

Kontaktadressen

Telefon	/ FAX
Telefonzeiten	Mo–Fr 8–12, 14–17 Uhr, übrige Zeit über Zentrale
Zentrale scs@claraspital.ch	061 685 85 85 / 061 691 95 18
Chirurgie	
Bettendispositionen	
Chirurgie	061 685 84 79 / 061 685 84 66
Orthopädie	061 685 84 93 / 061 685 86 57
Urologie	061 685 85 23 / 061 685 82 61
Tagesarzt Chirurgie	061 685 80 20 / 061 685 82 47
Aufnahmebüro (Kostengutsprachen, etc.)	061 685 83 87 / 061 685 85 90
Ambulatorium	061 685 83 70 / 061 685 82 47
Anmeldungen für Sprechstunden	
Allgemeinchirurgie	
Prof. Dr. M. von Flüe	061 685 84 80 / 061 685 83 37
PD Dr. Ch. Ackermann	061 685 84 85 / 061 685 87 63
Dr. R. Peterli	061 685 84 84 / 061 685 84 81
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 85 / 061 685 87 63
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 84 / 061 685 84 81
Frau Dr. I. Montali	061 685 84 83 / 061 685 86 37
Dr. U. Pfefferkorn	061 685 84 83 / 061 685 86 37
Anästhesie	061 685 84 83 / 061 685 86 37
Austrittsberichte	061 685 84 83 / 061 685 86 37
Orthopädie	
Dr. R. Mendelin	061 685 84 93 / 061 685 86 57
Dr. J. Skarvan	061 685 84 90 / 061 685 86 57
Urologie	
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23 / 061 685 82 61
Dr. J. Moldenhauer	061 685 85 23 / 061 685 82 61
Physiotherapie	061 685 83 90 / 061 685 89 93
Stomaberatung	061 685 86 65 / 061 685 86 59
Telefonzeiten:	Mo – Fr 8.30 – 11.30 Uhr
Medizin	
Bettendisposition	061 685 86 70 / 061 685 83 40
Tagesarzt Medizin	061 685 80 30 / 061 685 83 40
Aufnahmebüro (Kostengutsprachen etc.)	061 685 83 87 / 061 685 85 90
Ambulatorium	061 685 83 70 / 061 685 82 47
Austrittsberichte	061 685 87 83 / 061 685 83 40
Anmeldungen für Sprechstunden	
Onkologie	
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70 / 061 685 83 47
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75 / 061 685 83 86
Frau Dr. S. Hofer	061 685 81 74 / 061 685 85 94
Frau Dr. C. Cescato	061 685 81 74 / 061 685 81 72
Frau Dr. N. Mutter	061 685 81 74 / 061 685 83 66
Onkologisches Ambulatorium	
Anmeldung	061 685 81 74 / 061 685 81 72
Auskünfte	061 685 85 37 / 061 685 82 83
Kardiologie	
Prof. Dr. B. Hornig	061 685 83 80 / 061 685 89 97
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80 / 061 685 89 97
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80 / 061 685 89 97
Gastroenterologie	
Dr. C. Lang	061 685 84 76 / 061 685 84 58
PD Dr. B. Meyer	061 685 84 76 / 061 685 85 21
Frau PD Dr. M. Thumshirn	061 685 84 76 / 061 685 84 57
Pneumologie	
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73 / 061 685 84 69
Dr. M. Schuurmans	061 685 84 73 / 061 685 84 69
Lungenfunktion	061 685 84 74 / 061 685 84 67
Bronchoskopie	061 685 84 73 / 061 685 84 69
Ernährungszentrum	
Prof. Dr. Th. Peters	061 685 89 40 / 061 685 89 41
Frau Dr. C. Cristoffel	061 685 89 40 / 061 685 89 41
Telefonzeiten:	Mo–Fr 8–12 Uhr
Palliativstation	
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75 / 061 685 83 86
Anmeldungen für Untersuchungen	
Radiologie/Röntgen	061 685 82 85 / 061 685 85 79
Telefonzeiten:	Mo–Fr 7.30–18 Uhr
Nuklearmedizin	
PD Dr. F. Jüngling	061 685 82 50 / 061 685 82 55
PET	061 685 82 52 / 061 685 82 62
Telefonzeiten:	Mo–Fr 8–17 Uhr

Diverses

Bewegung bei metabolischem Syndrom – das Dosis-Wirkungs-Prinzip

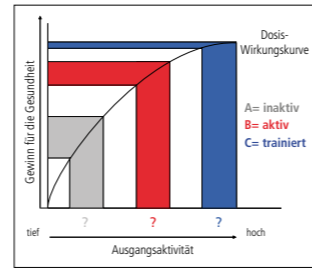
Das Bundesamt für Gesundheit hat anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen eine Mindestempfehlung für körperliche Bewegung abgeleitet. Zwei Drittel der Schweizer Bevölkerung erreichen diese Empfehlung von 30 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag nicht. Unter körperlicher Aktivität verstehen wir alle muskulär verursachten Bewegungen, die einen Energieanstieg über den Grundumsatz hinaus zur Folge haben.

Die körperliche Inaktivität verursacht beim unermesslichen Angebot an energiedichter Nahrung einen Gewichtsanstieg mit prozentual gesteigerter Fettmasse. Dies hat negative Stoffwechselforgänge wie eine Insulinresistenz oder Dyslipidämie zur Folge. Der Skelettmuskel als metabolisch aktives Körpergewebe wirkt diesen Auswirkungen entgegen. So führt ein bewegungsinduzierter Energieverbrauch im Vergleich zu einer rein diätetischen Kalorienrestriktion zu positiven Veränderungen des Lipid- und Glucosestoffwechsels. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass bei regelmässigem körperlichem Ausdauertraining

der Körperfettanteil auch ohne Gewichtsreduktion abnimmt und somit das metabolische und kardiovaskuläre Risiko durch Bewegung alleine reduziert wird.

Dosis-Wirkungs-Prinzip

Sich gesundheitswirksam bewegen, heisst nicht zwingend Sport treiben. Insbesondere bis anhin sehr inaktive Menschen erreichen durch mehr Bewegung den grössten gesundheitlichen Nutzen. Umgekehrt führt eine initiale Überforderung des Patienten unweigerlich zu einem Motivationsverlust. Bei absolut inaktiven Menschen besteht der erste Schritt oft darin, die sitzenden Tagesstunden zu reduzieren. Denn eine halbe Stunde körperliche Aktivität pro Tag stellt, gerade für unsere schwer übergewichtigen Patienten am Claraspital, eine Herausforderung dar. Wir erarbeiten mit ihnen gemeinsam, wie sie mässig intensive Bewegung, mit leicht beschleunigter Atmung, regelmässig in ihren Alltag integrieren können. Nach dem Prinzip der Bewegungspyramide werden Patienten, die die Mindestempfehlungen zur



Dosis-Wirkungskurve.

Bewegung erreichen, zu gezieltem Ausdauertraining motiviert. Hier eignen sich Freizeitaktivitäten, die wenig Material- und Übungsaufwand erfordern wie Wandern, Walking, Schwimmen, Velo fahren oder Wassergymnastik. Ein ergänzendes Krafttraining kann bereits durch Gymnastikübungen zu Hause mit dem eigenen Körpergewicht, einem Terraband oder einer PET-Flasche erfolgen. Der Schritt auf die zweite Stufe der Bewegungspyramide steigert die Muskelmasse weiterführend, diese verbraucht mehr Kalorien und ist metabolisch aktiver als Fettgewebe, so dass der Grundumsatz ansteigt. Dadurch wird eine nachhaltige Gewichtsreduktion, die nachweislich am besten durch eine Kombination aus gesteigerter Bewegung und Ernährungsumstellung erreicht wird, erst möglich.

Dr. Caroline Christoffel-Courtin

Neuer HNO-Spezialist

Am 1.10.2007 hat Dr. Andreas Zehnder die Praxis für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie von Dr. Stipic in der Villa Hirzbrunnen im Garten des Claraspitals übernommen. Nach Studium und Doktorat an der Uni Basel absolvierte er eine zweijäh-

rige Allgemeinchirurgieausbildung in Glarus, eine fünfjährige Fachausbildung zum Hals-Nasen-Ohrenarzt in Basel und Aarau sowie ein Otology Fellowship an der HNO Klinik der Harvard Universität in Boston. Danach kehrte er zurück an die HNO-Universitätsklinik Basel als Oberarzt,

Fachzusatztitel Hals- und Gesichtschirurgie, zuletzt in der Funktion als ärztlicher Leiter der chirurgischen Otologie, des Cochlear Implantat Zentrums und der Audiologie.



Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:

Gastroenterologisches Kolloquium
Nächste Termine noch nicht bekannt

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital
Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30 h)

Anmeldungen für Untersuchungen

12.12.2007: Tumor-Nachsorge bei häufigen Tumoren; Dr. R. Peterli/
Frau Dr. R. Riner

Rapportraum im 1. Stock- Mittelbau: Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board
Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40–8.15 h
In Zusammenarbeit mit der Radio-Onkologie des Universitätsspitals Basel-Stadt (Prof. Dr. F. Zimmermann)

Endokrinologisch-diabetologische Fallbesprechungen
Mittwoch 17.15 – 17.45 h
Leitung:
Prof. Dr. Th. Peters/Prof. Dr. J. J. Staub
Nächste Termine:
5.12.2007
30.1.2008
27.2.2008

Impressum

Herausgeber

St. Claraspital
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos
Swiss Professional Media AG – Rittmann

Redaktion

thomas.peters@claraspital.ch
beatrice.sonderegger@claraspital.ch
ralph.schroeder@rittmann.ch

Druck

Birkhäuser + GBC
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle

Neuer VR-Präsident



Seit dem 12. September 2007 ist Josef Zeltner neuer Präsident des Verwaltungsrats der St. Claraspital AG. Das ehemalige Direktionsmitglied der heutigen UBS ist bereits seit 1988 Mitglied des Verwaltungsrats. In dieser Funktion kümmerte er sich vor allem um Finanzbelange des Claraspitals und dessen Stiftungen. Josef Zeltner ersetzt Dr. Hans-Rudolf Widmer, der nach 38 Jahren im Verwaltungsrat und nach 11 Jahren als Präsident altershalber zurückgetreten ist. Die Generalversammlung hat ihn zum Dank für seinen Einsatz und seine Verdienste zum Ehrenpräsidenten des Verwaltungsrats ernannt. Seit dem 4. Juli 2007 wird der Verwaltungsrat der St. Claraspital AG ergänzt durch Dr. Andreas Flückiger, Facharzt für Arbeits- und Allgemeine Medizin und Leiter des Konzernbereichs Gesundheitsschutz bei F. Hoffmann-La Roche AG, sowie Dr. Claude Janiak, Ständerat und Advokat.

Die Baufortschritte

Die Bauprojekte des Claraspitals verlaufen nach Plan. Die Rohbauarbeiten der Baustellen Radioonkologie und der Aufstockung 5. OG West sind abgeschlossen. Die Stahlkonstruktion für die Bettenstation steht, die Fenster sind eingesetzt. Der Aushub für die Einstellhalle unter der Betondecke der Radioonkologie ist beendet und die Betonierarbeiten laufen. Am 15. November 2007 fand das Aufrichtefest statt.

Editorial Interview

Dr. med. Ralph Peterli
Diverses/Personelles Weiterbildung Kontaktadressen

2
3
4
4
4

Bariatrische Chirurgie

Neue Strategien und Resultate

Die operative Behandlung der morbid Adipositas hat sich heute als anerkannte Disziplin der Viszeralchirurgie durchgesetzt. Am Claraspital werden seit über zwanzig Jahren erfolgreich chirurgische Eingriffe vorgenommen. Die laufend weiter entwickelten Methoden haben zu verbesserten Langzeitergebnissen geführt.



Ein Fünftel der erwachsenen Europäer leidet an Adipositas.

Die Adipositas nimmt als Volkskrankheit in allen hoch entwickelten Industrienationen rasch zu. Bereits ein Fünftel aller erwachsenen Europäer leidet an Adipositas (BMI>30kg/m²). In gleichem Masse wie das Übergewicht nehmen auch Folgeerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, koronare Herzerkrankung oder muskuloskeletale Erkrankungen zu. Es sind deshalb langfristig wirksame Therapiekonzepte gefordert.

Zwei kürzlich im New England Journal of Medicine (NEJM) publizierte Studien aus Schweden und den Vereinigten Staaten haben eindrücklich gezeigt, dass bariatrische Operationen das Überleben von Patienten mit morbid Adipositas verbessern. Nachdem die operative Behandlung der morbid Adipositas lange Zeit umstritten war, hat sie sich heute als anerkannte Disziplin der Viszeralchirurgie durchgesetzt.

Die Chirurgie der Adipositas wird am Claraspital seit über zehn Jahren dank einem stabilen, interdisziplinären Team, bestehend aus Chirurg, Ernährungs- und Stoffwechselfacharzt, Psychiater und Ernährungsberaterin, erfolgreich durchgeführt. Bis heute wurden über 600 Patienten operiert.

Das Magenband

Fast alle Eingriffe erfolgen heute primär laparoskopisch. Bis 2004 verfolgten wir ein 2-Stufen-Konzept mit primärer Magenbandoperation bei praktisch allen Patienten als 1. Stufe und einer offenen biliopankreatischen Diversion Typ «duodenal switch» bei Misserfolg als 2. Stufe. Die Gewichtsabnahme mit dem Magenband war befriedigend bis gut mit einer Reduktion des Übergewichts von 40%

Fortsetzung Seite 2

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Sehr herzlich begrüßen möchten wir unseren neuen Verwaltungsratspräsidenten Herrn Josef Zeltner und ihm danken für die verantwortungsvolle Aufgabe, welche er zum Wohle unseres Spitals und unserer Patienten übernommen hat.

Das Hauptthema dieser Ausgabe von Clara Aktuell betrifft Patienten mit krankhaftem Übergewicht. War die operative Therapie dieser Erkrankung über viele Jahre verpönt, so ist sie heutzutage etabliert und wird laufend weiter entwickelt. Ein Meilenstein in der Geschichte der bariatrischen Chirurgie war die Einführung der laparoskopischen Technik.

Dank der langjährigen chirurgischen Erfahrung und Forschung unseres Leitenden Arztes Herrn Dr. Ralph Peterli, zusammen mit Herrn Prof. Thomas Peters vom Ernährungszentrum, konnte eine fundierte Strategie zu Behandlung dieser Patienten im Claraspital entwickelt werden. Wir berichten in dieser Ausgabe über neue Entwicklungen, Resultate sowie Wirkungsweise von Magenbypass, Sleevegastrektomie und biliopankreatischer Diversion.

Frau Dr. Caroline Cristoffel vom Ernährungszentrum weist auf die grosse Bedeutung der körperlichen Bewegung in der Prävention und Therapie des metabolischen Syndroms hin.

Wir dürfen auch einen neuen Kollegen vorstellen. Herr Dr. Andreas Zehnder hat am 1. Oktober 2007 die HNO-Praxis von Dr. Stipic in der Villa Hirzbrunnen übernommen. Herr Dr. Zehnder weist ein ausgezeichnetes Curriculum vor, und wir sind dankbar, dass wir ihn inskünftig konsiliarisch beiziehen dürfen.

Nun hoffen wir, dass auch diese Nummer des Clara Aktuell auf Ihr Interesse stossen wird und Sie trotz Endjahresstress einige ruhige Minuten der Lektüre dieser Ausgabe widmen können.

Prof. Dr. Markus von Flüe
Prof. Dr. Christian Ludwig

Neue Strategien und Resultate (Fortsetzung)

nach acht Jahren und sehr gutem Erfolg auf Verbesserung oder Heilung von Sekundärmorbiditäten (s. Abbildung 3 auf S. 3). Dieser rein restriktive Eingriff war mit einer sehr geringen perioperativen Morbidität (3,6%) und keiner Mortalität verbunden. Der Langzeitverlauf zeigte jedoch, dass die Reoperationsrate wegen Bandintoleranz und Spätkomplikationen wie Slipage (Durchrutschen des Magenfundus durch das Band) und auch ungenügender Gewichtsreduktion hoch war. Wir konnten verschiedene Faktoren definieren, welche zu einer vermindernten «Lebensdauer» des Magenbandes führten und konnten zeigen, dass nur wenige Patienten für diesen Eingriff geeignet sind (jüngere Patienten, geringer BMI, keine Sweet- oder Binge-eater). Seit 2004 wird überwiegend der laparoskopische Magenbypass und als neuer, vielversprechender Eingriff die laparoskopische Sleevegastrektomie (Schlauchmagen) durchgeführt. Seit 2006 wird die biliopankreatische Diversion Typ «duodenal switch» ebenfalls laparoskopisch durchgeführt (s. Abbildung 1).

Der Magenbypass

Der Magenbypass ist im Gegensatz zum Magenband nur schwer reversibel. Wir führen bei uns den proximalen Roux-Y-Magenbypass durch mit Bildung eines sehr kleinen Teilmagens (Magenpouch) (<20ml). Dadurch erfolgt nicht nur eine Reduktion der Essmenge, sondern durch Ausschluss des Magenfundus und des Duodenums aus der Nährstoffpassage höchstwahrscheinlich auch eine aktive Veränderung der Sättigungs- und Hungerhormone (Ghrelin, Leptin, PYY, GLP-1 etc.), welche zu einer zusätzlichen Gewichtsabnahme beiträgt. Nach bisherigen, eigenen Erfahrungen ist die Lebens- und Essqualität beim Magenbypass gut, die Gewichtsabnahme mit 81% des Übergewichts nach 3 Jahren sehr gut. Die Frühmorbidität liegt bei 9%. Da beim Magenbypass der Restmagen komplett vom Magenpouch abgetrennt wird, ist eine spätere Gastroskopie und/oder ERCP bei diesen Patienten erschwert.

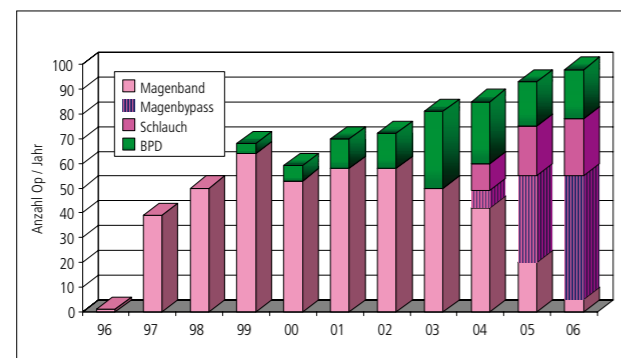


Abb. 1. Operationstatistik Adipositas am Claraspital.

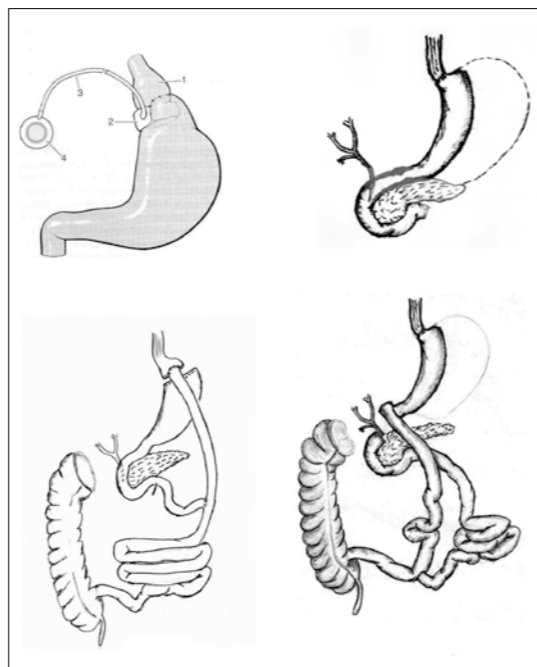


Abb. 2 Magenband (o.l.), Sleevegastrektomie (o.r.), Magenbypass (u. l.) und BPD.

Die Sleevegastrektomie oder Schlauchmagenbildung ist eine neue, restriktiv und wahrscheinlich durch Wegfall des Magenfundus ebenfalls hormonell wirksame Operation. Sie ist seit Jahrzehnten als Teil der biliopankreatischen Diversion etabliert.

Vielversprechende Sleevegastrektomie

Bei dem laparoskopisch durchgeführten Eingriff wird entlang einer dicken Magensonde der grosskurvatur-seitige Magen vom Fundus bis ins Antrum reseziert und somit ein Magenschlauch von knapp 2 cm Durchmesser gebildet. Die Nahrungspassage durch das Magenantrum und das Duodenum bleibt dabei intakt. Da Langzeitergebnisse zur Effizienz noch fehlen, sollte dieser Eingriff vorerst nur in prospektiv randomisierten Studien durchgeführt werden. Wir haben seit 2 Jahren Erfahrung mit der Sleevegastrektomie und die Resultate sind vielversprechend. Die Abnahme des Übergewichts liegt bei 68% nach 2 Jahren, die Frühmorbidität bei 8%. Die Lebensqualität nach diesem Eingriff ist ebenfalls gut. Die Sleevegastrektomie bietet den

Vorteil, dass bei ungenügender Gewichtsreduktion der Eingriff zur laparoskopischen biliopankreatischen Diversion Typ «duodenal switch» erweitert werden kann.

Die biliopankreatische Diversion (BPD) Typ «duodenal switch» ist durch die Kombination einer Restriktion und einer Malab-

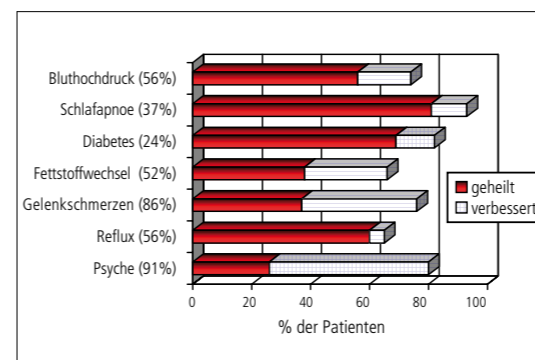


Abb. 3: Erfolgsstatistik Adipositas-Chirurgie; % in Klammern = Prävalenz präoperativ.

sorption betreffend Gewichtsabnahme der effektivste chirurgische Eingriff mit einer Abnahme des Übergewichts von 78% in unserem Kollektiv von 120 Patienten nach sieben Jahren. Die restriktive Komponente erfolgt durch Bildung eines Schlauchmagens, wie vorher beschrieben. Zusätzlich wird ein «Kurzschluss» am Dünndarm durchgeführt. Eine 250 cm lange alimentäre Schlinge wird mit dem postpylorisch durchtrennten Duodenum anastomosiert und der restliche Dünndarm 100 cm vor dem Coecum implantiert. Es resultiert so eine gemeinsame resorptive Strecke von 100 cm.

Effektive BPD

Der Vorteil dieser Operation ist, dass eine Umstellung und Anpassung der Essgewohnheiten nur bedingt erfolgen muss, was bei Patienten mit schlechtem Verständnis für Anpassungen, bedingt z.B. durch eine Minderintelligenz, von Vorteil ist. Eine weitere Patientengruppe, die für diesen Eingriff in Frage kommt, sind superobese Patienten mit einem BMI von 50kg/m² oder Versager nach Magenbypass oder Sleevegastrektomie. Es handelt sich jedoch um einen grossen Abdominaleingriff, der erst seit kurzem laparoskopisch durchgeführt werden kann. Die Frühmorbidität liegt bei 13%. Nachteile sind häufig übel riechende Stuhlentleerungen und Windabgänge sowie die Gefahr von Mangelerscheinungen. Eine regelmässige, lebenslange Nachkontrolle ist deshalb besonders wichtig.

Ausschlaggebend für den Erfolg jeglicher bariatrischer Operation ist die konsequente und fachkompetente Nachsorge in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/ärztin und dem Ernährungszentrum. Dank der Gewichtsreduktion mittels eines operativen Eingriffs werden viele übergewichtsasoziierten Erkrankungen gebessert oder geheilt, dadurch Kosten gesenkt und die hohe Morbidität und frühe Mortalität bei diesen Patienten deutlich verbessert.

Prof Dr. Thomas Peters
Dr. Beatrice Kern

Interview mit Dr. Ralph Peterli



Dr. med. Ralph Peterli

Herr Dr. Peterli, im Claraspital werden immer mehr Patienten wegen Übergewicht operiert, kann man inzwischen von einer Standardtherapie für das Übergewicht sprechen?

Die Chirurgie ist keine Standardtherapie bei Übergewicht (d.h. BMI 25–30 kg/m²), sondern kommt nur bei krankhaftem Übergewicht in Frage. In der Schweiz bedeutet dies, dass erst ab einem BMI von 40 kg/m² und Vorliegen einer Sekundärmorbidität eine Operation durchgeführt werden kann. International ist aber auch ab einem BMI von 35 und schwerer Komorbidität eine Operation erlaubt. Dieser Punkt ist Bestandteil von Verhandlungen mit der Eidgenössischen Leistungskommission. Sowohl Bevölkerung als auch Ärzte haben immer noch eine eher abwehrende Haltung gegenüber dieser Form der Therapie. Dieses Jahr sind nun zwei Artikel im «New England Journal of Medicine» erschienen, welche aufzeigen, dass die chirurgische Behandlung der morbid Adipositas (= bariatrische Chirurgie) die Sterblichkeit morbid adipöser Patienten nach fünf und zehn Jahren signifikant senken kann. Bisher konnte erst nachgewiesen werden, dass Sekundärmorbidität und Lebensqualität der Patienten günstig beeinflusst wird. Letztlich haben auch die sozioökonomischen Argumente Politik und Kostenträger überzeugen können, dass diese

Chirurgie Sinn macht, da sie enorme Kosten einsparen kann.

Ist eigentlich jeder morbid adipöse Patient geeignet für einen solchen Eingriff?

Patienten, die sich für einen solchen Eingriff interessieren, werden bei uns interdisziplinär abgeklärt. Zu diesem Team zählen nicht nur Ernährungsberaterinnen, Ernährungsspezialisten/Endokrinologen, Psychiater, Gastroenterologen und Chirurgen, sondern auch die zuweisenden Ärzte. In den letzten Jahren haben wir gut 20% der Patienten für eine chirurgische Therapie abgelehnt, meist aus psychiatrischen Gründen oder altersbedingt. Nicht selten wünscht der Patient selbst letztlich keinen Eingriff.

Was waren die entscheidenden Änderungen in der bariatrischen Chirurgie der letzten Jahre?

Die Einführung der laparoskopischen Techniken in der bariatrischen Chirurgie hat dazu beigetragen, dass die Eingriffe weniger belastend und dadurch auch deutlich weniger gefährlich wurden. Dies führte dazu, dass bariatrische Eingriffe, parallel zur rasanten Zunahme der Adipositas, immer häufiger durchgeführt werden. Ein weiterer entscheidender Punkt ist das bessere Verständnis über die Wirkweise dieser Operationen. So wird nicht nur die Essmenge oder deren Resorption beeinflusst, sondern auch via gastrointestinale Peptide Hunger und Sättigung gesteuert. Unsere Klinik ist in Zusammenarbeit mit der Universität Basel intensiv an der Erforschung dieser humoralen Zusammenhänge beteiligt

Was wird die Zukunft in der bariatrischen Chirurgie bringen?

Der seit vielen Jahren gut dokumentierte positive Effekt von Bypass-Verfahren auf den Diabetes mellitus bei morbid Adipositas führte dazu, dass dieselben Prinzipien auch bei normalgewichtigen Typ-2-Diabetikern eingesetzt wurden, mit phänomenalem Erfolg. So konnte durch die Umgehung des Duodenums oder die Beschichtung des Duodenums mit einem Plastikschlauch eine Euglykämie von Typ-2-Diabetikern erreicht werden. Wenn es uns gelingt, die endokrinologischen Zusammenhänge besser zu verstehen und die Vorurteile gegenüber dieser Art von Chirurgie abzubauen, könnte ich mir gut vorstellen, dass in zehn Jahren ein Typ-2-Diabetiker primär einer operativen Therapie zugeführt wird.