



Kathrin Königsperger

## DIE HERAUSFORDERUNG EINES LEICHTEREN LEBENS BEWÄLTIGEN

Ein systematisches Review zum Erleben Betroffener nach einer Magenbypass-Operation

In der Schweiz wird zur chirurgischen Behandlung von Morbider Adipositas am häufigsten die Magenbypass-Operation angewendet. Die derzeitige pflegerische Betreuung fokussiert den operativen Eingriff des Magenbypasses, berücksichtigt aber unzureichend die chronische Erkrankung Adipositas.

### Handling the challenge of an easier life. A systematic review of the experience of post-operated gastric bypass patients.

Gastric bypass surgery is the most commonly used surgical treatment of morbid obesity in Switzerland. The current nursing care focuses on the surgical procedure of gastric bypass, but considers inadequately the chronic disease of obesity. There is a lack of knowledge about the patients' perspectives. The aim of this review is to determine how people with morbid obesity experience such disease after gastric bypass surgery. To answer the question a systematic literature research was conducted (July to December 2010). The search for qualitative

studies of the years 2000 to 2010 was carried out with databases CI-NAHL,

MEDLINE and PsycINFO and hand search. A total of five qualitative studies are included. The results show that with the gastric bypass surgery for obesity, the disease is not terminated and new challenges arise in the everyday life, in physical, emotional, social and food-related perspectives. On the one hand, the rapid weight loss led to enhanced opportunities and improvements in well-being. On the other hand, the weight loss took away energy and security of the people affected, both emotionally and socially. Many new coping strategies had to be discovered and learned to adapt to the life-changing situation. In order to assist and help the patients successfully it is important to integrate their experiences in care provision.

Korrespondenzadresse:

**Kathrin Königsperger**  
BScN

Pflegeexpertin, Luzerner Kantonsspital  
Luzern, kathrin.koenigsperger@luks.ch

**Eva-Maria Panfil Prof. Dr.**

Berner Fachhochschule, Fachbereich  
Gesundheit, Eva-Maria.Panfil@bfh.ch

Seite 10-20

Eingereicht am: 07.02.2013

Akzeptiert am: 11.03.2013

DOI: 10.3936/1241

Es bestehen Lücken im Wissen über die Perspektiven von Patienten. Ziel dieser Übersichtsarbeit ist herauszufinden, wie Betroffene mit Morbider Adipositas nach einer Magenbypass-Operation ihre Krankheit erleben. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt (Juli bis Dezember 2010). Die Suche nach qualitativen Studien aus den Jahren 2000 bis 2010 erfolgte in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE und PsycINFO sowie per Handsuche. Insgesamt konnten fünf qualitative Studien eingeschlossen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass mit einer Magenbypass-Operation die Erkrankung Adipositas nicht endet und sich im Alltag neue Herausforderungen in körperlicher, emotionaler, sozialer und essenbezogener Perspektive ergeben. Auf der einen Seite führte die rapide Gewichtsreduktion zu erweiterten Möglichkeiten und Verbesserungen im Wohlbefinden. Auf der anderen Seite nahm der Gewichtsverlust den Betroffenen Energie und Sicherheit in emotionaler sowie sozialer Hinsicht. Viele neue Bewältigungsstrategien mussten zur Anpassung an die lebensverändernde Situation entdeckt und erlernt werden. Für eine bedürfnisorientierte Pflege ist es wichtig, diese Erfahrungen in die pflegerische Versorgung einzubinden.

## 1. Einleitung

Bereits im Jahr 1997 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Adipositas zur globalen Epidemie und damit zu einem ernsthaften Problem der öffentlichen Gesundheit (WHO, 2000). Allein in Europa hat sich die Prävalenz der Adipositas seit den 1980er Jahren verdreifacht und betrifft im Jahr 2010 ca. 150 Mio. Erwachsene (WHO, 2007). In der Schweiz hat sich der Anteil der Gesamtbevölkerung, welcher an Adipositas leidet, zwischen 1992 bis 2007 von 5,4%

auf 8,1% erhöht (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2009). Nach Schätzungen waren 2007 „78`461“ Personen von Adipositas Grad II (BMI  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>) und „26`814“ Personen von Morbider Adipositas Grad III (BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>) betroffen (Bundesamt für Statistik, 2009). Die Adipositas ist gemäss WHO (2000) eine chronische, multifaktorielle Erkrankung und wird als krankhaft (morbid) bei „Grad II mit Komorbidität“ oder „Grad III“ bezeichnet. Sie entsteht durch das Zusammenwirken von biologischen mit Umwelt- und Lebensstilfaktoren (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, 2010). Morbide Adipositas kann nur in Ausnahmefällen mit rein diätischen, medikamentösen oder bewegungstherapeutischen Massnahmen behandelt werden. Es gibt ausreichend Hinweise darauf, dass konservative Massnahmen zur Gewichtsreduktion, vor allem bei Patienten mit Morbider Adipositas, einen geringen bis gar keinen Langzeiterfolg zeigen (De Zwaan, Wolf & Herpertz, 2007; Suter, Paroz, Calmes & Giusti, 2006). Die konservativen Therapiemassnahmen sind in weniger als 4 % erfolgreich (Swiss Study Group für Morbid Obesity, 2010).

Gestützt auf die Resultate der Swedish Obesity Study wurde die operative Behandlung des krankhaften Übergewichtes, bariatrische Chirurgie genannt, im Jahr 2005 als die bisher effektivste Therapie der Morbiden Adipositas bezüglich Gewichtsverlust und Verbesserung der Begleiterkrankungen bezeichnet (Arbeitsgruppe Metabolismus und Obesitas (ASEMO) Schweiz, 2006). Die Lebensqualität wird bei dieser Patientengruppe mit einer Gewichtsreduktion durch Operation signifikant verbessert, und das sowohl in der Lebenserwartung, der körperlichen Aktivität als auch in der Zufriedenheit (Miller, 2003). Ebenso wurde eine positive Veränderung in

der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, in der Kontrolle über das Essen und im Selbstwertgefühl festgestellt (Ogden, Clementi, Aylwin & Patel, 2005; Sutton & Raines, 2008). Vor diesem Hintergrund scheint es, dass die operative Behandlung des krankhaften Übergewichtes, den Betroffenen mit Morbider Adipositas eine neue Hoffnung schenkt und sich deren Wunsch auf ein besseres Leben erfüllt. Grundsätzlich ist dies jedoch keine kausale Behandlung. Es wird das Symptom Übergewicht behandelt, nicht aber die chronische Erkrankung Adipositas (Weiner, 2008).

In der Schweiz wurden im Jahr 2008 ca. 850 Eingriffe zur Gewichtsreduktion ausgeführt (Buchwald & Oien, 2009). Zur Anwendung kommt primär der laparoskopische Roux-Y-Magenbypass als gemischt restriktiv-malabsorptive Methode und sekundär das laparoskopisch eingelegte Magenband als restriktive Methode (BAG, 2009; Vannini, Stanga & Heinicke, 2007).

Beim Magenbypass handelt es sich um eine grössere, anspruchsvollere Operation, welche irreversibel ist. Dabei wird die Physiologie des Verdauungskanals verändert. Grosse Vorteile des Magenbypasses sind die langjährige Erfahrung dieser Operationstechnik, die höhere Effektivität in der Gewichtsreduktion als in anderen Verfahren und geringere Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme (Woodward, 2003). Die Entscheidung zur Magenbypass-Operation ist nicht ohne Risiko. Es besteht postoperativ die Gefahr einer Magenperforation sowie Anastomoseninsuffizienz an den neuen Verbindungsnahten von Magen und Dünndarm. Aufgrund von Einschränkungen in der Essensmenge und verzögerter Anpassung des Essverhaltens an die neue Magenanatomie kommt es postoperativ häufig zum Erbrechen. Ebenso

kann durch den direkten Übertritt von schnell resorbierbaren, hochosmolaren zuckerhaltigen Nahrungsmitteln vom Magen ins Jejunum das sogenannte „Dumping-Syndrom“ ausgelöst werden. Das klinische Bild umfasst Nausea, Erbrechen, Diarrhoe und Hypersalivation. Die malabsorptive Komponente bewirkt bei der gewünschten verminderten Kalorienaufnahme unvermeidlich das Risiko einer reduzierten intestinalen Aufnahme von Vitaminen (v.a. Vitamin B12) und Spurenelementen (v.a. Eisen und Kalzium). Eine lebenslange Substitution von Vitaminen und Spurenelementen ist derzeit unerlässlich (Vannini et al., 2007).

Das Magenband ist ein weniger komplexer Eingriff und reversibel. Diese Technik erfordert von den Betroffenen eine hohe Adhärenz, vor allem im Essverhalten. Die Reoperationsrate beträgt 24 % aufgrund späterer Komplikationen. Portkomplikationen (z. B. Rotation, Diskonnektion, Infektion) oder das Gleiten von distalen Magenanteilen durch das Band nach oral mit Vormagenerweiterung sind die häufigsten Gründe für die Reoperation und machen eine Entfernung des Magenbandes notwendig (Tice, Karliner, Walsh, Petersen & Feldman, 2008).

Patienten mit Morbider Adipositas blicken meist auf eine jahre- bis jahrzehntelange Leidensgeschichte zurück. Die Erkrankung wirkt sich fast auf jeden Lebensbereich aus. Der Mensch mit Adipositas ist Vorurteilen sowie Diskriminierungen in Bereichen des Arbeitsplatzes, des Gesundheitswesens und der Bildung unterworfen, was zu Isolation und Ausgrenzung führt (Puhl & Heuer, 2009). Gefühle von Schuld, persönlichem Versagen sowie Selbstverachtung sind Konsequenzen. Das Erleben von Stigmatisierung aufgrund des Körpergewichtes ist allgegenwärtig, besonders

auch, weil negative Bemerkungen über Adipositas sozial akzeptiert sind und die Krankheit offensichtlich ist (Ohlhorst, 2009). Die meisten Menschen mit Morbider Adipositas sehen in der bariatrischen Chirurgie ihre letzte Chance und erneute Hoffnung im Kampf gegen die Krankheit (LePage, 2010; Sutton, Murphy & Raines, 2009; Wysoker, 2005).

Die ambulante und stationäre Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Magenbypass wird in der Schweiz allgemein durch ein multiprofessionelles Team geleistet. Dazu gehören eine Fachperson aus dem chirurgischen und internistischen/ endokrinologischen Ärztenbereich, der Psychologie/ Psychiatrie und der Ernährungsberatung. Die eigenständige Rolle von Pflegefachpersonen wird über die prä- und postoperative Versorgung hinaus im Behandlungsteam nicht erwähnt (ASEMO Schweiz, 2006; Vannini et al., 2007). Im Fokus der pflegerischen Betreuung steht hauptsächlich die körperbezogene postoperative Versorgung, welche Routine ist und bei allen Patientinnen und Patienten unterschiedlicher Diagnosen praktiziert wird. Dazu gehört die Kreislaufüberwachung, Mobilisation, Kontrolle der Drainagen und Verbandswechsel. Darüber hinaus gilt es, die Komplikationen nach einem chirurgischen Eingriff, wie Dekubitus, Pneumonie, Thrombose durch Prophylaxemassnahmen zu verhindern. Der pflegerische Beitrag zur individuellen Versorgung von Patientinnen und Patienten nach einer Magenbypass-Operation berücksichtigt dabei auf der Basis von Erfahrungswissen unzureichend die Bedürfnisse von Menschen mit Morbider Adipositas im Sinne ihrer chronischen Erkrankung. Um dies zu erfüllen, benötigt die professionelle Pflege fundiertes Wissen, um im Einzelfall die Bedürfnisse zu verstehen und angemessene Pflegeinterventionen gemeinsam mit dem Patient zu planen.

In dem Modell zur Pflege chronisch Kranker beschreibt Mieke Grypdonck (2005) die wesentlichen Elemente von chronisch Kranksein und die Rolle der Pflege darin. Der wichtigste Grundsatz ist, dass die Pflege in das Erleben und die Erfahrungen der chronisch kranken Personen eingebettet sein muss. Eine chronische Krankheit verändert die Beziehung eines Menschen zu seinem Körper, es ist kein Verlass mehr auf den Körper. Es gilt dem erkrankten Menschen „zu helfen, sein Leben über die Krankheit hinauszuhoben“ (Grypdonck, 2005, S. 30). Nicht die Krankheit steht im Zentrum, sondern der Mensch mit seinen Bedürfnissen. Grypdonck (2005) formuliert vier wesentliche Aufgaben für die Pflege:

- Betroffenen helfen, die existenziellen Krisen zu überwinden
- Unterstützung beim Kampf des täglichen Lebens, vor allem bei Instabilität oder Einschränkungen
- Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes
- Hilfe bei der Organisation der Pflege

## 2. Fragestellung

Da die Pflege in das Erleben und die Erfahrung der chronisch kranken Personen eingebettet sein muss, lautet die Fragestellung der vorliegenden Arbeit:

„Wie erleben Patientinnen und Patienten mit Morbider Adipositas nach einer Magenbypass-Operation ihre Erkrankung?“

Die Fokussierung bzw. Eingrenzung in dieser Übersichtsarbeit auf die Magenbypass-Operation erklärt sich aus der primären Anwendung des Roux-Y-Magenbypass in der Schweiz und

der damit verbundenen Relevanz in der Praxis gegenüber den anderen operativen Verfahren zur Gewichtsreduktion.

### 3. Methode

Die Frage wurde mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche untersucht. Hierbei wurde anhand expliziter Kriterien relevante Literatur identifiziert und bewertet. Da es um das Erleben von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Morbider Adipositas nach einer Magenbypass-Operation handelt, wurden qualitative Studien gewählt. Qualitative Forschung wird eingesetzt, wenn ein Phänomen aus der subjektiven Perspektive angegangen wird (LoBiondo-Wood & Haber, 2005). Um den aktuellen Forschungsstand ermitteln zu können, erfolgte eine systematische Literaturrecherche nach Studien der letzten zehn Jahre zwischen Juli und Dezember 2010 in den elektronischen Datenbanken CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE (Medical Literature Online) und PsycINFO (Psychology Information). Zur Ergänzung der Datenbankrecherche erfolgte eine direkte Suche nach relevanten Studien in folgenden Fachzeitschriften: American Journal of Nursing, Bariatric Nursing and Surgical Patient Care, Critical Care Nursing Quarterly, International Journal of Obesity, Journal of Advanced Nursing, Journal of Obesity, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, Obesity Surgery, Pflegewissenschaft, Pflege, Psychology and Health. Ebenfalls wurde nach dem Schneeballsystem in den Referenzlisten der gefundenen Publikationen nach weiteren Artikeln gesucht.

Die Einschlusskriterien waren Erwachsene mindestens 18 Jahre, Morbide

Adipositas, Magenbypass-Operation, englisch- und deutschsprachige Studien und qualitative Studien mit Abstract. Zu jedem in der Fragestellung enthaltenen Schlüsselwort wurden mögliche Synonyme gesammelt und anhand der Boole'schen Operatoren verbunden. Folgende Suchbegriffe wurden genutzt:

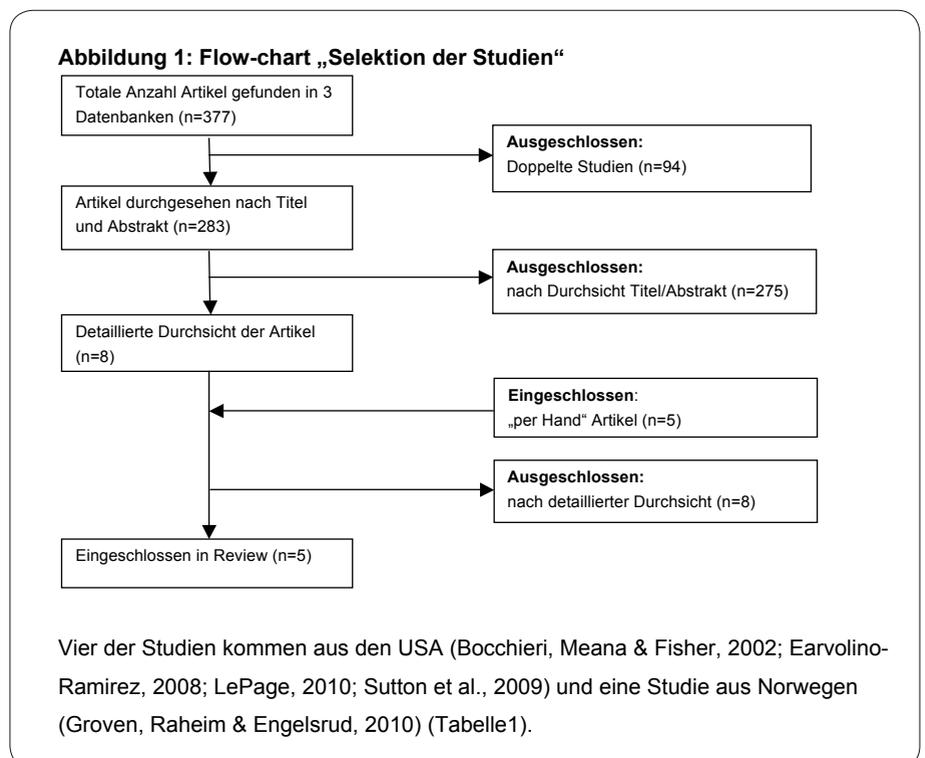
- Obesity, „Morbid Obesity“
- „Gastric Bypass“, „Roux-en-Y“, Roux-Y, Bariatric, „Weight Loss“
- Experience, „Life Experience“, „Quality of Life“, „Life Change Event“, Undergo, Need, Suffer, Feel, Perception, Perspective, Problem
- Qualitative, Phenomenology, Hermeneutic, Interview

Die relevanten Studien für diese Literaturübersicht wurden nach der Kriterienliste qualitativer Studien aus dem Methodenpapier der FIT-Nursing Care Plattform (Panfil & Ivanovic, 2011) analysiert und auf ihre

Schwächen und Stärken hin beurteilt. Die Studienanalyse erfolgte anhand Fragestellung, Design, Auswahl und Beschreibung der Teilnehmenden, Datensammlung, Datenanalyse, Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Original-Autorinnen und -Autoren. Die ausführliche Beurteilung der Qualität beinhaltete folgende Elemente: Forschungsfrage, Design, Literaturrecherche, Auswahl der Teilnehmenden, Beschreibung der Forschenden, Datensammlung, Datenanalyse, Datensättigung, Darstellung der Ergebnisse und Validierung der Ergebnisse. Jeder Aspekt wurde mit einer aus drei verschiedenen Antwortmöglichkeiten bewertet und kommentiert: adäquat, problematisch oder unklar. Die Ergebnisse der Studien wurden thematisch zusammengefasst.

### 4. Ergebnisse

Von 382 Studien wurden fünf Studien in die Übersichtsarbeit aufgenommen (Abbildung 1).



Vier Studien wurden mit einem phänomenologischen Design durchgeführt (Earvolino-Ramirez, 2008; Groven et al., 2010; LePage, 2010; Sutton et al., 2009) und eine Studie mit der Methode Grounded Theory (Bocchieri et al., 2002). Die gesamte Stichprobenmenge aller fünf Studien betrug 63 Personen, davon 51 Frauen und 12 Männer. Im Rahmen der Studien erfolgte die Datensammlung in Einzel- und Gruppeninterviews, welche per Tonband aufgenommen, mit Notizen ergänzt und anschließend transkribiert wurden.

Die Qualität der Methodik der einzelnen Studien ist unterschiedlich (Tabelle 2). Adäquate Beschreibungen zeigen sich bei allen fünf Studien im Design, der Datenanalyse und der Darstellung der Ergebnisse. Die Beschreibung der Forschenden ist jedoch in allen Studien unzureichend. Darüber hinaus sind Defizite in der Literaturrecherche, Stichprobe und Datensättigung sichtbar.

Die Ergebnisse der Studien werden unter vier Kategorien zusammengefasst und beschrieben (Abbildung 2).

## 4.1 Körperliche Veränderungen

In den ersten Monaten wurde der rapide Gewichtsverlust als sehr positiv erlebt (Bocchieri et al., 2002; Earvolino-Ramirez, 2008; Groven et al., 2010; LePage, 2010; Sutton et al., 2009). Die Mehrheit des überschüssigen Gewichts wurde in den ersten Monaten verloren, nach 6-12 Monaten verlangsamte sich dieser Effekt (Bocchieri et al., 2002; Earvolino-Ramirez, 2008; Sutton et al., 2009). Teilnehmende aus der Studie Sutton

**Abbildung 2: Vier Dimensionen des Erlebens nach Magenbypass-Operation**



**Tabelle 1: Übersicht der einbezogenen Studien**

Autor	Fragestellung	Design	Stichprobe	Datenerhebung	Datenanalyse
Bocchieri et al. (2002) USA	Welche mit Magenbypass verbundenen psychosozialen Phänomene ergeben sich aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten?	Grounded Theory	Rekrutierung: Universitätsspital, N=31 Teilnehmende (23 Frauen, 8 Männer), Alter von 30 bis 53 Jahre (Mittelwert 41 Jahre), Zeitpunkt der Operation: von sechs Monaten bis elf Jahre (Mittelwert 28 Monate) vor Studie	Offenes Einzelinterview: 90 Minuten, Gruppeninterview (Frauen- und Männerfokusgruppe) : 90 Minuten	Grounded Theory Methode
Earvolino-Ramirez (2008) USA	Was ist die erlebte Erfahrung einer Person, die sich einer bariatrischen Operation unterzogen hat?	Qualitative Fallstudie, hermeneutische Phänomenologie	N=1 Teilnehmerin, 55 Jahre alt, Zeitpunkt der Magenbypass-Operation acht Monate vor Interview	Offenes Interview, Dauer 1 h	Datenanalyse-Schritte nach Cohen et al. (2000)
Groven et al. (2010) Norwegen	Wie werden chronische Nebeneffekte und Komplikationen nach gewichtsreduzierender Operation aus einer Ich-Perspektive erlebt?	Phänomenologisches Design	Rekrutierung: Gesundheitskliniken und bariatrische Internetseite, N=5 Frauen (Teil einer Studie von 22 norwegischen Frauen nach Magenbypass-Operation), Alter 25-45 Jahre, Zeitpunkt der OP variierte innerhalb von sechs Jahren vor Studie	Tiefeninterviews, Folgeinterview nach 1 Jahr	Analytischer Prozess nach Kvale und Brinkman (2009), Van Manen (1990)
LePage (2010) USA	Was ist die Erfahrung nach einer Magenbypass-Operation?	Phänomenologisches Design	Rekrutierung: bariatrische Gesundheitspraxen in einer grossstädtischen Region, N=12 (8 Frauen, 4 Männer), Alter zw. 28 und 57 Jahren, Zeitpunkt der Operation von zwei bis neun Jahre vor Studie	Tiefeninterview (halbstrukturiert und offene Fragen), Dauer Initialinterview 50-65 Minuten, Folgeinterview nach 1 bis 2 Wochen 20-60 Minuten	Phänomenologische Methode nach Van Manen (1990)
Sutton et al. (2009) USA	Welche Erfahrungen haben Frauen, die einen bariatrischen Eingriff zur Behandlung ihrer Morbiden Adipositas wählten?	Phänomenologisches Design	N=14, 10 Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren, 2 unter 40, 2 über 60 Jahre, Zeitpunkt der Magenbypass-Operation zwischen ein und elf Jahre	Halbstrukturiertes telefonisches offenes Interview, Dauer variierte von 17 bis 40 Minuten	Kein spezifisches Analyseverfahren genannt

**Tabelle 2: Übersicht der Studienqualität** + Adäquat ? Problematisch 0 Unklar

Autoren Publikationsjahr	Bocchiri 2002	Earvolino 2008	Groven 2010	LePage 2010	Sutton 2009
Forschungsfrage	?	+	+	?	?
Design	+	+	+	+	+
Literaturrecherche	?	+	+	0	0
Auswahl der Teilnehmenden	0	?	+	+	?
Beschreibung der Teilnehmenden	0	?	+	+	+
Beschreibung der Forschenden	?	0	0	0	0
Datensammlung	?	+	+	+	+
Datenanalyse	+	+	+	+	+
Sättigung	0	0	?	+	+
Darstellung der Ergebnisse	+	+	+	+	+
Validierung der Ergebnisse	+	?	?	+	+

et al. (2009) verloren im ersten Monat nach der Operation ca. 11 bis 14 Kilogramm, jeden weiteren Monat im ersten halben Jahr ca. 6 Kilogramm. Die Gewichtsreduktion linderte präoperative Einschränkungen und bewirkte eine Steigerung in Aktivitäten, Mobilität, Flexibilität und körperlichen Fähigkeiten. Körperlich zu funktionieren und geeignet für die Gesellschaft zu sein wurde als ein enormer Vorteil betrachtet. Die Verbesserung oder Auflösung der lebensbedrohlichen medizinischen Zustände und mit Adipositas verbundenen Schmerzen waren ein erwünschter Nebeneffekt.

Der radikale Gewichtsverlust brachte nicht nur Positives mit sich. In der Studie bei Groven et al. (2010) zeigten sich bei den Frauen nach einigen Monaten unerwartete, diffuse und persistierende Schmerzen sowie ein Verlust an Energie. Die Schmerzen durchdrangen den ganzen Körper und wurden teilweise chronisch. Dieses Unbehagen, die Erschöpfung und die zunehmende Inaktivität wurde als überwältigende sowie als fortlaufende Erfahrung beschrieben. Sie betonten, auf diese Erfahrung nicht ausreichend vorbereitet gewesen zu sein und äusserten ein Gefühl von „gefangen sein“ in einer schwierigen Situation. Weitere Nachteile der Magenbypass-Operation waren und sind der

Eisenmangel, niedriger Hämoglobingehalt und Vitamin B12-Mangel, welche Schwindel und Schwäche verursachen. Daraus ergab und ergibt sich eine Abhängigkeit von diversen Medikamenten und Injektionen (Groven et al., 2010). Desweiteren bewirkte der fortschreitende Gewichtsverlust einen immer unattraktiver werdenden Körper hinsichtlich hängender, faltiger Haut. Bei warmen Temperaturen war die Gefahr einer Infektion aufgrund des Schwitzens zwischen den Falten gegeben und das Bewegen mit der hängenden Haut schwer kontrollierbar. Eine zweite Operation zur Entfernung dieser überschüssigen Haut erzeugte emotionale Spannung bei Betroffenen (Bocchieri et al., 2002; Groven et al., 2010).

Die sexuelle Funktion war ein weiteres Gebiet, das vom Gewichtsverlust beeinflusst wurde. Die meisten Teilnehmenden berichteten über eine positive Veränderung durch verbesserte Mobilität, Lebendigkeit und Ausdauer. Es gab auch Meinungen darüber, dass die sexuellen Bedürfnisse sich nach der Operation verringerten. Einige schrieben diesen Verlust dem exzessiven Hautproblem zu, was ihr Körperimage negativ beeinträchtigte. Andere hielten die neuen Beziehungsprobleme dafür verantwortlich (Bocchieri et al., 2002).

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen bei der Studie von Sutton et al. (2009) erinnerten sich an starke postoperative Schmerzen unmittelbar nach der Operation. Die Frauen beklagten teilweise unzureichende Schmerzkontrolle und Angst vor Medikamenteneinnahme wegen des kleineren Magens nach Operation.

## 4.2 Emotionale Veränderungen

Der anfängliche rapide Gewichtsverlust verursachte ein Gefühl von „Unschlagbar-Sein“, es war ziemlich einfach und scheinbar unvermeidlich. Der Gewichtsverlust war Quelle der Freude und motivierte Diäten sowie Übungen einzuhalten (Earvolino-Ramirez, 2008; Sutton et al., 2009). Ein weiterer positiver Aspekt des Gewichtsverlustes war die Verbesserung der psychischen Verfassung mit der Reduktion von Antidepressiva (Earvolino-Ramirez, 2008). Die Frauen in der Studie bei Groven et al. (2010) fühlten sich in den ersten Monaten nach der Operation attraktiver als früher, genossen die positiven Kommentare bezüglich ihres Aussehens, arbeiteten Vollzeit und waren kontaktfreudiger.

Entlang der dramatischen körperlichen Veränderung erfuhren die Betroffenen auch einen radikalen Wandel im Verhalten, Behandlung von anderen, in der Kleidung, Gesundheit, Stimmung und Beziehungen. Der Gewichtsverlust hatte eine Auswirkung auf ihre Selbstdefinitionen und die Art, wie andere sie sahen (Bocchieri et al., 2002). Die Betroffenen erlebten, dass die anderen Menschen ihre Umwandlung deutlich positiver sahen als sie selbst (LePage, 2010). In der Studie Groven et al. (2010) erlebten die Frauen ein Gefühl von Versagen und Scham durch ihre erneute Gewichtszunahme sowie körperlichen Beschwerden gegen-

über anderen Personen mit einem positiven postoperativen Verlauf.

Trotz der Last von Adipositas, hatte das Gewicht paradoxerweise auch eine schützende, bewahrende Funktion. Einige Probleme, die präoperativ dem Gewicht zugeschrieben worden sind, bestanden nach der Gewichtsreduktion weiter. Als Gewicht ein weniger bedeutsames Thema wurde, konnten sie es nicht länger für ihre Verteidigung oder Entschuldigung nicht vollendeter Ziele einsetzen. Spannung baute sich auf, als die Gewichtsreduktion Schwächen, Unsicherheiten und Realitäten aufdeckte, mit dem sich das alte Selbst nicht auseinandersetzen musste. Das neue Selbst war noch nicht völlig vorbereitet, und die Betroffenen wurden gezwungen, sich innerlich selbst zu betrachten. Es entstand ein vermehrtes Gefühl der Verletzlichkeit (Bocchieri et al., 2002). Sie mussten lernen, dass nicht jedes Problem ist, weil sie adipös sind. Die Selbstentdeckung erforderte Identifikation von Stressoren und emotionalen Schmerz. Das Integrieren von neuen Gedanken und Einstellungen war oft schwieriger als das Zurückkehren in die vertrauten Muster, wenn sie auch negativ waren (LePage, 2010).

In der Studie von LePage (2010) erzählten die Teilnehmenden über Schwierigkeiten im Finden des Gleichgewichts. Sie beschrieben die Realisierung von Risiken und Vorteilen, Gewinne und Verluste sowie Höhen und Tiefen, welche mit der Magenbypass-Operation verknüpft war. Es galt, die Balance zwischen körperlichen positiven Ergebnissen und mentaler Labilität zu finden. Die positiven Aspekte des Gewichtsverlustes standen den ungelösten Fragen bezüglich der chronischen Erkrankung Adipositas gegenüber. Viele Betroffene diskutierten ein starkes Gefühl von Leere nach der Operation. Essen

diente bisher als Quelle des Trostes und der Freude. Mit dem Essen beruhigten sie ihre Nerven, linderten Schmerzen und besänftigten die Einsamkeit. Nach der Operation erlaubte der neue Pouch nur winzige Portionen zu konsumieren. Das Essen war plötzlich ineffektiv der emotionalen Leere zu begegnen, die sie erfuhren. Das Gefühl der „Leere“ trat ebenso in dem Zeitraum auf, als sich der Gewichtsverlust verlangsamte oder zum Stillstand kam (Earvolino-Ramirez, 2008; LePage, 2010).

### 4.3 Soziale Veränderungen

In den ersten Monaten nach der Magenbypass-Operation verbesserten sich soziale Bindungen parallel zur rapiden Gewichtsreduktion. Die fünf Frauen in der Studie von Groven et al. (2010) waren während dieser Zeit begeistert im Internetforum einer bariatrischen Selbsthilfeorganisation aktiv. Sie konnten über diese Plattform ihre positiven Erfahrungen mit anderen teilen, was ein fundiertes Gefühl von Zugehörigkeit gab. Dies führte wiederum zu neuen Freundschaften. Auch in der Studie von Bocchieri et al. (2002) berichteten Teilnehmende über mehr soziale Aktivitäten. Durch gesteigerte Energie, Mobilität und Selbstvertrauen erhöhte sich die Quantität sowie Qualität der Zeit mit ihren Kindern. Darüber hinaus berichteten Betroffene über deutliche Verbesserungen im Berufsstatus und Weiterbildungsmöglichkeiten nach der Gewichtsreduktion. Im Gegensatz dazu musste eine Teilnehmerin von der Studie Groven et al. (2010) durch ihre schweren Operationskomplikationen vorübergehende Arbeitslosigkeit, Abgabe der Kinderbetreuung und finanzielle Probleme erfahren. Insgesamt betrachteten alle fünf Teilnehmerin-

nen aus der Studie Groven et al. (2010) ihr Leben nach der Operation durch die entstandenen körperlichen Beschwerden eingeschränkter als vorher. Aufgrund des mangelnden Verständnisses ihrer Probleme von der Familie und Gesellschaft, zogen sie sich sozial und kommunikativ zurück. Die Vernachlässigung negativer Auswirkungen der Magenbypass-Operation in der Gesellschaft und Forschung liess die Teilnehmerinnen in Stille leiden.

Jedoch wurden auch spannungserzeugende Veränderungen in Freundschaften und Beziehungsdynamiken erlebt. In Freundschaften begannen Konflikte meistens, wenn alte Freunde nicht entsprechend dem neuen Selbst reagierten. Oft genannte Gründe für den Verlust von Freunden waren laut der Teilnehmenden Eifersucht und Unsicherheit. Die Teilnehmenden selbst änderten zudem ihre Rollen und Aktivitäten durch mehr Selbstwertgefühl. Dadurch entstanden Neubewertungen früherer Freundschaften. Manche Teilnehmende erfuhren harmonischere Partnerschaften durch erhöhte eigene Energie und bessere Stimmung. Andere dagegen erlebten Spannungen in ihrer Partnerschaft aufgrund ihrer gesteigerten Selbstständigkeit. Die Partnerinnen oder Partner der Teilnehmenden fühlten sich zunehmend weniger gebraucht und reagierten mit Angst und Unsicherheit, verlassen zu werden (Bocchieri et al., 2002).

In der Fallstudie von Earvolino-Ramirez (2008) äusserte eine Teilnehmerin, dass nach der Operation weiterhin Vorurteile und Stigmata präsent sind, nur in einer anderen Form. Andere Menschen dachten, mit der Operation den leichteren Weg genommen zu haben und sahen nicht den eigenen, anstrengenden Beitrag dazu. Darüber hinaus gab es die vorgefasste Haltung der eigenen

Familie über den Weg das Gewicht ohne Operation zu verlieren. Auch in der Studie LePage (2010) wurde über dieses Vorurteil des leichteren Weges berichtet. Desweiteren erlebten manche Betroffene einen Konflikt in sich durch die Beobachtung von Diskriminierung gegenüber anderen Menschen mit Adipositas. Sie selbst erfuhren dabei beides. Die Erleichterung nicht mehr selbst Zielscheibe zu sein und gleichzeitig Wut, dass es andere noch weiter sind (Bocchieri et al., 2002).

Teilweise hatten Betroffene Anlaufschwierigkeiten hinsichtlich der Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, da sie die Kommunikation und das Agieren in sozialen Situationen nicht gewohnt waren. Viele hatten sich aufgrund ihres „Dickseins“ seit ihrer Kindheit nicht im gleichen Masse wie andere weiterentwickelt (Bocchieri et al., 2002).

#### 4.4 Essenbezogene Veränderungen

Der dramatische Gewichtsverlust war ein positives Ereignis, trotzdem mussten die Betroffenen Verlust bewältigen und lernen, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern. Essen diente als „bester Freund“ und war Bewältigungsmechanismus für viele Probleme. Es galt neue Wege der Bewältigung ohne lebensmittelbezogene Lösungen herauszufinden und zu implementieren. Häufige Themen waren die Bemühungen um die Adhärenz zu Ernährungs- und Behandlungsplänen. Die Teilnehmenden mussten und müssen lebenslange Essgewohnheiten aufbauen, um das Gewicht zu verlieren und aufrechtzuerhalten. Für die Mehrheit war dies ein täglicher Kampf, manchmal erinnerten sie sich dabei an die gescheiterten Diätversuche der Vergangenheit. Teilnehmende, die sich selbst als „emotionale Esser“ betrachteten,

hatten die meisten Schwierigkeiten, neue Essgewohnheiten zu adaptieren (Bocchieri et al., 2002; Sutton et al., 2009).

Das postoperative Leben schien aus täglichen Überwindungen zu bestehen (Bocchieri et al., 2002).

### 5. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden systematischen Literaturübersicht zeigen das Erleben von erwachsenen Patientinnen und Patienten nach einer Magenbypass-Operation auf. Hierfür wurden fünf qualitative Studien ausgewertet. Die adäquate Methodik im Design, der Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse deuten auf eine angemessene Übertragbarkeit der Studien hin. Auch wenn Defizite in der Beschreibung von Stichprobe, Forschenden und Datensättigung bestehen, konnten wichtige Einsichten in das Befinden nach Magenbypass-Operation gewonnen und die subjektive Sicht der Betroffenen erfasst werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass mit einer Magenbypass-Operation die Erkrankung Adipositas nicht endet und sich im Alltag neue Herausforderungen in den vier Kategorien körperlicher, emotionaler, sozialer und essenbezogener Perspektive ergeben. Es lassen sich einzelne Faktoren innerhalb der vier Kategorien schwer voneinander trennen, da sie sich gegenseitig beeinflussen und in Verbindung stehen. Das Phänomen des Paradoxen, so wie es LePage (2010) in der Diskussion ihrer Studie genannt hat, zog sich über alle vier Kategorien der Ergebnisse hindurch. Den positiven Effekten des operativen Eingriffes standen spannungserzeugende oder negative Auswirkungen gegenüber. Auf der einen Seite führte die rapide Gewichtsreduktion zu erweiterten Möglichkeiten und Verbesserungen

im Wohlbefinden. Auf der anderen Seite nahm der Gewichtsverlust den Betroffenen Energie und Sicherheit in emotionaler sowie sozialer Hinsicht. Viele neue Bewältigungsstrategien mussten zur Anpassung an die lebensverändernde Situation entdeckt und erlernt werden.

In der körperlichen Veränderung wurde der rapide Gewichtsverlust als positiv und antreibend erlebt (Bocchieri et al., 2002; Earvolino-Ramirez, 2008; Groven et al., 2010; LePage, 2010; Sutton et al., 2009). Die Leidensgeschichte schien ein Ende zu haben. Nach erfolglosen konservativen Massnahmen reduzierte sich das Gewicht fast mühelos. Das ist eine erwartete Auswirkung des Magenbypasses als effektivste operative Methode zur Gewichtsreduktion (Woodward, 2003). Diese neue Erfahrung erzeugte ein „Hochgefühl“ bei den Betroffenen. Der radikale Gewichtsverlust brachte nicht nur Positives mit sich. Es zeigten sich Verlust an Energie, hängende sowie faltige Haut und emotionales Austrocknen. (Bocchieri et al., 2002; Groven et al., 2010). Die extreme und rasche Umwandlung des Körpers hinterliess zwangsläufig Spuren in einem Körper, der sich über einen langen Zeitraum entwickelt hat. Viele verspürten einen emotionalen Konflikt zwischen dem Stolz sowie der Freude über den Gewichtsverlust und dem Gefühl, nicht alleine dafür verantwortlich gewesen zu sein (Bocchieri et al., 2002; LePage, 2010). Sie schämten sich, adipös zu sein und gleichzeitig waren sie beschämt, etwas dagegen unternommen zu haben. Das Gefühl, selbst versagt zu haben, bereitete Verlegenheit. Auf dieses emotionale Missverhältnis waren die meisten Menschen nicht vorbereitet. Die Teilnehmenden spürten Trauer um die „alte“ Person mit ihren Stärken und Schwächen. Gleichzeitig waren sie bemüht, das neue „Sein“ zu hegen und zu halten. Dies deutete

auf die schnellere äussere im Vergleich zur inneren Umwandlung hin. Der dramatische Gewichtsverlust war ein positives Ereignis, trotzdem mussten die Betroffenen diesen Verlust bewältigen und lernen, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern (Bocchieri et al., 2002; Sutton et al., 2009). Essen diente bisher als Bewältigungsmechanismus für viele Probleme. Die Gefahr bestand darin, die „Leere“ durch den Wegfall von Essen mit einer anderen Sucht als Kompensation zu füllen, was sich in Kaufsucht, Drogenkonsum oder Bulimie zeigte.

Damit Patienten mit Morbider Adipositas, welche sich für eine Magenbypass-Operation entscheiden, gezielter von der Pflege nach ihren Bedürfnissen betreut und individuell gefördert werden können, helfen Erfahrungsberichte anderer Betroffener. Die chronische Erkrankung Adipositas bleibt dabei bestehen und lässt sich nicht nur am Gewichtsverlust beurteilen. Die Einschränkungen nach der Operation bezüglich Essverhalten, die neue Herausforderung Bewältigungsstrategien zu entwickeln und sich an den veränderten Körper zu gewöhnen, bewirken weitere Spannungen. Aufgabe ist es, das Leben ohne den Kompensationsmechanismus „Essen“ zu managen.

Für die Arbeit bestehen einige Limitationen. Sowohl die Auswahl als auch die Bewertung der Studien erfolgten durch eine Einzelperson. Mangels Ressourcen konnte keine zweite Person in den Prozess involviert werden. Ein grösseres Mass an Objektivität für die genannten Prozesse wäre wünschenswert gewesen. Die sprachliche Festlegung auf englische und deutsche Literatur stellt eine Eingrenzung dar, da pflegerelevante Literatur zu diesem Thema auch in anderen Sprachen vorliegen könnte. Es kann deswegen nicht ausgeschlossen werden, dass Studien übersehen wurden.

## 6. Schlussfolgerung und Implikationen für Praxis und Forschung

Aufgaben von Pflegenden ist es, die Betroffenen über die chronische Erkrankung Adipositas „hinauszuheben“ (Grypdonck, 2005) und ihnen Unterstützung in den ersten Schritten ihres „neuen“ Lebens anzubieten. Um die Patientin oder den Patient nach einer Magenbypass-Operation bedürfnisorientiert pflegen und begleiten zu können, ist es wichtig, ihre Erfahrungen in die pflegerische Versorgung einzubinden. Die Ergebnisse zeigen, dass mit der Operation eines Magenbypasses die Erkrankung Adipositas nicht beendet ist und sich im Alltag neue Herausforderungen in körperlicher, emotionaler, sozialer und essensbezogener Perspektive ergeben. Grösste Herausforderungen für die Menschen stellen die emotionale Leere, das Finden von Bewältigungsstrategien ohne Essen und die Veränderung im Selbstkonzept dar. Viele Bewältigungsstrategien mussten zur Anpassung an die lebensverändernde Situation entdeckt und erlernt werden.

Das pflegerische Assessment sollte deswegen gezielt die möglichen Veränderungen nach einer Operation für die Patienten und ihren Bezugspersonen thematisieren, z.B. Bedeutung der Erkrankung und deren Therapie, Freizeitbeschäftigungen, soziales Netz. Desweiteren könnte eine Informationsbroschüre über Auswirkungen des Magenbypasses in allen Lebensbereichen sowie eine Adressliste mit nützlichen Anlaufstellen bei Beschwerden mitgegeben werden.

### Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Metabolismus und Obesitas [ASEMO] Schweiz. (2006). Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz II. Gefunden am 20. Mai 2010 unter [http://www.asemo.ch/fileadmin/files/dokumente/consensus2\\_2006\\_de.pdf](http://www.asemo.ch/fileadmin/files/dokumente/consensus2_2006_de.pdf)

Bocchieri, L. E., Meana, M. & Fisher, B. L. (2002). Perceived Psychosocial Outcomes of Gastric Bypass Surgery: A Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 12 (6), 781-788.

Buchwald, H. & Oien, D. M. (2009). *Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2008*. *Obesity Surgery*, 19, 1605-1611.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2009). *Overweight and obesity in Switzerland*. Gefunden am 15. Mai 2010 unter [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/05218/05232/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05232/index.html?lang=de)

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2009). *Behinderung hat viele Gesichter. Definitionen und Statistiken zum Thema Menschen mit Behinderungen*. Gefunden am 07. Januar 2010 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.127563.pdf>

De Zwaan, M., Wolf, A. M. & Herpertz, S. (2007). *Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie*. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (38), 2577-2584.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie [DGAV]. (2010). *S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas*. Gefunden am 06. Dezember 2010 unter <http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf>

Earvolino-Ramirez, M. (2008). *Living with Bariatric Surgery: Totally Different but Still Evolving*. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 3 (1), 17-24.

Groven, K. S., Raheim, M. & Engelsen, G. (2010). „My quality of life is worse compared to my earlier life“. Living with chronic problems after weight loss surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (4).

Grypdonck, M. (2005). Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker. In E. Seidl & I. Walter (Hrsg.), *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation* (S. 15-60). Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich.

LePage, CT. (2010). The Lived Experience of Individuals following Roux-en-Y Gastric Bypass Surgery: A Phenomenological Study. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 5 (1), 57-64.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung*,

Anwendung (2. Aufl.). München/Jena: Urban & Fischer.

Miller, K. (2003). Laparoskopische Operationsverfahren bei morbidem Adipositas. *Journal für Ernährungsmedizin*, 5 (3), 5-11.

Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. & Patel, A. (2005). Exploring the impact of obesity surgery on patient's health status: a quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery*, 15 (2), 266-272.

Ohlhorst, S. (2009). Hoher Anspruch an die Pflege. *Krankenpflege*, (3), 30-31.

Panfil, E.-M. & Ivanovic, N. (2011). *Methodenpapier FIT-Nursing Care – Version 1.0 Stand Juni 2011. FIT-Nursing Care*. Gefunden am 10. Juli 2011 unter [https://www.fit-care.ch/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fed4ef2b-27cd-4044-ac2e-f31e12a068c6&groupId=10156](https://www.fit-care.ch/c/document_library/get_file?uuid=fed4ef2b-27cd-4044-ac2e-f31e12a068c6&groupId=10156)

Puhl, R. M. & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17 (5), 941-964.

Suter, M., Paroz, A., Calmes, J. M. & Giusti, V. (2006). European experience with laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in 466 obese patients. *British Journal of Surgery*, 93 (6), 726-732.

Sutton, D. H., Murphy, N. & Raines, D. A. (2009). Transformation: The „Life-Changing“ Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care*, 4 (4), 299-306.

Sutton, D. & Raines, D. A. (2008). Health-Related Quality of Life: Physical and Mental Functioning after Bariatric Surgery. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 3 (4), 271-277.

Swiss Study Group for Morbid Obesity [SMOB]. (2010). *Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht. Gefunden am 9. November 2010 unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/11440/index.html?lang=de&download=NHZlpZig7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJeoR2f2ym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2IdvoaCUZ,s-%22%3ERichtlinien%20der%20SMOB%20vom%209.11.2010%20zur%20operativen%20Behandlung%20von%20DCbergewicht%3C/a%3E>*

Tice, J. A., Karliner, L., Walsh, J., Petersen, A. J. & Feldman, M. D. (2008). Gastric Banding or Bypass? A Systematic Review Comparing the Two Most Popular Bariatric Procedures. *The American Journal of Medicine*, 121 (10), 885-893.

Vannini, S., Stanga, Z. & Heinicke, JM. (2007). Patientenbetreuung nach der chirurgischen Adipositasbehandlung. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 7 (27), 578-582.

Weiner, R. A. (2008). Adipositas – chirurgische Therapieprinzipien. *Der Chirurg*, 79 (9), 826-836.

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894*. Gefunden am 10. Mai 2010 unter [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894.pdf)

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung*. Gefunden am 5. August 2010 unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98247/E89858G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98247/E89858G.pdf)

Woodward, B. G. (2003). Bariatric Surgery Options. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26 (2), 89-100.

Wysoker, A. (2005). The Lived Experience of Choosing Bariatric Surgery to Lose Weight. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11 (1), 26-34.