangerschaft

- **Folsäure:** Täglich 400 µg, beginnend mindestens vier Wochen vor der Empfängnis bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats. Das senkt das Risiko für Fehlbildungen von Gehirn und Rückenmark beim Kind.[2]
- **Medikamente prüfen lassen:** Manche Medikamente müssen vor einer Schwangerschaft umgestellt werden.[2]
- **Begleiterkrankungen behandeln:** Bluthochdruck, Diabetes oder eine Schilddrüsenstörung sollten vor der Schwangerschaft gut eingestellt sein.[2]
- **Lebensstil:** Mehr Bewegung und eine ausgewogene Ernährung schon vor der Schwangerschaft senken vor allem das Risiko für Schwangerschaftsdiabetes.[2]

Abnehmmedikamente und Kinderwunsch

Abnehmmedikamente wie Semaglutid oder Tirzepatid sind in der Schwangerschaft nicht erlaubt und müssen rechtzeitig vorher abgesetzt werden: Semaglutid (Wegovy) mindestens zwei Monate, Tirzepatid (Mounjaro) mindestens einen Monat vor der geplanten Schwangerschaft. Solange Sie diese Medikamente nehmen, sollten Sie verhüten.[3]

Bei Tirzepatid kann die Pille in den ersten Wochen und nach jeder Dosiserhöhung schlechter wirken. Die kanadische Leitlinie und die US-Zulassung raten deshalb, in dieser Zeit (jeweils 4 Wochen) zusätzlich ein Kondom zu verwenden oder eine Verhütung ohne Tablette zu wählen.[4] Seit November 2026 rät auch die Europäische Arzneimittel-Agentur in einem Rote-Hand-Brief dazu.[3] Sprechen Sie das früh an.

Während der Schwangerschaft

- **Keine Diät – aber auch nicht „für zwei essen“.** Bei einem BMI ab 30 empfehlen Fachleute eine Gewichtszunahme von 5 bis 9 kg über die ganze Schwangerschaft.[2]
- **Früher Zuckertest:** Schon im ersten Schwangerschaftsdrittel sollte der Blutzucker untersucht werden, nicht erst später.[2]
- **Vorsorge gegen Präeklampsie:** Bei einem BMI über 35 empfiehlt die Leitlinie ab der 12. Woche niedrig dosiertes ASS. Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt entscheidet das mit Ihnen.[2]
- **Ultraschall:** Bei hohem Gewicht sind Ultraschallbilder manchmal weniger aussagekräftig. Zusätzliche Termine sind dann normal und kein Grund zur Sorge.
- **Bewegung:** Regelmäßige, moderate Bewegung ist auch in der Schwangerschaft empfohlen.[2]

Rund um die Geburt

- Ab einem BMI über 35 sollten Sie in einem Perinatalzentrum entbinden, also einer Klinik, die auf Risikogeburten eingestellt ist.[2]
- Ein Kaiserschnitt ist nicht allein wegen der Adipositas nötig. Eine normale Geburt ist möglich und oft der bessere Weg.[2]
- Beim Stillen sollen Sie besonders unterstützt werden. Fragen Sie danach.[2]

Sie haben ein Recht auf respektvolle Betreuung

Dazu gehören eine passende Blutdruckmanschette, geeignete Liegen und ein Team, das ohne abwertende Kommentare mit Ihnen umgeht. Das fordern auch die Leitlinien.[1][2] Wenn Sie sich nicht ernst genommen fühlen, dürfen Sie das ansprechen – oder die Praxis wechseln.

Quellen

1. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001), Version 5.0, Oktober 2024, register.awmf.org, S. 17 (Fruchtbarkeit und Schwangerschaftskomplikationen), S. 28–29 (Empfehlung 2.2), S. 179.
2. S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft (AWMF 015-081), Version 1.2, Juni 2019, register.awmf.org, Empfehlungen 2.E1, 2.E2, 2.E4, 2.E6, 2.E8 (vor der Schwangerschaft), 3.E11, 3.E15, 3.E29, 3.E30 (Schwangerschaft), 4.E40 (Bewegung und Ernährung), 5.E43, 5.E45, 5.E54, 5.E58, 6.E65 (Geburt und Stillen).
3. Fachinformationen Wegovy® Injektionslösung, Wegovy® Tabletten und Mounjaro®, jeweils Stand 09/2026, Abschnitt 4.6 (Schwangerschaft und Stillzeit) und 4.5 (Wechselwirkungen); Rote-Hand-Brief zu Mounjaro® und oralen Kontrazeptiva, November 2026.
4. Pedersen SD et al. Pharmacotherapy for obesity management in adults: 2025 clinical practice guideline update. CMAJ 2025;197:E797–E809. doi:10.1503/cmaj.250502

Schwangerschaft nach einer Adipositas-OP

Nach einer Operation steigt die Fruchtbarkeit oft schneller als erwartet. Schwangerschaften, mit denen niemand gerechnet hat, sind deshalb nicht selten. Eine Schwangerschaft nach OP ist möglich und meist gut machbar – sie gilt aber als Risikoschwangerschaft und braucht gute Planung.

Erst abnehmen, dann schwanger werden

Während der Phase der starken Gewichtsabnahme sollten Sie sicher verhüten.[1] Ihr Körper ist in dieser Zeit im Ausnahmezustand, und das Risiko für Nährstoffmangel ist hoch. Die Leitlinie hält einen Abstand von etwa zwei Jahren für empfehlenswert.[2] Was für Sie passt, besprechen Sie mit Ihrem OP-Zentrum.

Die Pille reicht oft nicht

Nach einem Magenbypass wird die Anti-Baby-Pille oft nicht zuverlässig aufgenommen (siehe Magenbypass). Auch Erbrechen oder Durchfall können die Wirkung aufheben. Besprechen Sie mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt eine Verhütung, die nicht über den Magen-Darm-Trakt wirkt – zum Beispiel Spirale, Implantat oder Pflaster.[1]

Wenn Sie schwanger sind

- **Folsäure:** Nach einer OP werden 800 µg täglich empfohlen – doppelt so viel wie sonst.[1]
- **Supplemente anpassen:** Ihre Blutwerte sollten mindestens einmal pro Schwangerschaftsdrittel kontrolliert und die Vitamine und Mineralstoffe danach angepasst werden (siehe Supplementierung).[1]
- **Kein Zuckertest-Getränk:** Der übliche Zuckerbelastungstest (oGTT) kann nach einer OP ein Dumping auslösen. Stattdessen werden Nüchternblutzucker und Blutzuckerprofile über den Tag gemessen. Weisen Sie Ihre Praxis darauf hin.[1]
- **Nicht weiter abnehmen:** In der Schwangerschaft soll keine weitere Gewichtsabnahme stattfinden.[1]
- **Engmaschige Kontrollen:** Gehen Sie sowohl zur Nachsorge in Ihr OP-Zentrum als auch zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt. Das Wachstum des Kindes sollte häufiger kontrolliert werden.[1]

> **Bauchschmerzen immer ernst nehmen!**
>
> Nach einem Magenbypass kann sich der Darm verdrehen oder einklemmen (innere Hernie). In der Schwangerschaft wird das leicht mit normalen Beschwerden verwechselt. Bei starken oder anhaltenden Bauchschmerzen gehen Sie sofort in eine Klinik und sagen Sie dort, dass Sie operiert sind.[1]

Zur Geburt

Eine normale Geburt ist nach einer Adipositas-OP möglich, wenn aus geburtshilflicher Sicht nichts dagegen spricht.[1]

Allgemeine Informationen zu Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt mit Adipositas finden Sie auf der Seite Kinderwunsch.

Quellen

1. S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft (AWMF 015-081), Version 1.2, Juni 2019, register.awmf.org, Empfehlungen 2.E3 (Folsäure), 2.E7 und 3.E31 (Verhütung), 3.E33 (Geburt), 3.E34–3.E36 (Supplemente, kein oGTT, keine Gewichtsabnahme), 3.E37–3.E39 (Kontrollen, innere Hernie).
2. S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001), Version 2.3, Februar 2018 (in Überarbeitung), register.awmf.org, Empfehlung 7.14 (Abstand zwischen Operation und Schwangerschaft).

KAPITEL 6

Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind Orte, an denen sich Betroffene regelmäßig zum Austausch treffen – Orte des Vertrauens und der Offenheit. Hier berichten Menschen mit Adipositas von ihren Erfahrungen, Problemen und Erfolgen. Und man merkt schnell: Ich bin nicht die oder der Einzige mit diesem Problem.



Obesity Canada, CC BY-NC-ND 2.0

Was bringt mir eine Selbsthilfegruppe?

- Erfahrungsaustausch mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben
- wertvolle Tipps zu Ärztinnen und Ärzten, Therapeuten, Kliniken und Sportangeboten
- Unterstützung in der Vorbereitung auf eine Operation und danach
- Rückhalt bei Rückschlägen – ohne erhobenen Zeigefinger

In vielen Gruppen entstehen Freundschaften, gemeinsame Sportgruppen und weitere Freizeitaktivitäten. Ein Besuch kostet nichts und schadet nicht.

Wer leitet die Gruppe?

Selbsthilfegruppen werden von Betroffenen geleitet und sind unabhängig. Auch wenn sich eine Gruppe in einer Klinik oder einem Ärztezentrum trifft, ist sie eigenständig – eine Selbsthilfegruppe, die einer Klinik „gehört“, gibt es nicht. Die Leitungen arbeiten ehrenamtlich und sind im besten Fall entsprechend geschult. Wir bilden Gruppenleitungen aus und fort.

Wo finde ich eine Selbsthilfegruppe?

- Auf unserer Seite Selbsthilfe finden Sie Gruppen der AdipositasHilfe Deutschland.
- Auch andere Adipositas-Selbsthilfeverbände bieten Verzeichnisse an.
- In jeder Region gibt es Selbsthilfekontaktstellen. Sie können Ihnen Gruppen in Ihrer Nähe nennen. Eine Übersicht bietet die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter nakos.de.

Keine Gruppe in der Nähe?

Vielleicht gibt es in Ihrer Region weitere Betroffene, die eine Gruppe suchen. Wenn Sie etwas Zeit haben und sich mit anderen austauschen möchten: Gründen Sie doch eine Selbsthilfegruppe! Wir unterstützen Sie dabei mit Rat und Tat, helfen bei den ersten Schritten und geben Ihnen das nötige Werkzeug an die Hand. Sprechen Sie uns an.

Die AdipositasHilfe Deutschland e. V.

Die AdipositasHilfe Deutschland ist ein gemeinnütziger Selbsthilfeverband, 2013 von Betroffenen für Betroffene gegründet. Wir beraten und begleiten Menschen mit Adipositas auf ihrem Weg. Ein Netz von Selbsthilfegruppen hat sich unter unserem Dach zusammengeschlossen.

- **Wir geben Betroffenen eine Stimme:** Wir setzen uns gegen die Diskriminierung von Menschen mit Adipositas ein und für eine bessere Prävention und Behandlung – und zwar lange bevor das Thema Chirurgie ansteht. Dazu sind wir mit Politik, Krankenkassen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden im Gespräch und arbeiten an Leitlinien mit.
- **Bewegung unter Gleichgesinnten:** An mehreren Standorten bieten wir AquaFit-XXL- und Walking-Kurse an. Geschulte Trainerinnen und Trainer – zum Teil selbst Betroffene – führen Menschen mit Adipositas an Bewegung heran, in Bewegungsbädern geschützt vor den Blicken der Öffentlichkeit.
- **International vernetzt:** Wir stehen im engen Austausch mit europäischen Patientenorganisationen.
- **Ehrenamtlich:** Vorstand, Arbeitskreise und Gruppenleitungen arbeiten ehrenamtlich. Allen, die sich engagieren, danken wir von Herzen.

> **Machen Sie mit!**
>
> Wir finanzieren uns ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, Spenden und Fördergelder – auch dieser Ratgeber. Je mehr Mitglieder wir haben, desto eher werden wir in der Politik gehört. Unterstützen Sie uns mit einer Mitgliedschaft oder einer Spende. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Wir sind Mitglied im Paritätischen und in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V., die unter anderem die NAKOS trägt.

ANHANG

Anhang

Hier finden Sie ergänzende Informationen zum Ratgeber.

- Glossar – Fachbegriffe kurz erklärt
- Quellen und Leitlinien – worauf sich dieser Ratgeber stützt
- Den Ratgeber als Broschüre zum Herunterladen finden Sie in unserem Downloadbereich.

Wie dieser Ratgeber entstanden ist

Der Ratgeber beruht auf unserer Broschüre „Abnehmen ist doch ganz einfach?!“. Wir haben sie gründlich überarbeitet und mit den aktuellen deutschen Leitlinien abgeglichen. Wo internationale Leitlinien weiter sind, weisen wir in einem Kasten „International“ darauf hin. Alle Aussagen sind auf der jeweiligen Seite mit Quellen belegt.

Wir schreiben aus Sicht von Betroffenen – ehrlich, ohne etwas zu beschönigen, und ohne Schuldzuweisungen. Die Person steht dabei immer vor der Erkrankung: Wir sprechen von „Menschen mit Adipositas“.

> **Wichtig**
>
> Die Informationen in diesem Ratgeber ersetzen keine ärztliche Beratung. Sprechen Sie Ihre Behandlung bitte mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ab. Medizinisches Wissen entwickelt sich weiter – den Stand dieser Fassung finden Sie in der Fußzeile jeder Seite.

Glossar

Fachbegriffe aus dem Ratgeber, kurz und verständlich erklärt.

Begriff	Erklärung
Adipositas	Chronische Erkrankung mit einer übermäßigen Ansammlung von Körperfett; nach WHO ab einem BMI von 30. Siehe Was ist Adipositas?
Adipositaszentrum	Klinik oder Einrichtung, die auf die Behandlung der Adipositas spezialisiert ist, oft mit Zertifizierung durch die Fachgesellschaft.
Bariatrische Chirurgie	Fachbegriff für die Adipositaschirurgie. Siehe Operation
BIA (Bioelektrische Impedanzanalyse)	Messung der Körperzusammensetzung mit schwachem Strom. Siehe Körperzusammensetzung
Binge-Eating-Störung	Essstörung mit wiederkehrenden Essanfällen und Kontrollverlust; die häufigste Essstörung bei Adipositas, gut behandelbar.
BMI (Body-Mass-Index)	Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat.
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung – geprüfte App oder Web-Programm, das verordnet werden kann. Siehe Psychotherapie und DiGA
DMP (Disease-Management-Programm)	Strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch Kranke, das die Krankenkassen bezahlen. Für Adipositas beschlossen, aber noch nicht umgesetzt.
Dumping-Syndrom	Beschwerden, wenn Nahrung – vor allem Zucker – nach einer Magen-OP zu schnell in den Dünndarm gelangt. Siehe Magenbypass
Ernährungsfachkraft	Diätassistentin oder Diätassistent, Oecotrophologin oder Oecotrophologe bzw. Ernährungswissenschaftlerin oder -wissenschaftler.
Ferritin	Eisenspeicher im Blut; zeigt einen Eisenmangel früher als der Eisenwert.
GLP-1	Darmhormon, das dem Gehirn Sättigung meldet. Moderne Abnehmmedikamente ahmen es nach.
Innere Hernie	Einklemmung oder Verdrehung des Darms nach einem Magenbypass – ein Notfall.
Leitlinie (S3)	Handlungsempfehlung der medizinischen Fachgesellschaften; S3 ist die höchste Qualitätsstufe, beruhend auf systematischer Auswertung der Studien.
Malabsorption	Nährstoffe werden schlechter aufgenommen, zum Beispiel nach einem Magenbypass.
MASLD	Fettlebererkrankung, die mit Stoffwechselstörungen zusammenhängt.
Metabolische Chirurgie	Operation zur Behandlung von Stoffwechselerkrankungen wie Typ-2-Diabetes.
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika, zum Beispiel Ibuprofen oder Diclofenac. Nach einer Magen-OP tabu. Siehe Medikamente nach der OP

Begriff	Erklärung
oGTT	Oraler Glukosetoleranztest („Zuckertest“ mit Zuckerlösung). Nach einer Magen-OP nicht geeignet.
Pouch	Kleiner Vormagen nach einem Magenbypass.
Präeklampsie	Schwangerschaftskomplikation mit Bluthochdruck und Eiweiß im Urin.
Primärindikation	Operation ohne vorherige konservative Therapie, zum Beispiel ab einem BMI von 50.
Reflux	Rückfluss von Magensaft in die Speiseröhre; zeigt sich oft als Sodbrennen.
Remission	Eine Erkrankung bildet sich zurück, zum Beispiel ein Typ-2-Diabetes nach einer OP.
Restriktiv	Ein Verfahren begrenzt die Menge, die man essen kann.
Schlafapnoe	Wiederholte Atemaussetzer im Schlaf. Siehe Folgeerkrankungen
Stigmatisierung	Abwertung und Benachteiligung von Menschen wegen eines Merkmals – hier des Körpergewichts. Siehe Psyche
Supplementierung	Ergänzung von Vitaminen, Mineralstoffen und Eiweiß. Siehe Supplementierung

Quellen und Leitlinien

Jede Seite des Ratgebers nennt am Ende ihre eigenen Quellen. Hochgestellte Zahlen im Text führen direkt dorthin. Hier finden Sie die wichtigsten Leitlinien im Überblick.

Leitlinie	Stand	Verwendet für
S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas (AWMF 050-001)	Version 5.0, Oktober 2024	Hauptquelle für die Kapitel Adipositas verstehen, Konservative Therapie und Medikamente
S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen (AWMF 088-001)	Version 2.3, Februar 2018; in Überarbeitung, gilt bis zum Erscheinen der Neufassung	Kapitel Operation
S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft (AWMF 015-081)	Version 1.2, Juni 2019	Kapitel Kinderwunsch
S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (AWMF 051-026)	2020, in Überarbeitung	Binge-Eating-Störung
Kanadische Leitlinie zur medikamentösen Adipositastherapie (Obesity Canada)	Update 2025	Kästen „International“
Indikationen der ASMBS und IFSO zur Adipositaschirurgie	2022	Kasten „International“ im Kapitel Operation

Wie wir Quellen auswählen

- Grundlage sind die aktuellen deutschen S3-Leitlinien. Bei den Voraussetzungen für eine Operation gelten ausschließlich die deutschen Vorgaben.
- Wo internationale Leitlinien weiter sind, weisen wir in einem Kasten „International“ darauf hin.
- Für Medikamente stützen wir uns auf die Fachinformationen der Hersteller in der jeweils aktuellen Fassung.
- Zahlen und Studien haben wir in der Literaturdatenbank PubMed oder bei den herausgebenden Stellen (zum Beispiel Robert Koch-Institut, WHO) geprüft.
- Arzneimittel nennen wir mit Wirkstoff; nur bei Abnehmmedikamenten ergänzen wir den Handelsnamen in Klammern.

Bildnachweise

Wir verwenden Bilder aus Bilddatenbanken, die Menschen mit Adipositas respektvoll und ohne Vorurteile zeigen: der European Coalition for People living with Obesity (ECPO), von World Obesity und von Obesity Canada. Der Bildnachweis steht jeweils unter dem Bild.

- ECPO Image Bank

- World Obesity Image Bank
- Obesity Canada Image Bank

Wir geben Betroffenen eine Stimme

AdipositasHilfe Deutschland e. V.
Neulander Weg 1
21423 Winsen (Luhe)

E-Mail: mail@adipositas-selbsthilfe.de
Internet: adipositas-selbsthilfe.de

Amtsgericht Lüneburg VR 201029 · Gemeinnütziger Verein
Wir finanzieren uns ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, Spenden und Fördergelder – auch diesen Ratgeber. Unterstützen Sie uns: adipositas-selbsthilfe.de/spenden

Bildnachweise stehen jeweils unter den Bildern. Stand: 21. November 2026. © AdipositasHilfe Deutschland e. V.