



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Erfahrungen von Personen mit einer bariatrischen
Operation“

verfasst von / submitted by

Eva Maria Panzenböck, BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

Danksagung

Am Beginn meiner Arbeit möchte ich mich besonders bei meinen StudienteilnehmerInnen bedanken. Ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Vielen Dank für eure Teilnahme und euer Vertrauen. Ihr habt mir einen Einblick in euer Leben gewährt und mir eure Erfahrungen geschildert. Ich betrachte dies keinesfalls als Selbstverständlichkeit, sondern als Geschenk.

Vielen lieben Dank dafür!

Ein riesengroßes Dankeschön gebührt meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Nagl-Cupal, der mich mit seinem Fachwissen und zahlreichen Hinweisen und Tipps ans Ziel begleitete.

Es war mir eine große Freude mit Ihnen arbeiten zu dürfen!

Ebenso dankbar bin ich für meine Studienkolleginnen, die mich im fachlichen Diskurs auf neue Ideen brachten.

Ein besonders Dankeschön gilt auch meiner Familie und meinen Freunden, allen voran Michael Mühlberghuber, der mich zu diesem Studium ermutigt und immer an mich geglaubt hat. Durch seine beruhigenden Worte konnte er so manche Panik schnell abklingen lassen.

Kurzfassung

Hintergrund: Die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen nimmt stetig zu. Neben zahlreichen physischen Komorbiditäten leiden adipöse Personen oft an sozialer Befangenheit und Diskriminierung. Durch konservative Therapien lässt sich das Gewicht nur gering senken, was dazu führt, dass sich immer mehr Menschen dazu entschließen sich einem bariatrischen Eingriff zu unterziehen.

Ziel: Aufgrund dieser Problematik wurde das Erleben der Betroffenen vor und nach einem bariatrischen Eingriff und den Herausforderungen mit den Konsequenzen der Operation umzugehen untersucht. Die Forschungsarbeit soll dazu dienen, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um sowohl das medizinische als auch das pflegerische Personal zu sensibilisieren, welche Auswirkungen eine solche Operation auf die Betroffenen haben kann.

Methodik: Es wurden leitfadengestützte Interviews mit bereits operierten Personen durchgeführt und in Anlehnung an die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) analysiert. Der gesamte Prozess des Erlebens wurde vor dem Hintergrund der Transitions Theory nach Meleis (1975) reflektiert.

Ergebnisse: Aus den erhobenen Daten kann ein phasenhafter Verlauf der Erlebnisse eruiert werden. Das erste Phänomen *Dick sein* beschreibt die Phase des Erlebens vor dem operativen Eingriff. In dieser Kategorie schildern die Personen ihre Erfahrungen als adipöse Menschen. Aus den Erfahrungen, dick zu sein, ergibt sich der Weg zur Entscheidung, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen. An dieser Stelle wird das Phänomen *Die Entscheidung treffen* fokussiert. Nach der Operation sind komplexe Veränderungen zu beobachten. Ganz zentral ist hier kurz nach dem Eingriff das *Auf den neuen Körper hören*. In dieser Kategorie werden die körperlichen Veränderungen des postoperativen Prozesses fokussiert. Nach der ersten Phase der Instabilität erfolgt eine Neuerlernung des Essens. *Neu essen lernen* tritt hier in den Fokus der Betroffenen, bevor sie nach einer gewissen Zeit eine *Disziplinierte Routine erlangen*, in der das Erwerben von Sicherheit und Stabilität thematisiert wird.

Schlussfolgerungen: Für viele Personen stellt der Eingriff eine letzte Chance abzunehmen dar, meist nach einem jahrelangen Leidensweg. Die Entscheidung selbst, treffen die Betroffenen für sich alleine. Der Eingriff ist jedoch keine Garantie für einen Gewichtsverlust, sondern stellt eine lebenslange Herausforderung dar, oft mit zahlreichen Komplikationen. Essentiell ist eine kritische Auswahl an geeigneten Personen für einen bariatrischen Eingriff sowie eine intensive, professionell begleitete, Vorbereitung und Nachsorge.

Abstract

Background: The number of overweight and obese people is steadily increasing. In addition to numerous physical comorbidities, obese individuals often suffer from social embarrassment and discrimination. Conservative therapies reduce weight only slightly, leading to more and more people choosing to undergo bariatric surgery.

Aim: Due to this problem, the experience of those affected before and after a bariatric surgery and the challenges of dealing with the consequences of the surgery was examined. The research should help to pay more attention to the topic, to sensitize medical and nursing staff to the impact that such an operation may have on affected people.

Method: Guideline-based interviews were conducted with people who were already operated. The data obtained were analyzed according to the Grounded Theory by Strauss and Corbin (1996). The whole process of experiencing was reflected ahead of the background of the Transitions Theory according to Meleis (1975).

Results: From the collected data, a phase-wise course of the experiences can be determined. The first phenomenon of *being thick* describes the phase of experiencing before the surgical procedure. In this category people describe their experiences as obese people. From the experience of being adipose, the path results in the decision to undergo bariatric surgery. At this point, the phenomenon of *making the decision* is focused. After the operation complex changes can be observed. Quite central shortly after the operation is to *listen to the new body*. In this category the physical changes in the postoperative process are focused. After the first phase of instability, the people *re-learn eating*. Re-learn eating remains the focus of those affected before they *reach a disciplined routine* after a certain time, in which the recreation of security and stability is accomplished.

Conclusion: For many people, the procedure is a last chance to lose weight, usually after years of suffering. The decision is taken by those affected on their own. However, the procedure is not a guarantee of weight loss, but presents a life-long challenge, often with many complications. Essential is a critical selection of suitable people for a bariatric surgery as well as intensive, professionally accompanied, preparation and follow-up care.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Problemstellung und Hintergrund.....	4
2.1. Literaturbestand.....	4
2.1.1. Bariatrische Operationen	14
2.1.2. Komplikationen	17
2.1.3. Nachsorge	19
2.1.4. Auswirkungen auf die physischen Komorbiditäten	20
2.1.5. Auswirkungen auf die psychischen und sozialen Komorbiditäten.....	22
2.1.6. Ernährung nach einem bariatrischen Eingriff	26
2.1.7. Konservative Therapiemöglichkeiten	29
2.2. Theoretische Rahmung	31
3. Forschungsziel und Forschungsfrage	34
4. Methodik.....	35
4.1. Qualitative Forschung.....	35
4.2. Datenerhebung.....	36
4.2.1. Feldzugang.....	38
4.2.2. Einschlusskriterien.....	39
4.2.3. Darstellung der StudienteilnehmerInnen.....	39
4.3. Datenaufbereitung	41
4.4. Datenauswertung	42
4.4.1. Offenes Kodieren.....	43
4.4.2. Axiales Kodieren.....	45
4.5. Gütekriterien qualitativer Forschung	47
4.6. Ethische Aspekte.....	49
5. Ergebnisse.....	50
5.1. Dick sein.....	50
5.2. Die Entscheidung treffen.....	58

5.3.	Auf den neuen Körper hören.....	65
5.4.	Neu essen lernen	74
5.5.	Disziplinierte Routine erlangen	80
6.	Diskussion	89
6.1.	Verortung im theoretischen Diskurs	96
6.2.	Limitation und Ausblick	103
6.3.	Relevanz der Ergebnisse für die Praxis	105
7.	Literaturverzeichnis.....	107
8.	Abbildungsverzeichnis	116
9.	Tabellenverzeichnis	117
10.	Anhang.....	118

1. Einleitung

Übergewicht und Adipositas ist laut World Health Organization [WHO] (2007) das fünftgrößte Todesrisiko weltweit. Mindestens 2,8 Millionen Erwachsene sterben jedes Jahr an den Folgen von Übergewicht und Adipositas. Zusätzlich sind 44% der Diabeteserkrankungen, 23% der ischämischen Herzleiden und bis zu 41% bestimmter Krebsarten auf Übergewicht und Adipositas zurückführbar (Österreichische Ärztekammer [ÖÄK], 2016). In Österreich sind 46,7% der Bevölkerung übergewichtig (Statistik Austria, 2014). Jeder zweite 15- bis 60-jährige Mann ist entweder übergewichtig (37%) oder adipös (14%). Bei den Frauen dieser Altersgruppe betrifft es jede dritte (21% bzw. 11%) (Statistik Austria, 2014). Laut WHO (2000) sind Übergewicht und Adipositas mittlerweile so weit verbreitet, dass sie Unterernährung und Infektionskrankheiten als häufigste Ursache für Krankheiten ablösen. Die Prävalenz der Adipositas hat sich seit den 1980 Jahren verdreifacht. Adipositas wird mittlerweile als Epidemie bezeichnet (WHO, 2007). Als grundlegende Ursachen der Adipositas wird das Ungleichgewicht von konsumierten Kalorien und verbrauchten Kalorien beschrieben (WHO, 2015). Durch den uneingeschränkten Zugang zu hochkalorischen und kostengünstigen Nahrungsmitteln und einer Infrastruktur, die nur wenig körperliche Bewegung erfordert, wird eine hohe Energieaufnahme und ein verminderter Energieverbrauch begünstigt (Rathmanner et al., 2006). Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2015, S. 364) beschreiben als Hauptursachen der Adipositas eine genetische Disposition, Störung der Hunger- und Sättigungsregulation, Fehlernährung, Bewegungsmangel, niedriger Sozialstatus, Schlafmangel, Folge von anderen Erkrankungen wie Hypothyreose oder eine Nebenwirkung von bestimmten Pharmaka. Die Adipositasforschung erkennt in letzter Zeit zunehmend, dass die unmittelbare Wohnumgebung das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der dort lebenden Menschen beeinflusst und prägt. So zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsdichte mit Fast-Food-Restaurants (wie Imbissbuden, Dönerläden und Hamburgerrestaurants) und dem „Body Mass Index“ (BMI) der, um diese Einrichtungen lebenden BewohnerInnen (Herpertz et al., 2015, S. 385).

Die Adipositas ist mittlerweile als chronische Erkrankung mit hoher Rezidivneigung anzusehen (Deutsche Adipositas Gesellschaft [DAG] et al., 2014). Laut WHO (2000) wird Adipositas als Krankheit definiert, bei der überschüssiges Körperfett in einem solchen Ausmaß angesammelt wird, dass es die Gesundheit beeinträchtigt. Allerdings ist die Menge an überschüssigem Fett, ihre Verteilung im Körper und die damit verbundenen Folgen für die Gesundheit einer Person sehr unterschiedlich. Hauner (2013a, S. 2) definiert Übergewicht/Adipositas allgemein als eine Vermehrung des Körperfetts, die über das

Normalmaß hinausgeht und mit einer Gesundheitsgefährdung bzw. mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen einhergeht. Zu den häufigsten Komorbiditäten der Adipositas zählen koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck und Schlaganfall, bestimmte Arten von Krebs (Brust, Dickdarm und Gebärmutter), nicht-insulinabhängiger Diabetes mellitus, Erkrankungen der Gallenblase, Dyslipidämie, Arthrose, Gicht und Lungenerkrankungen, wie Schlafapnoe. Ein erhöhtes Risiko besteht daneben bezüglich Infertilität, Atherosklerose, Herzinsuffizienz, venöse Thromboembolien oder pulmonale Embolien, Demenz, hormonelle Störungen und Refluxösophagitis (DAG et al., 2014). Zusätzlich zeigt sich bei adipösen Personen eine erhöhte Prävalenz des metabolischen Syndroms (Symptomenkomplex aus Diabetes Mellitus, Adipositas, Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie) (Herpertz et al., 2015, S. 433). Das Risiko für diese Krankheiten steigt proportional mit dem BMI (ÖÄK, 2016). Darüber hinaus hat Adipositas schwerwiegende psychische und soziale Auswirkungen. Adipöse Personen leiden meist an sozialer Befangenheit, Vorurteilen und Diskriminierung. Diese Erfahrung machen die Menschen nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch im Familienkreis und im Gesundheitsbereich, was dazu führt, dass sie nur ungern medizinische Hilfe aufsuchen (WHO, 2000).

Die Einteilung von Übergewicht/Adipositas basiert auf Körpermaßen, die auf Körpergewicht und Körpergröße gründen. Diese sind einfach zu erfassen und machen eine rasche Klassifizierung möglich. Zur Klassifizierung wird der „Body Mass Index“ (BMI) herangezogen, der sich als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße in Metern im Quadrat darstellt (Hauner, 2013a, S. 2).

Kategorisierung	BMI
Untergewicht	<18,50
Normalgewicht	18,50-24,99
Übergewicht	≥25,00
Präadipositas	25,00-29,99
Adipositas Grad 1	30,00-34,99
Adipositas Grad 2	35,00-39,99
Adipositas Grad 3 - Morbide Adipositas	≥ 40,00

Tabelle 1: Klassifikation des Körpergewichts anhand des BMI

Diese Einteilung gilt seit 1998 (Statistik Austria, 2014). Beispielsweise beträgt der BMI einer Frau bei einer Körpergröße von 165 cm und 110 kg Körpergewicht 40,4. Bei Personen mit einem BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ohne Kontraindikationen ist bei Erschöpfung der konservativen Therapie nach umfassender Aufklärung ein bariatrischer Eingriff indiziert. Bei Personen mit einem BMI zwischen 35 und 40 kg/m^2 und mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Folge-/Begleiterkrankungen, z.B. Diabetes mellitus Typ 2 oder koronare Herzkrankheit, ist

ebenfalls eine chirurgische Therapie indiziert, sofern die konservative Therapie erschöpft ist. Bei Betroffenen mit Diabetes mellitus Typ 2 kann bereits bei einem BMI zwischen 30 und 35 kg/m² eine bariatrische Operation im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie in Erwägung gezogen werden. Eine Operation kann auch als ultima ratio nach Scheitern wiederholter, multimodaler, konservativer Therapien bei extrem adipösen Jugendlichen mit erheblicher Komorbidität erwogen werden. Von Operationen bei Menschen über 60 Lebensjahren wird abgeraten, weil mit dem Alter das perioperative Risiko steigt und gleichzeitig die Adipositas-assoziierten Komorbiditäten im Vergleich mit jüngeren Personen weniger stark zurückgedrängt werden (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie [CA-ADIP], 2010). Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten gelten dann als erschöpft, wenn durch eine multimodale, konservative Therapie innerhalb von sechs bis zwölf Monaten das Therapieziel nicht erreicht und gehalten werden kann. Unter multimodal ist hier eine Kombination aus Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie zu verstehen (DAG et al., 2014). Als erfolgreiche Therapie wird nach konservativen Gewichtsreduktionsmaßnahmen häufig ein Gewichtsverlust von 5-10% des Ausgangsgewichts bezeichnet (de Zwaan, 2013, S. 319; Mechanick et al., 2013). Laut DAG et al. (2014) werden bei Personen mit einem BMI von 35-39,9 kg/m² über 10 % und mit einem BMI über 40 kg/m² über 20 % Verlust des Ausgangsgewichts gefordert. Dies gilt jedoch lediglich in Deutschland. In Österreich müssen die Interessierten ein chirurgisches, ein internistisches, ein psychologisches und ein diätologisches Gutachten vorweisen, um für eine Operation in Frage zu kommen (Barmherzige Schwestern Wien [BHS Wien], 2016). Frühere Abnehmversuche sind nicht verpflichtend notwendig, werden aber als Indikator für eine Operation berücksichtigt. Prager und Langer (2006) empfehlen vor jedem bariatrischen Eingriff eine endokrine Abklärung, um endokrine Ursachen der Adipositas, wie Hypothyreose und Hyperkortisolismus, auszuschließen. Es ist vorab abzuklären, ob die Betroffenen die Folgen des Eingriffs verstehen, Compliance zeigen und ob Bereitschaft an Nachsorgeprogrammen teilzunehmen, erkennbar ist. Kontraindikationen bariatrischer Eingriffe wären Drogen- und Alkoholabhängigkeit, konsumierende und immundefizitäre Erkrankungen (AIDS, TBC), schwere Essstörungen (Bulimia nervosa), Psychosen, schwere Depressionen, mangelnde Compliance, BMI < 35 kg/m² und ein inakzeptables Operationsrisiko. Auch Winckler (2013, S. 346) empfiehlt bei der Indikationsstellung zur Operation eine adäquate Einschätzung der Personen hinsichtlich der zu erwartenden Kooperationsfähigkeit und -willigkeit.

Bei guter Compliance ist nach einer bariatrischen Operation ein Gewichtsverlust von ca. 70% des Übergewichts zu erwarten (Hüttl & Kramer, 2013, S. 335), wobei mit konservativen Methoden lediglich 5-10% des Übergewichtes abgenommen werden können (Mechanick et al., 2013). Die bariatrische Chirurgie gilt als die einzige erfolgreiche und langanhaltende

Methode um bei morbidem Adipositas eine Gewichtsreduktion zu erreichen (Mechanick et al., 2013). Zu den häufigsten bariatrischen Eingriffen zählen der Roux-en-Y-Magen-Bypass (RYMB), das Magenband (MB) und die Sleeve-Gastrektomie (SG). Seltener angewandt werden der Magenballon, die Gastroplication oder bei extremer Adipositas die biliopankreatische Diversion mit oder ohne Duodenalswitch (BPD/BPDDS). Je nach PatientIn ist vom erfahrenen Chirurgen bzw. von der erfahrenen Chirurgin die jeweils beste Operationsart auszuwählen. Ein für alle PatientInnen pauschal zu empfehlendes Verfahren existiert nicht (CA-ADIP, 2010; Mechanick et al., 2013). Wenn möglich sollte aber immer laparoskopisch und nicht offen operiert werden (Mechanick et al., 2013). Laut Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2011) wurden im Jahr 2010 in Österreich 2286 bariatrische Operationen durchgeführt. 2013 waren es 2144 Operationen, davon 1340 Roux-en-Y-Magen-Bypässe, gefolgt von 362 Sleeve-Gastrektomien. Diese Zahl verhält sich derzeit konstant (Österreichische Gesellschaft für Adipositaschirurgie [ÖGAC], 2014).

2. Problemstellung und Hintergrund

In den nachfolgenden Kapiteln erfolgt eine ausführliche Beschreibung des Literaturbestandes auf den diese Arbeit begründet ist sowie die Darstellung der häufigsten Operationsmethoden und deren Komplikationen, gefolgt von den Auswirkungen der Operation auf die physischen, psychischen und sozialen Komorbiditäten. Die Ernährung nach einem bariatrischen Eingriff findet unter diesem Kapitel ebenfalls große Beachtung. Ebenso werden die konservativen Therapiemöglichkeiten beschrieben. Die theoretische Rahmung, anhand welcher die gefundenen Ergebnisse in der Masterarbeit reflektiert werden, wird an dieser Stelle eingehend beschrieben.

2.1. Literaturbestand

Wie bereits in der Einleitung beschrieben sind konservative Behandlungsmaßnahmen bei morbid adipösen Menschen äußerst selten erfolgreich, sodass Adipositas-chirurgische Optionen als die bislang einzigen Gewichtsreduktionsverfahren mit mittel- und langfristigem Erfolg in Betracht gezogen werden müssen (CA-ADIP, 2010; WHO, 2007). Adipositas und Übergewicht haben eine erhebliche gesundheitsökonomische Bedeutung (Herpertz et al., 2015, S. 386). In diesem Kontext beurteilte das unabhängige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereits 2008 die Adipositaschirurgie als wirksam, sicher und kosteneffektiv (Bockelbrink et al., 2008). Die wirtschaftlichen Kosten der Adipositas setzen sich aus den direkten, indirekten und alternativen bzw. intangiblen Kosten zusammen. Die direkten Kosten beschreiben die Kosten für die Diagnose und

Behandlung der Erkrankung und ihrer Komorbiditäten. Die indirekten Kosten beziehen sich auf die Steuereinbußen durch oftmals langjähriger Erwerbsunfähigkeit und einen frühzeitigen Tod. Als alternative bzw. intangible Kosten werden die Kosten für den Menschen selbst beschrieben, wie soziale und persönliche Einbußen, die durch Komorbiditäten und einen frühzeitigen Tod entstehen. Die durchschnittlichen Ausgaben für Adipositas liegen weltweit zwischen 2-8% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens (WHO, 2000; Hamann & Greten, 1999). In Österreich betragen die Gesundheitsausgaben für das Gesundheitswesen im Jahr 2014 insgesamt 36.485 Mio. Euro bzw. 11,0% des BIP (BMG, 2016). Das heißt alle Ausgaben bezüglich Adipositas umfassen 725-2538 Mio. der Gesundheitsausgaben für das Gesundheitswesen im Jahr 2014. In den nächsten Jahren ist, bedingt durch den weltweiten Anstieg der Prävalenz von Adipositas, mit einer deutlichen Zunahme dieser Gesamtkosten zu rechnen (Herpertz et al., 2015, S. 386).

Über Kostenersparnisse durch eine chirurgische Behandlung der Adipositas kann durch mangelnde Studien nur wenig bis gar keine Auskunft gegeben werden. Die WHO (2000) geht aber für z.B. Frankreich von einer Kostenreduktion von 25% aus. Hier ist anzumerken, dass präventive Maßnahmen gegen Adipositas kosteneffektiver wären als deren Behandlung (Rathmanner et al., 2006). In der Swedish Obese Subjects Study (SOS Studie) wurde ermittelt, dass es bezüglich einer effektiven, multimodalen, konservativen Therapie und einer chirurgischen Behandlung keine Kostenunterschiede gibt. Weiterführende Untersuchungen dazu sind aber noch in Arbeit (Sjöström, 2013). Rathmanner et al. (2006) haben für das Jahr 2004 errechnet, dass ein 1%iger Rückgang der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich Einsparungen direkter Gesundheitskosten in der Höhe von 751,4 Mio. Euro (0,3 % des BIP) ausgemacht hätte. Trotz einer kosteneffektiven Behandlung beruht das Ausmaß des Erfolgs der bariatrischen Chirurgie auf dem langfristigen Engagement der Operierten für Verhaltensänderungen. Das Potenzial der positiven Ergebnisse nach der Operation kann nur ausgeschöpft werden, wenn die Personen, die Notwendigkeit, ihr Essverhalten zu ändern verstehen und akzeptieren (Homer, Tod, Thompson, Allmark & Goyder, 2016).

Viele adipöse Menschen haben schon unzählige gescheiterte Diätversuche hinter sich, was zu Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Fehlen von erfolgreichen Erfahrungen führt (Engström, Wiklund, Olsen, Lönroth & Forsberg, 2011; Jensen et al., 2013). Diese Achterbahnfahrt der erfolglosen Diäten kann aus Sicht der Betroffenen nur durch eine Operation beendet werden. Die Operation wird als letzter Ausweg betrachtet (Homer et al., 2016), denn die Betroffenen sagen, dass sie die Kontrolle über ihr Essverhalten und daraus resultierend ihr Gewicht verloren haben. Engström et al. (2011) gehen sogar so weit zu sagen, dass die adipösen Personen von der Operation abhängig sind und der Eingriff für ihr zukünftiges Leben und ihre Gesundheit unerlässlich ist. Die betroffenen Menschen

geben an, dass das Essen für sie wie eine Sucht ist (Engström et al., 2011; Liebl, Barnason & Hudson, 2016). Oft werden Parallelen zum Alkoholismus gezogen (Engström & Forsberg, 2011). Bei der Suche nach zugrundeliegenden Ursachen der steigenden Adipositas-Prävalenzzahlen wird in den letzten Jahren auch zunehmend das Konzept verfolgt, dass pathophysiologische Mechanismen, wie sie den Suchtstörungen zu eigen sind, der Entstehung und klinischen Ausprägung von Adipositas zu Grunde liegen könnten. Eines der Kernmerkmale einer Suchtstörung stellt der genannte Kontrollverlust über das Essverhalten dar (Herpertz et al., 2015, S. 450).

Die Operation wird auch bei Natvik, Gjengedal, Moltu & Råheim (2015) als letzte Chance für adipöse Menschen gesehen. Im Gesundheitswesen erkennen Pflegende und auch andere MitarbeiterInnen oft nicht, wie sehr adipöse PatientInnen an ihrem ausweglosen Zustand leiden, was zu einer inadäquaten Betreuung und Unzufriedenheit aller Beteiligten führt (Engström et al., 2011). Adipöse PatientInnen berichten, dass sie von den Pflegenden oft ignoriert werden (Engström & Forsberg, 2011). Ein Grund dafür ist, dass Pflegekräfte die Pflege eines adipösen Patienten bzw. einer adipösen Patientin als schwieriger, anstrengender und komplikationsreicher ansehen als die Pflege eines/einer Normalgewichtigen (Sikorski et al., 2013). Negative Einstellungen gegenüber adipösen Personen haben Einfluss auf die Wahrnehmung einer Person und das zwischenmenschliche Verhalten, was in weiterer Folge einen negativen Einfluss auf die Qualität der zu leistenden Pflege hat. Oft erwarten die PatientInnen bereits eine schlechte Behandlung, was zu Stress und Misstrauen gegenüber ÄrztInnen und Pflegenden führen kann (Phelan et al., 2015). Puhl & Heuer (2009) beschreiben in ihrem Systematic Review, dass Pflegenden glauben, dass adipöse PatientInnen faul, inkompliant und wenig motiviert sind und kaum Selbstkontrolle besitzen. Stigmatisierende Einstellungen, die adipöse Menschen etwa als faul, willensschwach, undiszipliniert, unattraktiv und emotional absonderlich bezeichnen, sind in der Bevölkerung generell weit verbreitet (Herpertz et al., 2015, S. 420) In der Studie von Brown und Thompson (2007), wo 15 Pflegenden zu deren Einstellungen und Erfahrungen mit adipösen PatientInnen befragt wurden, gaben die Pflegenden an, dass ihnen durchaus bewusst sei, wie stigmatisierend Adipositas sein kann und sie würden versuchen Vorurteile zu vermeiden, aber oft erleben sie die PatientInnen als inkompliant und durch die Operation einen „easy way out“ suchend.

Angesichts der täglichen Herausforderungen durch die Operation erscheint diese Annahme als besonders verletzend (Groven, Raheim & Engelsrud, 2010). In der qualitativen Untersuchung von Christiansen, Borge & Fagermoen (2012), in der Personen zu ihrem alltäglichen Leben mit Adipositas ohne einen bariatrischen Eingriff befragt wurden, gaben die StudienteilnehmerInnen an, dass sie durch andere Leute oft keine verbale Diskriminierung erfuhren, aber sie spürten die Blicke auf sich ruhen. Die TeilnehmerInnen

beschreiben zum Beispiel den Gang in den Supermarkt und wie sie dabei angestarrt werden. Warholm, Øien & Råheim (2014) beschreiben in ihrer Untersuchung, dass nach einem Gewichtsverlust das Gefühl in der Öffentlichkeit nicht angestarrt zu werden, sehr geschätzt wird. Auf der anderen Seite konnten Bocchieri, Meana & Fisher (2002) in ihrer Untersuchung herausfinden, dass es für bereits operierte Personen sehr schwer ist, wenn in ihrer Gegenwart Diskriminierung von adipösen Menschen stattfindet. Dadurch werden Spannungen geschaffen, da die Personen einerseits Gefühle der Erleichterung und andererseits Zorn erleiden. Erleichterung dahingehend, dass sie nicht mehr die Ziele der Diskriminierung darstellen und Zorn, dass es andere weiterhin sind. Auch bei Natvik, Gjengedal, Moltu & Råheim (2014) gaben die Befragten an, dass es für sie ganz schwer mitzuerleben sei, wenn andere adipöse Menschen diskriminiert werden und sie wollten diese verteidigen.

In diesem Zusammenhang ist Stigmatisierung als die Zuschreibung negativer Merkmale oder Eigenschaften an eine Person oder Gruppe zu verstehen. Meist knüpfen Stigmatisierungen bei sichtbaren oder unsichtbaren Merkmalen von Personen an. Es handelt sich dabei typischerweise um Eigenschaften, die von denen einer Majorität abweichen, wie etwa körperliche Besonderheiten (z. B. eine Behinderung oder, wie in dieser Arbeit beschrieben, Übergewicht), eine Gruppenzugehörigkeit (z. B. die Mitgliedschaft in einer Sekte) oder ein bestimmtes Verhalten (z. B. der Verstoß gegen eine geltende Norm) (Hohmeier, 1975).

Oft wird dann aufgrund der vorherrschenden Stigmatisierung und Vorurteilen in der Praxis nicht nach den Gründen für Übergewicht gesucht, sondern einfach eine falsche Lebensführung angenommen (Puhl & Heuer, 2009). Daraus resultierend nutzen adipöse Personen das Angebot des Gesundheitssystems wenig, aufgrund von gewichtsbezogenen Barrieren, wie inadäquates Mobiliar oder Vorurteile und respektloses Verhalten seitens der MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens (Phelan et al., 2015; Puhl & Heuer, 2009). Die Menschen wollen sich im Untersuchungsraum nicht ausziehen und lehnen die unerbetenen Ratschläge Gewicht zu verlieren ab (Puhl & Heuer, 2009).

Vorurteile gegenüber übergewichtigen Personen erhöhen die Anfälligkeit für Depressionen, ein geringes Selbstwertgefühl, ein negatives Körperbild, ein maladaptives Essverhalten und Bewegungsmangel (Puhl & Heuer, 2009; DAG et al., 2014). Diese negativen Konsequenzen stehen dem gesellschaftlichen Glauben gegenüber, dass Stigmatisierung einen positiven Einfluss auf gesunde Ernährungs- und Verhaltensweisen hat. Es zeigt sich aber, dass Stigmatisierung zu negativen, emotionalen Distress und ungesunden Essverhalten führt (Puhl & Heuer, 2009). Es wird vermieden in den Spiegel zu sehen, sich abzuwiegen und es besteht kein Wunsch, neue Leute kennenzulernen. Oft ziehen sich die

Betroffenen zu Hause zurück und vermeiden jegliche sozialen Kontakte, um sich vor Diskriminierung zu schützen. Hier nimmt die Nahrung eine zentrale Rolle ein. Es wird versucht durch Essen eine Linderung negativer Emotionen und auch Langeweile hervorzurufen. Essen wird häufig als Copingstrategie beschrieben (da Silva & da Costa Maia, 2012). Zu erkennen, dass Hilfe von außen notwendig ist, wird als sehr schwieriger Prozess beschrieben (Jensen et al., 2013). Die zunehmend ausweglose Situation, in der sich die Betroffenen befinden, führt zu einem Entscheidungsprozess, der üblicherweise eine lange Zeit in Anspruch nimmt. Oft ist der Auslöser dieses Entscheidungsprozesses, das Erreichen einer bestimmten Kleidergröße, eines Alters oder einer BMI-Grenze sowie zunehmende gesundheitliche Probleme, wodurch ein Punkt erreicht wird, an dem das Leben immer schwieriger wird. Auch die Sorge um andere, wie Kleinkinder oder EhegattInnen stellt einen großen Motivator für eine Gewichtsabnahme dar (Pfeil, Pulford, Mahon, Ferguson & Lewis, 2013). Damit wird deutlich, dass es bei vielen Personen weniger gesundheitsbezogene als vielmehr subjektiv-emotionale Gründe sind, die einen adipösen Menschen veranlassen Unterstützung für eine Gewichtssenkung zu suchen (Hauner, 2013b, S. 262; Brantley et al., 2014). Dies belegen auch Schauer et al. (2014), die sagen, dass für die Betroffenen die Folgeerkrankungen der Adipositas und demografische Faktoren keinen Einfluss auf die Entscheidung, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen, haben.

Bei Liebl et al. (2016) stehen aber durchaus die gesundheitlichen Gründe im Vordergrund. Gesundheitliche Faktoren dominieren auch bei Libeton, Dixon, Laurie & O'Brien (2004) und bei Munoz et al. (2007) die Motivation für die Inanspruchnahme einer Operation. Brantley et al. (2014) gehen etwas mehr in die Tiefe und sagen, dass die allgemeine Gesundheit der Hauptfaktor für eine bariatrische Operation ist, gefolgt von der Kontrolle über die Komorbiditäten und physische Aktivität. Bei Natvik et al. (2014) ist auch die Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit bei fortschreitender Adipositas Thema. Sharman et al. (2016) nennen die positiven Erfahrungen anderer bariatrisch operierten Personen, Empfehlungen von ÄrztInnen, Medien, gescheiterte konservative Therapien und der Wunsch nach physischer und psychischer Gesundheit, um für die Kinder länger zu leben, als weitere Gründe für die Entscheidung zu einem bariatrischen Eingriff. Die Ergebnisse des Gewichtsverlustes scheinen jedoch nicht vom primären Motivationsfaktor der Operierten betroffen zu sein (Libeton et al., 2004).

Adipöse Personen haben aber nicht nur im Gesundheitssystem mit Diskriminierung und Stigmatisierung zu kämpfen. Die Diskriminierung betrifft alle Lebensbereiche der Betroffenen. Diskriminierungserfahrungen innerhalb von nahen Beziehungen wie Partnerschaft, Familie oder Freundschaften, die beispielsweise in negativen Äußerungen

über Figur und Gewicht bestehen können, werden als besonders einschneidend empfunden. Je ausgeprägter sich die Adipositas zeigt, desto häufiger sind gewichtsbezogene Diskriminierungserfahrungen (Herpertz et al., 2015, S. 420). Betroffene fühlen sich z. B. auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert. Normalgewichtige werden Adipösen vorgezogen (Herpertz et al., 2015, S. 420; DAG et al., 2014). Bei Christiansen et al. (2012) gaben die Befragten an, dass sie trotz dem Führen vieler Bewerbungsgespräche keine Stelle bekommen haben. Viele adipöse Menschen sind daher arbeitslos oder befinden sich im Langzeitkrankenstand (Engström & Forsberg, 2011). Bekannt sind auch Benachteiligungen dieser Personengruppe hinsichtlich zu enger Sitzgelegenheiten im Theater oder in Flugzeugen, einer weniger kundenorientierten Beratung durch Verkäufer im Einzelhandel und geringerer Chancen bei der Anmietung von Wohnraum oder auch in Adoptionsverfahren (Herpertz et al., 2015, S. 421). Große Probleme werden auch beim Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln geäußert. Adipöse Personen fühlen sich schuldig, weil sie so viel Platz brauchen oder sie haben Angst, dass z. B. im Kino die Armlehnen zu eng sind. Passende Kleidung zu finden ist für viele mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit verbunden (Engström et al., 2011). Diese Probleme führen wiederum dazu, dass Betroffene eher zu Hause bleiben und ein inaktives Leben führen (Christiansen et al., 2012). In der Untersuchung von Engström et al. (2011) berichteten die Befragten, dass sie nicht fähig sind sich um den Haushalt und die persönliche Hygiene zu kümmern. Diese Probleme sind oft durch Schmerzen, Komorbiditäten und Unbeweglichkeit bedingt (Homer et al., 2016). Diese praktischen Schwierigkeiten verstärken die negativen psychologischen Auswirkungen der Adipositas. Die Einschränkungen gehen sogar soweit, dass Betroffene nicht in der Lage sind mit den eigenen Kindern zu spielen, was eine unbeschreibliche Belastung darstellt (Engström et al., 2011). Die StudienteilnehmerInnen bei Bocchieri et al. (2002) erklärten, dass die Operation großen Einfluss auf die Betreuung ihrer Kinder hatte. Das Ausmaß an Zeit, welche mit den Kindern verbracht wird, konnte erhöht werden. Dadurch erhöhte sich auch das Aktivitätsniveau der Kinder. Ebenfalls berichteten Personen über eine Verbesserung der Beziehung zu ihrem Partner/ihrer Partnerin, durch mehr Aktivität mehr Energie und besserer Stimmung.

Jedoch kann auch das Gegenteil eintreten, wenn es durch den Gewichtsverlust zu einer Destabilisierung der gewohnten Rollen in einer Beziehung kommt. Nach der Operation wurde oft beobachtet, dass Betroffene eine neue Ausbildung beginnen oder zurückkehren können in ihren alten Job. Erschreckend war es für operierte Personen auch, wie sehr sich ihr soziales Umfeld und das Verhalten ihnen gegenüber verändert hat. Andere Menschen begegneten ihnen auf einmal mit Respekt. Oft wurde berichtet, dass die LebenspartnerInnen Probleme mit den Veränderungen hatten und dem eigenen Partner/der eigenen Partnerin mit Eifersucht bezüglich der erreichten Ziele begegneten.

Oder die Beziehung konnte durch den Eingriff verbessert werden. Beide Ergebnisse wurden geschildert (Poulsen et al., 2016). Bei Warholm et al. (2014) gaben die Befragten an, dass die Tatsache, dass sie aufgrund ihrer neuen Erscheinungen unterschiedlich behandelt wurden, nur schwer zu akzeptieren war.

Eine negative Erfahrung der Betroffenen stellte die Erkenntnis dar, dass viele Probleme, welche dem Übergewicht zugeschrieben wurden, auch nach der Operation bestehen blieben. Dadurch mussten sie erkennen, dass das Übergewicht als Ausrede für, zum Beispiel nicht erreichte Ziele und diverse Misserfolge, oder auch als Ursache keine neuen Herausforderungen anzunehmen, benutzt wurde. Dies traf auch bei einem bestehen bleiben von psychischen Erkrankungen zu. Oft konnte beobachtet werden, dass bei Personen mit präoperativer, psychischer Erkrankung, ein Bestehen dieses Leidens sehr enttäuschend sein kann, weil die Betroffenen ihre Krankheit nicht mehr ihrem Gewicht zuordnen konnten (Kubik, Gill, Laffin & Karmali, 2013). Bei bereits bestehender Psychopathologie sollten sich die Betroffenen daher postoperativ unbedingt einer Psychotherapie unterziehen (Yen, Huang & Tai, 2014). Oft berichteten Personen, die sich operieren ließen, dass sie diesen Schritt als persönliche Schwäche empfänden, da sie es nicht geschafft haben aus eigener Willenskraft abzunehmen. Betroffene sprachen von Gefühlen wie Scham und Verlegenheit bezüglich der Operation (Bocchieri et al., 2002; Warholm et al., 2014).

Königsperger (2013) beschreibt in ihrer Arbeit, dass mit einer Magenbypass-Operation die Erkrankung Adipositas aber nicht endet und sich im Alltag neue Herausforderungen in körperlicher, emotionaler, sozialer und essenbezogener Perspektive ergeben. Einerseits führte die rapide Gewichtsreduktion zu erweiterten Möglichkeiten durch körperliche Veränderungen und Verbesserungen im subjektiven Wohlbefinden. Andererseits nimmt der Gewichtsverlust den Betroffenen Energie und Sicherheit in emotionaler sowie sozialer Hinsicht. Durch den rapiden Gewichtsverlust erleben die Betroffenen ihren Körper oft als zu schwach und zerbrechlich (Natvik et al., 2014). Die befragten Personen in der Studie von Natvik et al. (2014) waren zwar begeistert, dass sie so schnell an Gewicht verloren, aber sie waren dabei auch völlig erschöpft und befanden sich in einer seltsamen und ungewohnten Situation, was sie an ihre Grenzen brachte. Die Veränderungen, die innerhalb kürzester Zeit stattfinden, lösen das Gefühl aus die Kontrolle verloren zu haben, da besonders in der ersten Phase des Abnehmens kein Zutun der operierten Person möglich ist (Warholm et al., 2014). Dieser Prozess löst ein Gefühl der Unsicherheit aus. Im Nachhinein schien es unmöglich, sich auf die unerwarteten Ereignisse der anstrengenden und gewaltigen psychologischen Veränderungen, die emotionale Intensität und die geistigen Anforderungen der Operation vorzubereiten. Es müssen viele neue

Bewältigungsstrategien zur Anpassung an die neue lebensverändernde Situation entdeckt und erlernt werden (Königsperger, 2013). Engström et al. (2011) stellten fest, dass ein Adipositas-chirurgischer Kandidat bzw. eine Adipositas-chirurgische Kandidatin sich nicht als Teil der Behandlung sieht und der Meinung ist, dass er bzw. sie bei der Gewichtsreduktion machtlos ist. Jedoch erfordern bariatrische Operationen eine lebenslange Anpassung der Lebensführung (z. B. Essverhalten, Substitution) und eine lebenslange Nachsorge (de Zwaan, 2013, S. 323). Allerdings ist die Nachsorge nach einem bariatrischen Eingriff nicht verpflichtend und der behandelnde Chirurg oder die behandelnde Chirurgin kann nur eine Empfehlung zur engmaschigen Nachsorge aussprechen (CA-ADIP, 2010). Nach der Operation müssen die Personen ihr Essverhalten dramatisch ändern, daher ist auch nach einer Operation ein starker Wille und Disziplin gefragt, um den Gewichtsverlust erfolgreich zu halten (Bocchieri et al., 2002). Bei Liebl et al. (2016) gaben die Befragten an, dass die Unterstützung durch Freunde und Familie, Selbsthilfegruppen und medizinisches Fachpersonal beim Gewichtsverlust von großer Bedeutung war. Vor allem als sich ihr Essverhalten ändern musste und sie ein Gefühl des Verlustes empfanden. Es wurde beschrieben, dass die Personen ohne soziale Unterstützung verloren gewesen wären (Liebl et al., 2016), da eine Veränderung der gewohnten Ernährungsmethoden und auch des gesamten Lebensstils erforderlich war (Kubik et al., 2013). Ebenso ist eine körperliche Aktivität nach einem bariatrischen Eingriff anzustreben, da dadurch ein größerer, postoperativer Gewichtsverlust erzielt werden kann. Dadurch ist es möglich den BMI zusätzlich um über 4% zu senken. Demzufolge sollen Betroffene nach einer Operation motiviert werden, sich körperlich zu betätigen (Livhits et al., 2010).

Die chirurgische Behandlung scheint oft als ein Wunder wahrgenommen zu werden, welches alle Lebensprobleme lösen wird. Durch die Operation wollen adipöse Menschen physisch aktiver werden und einen Job bekommen, beziehungsweise langfristig behalten. Sie erwarten sich durch die Operation eine gut funktionierende soziale Situation in der Familie und mit Freunden und möchten wieder eine aktive Rolle in der Gesellschaft einnehmen. Dies alles soll durch die Operation erreicht werden (da Silva & da Costa Maia, 2012). Dadurch wird deutlich, dass die Operation als Lösung für alle Probleme angesehen wird. Den Personen muss ab dem ersten Aufklärungsgespräch bewusstgemacht werden, dass es von größter Bedeutung ist realistische und vernünftige Erwartungen an die Adipositasbehandlung zu haben und eine aktive Rolle einzunehmen ist, welche eine Veränderung des Lebensstils beinhaltet (Madura & DiBaise, 2012). Es ist wichtig, die Möglichkeiten und Grenzen solcher Therapien sowie die nötigen Veränderungen der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten präoperativ im Detail zu besprechen (Vannini, Stanga & Heinicke, 2007). Wenn sich die zu hoch gesteckten Erwartungen nicht erfüllen,

können die daraus entstehende Unzufriedenheit und kognitive Dissonanz zur Aufgabe von Verhaltensweisen führen, die eine Gewichtsstabilisierung unterstützen würden (Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005). Es muss ihnen bewusst sein, dass die Operation nicht immer zu positiven und einfachen Ergebnissen führt, sondern, dass es auch Komplikationen, wie Nachblutungen, Wundinfektionen oder Anastomoseninsuffizienzen (Madura & DiBaise, 2012) und Fälle des Scheiterns geben kann (da Silva & da Costa Maia, 2012). Engström et al. (2011) fanden heraus, dass die Personen meist zu große Erwartungen an den bariatrischen Eingriff stellen. Bei Price, Gregory & Twells (2014) unterschätzten die Befragten ihre körperliche Erscheinung schon vor der Operation, wodurch die postoperativen Erwartungen viel zu hoch angesetzt wurden. Die Erwartungen des postoperativen Gewichtsverlustes übertrafen den statistisch möglichen Gewichtsverlust nach einer bariatrischen Operation. Personen, die sehr hohe Erwartungen an den Eingriff stellen und sich eine totale Veränderung des Lebens erwarten, weisen oft eine schlechtere psychische Gesundheit nach dem Eingriff auf, wenn die angestrebten Ziele nicht erreicht werden, selbst wenn eine drastische Gewichtsabnahme erzielt werden konnte (Kubik et al., 2013). Wenn der Gewichtsverlust nicht so hoch ausfällt wie erwartet, muss eine intensive psychologische und diätologische Betreuung stattfinden, um erneutes, ungesundes Essverhalten zu vermeiden (Kvalem et al., 2016).

Die einzige Studie, die die negativen Seiten eines bariatrischen Eingriffs hervorhebt, wurde von Groven et al. (2010) durchgeführt. Sie konzentrierten sich auf die Erfahrungen von Frauen nach einem bariatrischen Eingriff. Dazu interviewten sie 22 Frauen, wobei fünf Personen angaben, dass ihre Lebenssituation schlimmer wurde nach der Operation. Durch diese Erkenntnis fokussierten sie sich dann auf die negativen Auswirkungen bariatrischer Eingriffe. Die Ergebnisse zeigten, dass die Frauen ein scheinbar „normales“ Leben lebten vor der Operation, mit wenigen Einschränkungen durch die Adipositas. Sorgen über zukünftige Krankheiten sowie soziale Stigmatisierung wegen ihrer Körperform motivierte sie, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen. Nach der Operation jedoch war ihre Situation tiefgreifend verändert und ihr Leben war dramatisch eingeschränkt. In der ersten Zeit des Gewichtsverlustes fühlten sich die Frauen großartig. Sie waren aktiv und fühlten sich hübsch in ihrem neuen Körper. Nach einigen Monaten jedoch fühlten sich die Damen müde und „nicht ganz auf dem Damm“. Chronische Schmerzen, Verlust von Energie, sowie Gefühle von Scham und Misserfolg waren die Folge und schränkte nicht nur ihr soziales Leben ein, sondern auch ihre Aktivität. Außerdem hatten sie Schwierigkeiten, sich um ihre Kinder zu kümmern und zufriedenstellende Arbeit im Beruf zu leisten. Dementsprechend fühlten sich die Frauen nach und nach mehr eingeschränkt und betrachteten sich selbst als Außenseiter, deren Probleme privat gehalten werden sollten. Durch das Leben in einer Gesellschaft, in der die negativen Auswirkungen von bariatrischen Operationen mehr oder

weniger übergegangen werden, sowohl in der Forschung als auch in der öffentlichen Debatte, fühlten sich die Frauen gezwungen zu schweigen. Sie hatten das Gefühl mit niemanden darüber sprechen zu können oder ihre Probleme mit anderen zu teilen.

Laut Liebl et al. (2016) wissen adipöse Personen, dass ein bariatrischer Eingriff für sie der einzig mögliche Weg ist und versuchen daher die negativen Seiten des Eingriffs zu verdrängen. Ebenso distanzieren sie sich von bariatrischen Operationen gegenüber negativ eingestellten Personen, die ihre Entscheidung in Frage stellen.

Wie aus der Problemdarstellung ersichtlich wird, sind bereits zahlreiche Studien zu diesem Thema vorhanden, die vor allem das Erleben vor oder nach dem operativen Eingriff behandeln. Allerdings bieten nur wenige dieser Studien einen wesentlichen Einblick in die Komplexität der Faktoren, welche die Personen nach einem bariatrischen Eingriff erleben können. An qualitativen Studien, welche die Herausforderungen des täglichen Lebens nach einer bariatrischen Operation untersuchen, mangelt es, vor allem im deutschsprachigen Raum. Eine Darstellung des gesamten Prozesses von der Entscheidung hin zur Operation bis zum postoperativen Erleben wurde bisher nicht thematisiert. Ebenfalls ist auffallend, dass zu diesem Thema keine Studien aus dem deutschsprachigen Raum vorhanden sind, obwohl Adipositas auch in diesem Kulturkreis ein zunehmendes Problem darstellt, wie aus den statistischen Daten ersichtlich wird. Mit dieser Arbeit soll mehr Aufmerksamkeit auf das Thema innerhalb Österreichs gerichtet werden. Auffallend ist auch, dass in den gefundenen Studien vermehrt die positiven Seiten des chirurgischen Eingriffes beleuchtet werden. Daher wird versucht zu erforschen, wie die Personen den Eingriff auch Jahre nachher erleben und ob die erwarteten positiven Effekte und Veränderungen wirklich aufgetreten sind.

Dies unterstreicht die Notwendigkeit qualitativer Forschung, wie sie in dieser Arbeit durchgeführt wird, die einen detaillierten Einblick in die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen vor und nach einem bariatrischen Eingriff ermöglicht. Daher wird versucht, den gesamten Weg einer Person von der Entscheidung sich einer Operation zu unterziehen bis zum Erleben nach der Operation abzubilden. Dadurch wird eine Darstellung der Erwartungen vor der Operation und die Erfüllung oder Enttäuschung dieser Erwartungen nach der Operation ermöglicht, da aus der Literatur hervorgeht, dass die Personen oft zu große Hoffnungen in die Therapie und den daraus resultierenden Gewichtsverlust haben und sich eine Enttäuschung dieser Erwartungen negativ auf den gesamten Outcome auswirken kann (Grave et al., 2005). Der gesamte Prozess des Erlebens wird dann vor dem Hintergrund der Transitions Theory nach Meleis (1975) reflektiert, da dieses Modell die postoperative Rehabilitation sehr gut untermalt.

2.1.1. Bariatrische Operationen

Eine verbesserte Evidenzbasierung, die Zunahme der geeigneten Population und sicherere und innovative chirurgische Behandlungen für Adipositas, wird eine größere Anzahl von adipösen Personen, die sich einer Operation unterziehen, zur Folge haben (Mechanick et al., 2013). Die Personen sind über Operationsverfahren und mögliche Behandlungsalternativen, über Therapieeffekte, Komplikationen einschließlich Mortalität, Nachsorge sowie möglicher lebenslanger Supplementation und plastische Folgeoperationen aufzuklären (CA-ADIP, 2010). Die Betroffenen müssen physisch und psychisch qualifiziert sein, um die Operation gut zu überstehen. Es muss eingeschätzt werden, ob die Person die Anforderungen nach der Operation bewältigen kann. Ebenso sind die Erwartungen auf ein realistisches Niveau zu bringen (Neff, Olbers & le Roux, 2013). Alle KandidatInnen sind bezüglich erwartetem Outcome realistisch zu informieren. Nutzen und Risiko für jede einzelne Person sind vorab genau abzuschätzen. Neff et al. (2013) empfehlen, dass der Psychologe/die Psychologin beim Einschätzen der Eignung der Person eine zentrale Rolle einnimmt.

Bariatrische Maßnahmen therapieren nicht die Ursache der Adipositas, sie stellen vielmehr eine symptomorientierte Behandlung dar (Herpertz et al., 2015, S. 552). Die heute am häufigsten angewandten bariatrischen Therapieverfahren weisen unterschiedliche Wirkmechanismen auf. Sie können in restriktive und malabsorptive Methoden unterteilt werden. Die restriktiven Techniken reduzieren die maximal einnehmbare Nahrungsmittelmenge, während die malabsorptiven eine Reduktion der funktionellen intestinalen Resorptionsfläche bewirken (Vannini et al., 2007). Malabsorptive Methoden erzielen einen höheren Übergewichtsverlust („excess weight loss“, EWL) als rein restriktive Verfahren, weisen allerdings eine erhöhte perioperative Morbidität bzw. Mortalität auf (Prager & Langer, 2006). Allgemeine Komplikationen umfassen Wundinfekte, intraabdominelle Infektionen und Pneumonien und können bei allen Methoden auftreten (CA-ADIP, 2010). Welche Operationsmethode gewählt wird, hängt nicht nur von der Erfahrung des Operateurs/der Operateurin ab, sondern auch von patientenbezogenen Faktoren, wie das Gewicht, welche Komorbiditäten diagnostiziert sind und auch die zu erwartende Compliance. Zusätzlich sind auch die Präferenzen der zu Operierenden zu beachten (Madura & DiBaise, 2012). Die CA-ADIP (2010) sagt, dass hier auch das Geschlecht und der Beruf entscheidend sind. Im Folgenden werden die häufigsten Operationsverfahren vorgestellt.

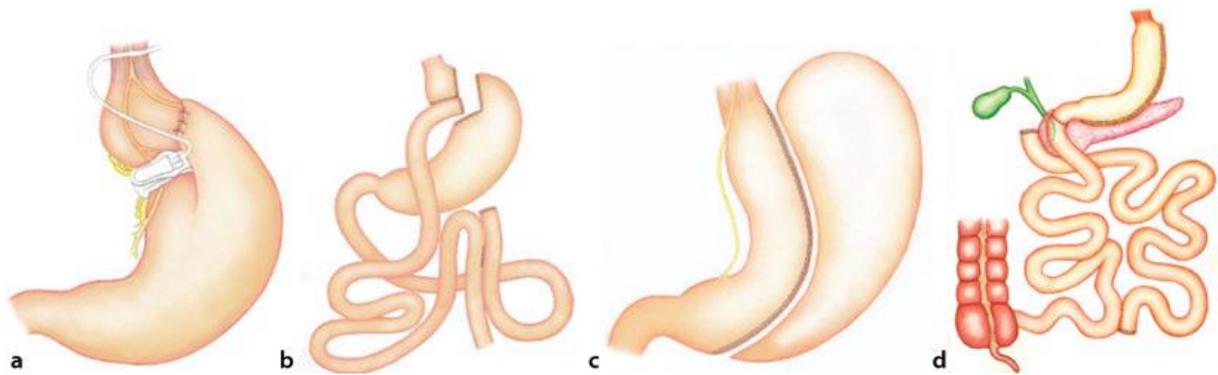


Abbildung 1: Operationsmethoden. a. Magenband. b. Roux-Y-Magen-Bypass. c. Schlauchmagen. d. Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch (Hüttl & Kramer, 2013, S. 334)

2.1.1.1. Magenband

Beim Magenband (MB) wird der Magen durch ein verstellbares Magenband in einen kleinen Vormagen (Pouch) und einen größeren Restmagen geteilt. Anfänglich verspüren die Operierten meist neben der erzwungenen Passageverzögerung durch Dehnung des kleinen Vormagens ein rasches Sättigungsgefühl. Über die Jahre kommt es meist zu einem Gewöhneffekt und einer Ausdehnung der Speiseröhre als Ersatzmagen (Hüttl & Kramer, 2013, S. 336). Nach einem leichten Gewichtswiederanstieg stabilisiert sich der EWL bei durchschnittlich 14% nach zehn Jahren. In späterer Folge kommt es aber häufig zu Komplikationen und neuerlicher Gewichtszunahme, welche auch einen neuerlichen Eingriff erforderlich machen (Madura & DiBaise, 2012). Die häufigsten Komplikationen stellen Bänderosionen, Leckage, Verrutschen und Ösophagusdilatation dar (Madura & DiBaise, 2012). Die Sterblichkeit nach laparoskopischem Magenband ist mit 0,09% (≤ 30 Tage) sehr gering (Madura & DiBaise, 2012).

2.1.1.2. Roux-en-Y-Magen-Bypass

Beim Roux-en-Y-Magen-Bypass (kurz Magenbypass oder RYMB) wird ein kleiner Vormagen bzw. Magenpouch (15–30 ml) vom Restmagen vollständig abgetrennt. Der Nahrungsbrei wird von der Speiseröhre in den kleinen Pouch und unter Umgehung des restlichen Magens, des Zwölffingerdarms und des oberen Anteils des Jejunums direkt in den mit dem Pouch verbundenen Dünndarmschenkel transportiert. Die Nahrung trifft erst nach 90–150 cm auf die Verbindung zwischen den beiden Dünndarmschenkeln und somit auf die Verdauungssekrete. Erst hier beginnt der Verdauungsvorgang. Der Magenbypass führt bei guter Compliance im Hinblick auf die Ernährung und ausreichender körperlicher Bewegung zu einem langanhaltenden Gewichtsverlust (Herpertz et al., 2015, S. 554). Der zu erwartende EWL liegt bei 65%-70% des Übergewichts (Hüttl & Kramer, 2013, S. 335; Madura & DiBaise, 2012). Nach einem RYMB wird durch den direkten Übertritt von schnell resorbierbaren, hochosmolaren zuckerhaltigen Nahrungsmitteln vom Magenpouch ins

Jejunum das sogenannte Dumping-Syndrom ausgelöst. Das klinische Bild umfasst Nausea, Emesis, Diarrhoe und Hypersalivation. Die dadurch bedingte Aversion gegen stark zuckerhaltige Nahrungsmittel stellt meistens eine willkommene Nebenwirkung der Magenbypass-Operation dar (Vannini et al., 2007). Die Mortalitätsrate beträgt um die 0,1%. Die Komplikationsrate beträgt 5% (≤ 30 Tage). Der Magenbypass wird auch als der Goldstandard der bariatrischen Chirurgie bezeichnet. (Madura & DiBaise, 2012; Wrzesinski et al., 2015).

2.1.1.3. Sleeve-Gastrektomie

Bei der Sleeve-Gastrektomie oder Schlauchmagen-Operation (SG) wird mehr als 80% des Magens irreversibel entfernt. Der Restmagen entspricht einer „kleinen Banane“ mit einem anfänglichen Füllungsvolumen von weniger als 100ml (Hüttl & Kramer, 2013, S. 334f). Hungergefühl und Heißhungerattacken treten durch diese Operation in den ersten Jahren wesentlich seltener auf, da das hungerverursachende Hormon Ghrelin, welches in der großen Kurvatur gebildet wird, vermindert ausgeschüttet wird (Khwaja & Bonanomi, 2010). Dies gilt auch beim RYMB.

Ein großer Vorteil dieser Methode ist der Erhalt der normalen Magenpassage. Ebenso wird durch den Erhalt des Pylorus ein Dumping-Syndrom verhindert. Die SG ist ein vergleichsweise junges Verfahren (CA-ADIP, 2010), da es früher lediglich als der erste Schritt bei der BPD eingesetzt wurde (Madura & DiBaise, 2012). Da es als eigenständige Methode noch sehr jung ist, sind keine Langzeitdaten vorhanden. Es wird aber von einer mit dem Magenbypass vergleichbaren Mortalitäts- und Komplikationsrate gesprochen. Der durchschnittliche Gewichtsverlust ist zwischen dem Magenband und dem Magenbypass einzuordnen (Madura & DiBaise, 2012). Prager und Langer (2006) sprechen von einem EWL von ca. 60%.

2.1.1.4. Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch

Bei der Biliopankreatischen Diversion mit Duodenalswitch (BPDDS) erfolgt zunächst eine Magenverkleinerung analog der Sleeve-Gastrektomie. Dann wird das Duodenum wenige Zentimeter postpylorisch durchtrennt sowie das Jejunum 250cm vor der Ileozökalklappe. Es wird eine Anastomose mit dem Duodenum vernäht. Das andere Ende wird 100cm vor der Ileozökalklappe mit dem speiseführenden Ileum verbunden. Der Dünndarm wird dadurch weitgehend aus der Nahrungspassage ausgeschaltet und zusätzlich der Magen im Sinne eines Schlauchmagens verkleinert. Der gemeinsame Schenkel, in dem der Nahrungsbrei und die Verdauungssäfte zusammenkommen, ist lediglich 100cm lang. Dadurch kommt es zu einer erheblichen Malabsorption von Fetten und Vitaminen. Diese Methode zählt zu den anspruchsvollsten laparoskopischen Operationen (Hüttl & Kramer,

2013, S. 336), wodurch es häufig zu postoperativen Komplikationen und einer vergleichsweise enormen Mortalität von 1-2% (≤ 30 Tage) kommt (Madura & DiBaise, 2012). Das Risiko einer Mangelernährung ist auffallend hoch. Eiweißmangel, Anämie und Osteoporose sowie Fettstühle sind häufig die Folge. Eine regelmäßige chirurgische und hämatologische Kontrolle ist unabdingbar. Dieser Eingriff erfolgt daher ausschließlich bei Personen mit extremer Adipositas oder unzureichendem Gewichtsverlust nach Sleeve-Gastrektomie. (Hüttl & Kramer, 2013, S. 336). Im deutschsprachigen Raum hat sich dieses Verfahren kaum durchgesetzt (CA-ADIP, 2010). Der EWL liegt durchschnittlich bei 75% (Prager & Langer, 2006).

2.1.2. Komplikationen

In der perioperativen Phase treten aufgrund der Komorbiditäten bei bariatrischen PatientInnen unspezifische Komplikationen wie Lungenembolien, tiefe Beinvenenthrombosen, Pneumonien, ein akuter Myokardinfarkt und Lagerungsschäden gehäuft auf. Ferner können Nachblutungen und Wundinfektionen auftreten. Die Raten für Wundinfekte und Narbenhernien sind bei offenen Operationen im Vergleich zur laparoskopischen Technik stark erhöht. Die offene Operationsmethode kommt daher nur noch in Ausnahmefällen (z.B. bei massiven Verwachsungen nach Voroperationen) zur Anwendung (Vannini et al., 2007). Diese Risiken sind jedoch nicht nur spezifisch für Adipositas-chirurgische Eingriffe, sondern für alle Eingriffe an adipösen Personen (Hüttl & Kramer, 2013, S. 337). Die bariatrische Chirurgie birgt nicht mehr Gefahren als jeder andere operative Eingriff, nur ist bei den behandelnden Personen von einer höheren Mortalität aufgrund der verschiedenen chronischen Komorbiditäten auszugehen (Bays et al., 2009).

Eine der häufigsten Komplikationen nach bariatrischen Eingriffen ist der Nährstoffmangel. Ein anhaltender Nährstoffmangel kann spezifische Erkrankungen zur Folge haben, beispielhaft seien hier Osteoporose und Eisenmangelanämie. Die Folgen einer chronischen Proteinmangelversorgung können körperliche Schwäche, brüchiges Haar oder Ödeme sein. Dem kann durch die Substitution wichtiger Nährstoffe entgegengewirkt werden (Gletsu-Miller & Wright, 2013). Eine Folge der anatomischen Veränderungen beim Magenbypass stellt das Dumping-Syndrom dar, das in bis zu 75% der Fälle beobachtet wird und mit Beschwerden wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Diarrhö und Tachykardie einhergehen kann. In erster Linie sind Ernährungsfehler auslösend, durch essen von schnell resorbierbaren Kohlenhydraten, trinken während des Essens, oder zuckerhaltige Nahrungsmittel. Als Ursache von postoperativ häufig auftretendem Erbrechen und Übelkeit kommen Dumping, Reflux, Entzündungen, Stenosen oder auch eine Gastroparese in Betracht. Postoperativ kommt es generell oft zu Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe oder

Obstipation. Sollten diese Beschwerden anhaltend sein ist die Ursache mittels Endoskopie und bildgebenden Verfahren abzuklären (Mechanick et al., 2013). Oft sind die Essportionen der Kapazität eines Magenpouch von 30–60 ml nicht angepasst (Winckler, 2013, S. 346). Eine adäquate Information der Betroffenen durch die Ernährungsberatung nimmt in diesem Zusammenhang einen entscheidenden Stellenwert ein. Eine präoperative Betreuung durch eine diätologische Fachkraft wird empfohlen (CA-ADIP, 2010), da das Essverhalten zu verändern als große Herausforderung gesehen wird, welche nur äußerst schwer zu bewältigen ist (da Silva & da Costa Maia, 2012). Die operierten Personen müssen lernen, kleinere Portionen langsam zu essen und gut zu kauen (Vannini et al., 2007).

Im weiteren Verlauf ist eine leichte erneute Zunahme des Körpergewichtes häufig beobachtbar. Die erneute Gewichtszunahme ist für die Betroffenen eine kritische Therapiesituation. Versagensängste und Schamgefühle treten auf. Die Ursachen für die Gewichtswiederzunahme sind oft sehr vielfältig. In erster Linie ist die Ernährungsanamnese zu erheben, um Ernährungsfehler (gesteigerte Energieaufnahme oder ungünstige Lebensmittelauswahl) zu erkennen und zu behandeln. Psychische Barrieren und psychosoziale Faktoren sind ebenso in die weitere Therapieplanung einzubeziehen wie anatomisch-funktionelle Veränderungen (Winckler, 2013, S. 347).

Zu den Folgen der schnellen Gewichtsreduktion gehört eine gehäufte Bildung von Gallensteinen (Vannini et al., 2007). Eine simultan zum bariatrischen Eingriff durchgeführte Cholezystektomie wird bei PatientInnen mit präoperativer symptomatischer Cholezystolithiasis empfohlen. Bei asymptomatischer Cholezystolithiasis kann eine prophylaktische Cholezystektomie in Betracht gezogen werden. Eine weitere sehr häufige Komplikation stellt die Anastomosenstenose dar, welche durch Bougierung leicht korrigierbar ist (Mechanick et al., 2013). Die operative Behandlung einer ebenso häufig auftretenden postoperativen Narbenhernie sollte bis zum Erreichen eines stabilen Gewichts und verbesserten Ernährungszustandes aufgeschoben werden (CA-ADIP, 2013).

2.1.2.1. Mortalität

In der SOS Studie wird die Adipositaschirurgie ebenfalls als einzige Möglichkeit einer effizienten und langfristigen Möglichkeit zur Gewichtsreduktion angesehen. Ob der langfristige Verlust des Übergewichts durch die Adipositaschirurgie günstige Auswirkungen auf die Lebensdauer induziert hat, blieb jedoch bisher unklar. Daher wurde in der SOS Studie untersucht, ob ein chirurgischer Eingriff mit einer geringeren Sterblichkeit assoziiert ist, im Vergleich zu einer konventionellen Therapie über einen Untersuchungszeitraum von zehn Jahren. Als Ergebnis konnte die Untersuchung klar beweisen, dass ein chirurgischer Eingriff zur Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen zu einer verminderten Sterblichkeitsrate über zehn Jahre führt als bei einer konventionellen Behandlung. Die

Reduktion des Sterblichkeitsrisikos scheint aber bei älteren Personen um ein Vielfaches größer zu sein, als bei Jüngeren (Sjöström et al., 2007). Adams et al. (2007) konnten in ihrer retrospektiven Kohortenstudie feststellen, dass über einen Zeitraum von sieben Jahren die Mortalität bei operierten Personen um 40% geringer ist als bei Nicht-operierten, insbesondere Todesfälle durch Diabetes, Herzerkrankungen und Krebs. In der SOS Studie wird nach 10-jährigem Follow-up eine um 29% geringere Mortalität nachgewiesen (Sjöström, 2013). Andere Adipositas-unabhängige Todesursachen wie Unfälle oder Suizide waren bei Personen nach bariatrischer Chirurgie signifikant erhöht. Auffallend ist, dass eine zweifach erhöhte Suizidrate im Vergleich zu einer nicht-operierten Kontrollgruppe besteht (Adams et al., 2007). Auf die erhöhte postoperative Suizidalität wird unter Punkt 2.1.5. näher eingegangen.

2.1.3. Nachsorge

In den ersten 24 Stunden nach dem bariatrischen Eingriff sind die postoperativen Schwerpunkte Schmerztherapie, Nachblutungen, Übelkeit und Erbrechen, intravenöses Flüssigkeitsmanagement, Atemfunktion und Mobilisierung. Am ersten postoperativen Tag erfolgt eine Laborkontrolle, um die Blutwerte, den Elektrolythaushalt, Leber- und Nierenfunktion und die Entzündungswerte zu kontrollieren. Eine adäquate Thromboseprophylaxe wird ebenfalls bereits kurz nach der Operation begonnen. Wenn die Betroffenen eine Nacht auf der Intensivstation verbracht haben, werden sie nach den ersten 24 Stunden wieder auf die Normalstation verlegt. Die operierten Personen werden zwischen vierten und sechsten postoperativen Tag aus dem Krankenhaus entlassen (Elrazek, Elbanna & Bilasy, 2014).

Wie bereits beschrieben ist das Behandlungsziel der Adipositaschirurgie neben der Gewichtsreduktion eine Verbesserung von Begleitkrankheiten der Adipositas. In Abhängigkeit vom Operationsverfahren entstehen jedoch neue Risiken durch Mangelernährung und Malabsorption. Daher ist eine multidisziplinäre Nachsorge notwendig. Die postoperative Betreuung sollte unbedingt interdisziplinär (diätologische, chirurgische, psychologische und internistische Nachbetreuung) erfolgen und nicht auf die Hausärzte abgewälzt werden (Vannini et al., 2007). Das Ziel der Nachsorge besteht in der Vermeidung von Komplikationen durch prophylaktische Supplementation von Vitaminen und Nährstoffen wie beispielsweise hinsichtlich einer Osteoporose (Winckler, 2013, S. 341). Trotz jahrzehntelanger Erfahrungen mit der Adipositaschirurgie existieren bisher keine einheitlichen Nachsorgestandards, so dass große Unterschiede zwischen den Zentren beobachtet werden. Der Umfang der Nachsorgeuntersuchungen hängt vom angewendeten Operationsverfahren ab (Winckler, 2013, S. 342). Ebenso spielt auch die Dynamik des

Gewichtsverlusts sowie das Auftreten von Komplikationen eine Rolle (CA-ADIP, 2010). In einem österreichischen Adipositaszentrum wird im ersten Jahr empfohlen alle drei Monate zur Nachsorgeuntersuchung zu gehen. Ab dem ersten Jahr reicht bei komplikationslosen Verlauf eine jährliche Begutachtung (BHS Wien, 2016).

Gould, Beverstein, Reinhardt & Garren (2007) konnten feststellen, dass Personen mit regelmäßiger postoperativer Nachsorge nach laparoskopischem Magenbypass signifikant mehr Gewicht verlieren als solche, die die Nachsorge vernachlässigten oder ausließen. Vor diesem Hintergrund sollte die Indikation für eine Operation bei Personen, die sich einer regelmäßigen Nachsorge nach bariatrischen Operationen verweigern oder deren Notwendigkeit nicht verstehen, sehr kritisch gestellt werden (CA-ADIP, 2010).

2.1.4. Auswirkungen auf die physischen Komorbiditäten

In der SOS Studie wurde nach 2, 10, 15 und 20 Jahren ein Gewichtsverlust von -23%, -17%, -16% und -18% bei operierten Personen und 0%, 1%, -1% und -1% bei konservativ behandelten Personen festgestellt. Ebenso konnte eine hohe Diabetesremission nach einer Operation festgestellt werden, wobei anzumerken ist, dass hohe Ausgangswerte des Diabetes einen größeren Erfolg versprechen. Die Diabetes-Remissionsrate ist im Vergleich zur konventionellen Therapie als extrem hoch zu bewerten. Zu beachten gilt, dass bei Betroffenen mit Diabetes mellitus Typ 2 ein konventioneller Gewichtsverlust noch schwieriger ist (Sjöström, 2013). Laut Ergebnissen der SOS Studie kann eine Gewichtsabnahme durch einen bariatrischen Eingriff auch das neue Auftreten einer Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankung verhindern. Die SOS Studie kommt zu dem Schluss, dass eine bariatrische Operation auch das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen, insbesondere Herzinfarkt und Schlaganfall, vermindert. Durch eine Gewichtsreduktion kann des Weiteren eine Entstehung von Krebserkrankungen reduziert werden. Die positiven Auswirkungen sind aber lediglich auf den Gewichtsverlust zurückzuführen und nicht auf den bariatrischen Eingriff. Jedoch ist ein massiver Gewichtsverlust meist nur durch einen bariatrischen Eingriff zu erreichen. Schlafapnoe, Hypertonie, Gelenkschmerzen und die Triglyceridkonzentration im Blut wurden positiv beeinflusst. In der Metaanalyse von Buchwald et al. (2004) kam es in 76,8% aller Betroffenen mit Diabetes mellitus Typ 2 postoperativ zu einer Normalisierung der Blutglukose und des HbA1C-Spiegel. Die Heilungsrate des Diabetes betrug nach einem MB 47,9%, nach RYMB 84% und nach einer BPDDS sogar 98,9%. Die bariatrische Chirurgie verbessert oder eliminiert demnach Diabetes Mellitus, Hyperlipidämie, Hypertonie und Schlafapnoe. Bei Personen, die nicht vollständig geheilt wurden, konnte bei über 50% eine deutliche Besserung des Schweregrades beobachtet werden.

Da bei gleichbleibender medikamentöser Therapie Hypoglykämien drohen, sind Insulindosis bzw. orale Antidiabetika zeitnah zu reduzieren oder gegebenenfalls abzusetzen. Eine Dosisreduktion ist bei Bedarf auch bei Personen mit Hypertonie oder Dyslipidämie vorzunehmen (Winckler, 2013, S. 343; Mechanick et al., 2013). Betroffene freuen sich, wenn eine aufwändige Medikation für gewichtsbezogene Komorbiditäten nicht mehr erforderlich ist (Homer et al., 2016). Zu beachten gilt immer, dass der Nutzen des Eingriffs die Risiken übersteigen muss, sonst ist die bariatrische Chirurgie nicht zielführend. Aufgrund der positiven Auswirkung der Operationen auf die verschiedenen Komorbiditäten wird auch oft von der *metabolischen* Chirurgie gesprochen (Mechanick et al., 2013). Auch die DAG et al. (2014) führen in ihrer Leitlinie an, dass eine Gewichtsreduktion positiven Einfluss auf den Kohlenhydratstoffwechsel, die Dyslipoproteinämie, kardiovaskuläre Erkrankungen, pulmonale und gastrointestinale Erkrankungen, den Bewegungsapparat, die Mortalität, die Infertilität und auf Depressionen hat. Als Nachteile werden das Risiko einer Cholezystolithiasis und die Abnahme der Knochendichte angeführt, besonders bei sehr rascher Gewichtsabnahme wie nach bariatrischen Eingriffen.

2.1.4.1. Plastische Chirurgie

Operierte Menschen können nach einem massiven Gewichtsverlust hängende Hautfalten am gesamten Körper entwickeln, da die Haut aufgrund der Adipositas überdehnt wurde. In den meisten Fällen zieht dies plastische Rekonstruktionen nach sich (Herpertz, 2015, S. 557). Diese Veränderungen treten insbesondere im Bauch und Brustbereich sowie an den Oberschenkeln und Oberarmen auf, was teilweise groteske Ausmaße annehmen kann und von den Betroffenen als sehr quälend erlebt wird. Neben ästhetischen Problemen und Einschränkungen in der Beweglichkeit sind aber auch aufgrund verringerter hygienischer Möglichkeiten bakterielle oder mykotische Infektionen nicht selten. Die plastische Chirurgie stellt hier die einzige Möglichkeit dar, diese überschüssigen Hautfalten zu entfernen. Von daher ist es nicht verwunderlich, dass mit steigender Anzahl an bariatrischen Operationen auch die Zahl der plastischen Korrekturoperationen zunimmt. Voraussetzung für eine Korrekturoperation ist ein stabiles Gewicht nahe dem Normalgewicht (Herpertz et al., 2015, S. 564). Die Stabilisierung des Gewichts ist nach ungefähr 12-18 Monaten abgeschlossen (Mechanick et al., 2013). Shrivastava, Aggarwal & Khazanchi (2008) sprechen jedoch von einer Gewichtsstabilisierung nach 18-24 Monaten.

Poulsen et al. (2016) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass obwohl den meisten TeilnehmerInnen gesagt wurde, dass überschüssige Haut nach der Gewichtsreduktion zu erwarten ist, die Mehrheit überrascht war, in welchem Ausmaß die überschüssigen Hautfalten auftraten. Sie erlebten dies als negative Konsequenz der Gewichtsabnahme. Wegen der überschüssigen Haut waren viele TeilnehmerInnen

überrascht und enttäuscht, denn obwohl sie Gewicht verloren hatten, waren sie nicht in der Lage, bestimmte Kleidung zu tragen, weil die übermäßige Haut ihre Körperform beeinflusst. Einige sagten sogar, wenn sie gewusst hätten wie sehr die überschüssige Haut sie in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt, hätten sie die bariatrische Operation nicht gemacht. Großes Thema waren nach den plastischen Rekonstruktionen dann die Narben. Die Betroffenen waren bestürzt und auch enttäuscht, wie enorm die Narben waren. Viele fühlten sich nicht ausreichend über die Ergebnisse, die Risiken und den langen Heilungsprozess informiert. Die Personen sind unbedingt vor der Durchführung einer bariatrischen Operation über die postoperativen Hautveränderungen aufzuklären (DAG et al., 2014). Die Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes und der damit verbundenen medizinischen und psychosozialen Folgen sind bedingungslos vorab zu besprechen. Die plastischen Korrekturen nach erfolgreicher Gewichtsreduktion sollten ein integraler Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes sein (CA-ADIP, 2010). Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass die plastische Rekonstruktion oft nicht von der Krankenkasse bezahlt wird. Dieser Fakt muss den Betroffenen auch vorab bewusstgemacht werden, sonst kann es erneut zu Unzufriedenheit mit dem Körperbild kommen, trotz Gewichtsabnahme (Sarwer et al., 2010).

2.1.5. Auswirkungen auf die psychischen und sozialen Komorbiditäten

Die Adipositas geht häufig mit psychosozialen Belastungen und Problemen bei Betroffenen einher. Dieser Zusammenhang scheint bei Frauen stärker ausgeprägt zu sein als bei Männern und nimmt mit steigendem Übergewicht zu (Herpertz et al., 2015, S. 154). Viele adipöse Menschen leiden an Stimmungsschwankungen, Angststörungen und wenig Selbstachtung (Kubik et al., 2013). Ebenso ist durch Übergewicht die Wahrscheinlichkeit eine Depression zu entwickeln, erhöht (de Zwaan et al., 2011). Affektive Störungen, wie Depression und Angststörungen treten besonders häufig bei Personen mit Essstörungen auf (Herpertz et al., 2015, S. 155). Das Binge-Eating-Syndrom stellt hier die häufigste Essstörung bei Adipösen dar (Yen et al., 2014). Viele Betroffene werden auch als „emotional eaters“ bezeichnet. Dabei essen die Personen aus Einsamkeit (Natvik et al., 2014), oder das Essen spendet Trost bei Traurigkeit, Kummer oder Ärger (Engström et al., 2011). Stressbezogenes Essen kommt ebenfalls häufig vor. Es wird beobachtet, dass sich Essstörungen nach einem chirurgischen Eingriff oft verbessern, da die Behandelten aktiver und selbstbewusster werden (Natvik et al., 2014).

Vorab bestehende psychische Veränderungen sind Faktoren für einen schlechteren, postoperativen Outcome (Lier, Biringer, Hove, Stubhaug & Tangen, 2011; Yen et al., 2014). Andererseits haben Personen, die sich operieren lassen, mehr Vertrauen in sich selbst, dass sie eine positive und langanhaltende Gewichtsreduktion nach der Therapie erreichen

können (Kvalem et al., 2016). Wenn sie es schaffen, das verlorene Gewicht zu halten, können die Betroffenen von mehr Energie, physischen Fähigkeiten und Vertrauen in sich selbst, um das Leben zu leben, welches sie sich schon lange gewünscht haben, profitieren (Liebl et al., 2016).

Bezüglich sozialer und psychischer Veränderungen nach einem bariatrischen Eingriff ist anzumerken, dass sich über den Zeitraum von zehn Jahren in der postoperativen Gruppe der SOS Studie die soziale Interaktion, die psychosoziale Funktion und Depressionen verbessert haben, während keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen für die allgemeine Stimmungslage und Angstzustände der Betroffenen gefunden wurden (Sjöström, 2013). Das heißt, postoperative Depression korreliert mit vermindertem Gewichtsverlust, Angststörungen nicht. Zu diesem Ergebnis kommen auch Sheets et al. (2015). Sie sagen, dass nur die Depression einen negativen Einfluss auf den EWL hat. Andere psychische Erkrankungen beeinflussen den Gewichtsverlust nicht. Neu auftretende Depressionen sind nach einem Eingriff sehr unwahrscheinlich (de Zwaan et al., 2011). Zu beachten gilt jedoch, dass ein zu geringer Gewichtsverlust, eine erneute Gewichtszunahme und postoperative Hautveränderungen negativen Einfluss auf die Psyche des operierten Menschen haben können (Kubik et al., 2013). Ein stabiler, mentaler Gesundheitszustand vor der Operation ist förderlich für den postoperativen Outcome (Lier et al., 2011).

Faulconbridge et al. (2013) untersuchten in ihrer Studie die Auswirkungen einer Gewichtsreduktion auf eine präoperativ bestehende Depression. Umso größer der Gewichtsverlust, umso größer die Verbesserung einer präoperativen Depression. Diese Reduktion der Depressionssymptome ist aber nicht lediglich auf die Operation zurückzuführen. Auch in der Kontrollgruppe mit konservativer Therapie konnte eine Besserung der Depression festgestellt werden. Über einen Zeitraum von sechs Monaten konnte ein besserer Outcome im Hinblick auf die Depression bei Personen in der Kontrollgruppe beobachtet werden. Dieser positive Outcome in der Kontrollgruppe lässt sich auf die Unterstützung in Gruppensitzungen und die Verhaltenstherapie zurückführen. Die AutorInnen wollten zeigen, dass Betroffene, für die eine Operation keine Option ist, auch von einer konservativen Therapie stark profitieren können.

Aber auch wenn sich postoperativ die Lebensqualität und auch die Depressivität und Ängstlichkeit deutlich verbessern, kann diese Verbesserung des psychischen Zustandes in manchen Fällen nur vorübergehend sein. Eine postoperative, psychologische Behandlung sollte auf jeden Fall bei präoperativ manifester, psychischer Störung und bei postoperativem Auftreten von Essanfällen oder von anderen psychischen Störungen unbedingt erfolgen (Faulconbridge et al., 2013). An dieser Stelle können Selbsthilfegruppen einen positiven Effekt sowohl im prä- als auch im postoperativen Verlauf ausüben, daher soll eine Teilnahme an Selbsthilfegruppen empfohlen werden (CA-ADIP, 2010). Die

Kommunikation mit anderen Betroffenen bietet eine wichtige Informationsquelle und Austauschmöglichkeit. Auch Online-Foren können hier hilfreich sein (Pfeil et al., 2013).

Kvalem et al. (2016) führten eine Untersuchung zu den psychischen Veränderungen nach entweder einem chirurgischen Eingriff oder nach konservativer Therapie der Adipositas durch. Ganz klar geht daraus hervor, dass die Personen in der chirurgischen Untersuchungseinheit einen größeren psychischen Gewinn aus der Therapie ziehen konnten, betreffend Selbstvertrauen, positive Outcomeerwartungen und explizite Pläne zur Veränderung des Essverhaltens. In der Gruppe der Operierten konnte beobachtet werden, dass sie nicht bereit waren ihr Aktivitätsniveau zu ändern, während die Personen in der Kontrollgruppe gerne ihre körperlichen Aktivitäten steigern wollten. Die Ergebnisse der Studie können mit den Ergebnissen der Untersuchung von Engström & Forsberg (2011) verglichen werden, wo beschrieben wird, dass Menschen nach einem chirurgischen Eingriff der Ansicht sind, einen langfristigen Gewichtsverlust auch ohne Umstellung des Lebensstils erreichen zu können. Bei Warholm et al. (2014) gaben die TeilnehmerInnen an, dass sie gerne körperlichen Aktivitäten nachgehen möchten, jedoch taten sich die Befragten schwer regelmäßigem Training nachzugehen, da sie in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen bezüglich Aktivitäten in der Öffentlichkeit machten.

Der Gewinn für die psychische Gesundheit ist wahrscheinlich zurückzuführen auf den Gewichtsverlust und die daraus resultierenden positiven Auswirkungen auf das Körperbild und das Selbstwertgefühl. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle das von den Personen beschriebene Gefühl, die Kontrolle über sein Leben zurück zu gewinnen. Ein positives Körperbild kann dazu beitragen eine langfristige Gewichtsreduktion zu erreichen und die Fähigkeit verbessern, das Gewicht im Laufe der Zeit zu regulieren (Jensen et al., 2013). Auch die Unterstützung durch MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen wird als positiver Einfluss auf das psychische Befinden genannt (Kubik et al., 2013).

Wie die Untersuchung von Natvik et al. (2014) zeigt, kann ein bariatrischer Eingriff aber auch negative Auswirkungen auf die Psyche haben. Die Einschränkung der Nahrungsaufnahme kann auch als Verlust betrachtet werden. Durch die Beendigung früherer Essgewohnheiten wird eine Leere im täglichen Leben der TeilnehmerInnen geschaffen. Der Magen ist nun eingeschränkt aufnahmefähig und verhindert den Genuss einer üppigen Mahlzeit, obwohl dies von den Personen noch gewünscht werden würde. Die TeilnehmerInnen befanden sich im Zwiespalt gegenüber der veränderten Essgewohnheiten, welche sie einerseits als Verlust und andererseits als Gewinn beschrieben. Die TeilnehmerInnen entwickelten postoperativ neue Essgewohnheiten durch Versuch und Irrtum, weil die Beratung im Krankenhaus zu allgemein und oberflächlich für ihre individuellen Bedürfnisse war. Obwohl sie entschlossen waren, sich an gesunden

Ernährungsmethoden zu halten, hatten sie erkannt, dass ein eingeschränktes Leben auf lange Sicht kein tragfähiges Verhalten sein könne. Um eine Gewichtszunahme auf lange Sicht zu vermeiden, aber auch eine gute Lebensqualität zu erleben, versuchten die TeilnehmerInnen, ein Gleichgewicht zwischen Genuss und Verzicht zu finden. Sie wollten weitere chirurgische Eingriffe durch Komplikationen vermeiden. Die StudienteilnehmerInnen lebten unter ständiger körperlicher und existenzieller Anspannung, in der Krankheit, Schmerz, emotionaler Stress und Unsicherheit über die Zukunft ganz zentrale Themen darstellten. Dies stellt auch Ursachen für das von Tindle et al. (2010) beschriebene erhöhte Suizidrisiko nach bariatrischen Eingriffen dar. Mitchell et al. (2013) bezeichnen bestehenbleibende Komorbiditäten, schlechtere Absorption von Medikamenten, wie Antidepressiva, Einschränkungen der physischen Mobilität, Beziehungsprobleme nach einer Gewichtsreduktion, geringes Selbstwertgefühl und unzureichende Gewichtsabnahme als weitere Ursachen für erhöhte Suizidalität. Im Vergleich weisen Menschen nach einem bariatrischen Eingriff ein erhöhtes Suizidrisiko auf, als bezüglich Alter und Geschlecht ähnliche Personen. Am höchsten ist die Selbstmordrate 1-3 Jahre nach der Operation (Tindle et al., 2010). Vor einer Operation bezeichnen Yen et al. (2014) Diskriminierung als einen Grund für die erhöhte Suizidgefahr.

Unbestritten ist, dass das Wohlbefinden, die soziale Funktion, das Körperbild, das Selbstvertrauen, die Fähigkeit, mit anderen zu interagieren, und die Zeit, die mit Freizeit- und körperlichen Aktivitäten verbracht wird, sich nach erfolgreicher bariatrischer Chirurgie um ein Vielfaches erhöht. Die Produktivität und ökonomischen Chancen werden verbessert, einschließlich neuer Arbeitsplätze und lukrativer Beschäftigung (Buchwald et al., 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Bocchieri et al. (2002) die sagen, dass es bei vielen Personen neben der Zunahme der Lebensqualität auch zu einer Abnahme von Depressivität und Ängstlichkeit sowie einer Verbesserung des Selbstwertgefühls und der sozialen Funktionen, wie der Arbeitssituation oder der PartnerInnenbeziehung, kommt. Durch die Verbesserung des physischen Erscheinungsbildes nach einem bariatrischen Eingriff wurden die Gedanken, Gefühle und Wahrnehmungen der Betroffenen bezüglich ihres Körpers allmählich in eine positive Richtung verändert (Jensen et al., 2013).

Es ist essentiell, dass die Personen nach dem Eingriff ein für sie optimales Gewicht finden, welches sie gut halten können und bei dem sie sich wohlfühlen (Liebl et al., 2016). Als besonderes Erlebnis wird bei Warholm et al. (2014) das Weggeben der alten, zu großen Sachen beschrieben. Damit wurden alte, meist negative Erinnerungen und Gefühle verbunden und das Entfernen der Kleidung wurde als befreiendes Gefühl erlebt. Aufgrund der vielen positiven Ergebnisse empfiehlt die SOS Studie den Zugang zur bariatrischen Therapie zu erleichtern (Sjöström, 2013).

2.1.6. Ernährung nach einem bariatrischen Eingriff

Ein allgemein anerkanntes Nachsorgeschema existiert leider nicht, jedes Zentrum entwickelt ein eigenes, passendes Programm (Hüttl & Kramer, 2013, S. 338). In einem österreichischen Adipositaszentrum wird empfohlen, in den ersten 2-3 Wochen nach der Operation eine flüssig-breiige Kost einzuhalten. Die Speisen sollen die Konsistenz von Apfelmus oder Spinat besitzen. Es ist darauf zu achten, dass viele kleine Portionen (bis zu sieben Portionen) über den Tag verteilt aufgenommen werden. Auch wenn kein Hunger besteht sind die Mahlzeiten einzuhalten. Die Nahrung muss langsam und gut gekaut aufgenommen werden. Beim Schlucken soll die Speise breiig sein, um dem Magen die Arbeit abzunehmen (BHS Wien, 2016). Beim ersten Gefühl der Sättigung soll sofort mit dem Essen aufgehört werden (Winckler, 2013, S. 344). Bezüglich der Mahlzeiten gilt es zu beachten genug Eiweiß aufzunehmen, z. B. in Form von Fleisch, Fisch, Milchprodukten, Tofu oder Ei. Die erhöhte Eiweißzufuhr ist für die Wundheilung, den Muskelerhalt und das Immunsystem essentiell. Die optimale Zusammensetzung beinhaltet eine Portion Eiweiß (Fleisch, Fisch, Milchprodukte), eine Portion Sättigungsbeilage (Kartoffeln, Reis, Brot) und eine Portion Gemüse (gekocht). In den ersten Wochen sollte kein rohes Obst, kein rohes Gemüse und keine Vollkornprodukte aufgenommen werden (BHS Wien, 2016). Vor dem Essen sollen mindestens 2-4 Schlucke Wasser getrunken werden und erst nach ein paar Minuten soll die operierte Person mit dem Essen beginnen. Während dem Essen soll das Trinken vermieden werden. Erst 30 Minuten nach dem Essen darf wieder getrunken werden (Mechanick et al., 2013). Es ist darauf zu achten täglich zwischen zwei und drei Liter zuckerfreie, kohlenstofffreie Getränke, wie Wasser, Mineralwasser ohne Kohlensäure oder ungesüßte Tees, zu sich zu nehmen (BHS Wien, 2016). Vorsicht ist bei kalorienreichen Getränken geboten, da diese bezüglich neuerlicher Gewichtszunahme sehr gefährlich sind (Natvik et al., 2014). Süße Speisen sollen komplett gemieden werden, um das Risiko des Spätdumping-Syndroms (Hypoglykämie etwa 1-2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme in Form von Schwindelgefühl, Schweißausbruch, Übelkeit und Zittern bis hin zur Bewusstlosigkeit) zu vermeiden (Mechanick et al., 2013).

Nach drei Wochen erfolgt die schrittweise Umstellung auf eine weiche, stückige Kost. Es können nun sehr weich gekochte Lebensmittel in den Speiseplan aufgenommen werden, wie sehr weich gekochte Kartoffeln oder anderes Gemüse, weich gedünsteter Fisch, geschnetzeltes Fleisch. Bei guter Verträglichkeit kann nach einigen Wochen Fleisch und Fisch auch gebraten aufgenommen werden. Beim Brot sollte zuerst nur entrindetes Weißbrot gegessen werden, später dann entrindetes Schwarzbrot. Bei guter Verträglichkeit kann die Person dann normales Schwarzbrot essen. In dieser postoperativen Phase (4.-5. Woche) ist darauf zu achten kein Körnerbrot, kein rohes Obst und Gemüse und keine

grobfasrigen Lebensmittel aufzunehmen. Nach und nach kann nach einigen Wochen dann rohes Obst und Gemüse und auch Vollkornprodukte in den Speiseplan integriert werden. Bei der postoperativen Langzeiternährung (ab der 6. Woche) gelten die Regeln der gesunden Ernährung. Weiterhin sind 5-6 kleine Portionen pro Tag zu essen. Auf individuelle Unverträglichkeiten ist zu achten (BHS Wien, 2016). Dieses Vorgehen wird auch von Elrazek et al. (2014) empfohlen.

2.1.6.1. Komplikationen bei der Ernährung

Vom ersten Tag an nach der Operation müssen die Personen mit ungewohnten Reaktionen des dramatisch veränderten Verdauungssystems umgehen und ihre alten Essgewohnheiten ablegen. Es folgen tägliche Herausforderungen mit der Nahrungsaufnahme und der Verdauung auf die sich die Personen erst einstellen müssen. Erst mit der Zeit gewinnen die Betroffenen neue Kontrolle und Sicherheit über ihr Essverhalten (Warholm et al., 2014). Die Anpassung der Ernährungsweise nach einer bariatrischen Operation ist immer entscheidend und langfristig therapeutisch zu begleiten. Oft treten nach der Operation neue Lebensmittelunverträglichkeiten auf (Winckler, 2013, S. 343). Häufig kommt es auch zu spontanem Erbrechen. Dies ist meist eine Reaktion auf das Essen bestimmter unverträglicher Nahrungsmittel, zu schnelles Essen, unzureichendes Kauen oder auch übermäßige Nahrungsaufnahme (Conceição, Utzinger & Pisetsky, 2015). Mit der Zeit kann sich der Magenpouch wieder etwas ausdehnen, was die Einhaltung eines streng strukturierten Essensplans zur Vermeidung einer neuerlichen Gewichtszunahme erfordert (Natvik et al., 2014). Dies ist besonders bei Personen mit einem Binge-Eating-Syndrom (BES, periodische Heißhungerattacken mit Kontrollverlust über die aufgenommene Nahrungsmenge) zu berücksichtigen, da die Erkrankung oft eine problematische postoperative Ernährung nach sich zieht. Diese Personengruppe benötigt eine intensive psychologische und diätologische Nachbetreuung. Das Ausmaß der gegessenen Nahrungsmittel ist postoperativ zwar stark eingeschränkt durch die anatomische Veränderung, aber im Laufe der Zeit kann es durch das BES zu einer neuerlichen Dehnung des Magens kommen. Jedoch konnte festgestellt werden, dass das BES postoperativ an Prävalenz verliert. Wenn eine Person präoperativ an BES leidet, ist dies kein negativer Einfluss auf den Outcome von bariatrischen Eingriffen (Conceição, et al., 2015). Nur wenn das BES bestehen bleibt kann ein geringerer EWL beobachtet werden (White, Kalarchian, Masheb, Marcus & Grilo, 2010). Ohne professionelle Diätberatung besteht postoperativ auch die Gefahr, dass Personen negative Verhaltensmuster entwickeln, wie eine Anorexia nervosa (Magersucht), da oft große Angst vor einer erneuten Gewichtszunahme besteht (Conceição et al., 2015).

Nach einer bariatrischen Operation ist immer eine Diätschulung von professionellen DiätologInnen, die auf das Gebiet der bariatrischen Kost spezialisiert sind, durchzuführen. Im Krankenhaus erfolgt dies automatisch am dritten bis vierten postoperativen Tag. Optimal wäre es auch im späteren postoperativen Verlauf regelmäßig zur Diätberatung zu gehen (Mechanick et al., 2013), denn durch die verkleinerten Portionsgrößen und die veränderte Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen im Darm, sind neben den Ernährungsempfehlungen noch weitere Maßnahmen notwendig (BHS Wien, 2016). Eine Supplementierung von Vitaminen und Mineralstoffen wird zumindest in der Frühphase angeraten und muss, je nach Verfahrenswahl, lebenslang beibehalten werden. Die Substitution von Protein wird generell empfohlen (Hüttl & Kramer, 2013, S. 338), da der Eiweißbedarf im ersten Jahr nach der Operation mit der Ernährung nicht abgedeckt werden kann. Die DiätologInnen berechnen den jeweiligen Eiweißbedarf und zeigen Möglichkeiten für eine vermehrte Zufuhr auf (BHS Wien, 2016). Eine Proteinzufuhr von 60 g pro Tag sollte ausreichend sein (Mechanick et al., 2013). Eine zu geringe Aufnahme von Eiweiß kann zu einer neuerlichen Gewichtszunahme führen (BHS Wien, 2016).

Wenn fehlende Nährstoffe nicht zugeführt werden, hat dies schlechte Auswirkungen auf die Knochendichte, das Immun- und Nervensystem und die Muskeln. Besonders schwerwiegend ist ein Fehlen der Mineralstoffe Eisen, Kalzium, Kupfer, und Zink. Es kann zu Haarausfall, Anämie, Osteoporose, Fatigue, Spasmen, Immunschwäche oder auch Parästhesien kommen (Gletsu-Miller & Wright, 2013). In der Untersuchung von Geraci, Brunt & Marihart (2014) gaben die Befragten an, dass sie sofort schlechte Werte an Eisen, Vitamin B12 und Vitamin D hatten, wenn sie ihre Nährstoff-Substitutionen nicht einnahmen. Eisenmangel mit konsekutiver Anämie ist nach einem Magenbypass und BPDDS-Operationen besonders häufig anzutreffen. Neben der Ausschaltung des Resorptionsortes Duodenum scheinen Entzündungsprozesse und der Blutverlust bei diesen Operationsmethoden eine zusätzliche Rolle zu spielen (Winckler, 2013, S. 343). Daher ist der Eisenstatus, ebenso wie alle anderen Vitamine und Nährstoffe im Blut, regelmäßig zu kontrollieren (Mechanick et al., 2013).

Aufgrund all dieser großen Veränderungen nach einem bariatrischen Eingriff versuchten Geraci et al. (2014) die Erfahrungen von Betroffenen zwei Jahre nach dem Eingriff zu untersuchen, mithilfe eines phänomenologischen Ansatzes. Es konnten zwei Hauptthemen ermittelt werden. Zum einen das Essen ein Jahr nach der Operation und zum anderen die Operation als „Wunderheilung“. Das Essen ist eine tägliche Herausforderung, mit Einschränkungen und Diäten, die zu beachten sind. Ebenso spielen Unverträglichkeiten und Essen in stressvollen Situationen eine große Rolle. Der Eingriff wird als Unterstützung betrachtet auf einem Weg voller lebenslanger, harter Arbeit (Geraci et al., 2014). Die Operation nimmt die physischen Veränderungen vor, aber es liegt an den Personen die

Ernährung und das Verhalten in eine positive Richtung zu lenken (Liebl et al., 2016). Bei Jensen et al. (2013) wird von einem „mechanischen“ Hilfsmittel gesprochen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Bocchieri et al. (2002). Bei ihnen sprachen die Befragten von einem täglichen Kampf, der sie an frühere gescheiterte Diätversuche erinnere. Besonders schwierig sich an die neuen Diättempfehlungen zu halten war es für sogenannte „emotionale EsserInnen“. Diese mussten neue Copingstrategien im Umgang mit emotionalem Stress entwickeln, um nicht erneut Essen als Bewältigungsmaßnahme zu anzuwenden. Betroffene beschrieben dies als besonders herausfordernden Lernprozess (Bocchieri et al., 2002), denn für viele stellt Essen eine Copingstrategie dar, welche nach der Operation durch eine gesunde Alternative ersetzt werden muss. Oft ist es hilfreich sich dabei einer professionellen Beratung oder Psychotherapie zu unterziehen, um die Entwicklung von gesunden Bewältigungsstrategien zu fördern (Liebl et al., 2016).

Das Essen bleibt eine komplexe und herausfordernde Angelegenheit, auch Jahre nach dem Eingriff (Natvik et al., 2014). Eine gute Mitarbeit der Personen ist in der postoperativen Nachsorge eine wichtige Voraussetzung (Winckler, 2013, S. 345). Wenn sich die Betroffenen nicht an die empfohlene Ernährung halten, kann es rasch zu Malnutrition und erneuter Gewichtszunahme kommen (Natvik et al., 2014). Die Entscheidung zur bariatrischen Chirurgie hat lebenslange Auswirkungen und erfordert lebenslange Nachsorge (Geraci et al., 2014).

2.1.7. Konservative Therapiemöglichkeiten

Wie bereits erwähnt, ist vor einem bariatrischen Eingriff der Versuch mittels konservativen Methoden abzunehmen, anzuraten. Grundlage jedes konservativen Gewichtsmanagements sollte ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie beinhaltet. Der Begriff Gewichtsmanagement umfasst die Phase der Gewichtsreduktion sowie die langfristige Stabilisierung des Gewichtsverlustes (DAG et al., 2014). Die einzelnen Komponenten werden im Folgenden näher erläutert.

Das Ziel der Ernährungstherapie ist die langfristige Verringerung der Energiezufuhr, um damit eine negative Energiebilanz zu erreichen und das Körpergewicht dauerhaft zu senken (Herpertz et al., 2015, S. 504). Reduktionsdiäten mit Verboten sind nicht zielführend. Vielmehr soll eine Umstellung der Ernährung und des Lebensstils angewandt werden, welche das persönliche und berufliche Umfeld des Betroffenen mit einbezieht (Herpertz et al., 2015, S. 498). Die meisten adipösen Personen essen sehr unregelmäßig (Christiansen et al., 2012). Einfache Regeln wie angemessene Portionsgrößen, keine Snacks zwischen den Hauptmahlzeiten, grundsätzlicher Verzicht auf zuckergesüßte Getränke und

energieärmere Zubereitung von Speisen können wesentliche Beiträge sein, um das Körpergewicht zu senken. Alkohol, Fast Food und zuckerhaltige Getränke sind gänzlich zu vermeiden (DAG et al., 2014). Durch geschickte Auswahl von z. B. fettärmeren Lebensmitteln und Erhöhung der Ballaststoffzufuhr lässt sich eine Energieeinsparung von 500–800 kcal/Tag ohne Einschränkung der Essensmengen und zusätzlich gute Sättigung erreichen. Eine Ernährungstherapie mit langfristigen Erfolg sollte auf alle Fälle in Zusammenarbeit mit qualifizierten DiätologInnen durchgeführt werden. Leider werden die Kosten hierfür nicht von der Krankenkasse übernommen. Dies ist ein wichtiger Grund, warum sich viele adipöse Menschen mit dem Wunsch einer Gewichtsabnahme außerhalb des Gesundheitssystems auf fragwürdige und unseriöse Angebote einlassen (Herpertz et al., 2015, S. 509f).

Die größte Reduktion des Körpergewichts kann durch die Kombination von kalorienreduzierter Ernährung und erhöhter körperlicher Aktivität erreicht werden. Körperliche Aktivitäten müssen in das tägliche Leben integriert werden. Adipöse Menschen, denen es gelingt, ein umfangreicheres sportliches Programm durchzuführen, sind meist auch in ihrem Alltag aktiver und erreichen so ein zusätzliches Kaloriendefizit. Besonders geeignet sind Aktivitäten, die die gewichtsbelasteten Gelenke schonen, gleichzeitig aber auch viele Muskelgruppen beanspruchen wie beim Schwimmen oder Fahrrad fahren (Hauner, 2007). Allgemein gilt, je körperlich aktiver eine Person ist, umso geringer wird das Risiko für eine chronische Erkrankung wie Diabetes mellitus, arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Hypertonie (Herpertz et al., 2015, S. 514).

Die Verhaltenstherapie ist ebenfalls einer der zentralen Bausteine des konservativen Gewichtsmanagements. Ziel dieses Managements ist es, Verhalten langfristig zu verändern, denn Diäten, die einige Wochen eingehalten werden, führen zwar dazu, dass sich das Gewicht reduziert, allerdings erfolgt ohne Verhaltenstherapie rasch eine erneute Gewichtszunahme, sobald die Diät beendet wird. Der Grund für die erneute Gewichtszunahme nach Beendigung der Diät liegt darin, dass die meisten Menschen wieder in alte Verhaltensweisen zurückfallen und ihre alten Essgewohnheiten wiederaufnehmen. Daher müssen die angestrebten Verhaltensänderungen in den Alltag integriert werden. Betroffene haben oft schon sehr viele Erfahrungen gemacht mit Gewichtsreduktionsprogrammen und verfügen über großes Wissen bezüglich gesunder Ernährung und Diäten, aber die Umsetzung wird als besonders schwierig empfunden (Christiansen et al., 2012). Durch die wesentlichen Bausteine der Verhaltenstherapie, wie die Psychoedukation, die gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen, die Selbstbeobachtung und Verhaltensanalysen, die Stimuluskontrolle, die kognitive

Umstrukturierung, das Stressmanagement, die soziale Unterstützung, das soziale Kompetenztraining und das Problemlösetraining, kann dies erreicht werden (Herpertz et al., 2015, S. 521f).

Die medikamentöse Therapie stellt keine primäre Behandlungsform von Übergewicht und Adipositas dar, da durch konsequente Veränderung der Ernährung und der Bewegung das Körpergewicht reduziert werden kann. Medikamente sollen erst zum Einsatz kommen, wenn durch begleitete Lebensstiländerungen keine oder eine unzureichende Gewichtsabnahme erzielt wird. Eine medikamentöse Therapie soll nur in Kombination mit dem oben geschilderten Basisprogramm (Ernährungstherapie, Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie) durchgeführt werden. Zu beachten ist auch, dass die medikamentöse Therapie nur dann über einen längeren Zeitraum fortgesetzt werden soll, wenn innerhalb der ersten vier Wochen eine Gewichtsreduktion von mindestens zwei Kilogramm nachweisbar ist (DAG et al., 2014).

Die einzige Chance konservativ Gewicht zu reduzieren besteht darin, eine gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil in den Alltag zu integrieren und zur Gewohnheit zu machen (Christiansen et al., 2012).

2.2. Theoretische Rahmung

Den theoretischen Hintergrund der Arbeit bildet die Transitions Theory nach Afaf Ibrahim Meleis (1975). Bei der Transitions Theory handelt es sich um eine Theorie mittlerer Reichweite. Theorien dieses Abstraktionsniveaus umfassen ein begrenztes Gebiet, sind weniger abstrakt, behandeln spezifische Phänomene oder Konzepte und spiegeln die Praxis. Die behandelten Phänomene und Konzepte reichen meist über verschiedene Felder der Pflege und spiegeln eine große Bandbreite an Pflegesituationen, wie z. B. Unsicherheit, Inkontinenz, soziale Unterstützung, Lebensqualität und Gesundheit als Befähigung (Meleis, 1999, S. 50f).

Das Wort „Transition“ kommt aus dem Lateinischen und leitet sich von dem Verb „transire“ ab, was so viel bedeutet wie „hinübergehen“, „sich verwandeln“ (Stowasser, 2004, S. 520). Meleis (2010, S. 11) definiert die Transition als einen Übergang (Transition) von einem relativ stabilen Zustand in einen anderen stabilen Zustand. Die Transition ist ein Prozess, der durch Veränderung ausgelöst wird. Diese Veränderungen können den Gesundheitszustand, Rollenbeziehungen, Erwartungen und Fähigkeiten betreffen. Transition zwingt einen Menschen, neues Wissen aufzunehmen, sein Verhalten zu ändern und damit die Definition seiner selbst im gesellschaftlichen Kontext zu verändern (Meleis, 1999, S. 187). Bei der Transitions Theory werden vier Arten unterschieden: die entwicklungsbedingte Transition, die situationsbedingte Transition, die gesundheits- und

krankheitsbedingte Transition und die organisationsbedingte Transition. Zu der entwicklungsbedingten Transition gehört z. B. das Erwachsen werden oder das Klimakterium. Die situationsbedingte Transition befasst sich mit den Veränderungen im Bereich der Bildung oder des Berufes, wie die Transition von der Pflegeschülerin bzw. dem Pflegeschüler hin zur selbstständigen diplomierten Pflegekraft, aber auch mit der Veränderung im familiären Bereich, wie die Elternschaft. Hinzu kommt die Transition vom Krankenhaus nach Hause oder in eine Pflegeeinrichtung. Im Zusammenhang mit gesundheits- und krankheitsbedingter Transition wird oft die Transition nach Myokardinfarkt, Krebs oder einer chronischen Erkrankung beschrieben. Zur gesundheits- und krankheitsbezogenen Transition zählt auch die postoperative Rehabilitation. Zur organisationsbedingten Transition zählen Veränderungen in der Umgebung eines Menschen, wie in der Politik, in der Wirtschaft oder am Arbeitsplatz, die auch Einfluss auf die einzelne Person haben (Meleis, 2010, S. 15f).

2.2.1. Das Modell der Transitions Theory

Als zentrales Konzept in der Krankenpflege wurde die Transition analysiert, deren Komponenten identifiziert und ein Modell definiert, welches die Beziehungen zwischen den Komponenten reflektiert (Meleis et al., 2000). Dieses Modell besteht aus sechs Komponenten, die im folgenden Abschnitt der Arbeit näher beschrieben werden.

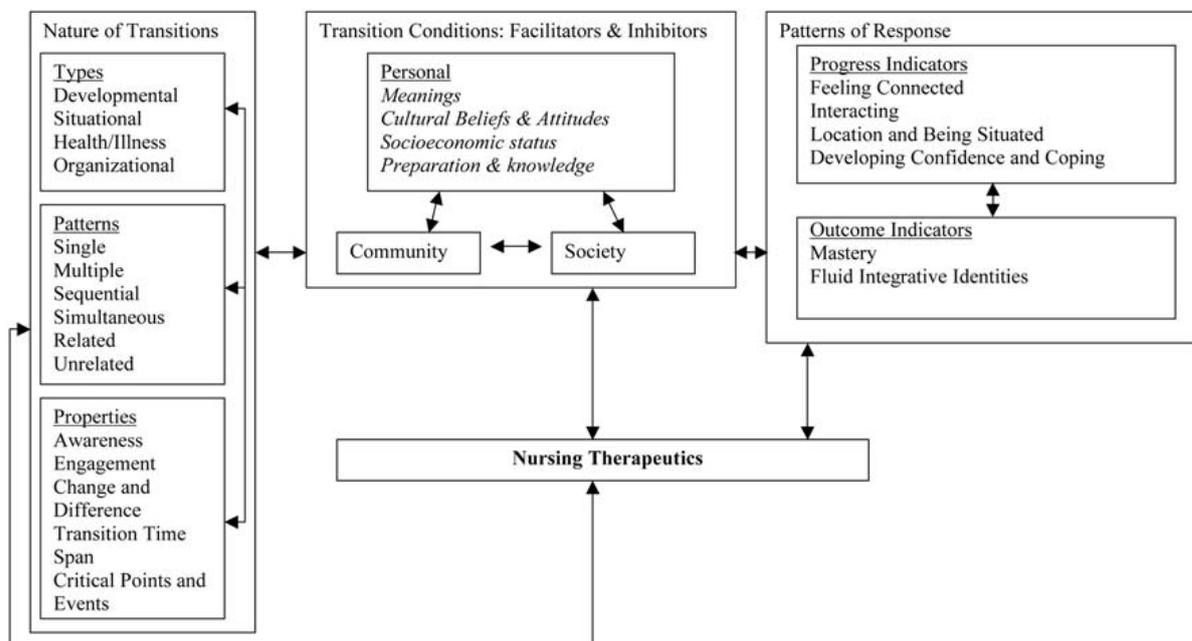


Abbildung 2: Transitions - A Middle-Range Theory (Meleis et al., 2000)

Wie bereits beschrieben gibt es verschiedene Typen (types) der Transition. Diese Typen beinhalten die entwicklungsbedingte Transition, die situationsbedingte Transition, die gesundheits- und krankheitsbedingte Transition und die organisationsbedingte Transition.

Eine Person kann mehrere Transitionen parallel erleben. Transition kann folglich in verschiedenen Mustern (patterns) ablaufen. Das Muster kann einfach, mehrfach, hintereinander, gleichzeitig, verbunden oder nicht verbunden sein.

Transition ist komplex und multidimensional, jedoch können gewisse Eigenschaften (properties) der Erfahrungen von Transition identifiziert werden. Dazu zählen:

- Bewusstsein (awareness): bezeichnet die Wahrnehmung, das Wissen und die Anerkennung einer Transitionserfahrung;
- Verbindlichkeit (engagement): ist definiert als der Grad, in dem sich eine Person an der Transition beteiligt; Damit ist gemeint, ob sich die Person selbstständig Informationen beschafft oder ob sie sich aktiv auf die Transition vorbereitet.
- Veränderung und Unterschied (change and difference): Jede Transition beinhaltet Veränderungen, aber um von einer Transition sprechen zu können müssen die Veränderungen einen langfristigen Prozess durchlaufen, in dem eine Anpassung an neue Rollen und Situationen stattfindet und ein neuer Sinn und ein Gefühl der Beherrschung der Situation erreicht wird.
- Zeitspanne (time span): Alle Transitionen finden über einen längeren Zeitraum statt. Dieser Zeitraum reicht von der ersten Annahme der Transition über eine gewisse Phase der Instabilität, Verwirrung und Verzweiflung, hin zur erneuten Erreichung eines stabilen Zustandes und somit einem eventuellen Ende der Transition.
- Kritische Punkte und Ereignisse (critical points and events): Manche Transitionen sind durch ein besonderes Geschehnis gekennzeichnet, wie die Geburt eines Kindes oder die Diagnose einer Erkrankung. Es wird davon ausgegangen, dass jede Form der Transition kritische Wendepunkte beinhaltet, die mit einem gesteigerten Bewusstsein oder einer aktiveren Teilnahme an der Transition einhergehen und zu neuer Stabilität und Routine führen.

Bei den Transitionsbedingungen (transition conditions) wird zwischen hemmenden und fördernden Bedingungen unterschieden. Hier sind persönliche Bedingungen (wie Bedeutungen, sozioökonomischer Status, kultureller Hintergrund, Vorbereitung, Wissen oder Erwartungen), gesellschaftliche Bedingungen (wie Unterstützung durch die Familie oder medizinisches Personal) und soziale Bedingungen (wie Stigmatisierung oder soziale Ausgrenzung) inkludiert.

Eine gesunde Transition ist durch Prozess- und Outcomeindikatoren gekennzeichnet. Um eine gesunde Transition zu erreichen kommen verschiedene Reaktionsmuster (patterns of response) zum Einsatz. Sich mit Familienmitgliedern und Freunden, aber auch Mitarbeitern des Gesundheitswesens verbunden fühlen (feeling connected), Interaktion der Betroffenen und BetreuerInnen (interacting), verortet und situiert sein an einem neuen Ort oder einer

neuen Situation (location and being situated) und Entwicklung von Selbstvertrauen und Bewältigungsstrategien durch Erfahrungen und Verständnis für die neue Situation (developing confidence and coping) zählen zu den Prozessindikatoren dieser Reaktionsmuster. Die Outcomeindikatoren beschreiben die Beherrschung neuer Fähigkeiten, um die Transition zu meistern bzw. die neue Situation zu bewältigen (mastery) und die Entwicklung und Annahme einer neuen Identität bzw. Rolle (fluid integrative identities).

Der letzte Punkt „Pflegetherapeutik“ (nursing therapeutics) beschreibt Pflegemaßnahmen, welche sich auf die Transition auswirken. Einschätzung, ob die PatientInnen Bereitschaft zur Transition zeigen, Vorbereitung der PatientInnen auf eine Transition, hauptsächlich durch Wissensvermittlung und die Unterstützung bei der Rollenergänzung durch Erlernung neuer Fähigkeiten, z. B. bei der Transition zur Elternrolle, spielen hier die wichtigste Rolle. Dadurch soll die Gesundheit eines Individuums auf allen Dimensionen gefördert und wiederhergestellt werden, indem die Pflegenden die PatientInnen bei einer positiven Transition unterstützen (Meleis et al., 2000).

Die Transition beginnt sobald eine Veränderung oder ein Ereignis zu erwarten ist (Meleis, 2010, S. 11). Solche Zeiten der Instabilität können große Veränderungen im Leben eines Menschen auslösen und haben erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit des Einzelnen (Schumacher & Meleis, 1994). Die Zeitspanne reicht von der ersten Antizipation der Transition, bis zur Stabilisierung des neuen Zustandes. Schumacher und Meleis (1994) haben drei Indikatoren identifiziert, die positive Transition bedingen. Dazu zählen das subjektive Wohlbefinden und persönliches Wachstum, die Annahme neuer Rollenbilder und Wohlbefinden innerhalb von Beziehungen.

3. Forschungsziel und Forschungsfrage

Die Intention der vorliegenden Arbeit besteht darin, mehr über das Erleben der Personen, die sich einer bariatrischen Operation unterziehen, zu erfahren, um das gewonnene tiefere Verständnis in weiterer Folge für die pflegerische Betreuung nutzen zu können. Im Mittelpunkt stehen das Erleben der Betroffenen nach einem bariatrischen Eingriff und den Herausforderungen mit den Konsequenzen der Operation umzugehen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

- Wie beschreiben adipöse Personen den Prozess von der Entscheidung sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen bis zum postoperativen Erleben nach der Operation?

Es soll versucht werden, die Auswirkung der Operation ganzheitlich zu beschreiben und die vorhandene Forschungslücke ein Stück weit zu schließen. Die Darstellung von Veränderungen und Herausforderungen nach der Operation, mit denen diese Personengruppe konfrontiert wird, kann zu einem besseren Verständnis der Pflegepersonen beitragen und neues Bewusstsein für die Anforderungen an die Betroffenen schaffen. Zentral wird auch die Erkenntnis über die Strategien und Handlungen zur Bewältigung der Herausforderungen und Veränderungen sein. In weiterer Folge können aus der Forschungsarbeit resultierende Ergebnisse konkreten Unterstützungs- und Informationsbedarf aufzeigen, um einen guten postoperativen Verlauf zu erreichen, Komplikationen zu minimieren und einen positiven Outcome zu erzielen.

Es soll versucht werden zu erfahren, wie die Betroffenen im postoperativen Verlauf nach einem bariatrischen Eingriff unterstützt werden können. Hier sind Situationen der Unsicherheit und eventuell auftretende Komplikationen besonders hervorzuheben. Die Forschungsarbeit soll auch dazu dienen, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um sowohl das medizinische als auch das pflegerische Personal zu sensibilisieren, welche Auswirkungen eine solche Operation auf die Personen hat.

4. Methodik

Qualitative Forschung hat das Ziel, ein Phänomen aus der Perspektive der Betroffenen zu bekunden, es ganzheitlich von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat (Mayer, 2011, S. 97). Daher soll in dieser Arbeit zur Beantwortung der Forschungsfrage ein qualitativer Ansatz herangezogen werden.

4.1. Qualitative Forschung

In der qualitativen Forschung wird davon ausgegangen, dass die Wirklichkeit nicht unabhängig vom Menschen besteht, sondern das Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen ist, die im Zuge sozialer Interaktionen von allen gemeinsam hergestellt wird. Wahrheit wird hier nicht als etwas rein Objektives betrachtet, so wie in der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise, sondern als etwas Subjektives (Mayer, 2011, S. 97). Im Gegensatz zu anderen Forschungsstrategien ist die qualitative Forschung in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen offener und dadurch an der subjektiven Wirklichkeit näher dran. Dadurch werden genaue und dichte Beschreibungen geliefert, die die Sichtweisen der beteiligten Subjekte, die subjektiven und sozialen Konstruktionen ihrer Welt berücksichtigen (Flick, von Kardorff & Steinke, 2007, S. 17). Qualitative Forschung hat daher das Ziel, ein Phänomen aus der Perspektive der

Betroffenen zu erkunden, es ganzheitlich und von innen heraus zu verstehen und herauszufinden, welche Bedeutung es für die Beteiligten hat. Die Wirklichkeit der qualitativen Sozialforschung erschließt sich daher durch das Verstehen (Mayer, 2011, S. 97). Das heißt, das Erkenntnisprinzip ist vielmehr das Verstehen von komplexen Zusammenhängen als die Erklärung durch die Isolierung einer einzelnen Beziehung. Verstehen richtet sich im Sinne des methodisch kontrollierten Fremdverstehens auf den Nachvollzug der Perspektive des anderen. Um dieser Perspektive möglichst großen Spielraum zu lassen und ihr so nahe wie möglich zu kommen, ist vor allem die Datenerhebung bei der qualitativen Forschung vom Prinzip der Offenheit geprägt (Flick et al., 2007, S. 23).

Qualitative Forschung will zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beitragen (Flick et al., 2007, S. 14). Die Wirklichkeit wird in der qualitativen Forschung immer vom Kontext, vom Zusammenhang, abhängig betrachtet. Um ein möglichst wahrheitsgetreues Bild vom Forschungsgegenstand zu bekommen darf das zu erforschende Phänomen nicht in Einzelteile zerlegt und aus dem Zusammenhang gerissen werden, sondern muss als Ganzes betrachtet werden (Mayer, 2011, S. 98). Entsprechend werden Daten in ihrem natürlichen Kontext erhoben und Aussagen im Kontext einer längeren Antwort oder Erzählung, des Interviewverlaufs insgesamt oder auch der Biographie des Interviewpartners/der Interviewpartnerin analysiert (Flick et al., 2007, S. 23). Es geht hier nicht darum, Gesetzmäßigkeiten zu entwickeln und Aussagen zu machen, die verallgemeinert werden können. Ziel ist es vielmehr, aus den gesammelten Daten, die vom subjektiven Empfinden ausgehen und das individuelle Erleben darstellen, Konzepte und Theorien zu entwickeln. Qualitative Forschung ist daher nicht theorieprüfend, sondern theoriebildend. Da die Theoriebildung ein Schließen vom Besonderen auf das Allgemeine darstellt, ist die Denkklogik qualitativer Sozialforschung induktiv (Mayer, 2011, S. 98).

4.2. Datenerhebung

Die Daten wurden anhand problemzentrierter Einzelinterviews nach Andreas Witzel (1982, 1985) erhoben, um die persönliche Sichtweise der Befragten zu den Erfahrungen nach einem bariatrischen Eingriff zu erheben. Das problemzentrierte Einzelinterview eignet sich sehr gut um die persönliche Sichtweise von Betroffenen zu gewissen Problembereichen innerhalb der Gesellschaft zu erfassen (Mayer, 2011, S. 195). Diese Interviewform lässt den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, um einem offenen Gespräch nahe zu kommen. Es ist aber zentriert auf eine bestimmte Problemstellung, die der Interviewer bzw. die Interviewerin einführt und auf die er bzw. sie immer wieder zurückkommt (Mayring, 2016, S. 67).

Der vorab festgelegte Interviewleitfaden, der von der relevanten Literatur und den Forschungsfragen abgeleitet wurde, gab den Verlauf des Gesprächs vor, jedoch wurde die Reihenfolge der Fragen durch den Interviewverlauf bestimmt und variiert daher von Interview zu Interview. Durch zwei Probeinterviews wurde die Forscherin noch auf drei Fragen aufmerksam, welche in den Leitfaden aufgenommen wurden. Durch den Leitfaden und die darin angesprochenen Themen entstand so ein Gerüst für die Datenerhebung und -analyse, sodass Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar wurden (Döring & Bortz, 2016, S. 372). Ebenso fand auch die Transitions Theory nach Meleis (1975) in der Leitfadenerstellung Beachtung. Dies wird dadurch erkennbar, dass auch das Leben vor der Operation thematisiert wurde. Die vier Hauptthemen des Leitfadens beinhalten

- 1) die Erfahrungen vor der Operation,
- 2) die Erwartungen an die Operation,
- 3) die Veränderungen durch die Operation und
- 4) den Unterstützungsbedarf vor und nach der Operation.

Es wurde angestrebt eine Vertrauenssituation zwischen InterviewpartnerInnen und InterviewerIn entstehen zu lassen (Mayring, 2016, S. 69). Es war wichtig, dass sich die StudienteilnehmerInnen wohlfühlen, um über dieses persönliche Thema offen sprechen zu können. Daher wurde den Wünschen der ProbandInnen bezüglich Interviewort nachgegangen. Es wurde versucht das Interview den Charakter eines Alltagsgesprächs zu geben, das heißt, dem freien Gespräch wurde mehr Raum gegeben als dem Interviewleitfaden, den das was an dem Thema wichtig ist, welche Prioritäten gesetzt werden, wie das Thema strukturiert wird, muss weitgehend durch die StudienteilnehmerInnen bestimmt werden können. Die Befragten selbst konstruieren den Inhalt der Forschung durch das Gespräch (Mayer, 2011, S. 190).

Am Ende der Interviews wurden diverse demografische Daten (Geschlecht, Alter, Größe, präoperatives und postoperatives Gewicht, Familienstand, Beruf und Operationsart) erhoben. Die geführten Interviews wurden aufgezeichnet und im Anschluss wörtlich transkribiert. In allen Interviews konnte sehr schnell eine Vertrauensbasis geschaffen werden, was zu einem guten und befriedigenden Abschluss seitens der Befragten und auch der Forscherin führte. Die Interviews fanden zwischen August und Dezember 2016 statt und dauerten zwischen 34 und 97 Minuten. Bei der Ortswahl für die Interviews entschieden sich sechs ProbandInnen für ein öffentliches Lokal und zwei Personen luden die Forscherin zu sich nach Hause ein.

4.2.1. Feldzugang

Da es bei der qualitativen Forschung nicht um die Bestimmung von Häufigkeiten gewisser Handlungen geht, sondern darum typische Handlungen herauszufiltern, die in bestimmten Situationen stattfinden, muss die Auswahl der ProbandInnen sowohl nützlich als auch angemessen sein (Mayer, 2011, S. 304). Die Fallauswahl erfolgte daher schrittweise im Zuge der Datenerhebung und -auswertung. Anhand der bisherigen Ergebnisse der Untersuchung wurde entschieden, welche weiteren Fälle als nächstes in das Sampling aufzunehmen sind. Stichprobenauswahl, Datenerhebung und die Datenauswertung wurden zirkulär abgearbeitet (Döring & Bortz, 2016, S. 302). In der qualitativen Forschung gibt es keine Richtlinien, was die Größe der Stichprobe betrifft. Die Datensättigung stellt hier ein Leitprinzip dar, dass in Bezug auf den Umfang der Stichprobe Orientierung gibt. Die Datensättigung ist erreicht, wenn durch weitere Datenerhebung keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können (Mayer, 2011, S. 306). Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde unabhängig von der Datensättigung, die in diesem Umfang nicht erreicht werden kann, versucht, Daten von acht bis zehn ProbandInnen zu erheben.

Die InterviewpartnerInnen wurden über eine österreichische Selbsthilfegruppe, die Online-Foren www.selbsthilfeforum-adipositaschirurgie.at und forum.fettsucht.at und über das Schneeballsystem rekrutiert. Im Rahmen eines spezifischeren Samplings wurde noch der Zugang über das soziale Medium *Facebook* gewählt. Weiters wurde Kontakt zu Diätologinnen und einer Ärztin aufgenommen, jedoch konnte über diesen Weg kein Proband erreicht werden.

In den Online-Foren wurde ein Beitrag verfasst und das Informationsschreiben mit den Kontaktdaten beigefügt. Ein Online-Forum lehnte die Veröffentlichung des Beitrages ab. Die ProbandInnen konnten sich dann selbstständig für die Teilnahme an der Untersuchung melden. Hier meldeten sich sechs Personen, welche zu einem Interview bereit waren. Eine dieser Betroffenen baute den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe auf. Über diesen Weg konnten weitere zwei Personen erreicht werden. Auf Facebook wurden drei Gruppen angeschrieben, in denen mein Beitrag veröffentlicht wurde. Über diesen Zugang meldeten sich sehr viele betroffene Personen und es konnten im Rahmen des theoretischen Samplings gezielt vier geeignete StudienteilnehmerInnen ausgewählt werden. Eine dieser Personen erschien leider nicht zum vereinbarten Interviewtermin und eine Person sagte zu an der Untersuchung teilnehmen zu wollen, konnte aber dann zur Terminvereinbarung nicht mehr erreicht werden. Somit konnten insgesamt acht Personen in diese Untersuchung aufgenommen werden.

4.2.2. Einschlusskriterien

In die Forschungsarbeit wurden Personen eingeschlossen, welche das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben und einen präoperativen BMI von mehr als 35kg/m² aufwiesen. Ab diesem BMI ist ein operativer Eingriff indiziert, wie in der Einleitung nachzulesen ist. Kinder und Jugendliche wurden ausgeschlossen. Eine obere Altersbegrenzung gab es für das Sampling nicht. Bezüglich der postoperativen Zeitspanne gab es keinerlei Einschränkungen. Es war jedoch erforderlich, dass sich die Betroffenen noch gut an die Zeit rund um den Eingriff erinnern, was bei allen Personen gegeben war. Die UntersuchungsteilnehmerInnen mussten die deutsche Sprache beherrschen, um eine flüssige Kommunikation zu gewährleisten und ein inhaltsreiches Interview führen zu können. Wie in Tabelle 3 nachzulesen ist, weisen die einbezogenen ProbandInnen sämtliche Voraussetzungen auf.

	Einschlusskriterien
Sprache	Ausreichende Deutschkenntnisse
Population	Männer und Frauen ab 18 Jahren aus Österreich
BMI (präoperativ)	Ab 35kg/m ²
Operationsart	Magenband, Sleeve-Gastrektomie, Magenbypass

Tabelle 2: Einschlusskriterien

4.2.3. Darstellung der StudienteilnehmerInnen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden insgesamt acht Interviews geführt. Es konnten sieben Frauen und ein Mann interviewt werden. Die StudienteilnehmerInnen waren zwischen 34 und 65 Jahre alt.

Die nachfolgende Tabelle soll einen Überblick über die teilnehmenden Personen geben. Auffallend ist, dass alle befragten Personen dieselbe Operationsart aufweisen, einen Magenbypass. Bezüglich der Geschlechterverteilung ist anzumerken, dass sich lediglich ein Mann bereit erklärt hat an der Untersuchung teilzunehmen. Die befragte Person, welche derzeit keiner Arbeit nachgeht, war früher Pflegehelferin in einer Langzeitpflegeeinrichtung. Aufgrund des langen Krankenstandes, in dem sie sich seit der Operation befindet, wurde ihr Arbeitsverhältnis aufgelöst. Ein der befragten Personen ist selbst als Psychologin tätig und hat auch beruflich mit bariatrisch operierten Menschen zu tun. Diese Person stellt einen besonderen Fall dar, da sie nach der Magenbypass-Operation eine biliopankreatische Diversion hatte, welche aber wieder revidiert wurde. Ebenfalls erhielt sie im späteren Verlauf noch ein Magenband, welches derzeit nicht aktiviert ist.

InterviewpartnerIn (IP)	Geschlecht	Alter in Jahren	Familienstand	Beruf	Größe/Gewicht präoperativ	BMI präoperativ	Gewicht postoperativ	Operationsart (Jahr)
IP1	weiblich	34	ledig	Angestellte	169cm/154kg	50,8	78kg (-67kg)	Magenbypass (2013)
IP2	weiblich	65	verwitwet, neue Partnerschaft	Pensionistin	164cm/140kg	52,1	96kg (-44kg)	Magenbypass (2006)
IP3	weiblich	48	geschieden, neue Partnerschaft	Einzel- unternehmerin	168cm/109kg	38,6	87kg (-22kg)	Magenbypass (2016)
IP4	männlich	35	Partnerschaft	Angestellter	191cm/150kg	41,1	88kg (-62kg)	Magenbypass (2015)
IP5	weiblich	35	Partnerschaft	Arbeitssuchende	166cm/120kg	43,5	66kg (-54kg)	Magenbypass (2014)
IP6	weiblich	63	geschieden	Pensionistin	162cm/140kg	53,3	80kg (-60kg)	Magenbypass (2010)
IP7	weiblich	48	geschieden, neue Partnerschaft	Angestellte	169cm/126kg	44,1	69kg (-57kg)	Magenbypass (2005)
IP8	weiblich	37	geschieden, neue Partnerschaft	Angestellte in Karenz	160cm/103kg	40,2	50kg (-53kg)	Magenbypass (2012)

Tabelle 3: Darstellung der ProbandInnen

4.3. Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der ProbandInnen aufgenommen und im Anschluss mit Hilfe des Programms „Express Scribe“ wörtlich transkribiert. Die Transkription der geführten Interviews erfolgte in Anlehnung an Fuß und Karbach (2014). In der nachfolgenden Tabelle werden die im Transkript verwendeten Transkriptionszeichen, welche von Fuß und Karbach (2014) in acht Module untergliedert werden, dargestellt.

Modul	Zeichen	Bedeutung
Pause	(.) (2)	Pause bis zu einer Sekunde Angabe der Pausenlänge in Sekunden
Sprachklang	<u>immer</u> ja:: niemals niemals	betontes Wort gedehntes Wort im Vergleich lauter gesprochenes Wort im Vergleich leiser gesprochenes Wort
Lautäußerungen, Wortabbrüche und Verschleifungen	Ich bin ähm elf Jahre verheiratet. Einf- Ich bin&also ich meine Weil&weil&weil ähm ich bin	Planungsäußerungen (z.B. ähm, mhm, ah) abgebrochenes Wort auffällig schneller Anschluss auffällig schnelle Wortwiederholung
Nicht-sprachliche Ereignisse	(räuspert sich), (seufzt), (lacht) (Telefon klingelt)	parasprachliche Äußerungen und Hintergrundgeräusche werden in Klammer als Kommentar vermerkt
Interaktion	I: Ist das [immer so? IP: [Ja, das ist eigentlich	gleichzeitiges Sprechen ab [
Unsicherheit, Unterbrechung und Auslassung	(...?) (...??) #00:15:36#	unverständliches Wort mehrere unverständliche Worte mit Zeitangabe
Zeichensetzung	. , ? : „...“ ... (Bsp.: Ich arbeite also in der...Ich habe zwei Arbeitsplätze)	Satzende Aufzählung, Nebensätze etc. Frage wörtliche Rede unvollendete bzw. auslaufende Sätze

Tabelle 4: Darstellung der verwendeten Transkriptionszeichen

Das achte Modul *Sprachglättung* findet in den Transkripten ebenfalls Beachtung. Die Sprache in den Interviews wurde leicht geglättet, das heißt, die Eigenheiten des sprachlichen Ausdrucks wurden weitgehend berücksichtigt, es erfolgte jedoch zur besseren Lesbarkeit eine Annäherung an die Hochsprache. Die Lautäußerungen der Forscherin, welche für aufmerksames Zuhören stehen und zur Sprechunterstützung des Interviewten/der Interviewten genutzt werden, um den Redefluss aufrechtzuerhalten, wurden ebenfalls zur besseren Lesbarkeit nicht im Transkript vermerkt.

Im folgenden Interviewauszug sollen die angewandten Transkriptionszeichen veranschaulicht werden:

„Ja&ja, auf jeden Fall. Ja. Ich meine (lacht) jetzt nicht unmittelbar (2) Es gab dann eine Scheidung und alles Mögliche, aber das ist jetzt nicht, weil ich plötzlich schlank war und...Es hat sogar sowieso Spannungen... (.) Es gab in der Ehe Spannungen und die sind halt vor der Magenbypass-Operation gut weggegessen worden&also dass heißt, wenn irgendwas war, dann hab ich das mit essen auch gut runterschlucken können.“ (I7, Z 94-98)

Jegliche in den Interviews vorkommenden Namen von ÄrztInnen, Pflegenden, MitpatientInnen oder Namen von Krankenhäusern wurden anonymisiert, um keinerlei Rückschlüsse auf die befragten Personen zu ermöglichen.

4.4. Datenauswertung

In der qualitativen Forschung gibt es nicht „die“ Methode, sondern ein Spektrum unterschiedlicher Ansätze, die je nach Fragestellung und Forschungstradition ausgewählt werden (Flick et al., 2007, S. 22). In dieser Arbeit soll die Datenauswertung in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory von Anselm Strauss und Juliet Corbin (1996) erfolgen. Es sollen gesellschaftliche Prozesse aus der Perspektive der menschlichen Interaktion untersucht werden (Mayer, 2002, S. 74). Es geht dabei ganz zentral um die Rekonstruktion von sozialem Handeln (Mayer, 2011, S. 104). Ziel ist es, Theorien über menschliches Verhalten und soziale Prozesse zu schaffen (Mayer, 2011, S. 111). Die Forschungsergebnisse begründen eine theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit, anstatt aus einer Anhäufung von Zahlen oder einer Gruppe locker verbundener Themen zu bestehen (Strauss & Corbin, 1996, S. 9).

Eine methodische Besonderheit der Grounded Theory stellt der Wechsel zwischen Datenerhebung und Datenauswertung dar (Mayer, 2011, S. 112). Die verschiedenen Stufen der Datenanalyse, d. h. die Datensammlung, Kodierung, Kategorienbildung, laufen gleichzeitig ab und unterstützen sich wechselseitig im Verlauf des Forschungsprozesses (Lamnek, 2010, S. 97), weil die Analyse das Sampling der Daten leitet (Strauss & Corbin, 1996, S. 40). Das

Sampling erfolgt auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen (Strauss & Corbin, 1996, S. 148). Beim offenen Kodieren gestaltet sich das theoretische Sampling noch relativ frei. Dadurch wird versucht möglichst viele relevante Kategorien aufzudecken (Strauss & Corbin, 1996, S. 153). Im Rahmen des axialen Kodierens werden dann spezielle Fälle gesucht, die die im offenen Kodierprozess entstandenen Kategorien verdichten und validieren (Strauss & Corbin, 1996, S. 156), oder welche die davon abweichen (Döring & Bortz, 2016, S. 302). Das Sampling wird solange fortgesetzt, bis eine theoretische Sättigung der Kategorien erlangt ist (Strauss & Corbin, 1996, S. 165), was, wie bereits beschrieben der Masterarbeit aufgrund des Umfangs nicht erreicht werden konnte.

Die Analyse in der Grounded Theory besteht aus sehr sorgfältigem Kodieren der Daten, welches hauptsächlich durch eine mikroskopische Untersuchung der Daten geschieht (Strauss & Corbin, 1996, S. 40). Es handelt sich hierbei um eine Auswertungstechnik zur Entwicklung und Überprüfung von Theorien, die eng am vorgefundenen Material arbeitet. Ein vorurteilsfreies, induktives und offenes Herangehen an die Daten wird propagiert und gleichzeitig durch die Vorgabe, das Textmaterial nach expliziten Regeln zeilenweise durcharbeiten, diszipliniert (Döring & Bortz, 2016, S. 171f). Die drei Haupttypen des Kodierens sind das offene Kodieren, das axiale und das selektive Kodieren (Strauss & Corbin, 1996, S. 40). Im Rahmen der Masterarbeit wurden lediglich die Schritte des offenen und des axialen Kodierens durchgeführt.

4.4.1. Offenes Kodieren

Der erste Auswertungsschritt besteht im offenen Kodieren. Offenes Kodieren bedeutet, den Indikatoren (Wörter, Satzteile, Sätze) Konstrukte bzw. Codes zuzuweisen. Die gewonnenen Daten werden dadurch „aufgebrochen“ bzw. „geöffnet“ (Mayer, 2011, S. 105). Die grundlegenden analytischen Verfahren mit denen das erreicht wird, sind das Stellen von Fragen an die Daten und das Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen jedem Ereignis, Vorfall und anderen Beispielen für Phänomene (Strauss & Corbin, 1996, S. 55). Dadurch entstehen sogenannte Codes, die dann auf einer abstrakteren Ebene zu Kategorien zusammengefasst werden (Mayer, 2011, S. 105). Bei den Codes lassen sich konstruierte Codes und In-vivo-Codes unterscheiden, je nach Quelle der Benennung der Codes. Konstruierte Codes sind dabei nach Begriffen aus der Literatur benannt, während bei In-vivo-Codes Aussagen der Interviewten übernommen werden, wobei Letztere wegen ihrer größeren Nähe zum untersuchten Material vorzuziehen sind. Die so gefundenen Kategorien werden weiterentwickelt und inhaltlich näher bestimmt (Flick, 2007, S. 391).

In dieser Arbeit wurden hauptsächlich In-Vivo-Codes verwendet. Im gesamten Verlauf wurde auf die Beibehaltung der Ausdrücke der interviewten Personen Wert gelegt, um die Nähe zum

Gegenstand zu erhalten. Die ermittelten Codes der ersten Interviews wurden dann zu vorläufigen Kategorien zusammengefasst und durch die Kodierung weiterer Interviews zunehmend verdichtet. Bei den Codes handelt es sich vorwiegend um einzelne Wörter oder Satzteile. Alle Interviews wurden per Hand kodiert. Die ermittelten Codes wurden der jeweiligen Kategorie zugeteilt. In der folgenden Tabelle wird das offene Kodieren mit Hilfe eines Interviewauszuges dargestellt.

Interviewauszüge	Kodes	Kategorie
„Also, <u>ausgeschlossen</u> werden, <u>immer</u> der Außenseiter sein und wenige Freunde und ja (2)“ (I1, Z 19-20)	<ul style="list-style-type: none"> • ausgeschlossen werden • Außenseiter sein • wenige Freunde 	Diskriminierung als normal ansehen
„Es gelingt mir auch ganz gut, dass das essen wichtig ist, aber (.) nicht lebensbestimmend.“ (I7, Z 336-337)	<ul style="list-style-type: none"> • gelingt ganz gut • Essen ist wichtig • nicht lebensbestimmend 	Nicht mehr nachdenken müssen

Tabelle 5: Beispiel für offenes Kodieren

Regelmäßig und wiederholt wurden die sogenannten W-Fragen an die erhobenen Daten gerichtet:

- **Was?** - Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen
- **Wer?** - Welche Personen sind beteiligt? Welche Rollen spielen sie dabei? Wie interagieren sie?
- **Wie?** - Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen (oder nicht angesprochen)?
- **Wann? Wie lange? Wo?** - Zeit, Verlauf und Ort
- **Wie viel? Wie stark?** - Intensitätsaspekte
- **Warum?** - Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen?
- **Wozu?** - In welcher Absicht, zu welchem Zweck?
- **Womit?** - Mittel, Taktiken und Strategien zum Erreichen des Ziels

Interviewauszüge	W-Fragen	Ergebnis
„Also, <u>ausgeschlossen</u> werden, <u>immer</u> der Außenseiter sein und wenige Freunde und ja (2) und meine Mama auch, also ja (.) ich wurde auch verspottet von ihr und ja, auch in der Familie (.) von der Mamaseite her. Sie	<ul style="list-style-type: none"> • Was? - Worum geht es hier? Welches Phänomen wird angesprochen? • Wer? - Welche Personen sind beteiligt? Welche 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Einschränkungen durch das Dick sein, Diskriminierung in der eigenen Familie • Ausschluss durch Freunde, Familie, Mutter aus sozialen Netzwerken, Mutter kann

<p>konnte damit nicht so richtig umgehen, dass ich so dick bin“ (I1, Z 19-22)</p> <p>„Meine Mutter ist aber so (zeigt den kleinen Finger), also die ist wirklich ganz, ganz dünn. Mh::: der Prägungssatz war immer: ‚Dünne Leute sind erfolgreich, dicke kommen zu nichts‘. Also das war von meiner Mutterseite her.“ (I8, Z 137-139)</p> <p>„Also ich kann mich echt zurückerinnern (.) richtig zurückerinnern an meine allererste Diät ah war vor der Erstkommunion.“ (I8, Z 128-129)</p>	<p>Rollen spielen sie dabei? Wie interagieren sie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie? - Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen (oder nicht angesprochen)? • Wann? Wie lange? Wo? - Zeit, Verlauf und Ort • Wie viel? Wie stark? - Intensitätsaspekte • Warum? - Welche Begründungen werden gegeben oder lassen sich erschließen? • Wozu? - In welcher Absicht, zu welchem Zweck? • Womit? - Mittel, Taktiken und Strategien zum Erreichen des Ziels 	<p>nicht mit übergewichtigen Kind umgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierung und Ausschluss, Kindheits-erfahrung dick zu sein • bereits als Kind Erfahrungen dick zu sein im familiären und sozialen Umfeld • Diskriminierung im Kindesalter wurde als besonders schlimm und prägend empfunden • Mutter wollte ein schlankes Kind haben, Abweichung der Norm, alle anderen sind auch dünn • Mutter will Kind zum Abnehmen bringen, Kind soll schlank und erfolgreich sein, beliebt sein • in der Kindheit immer wieder auf Diät gesetzt, strenge Erziehung → durch die Erfahrungen - Bruch mit der Familie, starke Persönlichkeit entwickelt
---	--	--

Tabelle 6: Offenes Kodieren anhand der W-Fragen

Mit diesen Fragen wurde der Text zugänglich gemacht werden. Die Fragen wurden an einzelne Passagen der Daten, aber auch an ganze Fälle gerichtet. Ergebnis des offenen Kodierens war eine Liste der vergebenen Codes und Kategorien (Flick, 2007, S. 392f).

4.4.2. Axiales Kodieren

Der nächste Schritt wird als axiales Kodieren bezeichnet. Hier werden die im offenen Kodieren entstandenen Kategorien verfeinert und differenziert. Das Verknüpfen und Entwickeln der Kategorien geschieht durch das Stellen von Fragen und Ziehen von Vergleichen (Strauss & Corbin, 1996, S.86). Hierbei dient das Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996).

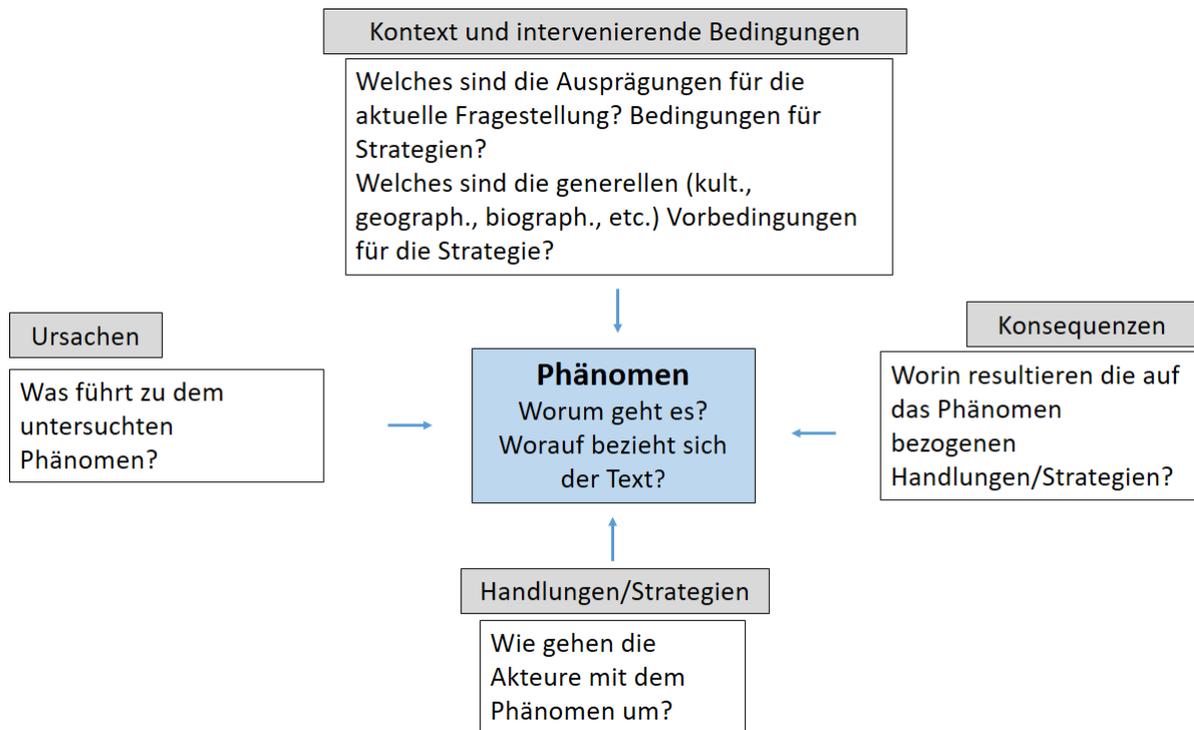


Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996) (eigene Darstellung)

Dieses Kodierparadigma hilft Beziehungen zwischen einem Phänomen, seinen Ursachen und Konsequenzen, seinen Kontext und den dabei von den Beteiligten verwendeten Strategien aufzuzeigen. Die im offenen Kodieren ermittelten Kategorien und Subkategorien werden somit beim axialen Kodieren zusammengefasst, indem nach Verbindungen und Zusammenhängen zwischen den Kategorien gesucht wird (Flick, 2007, S. 393f). Der Fokus liegt hier darauf, eine Kategorie (Phänomen) in Bezug auf ihre Bedingungen zu spezifizieren, welche das Phänomen verursachen, die Beschreibung des Kontextes, in den das Phänomen eingebettet ist, die Handlungs- und interaktionalen Strategien, durch die es bewältigt, mit ihm umgegangen oder durch die es ausgeführt wird zu ermitteln und die Konsequenzen, die aus diesen Strategien entstehen zu beschreiben (Strauss & Corbin, 1996, S. 76). Zu den Kategorien werden dann möglichst viele und unterschiedliche Textstellen als Belege aus den Daten gesucht, die Kategorien werden somit immer wieder verifiziert (Flick, 2007, S. 395). Dabei bewegt sich der Forscher/die Forscherin zwischen induktivem Denken (Entwicklung von Begriffen, Kategorien und Beziehungen aus den Daten) und deduktivem Denken (Überprüfung gefundener Begriffe, Kategorien und Beziehungen an den Daten) hin und her (Flick, 2007, S. 393f). Obgleich offenes und axiales Kodieren getrennte analytische Vorgehensweisen sind, wechselt der Forscher/die Forscherin während der Analyse zwischen den beiden Schritten hin und her (Strauss & Corbin, 1996, S. 77).

Die im offenen Kodieren ermittelten Codes und Kategorien wurden ins Kodierparadigma eingeordnet. Alle Interviews wurden am Schluss der Datenauswertung nochmals durchgegangen und kontrolliert, ob alle relevanten Codes berücksichtigt wurden.

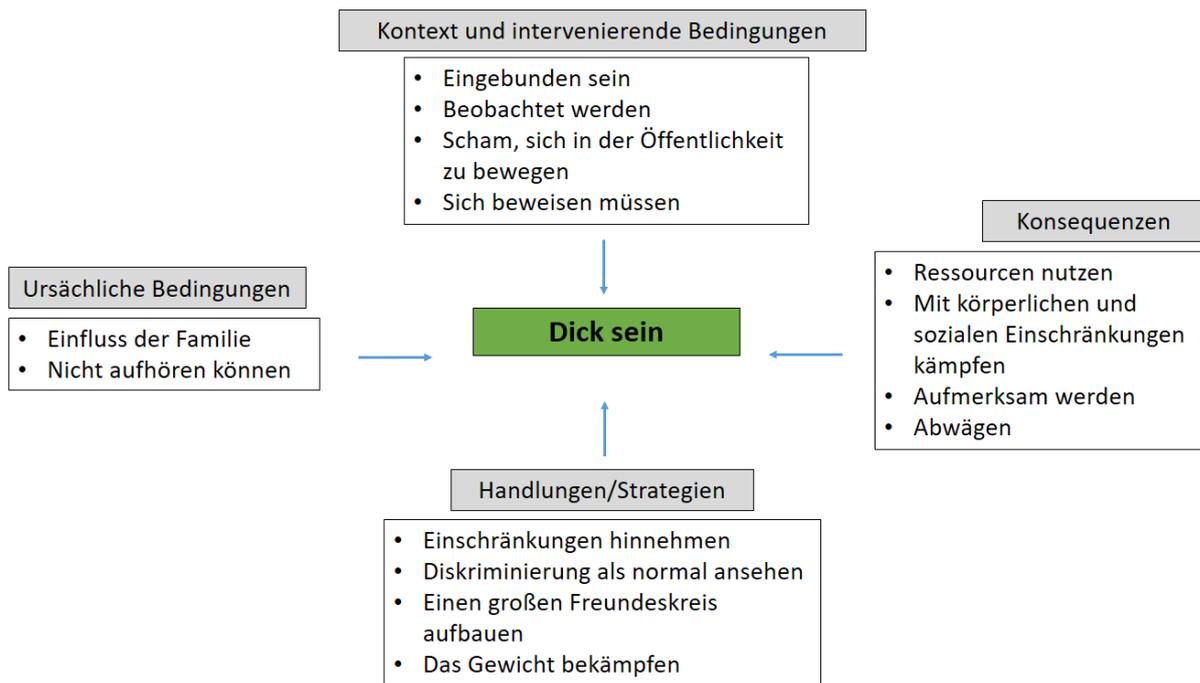


Abbildung 4: Darstellung des Kodierparadigmas anhand des Phänomens *Dick sein*

Durch diesen Analyseprozess wurden auf die Interviewten zutreffende Phänomene bezüglich der Erfahrungen nach einer bariatrischen Operation identifiziert, welche im Ergebnisteil im 5. Kapitel der Arbeit ausführlich beschrieben werden.

4.5. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität des Weges zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung durch die verschiedenen Methoden feststellen zu können, sind Kriterien nötig, die die verschiedenen Aspekte aller Methoden vor einem bestimmten wissenschaftstheoretischen Hintergrund erfassen und untereinander vergleichbar machen. Diese Kriterien dienen als Zielvorgabe und Prüfsteine der jeweils angewandten Forschungsmethode, an denen der Grad der Wissenschaftlichkeit gemessen werden kann (Lamnek, 2010, S. 127). Die klassischen, quantitativen Gütekriterien der Validität, Reliabilität und Objektivität können nicht einfach auf die qualitative Forschung übertragen werden (Lamnek, 2010, S. 131). Daher finden in der qualitativen Sozialforschung häufig die Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring (2016) Beachtung. Er bezieht sich dabei auf sechs Kriterien, wobei fünf davon für diese Arbeit beachtet wurden. Auf die Triangulation musste aus zeitlichen und personellen Ressourcen verzichtet werden.

- **Verfahrensdokumentation**

Bei der qualitativen Sozialforschung bedarf es einer sehr detaillierten und weitgehenden Darstellung des Vorgehens, damit der Forschungsprozess intersubjektiv nachprüfbar wird

(Lamnek, 2010, S. 131) und nicht als willkürlicher und unüberprüfbarer Akt erscheint (Mayer, 2011, S. 115).

Zur Nachvollziehbarkeit des Vorgehens in dieser Arbeit wurde der gesamte Forschungsprozess in der Methodik genau beschrieben.

- **Argumentative Interpretationsabsicherung**

Die Ergebnisse der qualitativen Forschung basieren auf Interpretation. Interpretationen sind aber nicht standardisiert und lassen sich daher nicht beweisen. Daher müssen diese Interpretationen nachvollziehbar werden durch Argumentation und Auszügen aus dem Datenmaterial (Mayer, 2011, S. 115).

Aus diesem Grund wurden die in dieser Arbeit ermittelten Kategorien mit Originalzitate aus den Interviews untermauert.

- **Regelgeleitetheit**

Die Offenheit bezüglich Fragestellung und Vorgehensweise, die in der qualitativen Forschung herrscht, bedeutet nicht, dass willkürlich vorgegangen werden darf (Mayer, 2011, S. 115). Bestimmte Verfahrensregeln sind zu beachten und das Material ist systematisch zu bearbeiten (Mayring, 2016, S. 145f).

In der vorliegenden Arbeit wird die schrittweise, systematische Bearbeitung des Materials detailliert beschrieben.

- **Nähe zum Gegenstand**

Dieses Gütekriterium verlangt, dass sich der Forscher bzw. die Forscherin in die Lebenswelt der Betroffenen begibt und das Phänomen, das erforscht werden soll, aus der naturalistischen Erlebensperspektive betrachtet wird. Nähe zum Gegenstand kann bedeuten, dass die Forschung im Feld durchgeführt wird, dem natürlichen Umfeld, wo das Phänomen vorkommt, oder die Personen befragt werden, um deren Sichtweise es geht (Mayer, 2011, S. 115). Dadurch soll möglichst nahe an der Alltagswelt der befragten Subjekte angeknüpft werden (Mayring, 2016, S. 146).

Zur Gewinnung der Daten wurden Personen befragt, welche selbst einen bariatrischen Eingriff erlebt haben. Bei der Ortswahl zur Interviewführung wurde den Wünschen der Befragten nachgegangen.

- **Kommunikative Validierung**

Die Gültigkeit der qualitativen Forschungsergebnisse kann überprüft werden, indem sie den Befragten vorgelegt und mit ihnen darüber diskutiert wird. Die kommunikative Validierung kann aber auch stattfinden indem die ForscherInnen über die Ergebnisse diskutieren und somit überprüfen (Mayer, 2011, S. 115f).

Die Ergebnisse wurden mit einer Kommilitonin sowie mit dem wissenschaftlichen Betreuer der Arbeit diskutiert und überprüft. Mehrmals wurden auch Teilergebnisse mit

InterviewpartnerInnen nach den Interviews besprochen, da großes Interesse an den Ergebnissen seitens der teilnehmenden Personen herrscht.

4.6. Ethische Aspekte

Wie auch in der medizinischen Forschung gilt für die Pflegeforschung, dass die ProbandInnen das „Subjekt“ sind, dessen Gesundheit und Persönlichkeitsrechte zu schützen sind. Unabdingbare Voraussetzung für die Forschung am Menschen ist der „informed consent“, die aufgeklärte Einwilligung (Körtner, 2012, S. 152). Die befragten Personen wurden vor Beginn der Untersuchung ausreichend hinsichtlich Planung und Zweck, möglichen Nutzen und Risiken und ihre Rolle in der Untersuchung in verständlicher Form, informiert. Dazu wurde den ProbandInnen ein Informationsschreiben, welches im Anhang eingesehen werden kann, vorab ausgehändigt. Darin wurde den teilnehmenden Personen die Anonymität, demgemäß keinerlei Rückschlüsse ihre Person betreffend, versichert. Die Daten wurden nicht an Dritte weitergegeben und dienten rein dem Zweck der Untersuchung.

Sollte ein Schaden psychischer Natur durch die emotionale Belastung durch das Ansprechen des Themas auftreten, wurde den Befragten Kontakte zu PsychologInnen oder anderen gewünschten Kontakten angeboten. Im Informationsschreiben wurden die ProbandInnen darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne zu erwartende Nachteile für sie, revidiert werden kann. Die befragten Personen wurden genau informiert wie eine Teilnahme an der Studie aussieht. Um die Entscheidungsfreiheit nicht einzuschränken wurde von einer Rekrutierung im eigenen Krankenhaus abgesehen, da sich die Personen sonst aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustandes und ihrer mehr oder weniger großen Hilfsbedürftigkeit in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal befänden (Mayer, 2002, S. 55ff; Mayer, 2011, S. 62ff). Durch den öffentlichen Aufruf über soziale Medien oder Online-Foren konnte jeglichem Abhängigkeitsgefühl entgegengewirkt werden und die StudienteilnehmerInnen konnten sich aus freiem Willen zur Teilnahme an der Untersuchung melden. Ein Einverständnis der ProbandInnen wurde vor Beginn der Untersuchung eingeholt, welches unbedingt aus freiwilliger und informierter Zustimmung erfolgen musste und in schriftlicher Form anhand einer Unterschrift der teilnehmenden Personen dokumentiert wurde.

5. Ergebnisse

Aus den erhobenen Daten kann ein phasenhafter Verlauf der Erlebnisse eruiert werden, der durch fünf zentrale Phänomene geprägt wird. Diese Phasen bilden einen Prozess von der Entscheidung, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen, bis zum postoperativen Erleben nach der Operation. Das erste Phänomen **Dick sein** beschreibt die Phase des Erlebens vor dem operativen Eingriff. In dieser Kategorie schildern die Personen ihre Erfahrungen als adipöse Menschen. Aus den Erfahrungen, dick zu sein, ergibt sich unter anderem der Weg zur Entscheidung, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen. In weiterer Folge wird das Phänomen **Die Entscheidung treffen** fokussiert. In dieser Phase wird der Moment, wo sich die befragten Personen für die Operation entscheiden, detailliert behandelt. Eine der Konsequenzen der Phase **Die Entscheidung treffen** stellt die Operation selbst dar, welche eine Zäsur im Leben der betroffenen Personen darstellt.

Nach der Operation sind komplexe Veränderungen zu beobachten. Ganz zentral ist hier kurz nach dem Eingriff das **Auf den neuen Körper hören**. In dieser Kategorie werden, wie der Name der Kategorie bereits zeigt, die körperlichen Veränderungen des postoperativen Prozesses fokussiert. Nach der ersten Phase der Instabilität erfolgt eine Neuerlernung des Essens. **Neu essen lernen** tritt hier in den Fokus der Betroffenen, bevor sie nach einer gewissen Zeit eine **Disziplinierte Routine erlangen**, in der die Neuerlangung von Sicherheit und Stabilität thematisiert wird.

Zur besseren Veranschaulichung werden die gewonnenen Ergebnisse graphisch dargestellt.

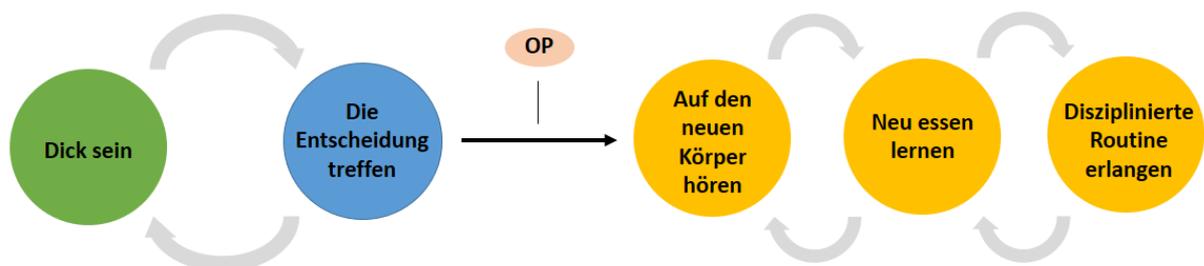


Abbildung 5: Graphische Darstellung der Ergebnisse

5.1. Dick sein

Dick sein beinhaltet Erlebnisse und Erfahrungen, welche den befragten Personen vor dem Eingriff wiederfuhren. An dieser Stelle wurden sowohl positive als auch negative Erfahrungen geschildert. Anzumerken ist, dass die Schilderungen der Erfahrungen bei manchen bereits im Kindes- und bei anderen erst im Erwachsenenalter beginnen. Letztere litten erst als erwachsene Personen an Übergewicht und somit begann die Zeit als adipöser Mensch erst später, was auf den eigentlichen Weg der Entscheidungsfindung jedoch keinen Einfluss hatte. Lediglich der Leidensweg ist hier kürzer.

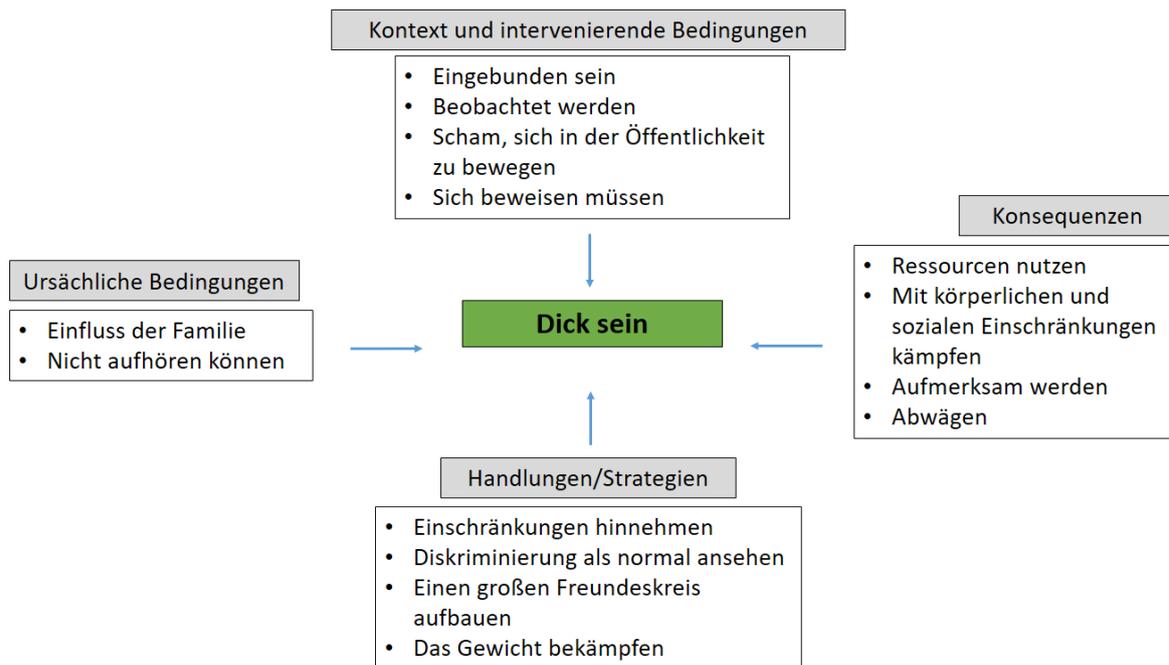


Abbildung 6: Darstellung des Phänomens **Dick sein**

Ursächliche Bedingungen

Als Ursache für das **Dick sein** werden in dieser Untersuchung unterschiedliche Faktoren identifiziert. Eine Interviewpartnerin hatte nach einem Unfall stark zugenommen und die Situation war für sie nicht mehr kontrollierbar. Bezüglich unkontrollierbarer Situationen wurde ein Problem mit der Sättigung angeführt. Eine betroffene Person konnte große Mengen an Nahrungsmitteln zu sich nehmen und verspürte doch nie das Gefühl, satt zu sein. Eine andere Betroffene gab an, dass sie schon immer dick gewesen sei, auch als Kind. Ganz zentral ist hier der **Einfluss der Familie** auf die befragten Personen. Betroffene wurden bereits von der Mutter auf Diät gesetzt. Diese Erfahrung stellte von den Befragten ein einschneidendes Erlebnis dar, welches prägend auf sie gewirkt habe. In vielen Fällen sind die Eltern, Geschwister, Großeltern oder andere Verwandte ebenfalls übergewichtig. Oft war im Besonderen die Mutter sehr schlank und legte großen Wert auf das Äußere der eigenen Kinder. Dem Kind wurde nahegelegt, dass nur dünne Leute Erfolg hätten und dicke Menschen zu nichts kämen. So musste eine der Betroffenen mit acht Jahren das erste Mal eine Diät machen. Oftmals wurde den befragten Personen auch mit Hohn und Spott innerhalb der eigenen Familie begegnet. Eine Person wurde als Kind wochenlang auf ein „*Camp zum Abnehmen*“ (11, Z 291) geschickt. Die Mutter konnte nicht akzeptieren, ein übergewichtiges Kind zu haben. Diese Erfahrung wurde von der Betroffenen als sehr schlimm in Erinnerung behalten. Im Erwachsenenalter machte sie keine Diäten mehr und begann so ein wenig Gewicht abzunehmen. Einer anderen Studienteilnehmerin blieb ein Erlebnis aus ihrer Kindheit besonders in Erinnerung:

„Also wenn es geheißen hat, ich darf zur Oma fahren, dann bin ich vorher auf die Waage gestellt worden und dann zur Oma gebracht worden und nachher auf die Waage und wenn ich zugenommen habe, also so ein halbes Kilo oder so, weil es halt bei der Oma Apfelradl gegeben hat oder Grießschmarrn oder solche Sachen, dann war halt wieder ahm Diät angesagt.“ (18, Z 124-128)

Eine der befragten Personen beschrieb ebenfalls ein entscheidendes Erlebnis aus ihrer Kindheit:

„Wir waren, also meine Schwester und ich wir waren&also ich war dünn bis ich in die erste Volksschule kommen bin&also wir haben einen Vater der Alkoholiker war&also es (.) naja, weiß ich nicht (.) sicher hängt das zusammen. Der hat dann seine Freundin in die Wohnung mit rauf geschleppt, wie wir klein waren [...]“ (16, Z 180-183)

Die beiden Schwestern hatten später eine Mandeloperation, nach der sie dann begannen, an Gewicht zuzunehmen. Die Mandeloperation in Verbindung mit den familiären Bedingungen wurden als Ursache für die Gewichtszunahme angesehen.

Eine Person schilderte, dass ihr Vater ihr Tabletten zum Abnehmen gekauft habe, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Dieses Ereignis stellte für die Befragte den ausschlaggebenden Punkt zum Bruch mit der Familie dar.

Neben dem Einfluss der Familie spielt auch das **Nicht aufhören können** für die Erfahrung dick zu sein eine große Rolle. Durch unregelmäßiges Essen und langzeitigen Verzicht auf Nahrung kommt es bei den Personen zu Heißhungerattacken, die nicht kontrollierbar sind. Mehrmals wurde von einer Nahrungskarenz bis zu acht Stunden berichtet. In Folge dessen erlitten die Betroffenen eine *Fressattacke* (14, Z 88), die nicht gestoppt werden konnte. Dabei kam es zum totalen Kontrollverlust, bei dem sie nicht zu Essen aufhören konnten. Nach so einer Attacke wurden sie vom schlechten Gewissen geplagt.

„[...] diese ganzen Fressattacken. Das waren keine Essattacken. Ich habe Sachen auf einmal gegessen. Ich weiß nicht warum. Da ist einfach ein Dings in den Kopf gekommen und dann hab ich eine Menge gebraucht. Je süßer desto besser und je fetter desto besser. Und dann bin ich da gelegen und ah:::, war tot, ja.“ (14, Z 226-230)

Demgegenüber wurden Personen befragt, die kontinuierlich gegessen haben, ganz unabhängig von Stress oder schwierigen Situationen. Essen wurde hier als große Leidenschaft bezeichnet. Ebenso wird von heimlichen Essen erzählt.

„Und dann hab ich geheiratet, in der&also ich hab keine gute Ehe gehabt und da hab ich eigentlich das Essen auch immer heimlich machen müssen und ja, irgendwann kommt der Zeitpunkt, da isst du, also, ja, ich meine krank.“ (16, Z 187-190)

Oft wurde lieber heimlich gegessen, da die Personen die vorwurfsvollen Blicke meiden wollten, wenn sie wieder eine Diät nicht durchhielten.

„Und ich hab mir dann ja durch die ganzen Diäten hab ich mir das Essen abgewöhnt. Das offizielle Essen. Ich bin dann in der Nacht aufgestanden, hab den Kühlschrank aufgemacht und hab es mir heimlich reingeschoben. Also ich hab mehr heimlich gegessen als offiziell gegessen. Und::: das ist einfach das Problem, finde ich, dass ich halt dann schnell, schnell, dass es ja keiner sieht, weil sonst heißt es wieder: ‚Ja, komm, du musst an deine Diät denken.‘ Oder so und da hab ich halt schon ganz schön Gas gegeben, ja, oder wenn keiner zu Hause war (.) schnell.“ (18, Z 103-109)

Zusätzlich wird eine schwierige Ehe oder eine schlimme Kindheit als Einflussfaktoren auf das **Dick sein** erwähnt. Probleme wurden diesbezüglich immer gut *weggegessen*.

„wenn irgendwas war, dann hab ich das mit Essen auch gut runterschlucken können.“ (17, Z 97-98)

Kontext und intervenierende Bedingungen

Im Kontext stehen hier Erfahrungen im Umgang mit der sozialen Umwelt. Die Wahrnehmung durch andere spielt hier eine tragende Rolle. Wie bereits erwähnt, wurden positive und negative Erfahrungen als adipöse Person beschrieben. Einige Betroffene erfuhren trotz ihres Übergewichtes Zuwendung durch andere. Die Personen waren in ein stabiles soziales Netz eingebunden. Dieses **Eingebunden sein** wurde auch in Bezug auf das Berufsleben erwähnt. Mehrmals wurde auch angeführt, dass Freunde der Betroffenen diese nicht als dick wahrnahmen. Eine starke soziale Vernetzung war durchaus gegeben. Dieser Faktor wird erfasst, wenn die Personen weiterhin beweglich bleiben und sie sich aktiv im sozialen Umfeld bewegen. Einige der interviewten Personen nahmen sich selbst nicht als dick wahr.

*„Nein, **nie**. Ich hab mich nie dick gesehen. Ich hab mich ja eigentlich, ich weiß nicht, ich glaube ich bin mit 16 stehen geblieben vom Bild her. Da war ich&ja, da hab ich mir eigentlich ganz gut gefallen und ich glaube mit 16 bin ich stehen geblieben, also auch, wenn ich in den Spiegel geschaut habe“ (18, Z 185-188)*

Bei diesen Fällen lässt sich beobachten, dass eine soziale Anbindung gegeben war und den adipösen Menschen mit Akzeptanz begegnet wurde. Es wird ein großer Freundeskreis aufgebaut, in dem die Freunde sich gegenseitig Unterstützung zukommen lassen und sich untereinander helfen. Ebenso erfahren die StudienteilnehmerInnen starken Rückhalt aus der Familie.

Demgegenüber machten viele befragte Personen die Erfahrung, als adipöse Person im Fokus des Interesses anderer Personen zu stehen. **Beobachtet werden** lässt sich als besonders negative Erfahrung im Umgang mit anderen Menschen identifizieren. Die befragten Personen hatten ständig das Gefühl, von anderen beim Essen oder bei Freizeitaktivitäten beobachtet zu

werden. Sie spürten die Blicke auf sich ruhen, was als sehr diskriminierend empfunden wurde. Dieses Gefühl der Beobachtung trug dazu bei, dass sich manche InterviewpartnerInnen aus der Öffentlichkeit zurückzogen.

Eine besondere Herausforderung war hier auch die Suche nach einem passenden Sessel, zum Beispiel in Restaurants. Auch dabei fühlten sich die Personen ständig unter Beobachtung. Hierzu schilderte eine befragte Frau ein Erlebnis, welches ihr besonders in Erinnerung geblieben sei:

„Es hat einmal eine Situation gegeben, da war ich mit meiner Tochter in Athen, wie ich noch stark war, und da waren wir in einem Lokal und da waren so Korbsessel und da hab ich mir gedacht: ‚Okay, die gehen.‘ Weil da locken sie dich immer rein und dann bin ich reingegangen und der ist nicht gegangen der Sessel und daneben&und irgendwo ist ein Ehepaar gesessen, die haben das natürlich mitgekriegt. Natürlich hab ich mich jetzt reingequält in den Sessel, aber ich bin so seitlich gesessen, aber mir ist es nie passiert, dass der Sessel stecken geblieben ist an mir (lacht)“ (16, Z 287-293)

Bei Personen, die an zunehmender Unbeweglichkeit leiden, lässt sich vermehrt ein sozialer Rückzug feststellen. Es wird diesbezüglich **Scham, sich in der Öffentlichkeit zu bewegen** geäußert. Es kann festgestellt werden, dass adipöse Personen diesbezüglich große Angst vor Diskriminierung haben, was die Einschränkung der Sozialkontakte wiederum verstärkt.

Eine betroffene Person, die auch als Jugendliche bereits übergewichtig war, schilderte im Interview eine für sie ausschlaggebende Erfahrung, an ihrer Situation etwas zu ändern.

„meine Freundin waren halt dünner. Die waren dünn und ich war halt eher so ein bisschen fülliger. Und das war halt so der Punkt, wo ich mir gedacht habe: ‚Ja, abnehmen!‘ Und dann hat’s angefangen mit den ersten Diäten“ (17, Z 32-35)

Weiter zeigt sich, dass sich die Befragten selbst sehr unter Druck setzen. Sie haben das Gefühl sich in der Arbeit oder auch im Familienleben immer beweisen zu müssen. Durch dieses **Sich beweisen müssen** leiden die Betroffenen unter großem Stress. Als Strategie zur Bewältigung dieser Belastung beschrieb eine Person den Weg zum Süßigkeiten-Automaten.

„Auf einmal musst du dir drei Maschinen anschauen. Da hab ich einen leichten, dezenten innerlichen Stress gehabt. Was hab ich gemacht? Ich bin sofort zum Süßigkeiten-Automaten hin, hab mir was Süßes heruntergelassen und hab das gegessen, hab dann im dezenten Stress zum Arbeiten angefangen.“ (14, Z 208-212)

Handlungen und Strategien

Die befragten Personen entwickeln im Laufe der Zeit verschiedene Handlungen und Strategien, um mit dem **Dick sein** umzugehen. Die Befragten müssen **Einschränkungen**

hinnehmen. Die betroffenen Personen gingen beispielsweise nicht mehr baden, aus Angst vor abfälligen Blicken. Eine Person erzählte, wie sie diesen Blicken aus dem Weg gegangen sei:

„Ich hab auch immer Situationen abgewartet, wenn der Kellner&also wenn sie kassiert haben, wenn ich gewusst habe die Leute sind alle beschäftigt, dann bin ich aufs Klo gegangen, das hab ich aber sonst niemanden erzählt natürlich. Ich meine, über so etwas redet man nicht.“ (I6, Z 260-263)

Eine Person berichtete über ihre Scham in der Öffentlichkeit nackte Haut zu zeigen und die damit verbundenen Restriktionen.

„Im Sommer bin ich auch mit einer langen Hose gegangen, weil ich mich halt geniert hab wegen meiner Füße.“ (I8, Z 177-178)

Auch das Essen in der Öffentlichkeit wurde vermieden, da die Betroffenen dabei immer angestarrt wurden.

Von den Beteiligten wird Diskriminierung als normal angesehen. Sie finden sich mit der Außenseiterrolle ab, da ihnen bewusst ist, dass sie durch ihre Adipositas aus der Norm fallen. In der Kategorie **Diskriminierung als normal ansehen** findet sich auch die Diskriminierung im Kindesalter, welche als besonders verletzend empfunden wurde. Eine Person betonte, dass diese Zeit für sie sehr schmerzhaft gewesen sei.

„Man muss sich wirklich eine dicke Haut zulegen, weil...Meistens waren die Kinder das Schlimmste. Als ich noch in der Kindheit war, bin ich auch schon dick gewesen und das war das Schlimmste. Also, ausgeschlossen werden, immer der Außenseiter sein und wenige Freunde und ja...“ (I1, Z 17-20)

Hier muss betont werden, dass einige Personen der Diskriminierung die Entwicklung ihrer starken Persönlichkeit zuschreiben, was durchaus als positiv empfunden wird. Im Erwachsenenalter hatten die Befragten meist keine Probleme mehr mit Diskriminierung. Eine der befragten Personen betonte, dass sie bei Beleidigungen immer schnell eine schlagfertige Antwort gefunden habe.

*„Mir hat einer ins Gesicht sagen können: ‚Du fette Sau.‘ Das war mir wirklich egal. Ja. Weil ich hab dann meistens eine passende Antwort gehabt. Kennen Sie wahrscheinlich auch, ja: ‚Abnehmen kann ich, aber g’scheiter wirst du nie.‘ **Na. Zum Beispiel.**“ (I2, Z 241-244)*

Es wurde versucht, negative Äußerungen über das Erscheinungsbild abprallen zu lassen und nicht zu beachten. Durch die häufige Konfrontation mit Diskriminierung legten sich die Befragten einen Schutzmantel zu, welcher die verletzenden Worte nicht durchließ.

„Früher habe ich den Schutzmantel umgehabt, da war mir ‚du Dicke‘ wurscht“ (I8, Z 472-473)

Hilfreich war auch ein Verschließen der Augen vor der Diskriminierung und diese einfach zu ignorieren.

Eine weitere Strategie, um mit negativen Erfahrungen umzugehen, stellt der **Aufbau eines großen Freundeskreises** dar. Die Befragten waren durchaus viel mit Freunden unterwegs. Anderen wurde immer geholfen.

„Es haben immer alle gesagt: ‚Mit dir kann man Pferde stehlen!‘“ (I8, Z 490-491)

Auf der anderen Seite steht die Handlung, sich zurückzuziehen und sich dadurch vor Diskriminierung und schlechten Erfahrungen zu schützen.

Ebenso wird versucht, das Gewicht zu bekämpfen. Das Übergewicht wird als Grund für negative Erfahrungen und Einschränkungen benannt. Jedoch ist die Gewichtszunahme im Laufe der Zeit für viele nicht mehr zu beherrschen. Mit der stetigen Gewichtszunahme gehen dann diverse Diäten einher. **Das Gewicht bekämpfen** ist ein ständig präsent Thema. Alle befragten Personen hatten bereits eine Vielzahl an Diäten angewandt, wie Weight Watchers, Krautsuppendiät oder Verzicht auf Kohlenhydrate. Der Erfolg blieb jedoch meist aus. Nach der Beendigung einer Diät folgt für die Personen der ernüchternde Jo-Jo-Effekt. Es wurde von hunderten Kilos berichtet, die ab- und wieder zugenommen wurden. Die Betroffenen sprachen von einem ewigen Auf und Ab. Das Gewicht konnte nach einer Diät nicht gehalten werden, sie bekamen es nicht in den Griff. Eine Person beschrieb dieses *Kämpfen* (I4, Z 225) wie folgt:

„Immer wenn ich mir gedacht habe: ‚Nein, jetzt isst du nichts mehr!‘, geht’s schon wieder zum Eiskasten, na.“ (I6, Z 90-91)

Konsequenzen

Im Umgang mit Diskriminierung und Einschränkungen können die befragten Personen verschiedene **Ressourcen nutzen**. Für viele Betroffene stellt das aufgebaute soziale Netz eine wichtige Ressource im Umgang mit Diskriminierung und körperlichen Einschränkungen dar. Das soziale und im Speziellen auch familiäre Netzwerk wird als Quelle der Kraft eingestuft, welches vor allem in schwierigen Situationen als besonders hilfreich beurteilt wurde. Durch diesen Rückhalt und die Akzeptanz durch Freunde und Familie können Diskriminierungen besser bewältigt werden.

Trotz der großen Unterstützung werden viele Dinge, die die Personen gerne machen würden, nicht mehr unternommen, aus Angst vor Diskriminierung oder auch weil es von der Beweglichkeit her nicht mehr möglich ist. Bezüglich **Mit körperlichen und sozialen Einschränkungen kämpfen** wurde von einer Interviewpartnerin geschildert, dass sie früher sehr gerne baden gegangen sei.

„ich bin ja nicht mehr gegangen und ich hab das aber so gerne gemacht.“ (I6, Z 367-368)

Aus Angst vor den Blicken anderer wurde sie in ihrem Tun eingeschränkt. In weiterer Folge berichtete sie von einem zunehmenden sozialen Rückzug.

Eine Person wollte die negativen Erfahrungen und Diskriminierungen durch eine gute Ausbildung ausblenden.

„Ich habe mich ja nicht nur über mein Äußeres definiert. Ich habe meine Ausbildung, meine Kinder und so weiter gehabt.“ (17, Z 131-132)

Durch eine gute Ausbildung wurde eine Erhöhung des Selbstwertes begünstigt, aus der viel Kraft geschöpft werden konnte. Ebenso wurden hier die Kinder als Ressource angeführt. Auch herrschte eine große Angst, dass die eigenen Kinder ebenfalls Probleme mit dem Gewicht bekommen. Eine Person beschrieb dies wie folgt:

„Irgendwie versuch ich halt, dass sie ein normales Essverhalten kriegen und das Verhalten zum Essen. Ich habe ein absolut gestörtes Verhalten und das weiß ich auch, dass es so ist.“ (18, Z 151-153)

Weiter betonten einige Frauen, dass sie daran gelitten hätten, von Männern keine Beachtung geschenkt zu bekommen.

„Man ist für die Männerwelt halt relativ unsichtbar. Das muss man schon sagen.“ (17, Z 88-89)

Eine dieser Frauen hob ihren Wunsch nach einer eigenen Familie hervor, der als Folge ihrer Adipositas nicht erfüllt werden konnte. Für sie stellte der Wunsch nach einer eigenen Familie den Hauptgrund für die Operation dar.

Neben den sozialen Restriktionen sind die körperlichen Einschränkungen ganz zentral positioniert. Die Betroffenen berichteten über tiefgreifende Einschränkungen aufgrund der Adipositas. So beschrieb eine Person ihre eingeschränkte Beweglichkeit wie folgt:

*„Wenn ich aufs Laufband steige und ich kann keine 2 Minuten gehen, ja, oder ich bin am Laufband gewesen und bin im Spital gelandet, weil die Bandscheiben nicht mehr mitgespielt haben, ja, da denkst du dir selber: **Furchtbar!**“ (13, Z 275-278)*

Die körperlichen Einschränkungen wurden bei allen Betroffenen erwähnt. So wurden Probleme beim Schuhanziehen, dadurch dass sich die Betroffenen nicht bücken können, schmerzhaftes Beine oder schnelles Außer-Atem-kommen geschildert. Außerdem seien Erledigungen auf die lange Bank geschoben worden:

„In einem gewissen Moment was das Gewicht angeht, ist man träge und man fängt an aufzuschieben. Das ist wie bei einem Kiffer. Du verschiebst alles auf morgen. Wirklich. ‚Nein, das mach ich morgen.‘ Das ist...‘Nein, nachher.‘“ (13, Z 247-250)

Durch das ständige Auf und Ab und die Erfolglosigkeit der Abnehmversuche werden die adipösen Personen aufmerksam auf chirurgische Alternativen. Beim **Aufmerksam werden**

auf die Möglichkeit einer Operation muss unterschieden werden zwischen Personen, welche auf einen bariatrischen Eingriff aufmerksam gemacht werden und welche, die von sich aus auf der Suche nach einer chirurgischen Lösung ihrer Adipositas sind. Für viele Personen stellte diese Art von Operation ein ganz neues Thema dar, von dem sie noch nie gehört hatten. Oft wurden die Befragten von Personen in ihrem unmittelbaren Umfeld oder auch innerhalb der Familie auf die Möglichkeit eines bariatrischen Eingriffs aufmerksam gemacht. Eine der befragten Personen erfuhr von einer Freundin von der Existenz dieses Eingriffs.

*„Es war eigentlich ganz witzig, weil, es hat eine Freundin von mir angerufen und hat gemeint: ‚Du, pass auf, ich habe die Lösung aller Lösungen! Ah, es gibt die Frau Dr.-. [...] Die operiert dich und dann nimmst du innerhalb kürzester Zeit **voll viel ab** und dann brauchst du das ganze Herba-Life-Zeug nicht mehr!‘
(18, Z 7-12)*

Die Interviewten haben meist Bekannte, die diese Operation bereits machen ließen. Daher beginnen sie sich selbst mit dem Thema auseinanderzusetzen. Das Internet ermöglicht in weiterer Folge eine rasche Informationssammlung über bariatrische Eingriffe. Für viele war anfangs jedoch ein bariatrischer Eingriff keine Option, da es sich beim Magen um ein gesundes Organ handelte. Eine chirurgische Lösung des Gewichtsproblems kam deshalb nicht in Frage. Die betroffenen Personen beginnen dann aber mit dem **Abwägen** der Vor- und Nachteile des Eingriffs. Sie suchen sich Informationen, um mehr über diesen Eingriff zu erfahren. Sie stellen sich die Fragen, ob die chirurgische Option für sie in Frage kommt. Das Abwägen beginnt bei den meisten Personen lange vor dem tatsächlichen Eingriff. Oft zieht sich dieser Prozess des Abwägens und der Informationsgewinnung über Jahre, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema und möglichen Folgen stattfindet.

5.2. Die Entscheidung treffen

Durch das **Aufmerksam werden** und langsame **Abwägen** der Vor- und Nachteile kommt es in weiterer Folge zu **Die Entscheidung treffen**. Hier werden die verschiedenen Wege der Personen behandelt, wie sie zu der Entscheidung, sich einem bariatrischen Eingriff zu unterziehen, kommen und welchen Einflüssen sie dabei ausgesetzt sind.

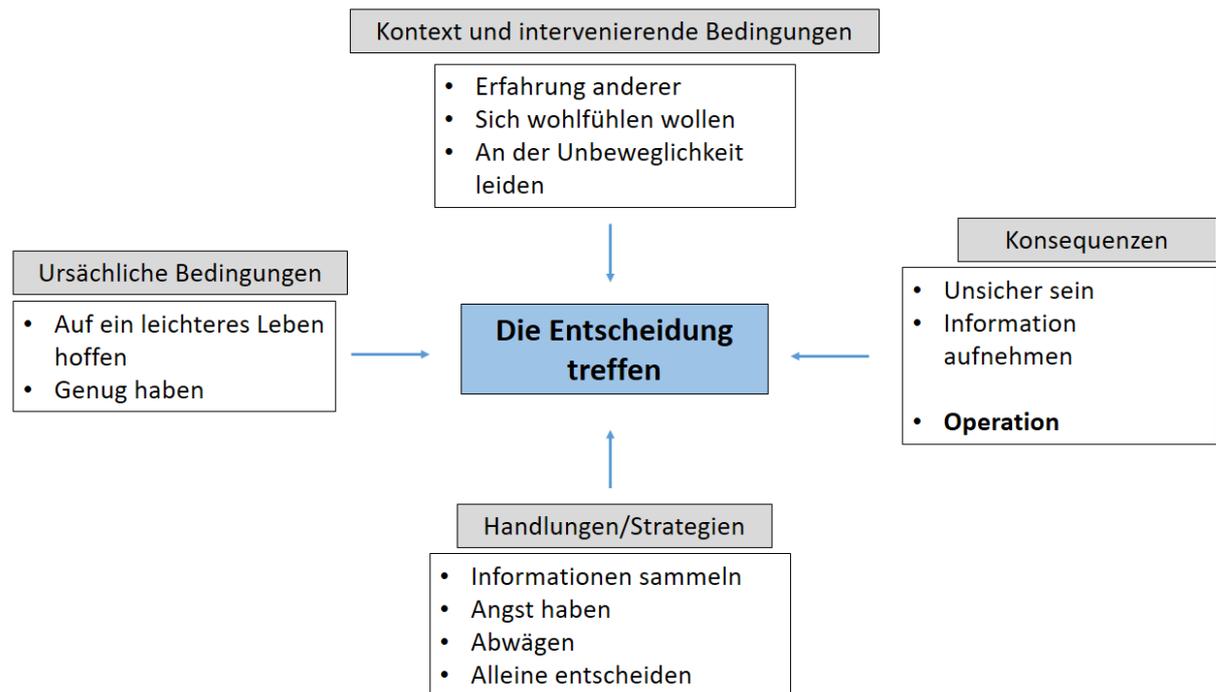


Abbildung 7: Darstellung des Phänomens **Die Entscheidung treffen**

Ursächliche Bedingungen

Ganz zentral für **Die Entscheidung treffen** ist **Auf ein leichteres Leben hoffen**. Die Erwartungen an den Eingriff sind in allen Interviews Thema. Jeder Proband/jede Probandin setzt große Hoffnungen auf den Eingriff. Eine der Interviewten beschrieb es mit den Worten:

„Ich wollte, dass sich mein Leben ändert. Das war das Einzige.“ (I1, Z 74)

Dadurch stieg der Druck, den sich die Betroffenen selbst auferlegen, enorm. Die Befragten wünschen sich ein gesünderes und längeres Leben, da bei den meisten bereits Begleiterkrankungen auftraten. Die Betroffenen malten sich aus, wie das Leben nach dem Eingriff aussehen würde und was sie als schlanker Mensch alles erreichen könnten.

„Einfach das Gewicht, die Masse weg und ein leichteres Leben.“ (I4, Z 86-87)

Die befragten StudienteilnehmerInnen erwarteten sich durch den Eingriff einen Neuanfang. Viele wollten auch mit einer schlimmen Kindheit, einer schlechten Ehe oder Diskriminierungen abschließen.

„Und::: dann war eben die Scheidung und irgendwie wollte ich, glaube ich, alles (.) abstreifen. Ja, also (.) Ich wollte mein Gewicht abstreifen, ich wollte die Ehe abstreifen. Alles vernichten im Endeffekt, was mich an ihn gebunden hat. Und das war eigentlich der Schritt oder die Entscheidung. Deshalb wollte ich es machen. Ich wollte mich einfach komplett verändern und neu anfangen.“ (I8, Z 158-162)

Betont wurde auch die Hoffnung auf eine Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes. Eine Betroffene meinte, dass sie die nächsten 15 Jahre gerne hübsch sein möchte. Diesbezüglich

wurde auch der Wunsch nach einem Partner und einer eigenen Familie ausgedrückt, was durch die Gewichtsabnahme erreicht werden sollte.

„Weil::: ich einen Mann kennenlernen wollte. Ich wollte eine Familie gründen.“

(11, Z 28)

Häufig sind die Erwartungen an den Eingriff mit einem Wunschgewicht verbunden. Diesbezüglich drückten die Befragten große Angst aus, dass sich die Erwartungen nicht erfüllen.

Zusätzlich werden auch Ängste eines nahen Lebensendes angeführt. Eine Person gab an, dass sie Angst habe, keine sechzig Jahre zu werden. Ebenso spielte die Angst vor Krankheiten bei vielen eine tragende Rolle. Diese Angst steht in Verbindung mit der Hoffnung auf Beschwerdefreiheit. Eine Probandin gab an, dass sie sich entschieden habe zwischen der Gewissheit sterben zu müssen, wenn sie nicht abgenommen hätte oder einem zehnprozentigen Risiko bei der Operation selbst zu sterben. Diese statistischen Zahlen hatte sich die Person vor der Operation selbstständig aus dem Internet herausgesucht.

Bei allen befragten Personen ist festzustellen, dass irgendwann der Moment kommt, wo es den Betroffenen reicht und sie **Genug haben**:

„Also ich hab alles Mögliche versucht. Und das war ein ewiges Auf, Ab, Auf, Ab. Und irgendwann hat man dann genug und man sagt: ‚Das muss ein Ende haben!‘“ (12, Z 57-59)

Das Treffen der Entscheidung ist sehr schwer. Aus den Daten wird auch deutlich, dass einige Personen diese Phase mehrmals erleben, was den zyklischen Ablauf des Prozesses hervorhebt. Die Personen befassen sich bereits intensiv mit der Entscheidung und entscheiden sich aber doch wieder gegen den Eingriff. Schließlich sehen die Befragten nach dem jahrelangen Hin und Her dann aber keine Alternative mehr zum operativen Eingriff. Häufig wird den Personen auch von ärztlicher Seite zu einem bariatrischen Eingriff geraten, aufgrund diverser Komorbiditäten der Adipositas.

*„Und das ist ein Neurologe und der hat dann gemeint, ich habe noch eine alte Verletzung, noch unten von L4-L5, die ich mir angebrochen habe ein Jahr zuvor. Damals hab ich aber weniger gewogen, so circa 100 Kilo. Und er hat gemeint, es sieht ganz schlecht bei mir aus, wenn ich nicht **sofort** abnehme. Ich bin komplett&also von meinem Skelett, dass ist ziemlich im Eimer und es gehört sofort eine Gewichtsreduktion her.“ (15, Z 11-16)*

Durch das Anraten der sofortigen Gewichtsreduktion sah diese Person einen operativen Eingriff als einzige Chance.

Kontext und intervenierende Bedingungen

Das Treffen der Entscheidung ist begleitet von Ängste und Bedenken dem Eingriff gegenüber. Bei vielen Personen hatte die eigene Familie große Angst vor dem Eingriff. Oft wurde versucht,

den ProbandInnen vom Eingriff abzuraten und lieber nach Alternativen zu suchen. Dieses Verhalten konnte vor allem bei Personen beobachtet werden, wo sich bereits Bekannte im sozialen Umfeld operieren hatten lassen und schlechte Erfahrungen mit dem Eingriff gemacht hatten. Die **Erfahrung anderer** trägt maßgeblich zur Entscheidung für oder gegen den Eingriff bei. Bei zwei Betroffenen waren Angehörige selbst im Gesundheitswesen tätig und standen in direktem Kontakt mit Personen, welche sich operieren hatten lassen. Diese Angehörigen standen dem Eingriff äußerst skeptisch gegenüber. Aufgrund der Aussichtslosigkeit anderer Methoden wurden die Ängste und Vorwürfe der Angehörigen von den Betroffenen aber ignoriert. Eine Person schilderte dazu die Reaktion der eigenen Mutter.

„Von der Familie her, meine Mutter, die hat extrem::: geizt, ja, obwohl sie eine Krankenschwester ist. Sie arbeitet auf der Intensivstation. Sie hat täglich bis zu fünf bariatrische OPs bei sich liegen und ‚Denen geht’s so super und denen geht’s so toll‘. Sie arbeitet im (Spitalname) in Linz. ‚Ja und die haben nichts, die können gleich aufstehen.‘ Und hin und her und bla bla bla. Ja, aber sie selber hat mit dem nicht umgehen können, dass ich mir das jetzt machen lass, ja. Und bei mir war sie komplett dagegen. Sie ist nach wie vor komplett dagegen, sie sagt, dass ich mich verschandelt habe und was weiß ich was. Und (2) ja. Mir ist das egal (3).“ (I4, Z 266-273)

Aus den Daten geht deutlich hervor, dass die negative Erfahrung anderer zwar einen hemmenden Faktor darstellt und dieser auch zu einer verzögerten Entscheidung führen kann, sich die Befragten aber trotz Bekannter mit negativen Erfahrungen nach einer gewissen Zeit für den Eingriff entscheiden.

„Nein, da hab ich mich noch nicht, nein, da hab ich das immer abgelehnt, da hab ich immer nein gesagt, weil ich weiß, weil eine Freundin von mir die hat sich das machen lassen und der ist es nicht gut gegangen. Die hat so viel erbrochen. Und da hab ich gesagt: ‚Nein, das lass ich mir nicht machen.‘“ (I6, Z 75-78)

Großes Thema ist zusätzlich die Kategorie **Sich wohl fühlen wollen**. Viele StudienteilnehmerInnen fühlten sich in ihrem Körper nicht mehr wohl. Sie litten unter dem Gefühl, nicht mehr das machen zu können, was sie gerne wollten. Eine Probandin gab an, dass sie besonders an der Kleidung für adipöse Menschen gelitten habe.

„Auf der einen Seite hab ich mich wohl gefühlt in meinem Körper, auf der anderen Seite hab ich mir natürlich gewünscht einmal ein kurzes Kleid anzuziehen. Oder mein größter Wunsch war, ich mein, das klingt jetzt blöd, aber ein Blümchen-BH. Und den gibt es einfach nur in kleinen Größen [...] also unter der Unterwäsche für dicke habe ich extrem gelitten. Weil da gibt’s schwarz, weiß, Oma, also schlimm. Wirklich schlimm.“ (I8, Z 166-173)

Auch im Sommer wurden aus Scham lange Hosen getragen.

Häufig wurde auch das **An der Unbeweglichkeit leiden** erwähnt, welches meist mit der Adipositas einherging. Als besonders schlimm wurde hier die Unfähigkeit, sich selbst die Schuhe zubinden zu können, erachtet. Auch das Problem mit zu kleinen Sesseln wurde mehrmals angegeben. Die Befragten gaben das Finden von passenden Sesseln immer als sehr peinliche Momente an. Sie fühlten sich dabei beobachtet und hatten Angst beim Aufstehen im Sessel stecken zu bleiben. Die Betroffenen hofften, dass solche Ereignisse bald der Vergangenheit angehören würden.

Ganz zentral ist auch die Sehnsucht nach einer dauerhaften Gewichtsreduktion. Die Betroffenen nahmen zwar durch diverse Diäten immer wieder ab, aber nach kurzer Zeit war das abgenommene Gewicht wieder oben und meist noch ein paar Kilo mehr. Diese Erfahrung stellte für alle eine negative Erinnerung dar, welche durch die Entscheidung vermieden werden sollte.

Insgesamt lässt sich sagen, dass alle befragten Personen sich wohlfühlen und ein gesünderes Leben führen wollen. Die Beschwerden, die mit der Adipositas einhergehen, sollen verschwinden und somit die Chance auf ein längeres Leben erhöht werden. Weiter lassen sich hier wiederum große Hoffnungen an den Eingriff erkennen, vor allem wenn der Eingriff bei Bekannten zu positiven Ergebnissen geführt hat.

Handlungen und Strategien

In Bezug auf die Handlungen und Strategien gibt es zwei Optionen. Einerseits gibt es manche Personen, die sich informieren und dann nach einer gewissen Zeit des Bedenkens die Entscheidung treffen, sich operieren zu lassen. Andererseits kann bei einigen Personen festgestellt werden, dass sie sich zuerst entscheiden, einen bariatrischen Eingriff vornehmen zu lassen und dann erst mit der Informationssammlung beginnen. Bei Letzteren lässt sich feststellen, dass das Ausmaß der selbstständigen Informationssammlung bei einigen Interviewten sehr gering ausfiel bzw. bei manchen eine Informationssammlung auch ganz entfiel, da die Zeit des „Abwägens“ sehr kurz war.

Das **Informationen sammeln** ist aufgrund des schnellen Zugriffs auf Information durch das Internet in der heutigen Zeit besonders leicht möglich. Alle Befragten suchten sich Informationen aus dem Internet. Sie sahen sich dort auch Videos an oder informierten sich in diversen Online-Foren. Durch die große Menge an Information, die zur Verfügung stand, fühlten sich die Befragten gut vorbereitet. Die Personen erzählten, dass es nichts gegeben habe, was sie nicht gewusst hätten. Eine Person drückte dies so aus:

„Nein. Nein, ich hab mir das im Internet immer angeschaut. Ich hätte mich schon selber operieren können.“ (I6, Z 233-234)

Demgegenüber standen Aussagen anderer ProbandInnen, die darauf hinwiesen, dass die Vorbereitung und Informationssammlung gar nicht so gut sein könne, dass nichts Unerwartetes mehr aufträte.

„Ja, also das, wie’s nachher sein wird, kann einem eh niemand sagen.“ (17, Z 222)

Hilfreich war auch der Kontakt zu bereits operierten Personen. Dadurch wurde ein guter Einblick auf das Leben danach gegeben. Auch in den Selbsthilfegruppen konnte durch den Austausch viel Information gewonnen werden.

Durch das **Auf ein leichteres Leben hoffen** und das **Genug haben** bewegen sich die Personen immer mehr Richtung Entscheidung zum Eingriff. Aber auch in dieser Phase werden weitere hemmende Faktoren angeführt. So gab eine Betroffene die Vorbildwirkung ihrem Sohn gegenüber an. Sie machte sich selbst große Vorwürfe, da sie eine Gewichtsabnahme von sich aus nicht geschafft hatte.

Ebenso spielt hier das **Angst haben** eine große Rolle. Angst haben bezüglich dem, was danach kommt.

„[...] aber es ist immer die Angst im Kopf. Es kann was passieren. Bist du dir sicher, dass du das machen willst? Es geht gar nicht um die Angst zu sterben, das kriegst du eh nicht mit, aber es geht um die Angst aufzuwachen und du bist ein Krüppel. Wenn da wirklich was ist, der Darm versagt, du kriegst einen Seitenausgang, ich weiß es nicht, ja (2).“ (13, Z 32-35)

Hier wurde nicht von der Angst zu sterben gesprochen, sondern von der Angst aufzuwachen und in irgendeiner Form beeinträchtigt zu sein. Die Angst konnte auch durch eine optimale Vorbereitung nicht abgelegt werden. Niemand wisse, was die Zukunft brächte und es könne immer zu Komplikationen kommen. Auffallend ist, dass keinerlei Angst zu sterben besteht.

„Ich mach das eigentlich...Meine Devise war, wenn ich nicht mehr munter werde, spüre ich es eh nicht mehr.“ (16, Z 113-114)

Viele betroffene Personen betonten das Hadern mit der Entscheidung. Es erfolgte ein **Abwägen** der Vor- und Nachteile. Dieses Abwägen beginnt bereits in der vorigen Phase, was die oft jahrelange Auseinandersetzung mit dem Thema illustriert.

„Ich sag mal so. Es ist keine leichte Entscheidung, den Schritt zu gehen. Wirklich nicht. Also ich habe gehadert.“ (13, Z 156-157)

Die Bedenken bleiben bestehen, auch nach der Entscheidung. Daher ist es trotz allem wichtig, positiv an die Sache heranzugehen. Jedoch darf keinesfalls der Respekt gegenüber diesem tiefgreifenden und lebensverändernden Eingriff verloren gehen. Dies betonten viele befragte Personen.

Die Vorbereitung auf den Eingriff stellt einen der wichtigsten Punkte dar. Jedem/Jeder Einzelnen muss bewusst sein, auf was er/sie sich einlässt. Die Entscheidung muss nach

reichlicher Überlegung und nach intensiver multiprofessioneller Vorbereitung durch die verschiedenen Berufsgruppen, wie DiätologInnen, PsychologInnen, Pflegenden und ÄrztInnen, erfolgen. Den PsychologInnen wurde hier eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Durch den Eingriff können keine psychischen Probleme gelöst werden. Diese sind deshalb vorab abzuklären und adäquat zu behandeln.

Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle das **Alleine entscheiden**. Jeder setzt sich vorerst alleine mit dem Thema auseinander und erst wenn der Entschluss feststeht, wird die Entscheidung Freunden und Verwandten oder auch ArbeitskollegInnen mitgeteilt. Eine Person schilderte die Entscheidung für sich selbst mit folgenden Worten:

„Also ich brauche dann nicht das Gespräch mit jemandem anderen darüber, ob der das gut findet oder nicht, weil es ja um mich geht.“ (I7, Z 157-158)

Keiner kann sich in die Situation des anderen so hineinversetzen, dass er die individuellen Beweggründe versteht.

„Ja, weil ich ja diejenige bin, die darunter leidet oder den Vorteil sieht und das kann ja eigentlich fast niemand nachvollziehen, der nicht in der Situation ist.“ (I7, Z 160-161)

Diese Interviewpartnerin verdeutlichte die Einzigartigkeit der Situation eines jeden bzw. einer jeden Betroffenen, die ihrer Meinung nach keiner nachvollziehen könne. Diese Entscheidung kann einem keiner abnehmen, da die Betroffenen auch mögliche Konsequenzen alleine zu tragen hätten. Eine Person schilderte dazu eine Situation mit ihrer Mutter:

„Ich wollte, dass das meine Entscheidung ist. Meine Mama wollte mich dazu drängen und ich hab ihr gesagt: ‚Nein, das muss meine Entscheidung sein, weil, wenn etwas schief geht, dann ist das meine Schuld und nicht deine.‘ Also meine allein.“ (I1, Z 49-51)

Nach der Entscheidung ließen sich die Personen nicht mehr davon abhalten. Eine Interviewpartnerin sagte dazu, dass sie nach der Entscheidung schnellstmöglich operiert werden wollte.

„Aber ich glaube, wie ich mich dann irgendwie entschieden gehabt habe und dann ist&es ist also das Phänomen, dass ich immer erlebe, wenn man sich mal entschieden hatte, man es am liebsten gestern, also da kann man es dann nicht mehr erwarten.“ (I7, Z 177-180)

Konsequenzen

Aus der Entscheidung resultiert Unsicherheit in Verbindung mit dem Eingriff und den sich ergebenden Veränderungen. Es wird ein **Unsicher sein** über das körperliche Befinden in Verbindung mit Komplikationen nach dem Eingriff wahrgenommen, da sich die am Eingriff interessierten Personen in der Zeit des **Information sammeln** bereits mit möglichen Komplikationen auseinandersetzen. Eine Person schilderte das **Unsicher sein** in Bezug auf

die partnerschaftliche Beziehung nach den körperlichen Veränderungen. Der Partner mochte *das Füllige* (14, Z 322) immer sehr und daher herrschte große Unsicherheit vor, wie sich der Gewichtsverlust auf die Partnerschaft auswirken würde. Die Person hatte große Angst, dass die Zuneigung durch den Gewichtsverlust vielleicht vermindert werden würde. Diese Befürchtung blieb aber unbegründet und der Partner stellte eine große Unterstützung im postoperativen Verlauf dar. Diesbezüglich wurde von den Betroffenen auch angemerkt, dass es wichtig sei, auch den Partner bzw. die Partnerin in die Vorbereitung einzubeziehen, um auch den PartnerInnen eine Vorbereitung auf das Leben danach zu ermöglichen.

Trotz einer intensiven Zeit der Aufklärung und Informierung durch den Arzt/die Ärztin und auch selbstständig hatten einige Betroffene das Gefühl, zu wenig Information zu erhalten. Es wurde eine gewisse Zeitspanne benötigt, um die erhaltene **Information aufnehmen** zu können. Oft wurde die Zeit zwischen den Voruntersuchungen und dem Operationstermin als zu kurz wahrgenommen. Viele Informationen konnten von den Betroffenen gar nicht verarbeitet werden.

„Vorher hast du zwar Input, aber ich war so nervös. Ich konnte diese Informationen gar nicht aufnehmen.“ (13, Z 44-46)

Demgegenüber erzählte eine Betroffene, dass sie lediglich den Operationsrevers zum Lesen erhalten habe und sie keine weitere Information bekommen habe. Andere Befragte suchten sich selbstständig wenig bis gar keine Informationen und gingen ohne Vorkenntnisse in die Operation hinein, wie auch bereits in den Handlungen und Strategien beschrieben wurde.

In den meisten Fällen wurde jedoch von einer besonders guten Aufklärung inklusive Bilder und Beleuchtung der negativen Seiten der Behandlung berichtet.

„Nein, also die Aufklärung war echt pipifein, nicht nur die schönen Sachen, wir sind auch auf die allerschlimmsten Sachen eingegangen...“ (14, Z 73-75)

Da es sich hier um einen lebensverändernden Eingriff handelt, wird von einer oft jahrelangen Auseinandersetzung mit dem Thema gesprochen. Die meisten betroffenen Personen entschlossen sich ganz bewusst zu diesem Schritt.

Wenn der Tag der **Operation** kommt, erleben die Personen eine Art Zäsur. Das Leben wird von den Betroffenen in „vor dem Bypass“ und „nach dem Bypass“ eingeteilt.

5.3. Auf den neuen Körper hören

In der ersten postoperativen Zeit nach dem Eingriff beschrieben die befragten Personen, welche Empfindungen und Veränderungen sie wahrnahmen, welche Erfahrungen sie im Krankenhaus und in weiterer Folge zu Hause machten, wo sie auf sich alleine gestellt waren. Auch berichteten sie über erste Komplikationen. In dieser Zeit erleben sie einen Kontrollverlust und eine Machtlosigkeit über den neuen Körper. Sie nehmen den Körper als fremd wahr und

empfinden den Körper nicht als den ihrigen. Diese Phase ist durch große Unsicherheit gekennzeichnet.

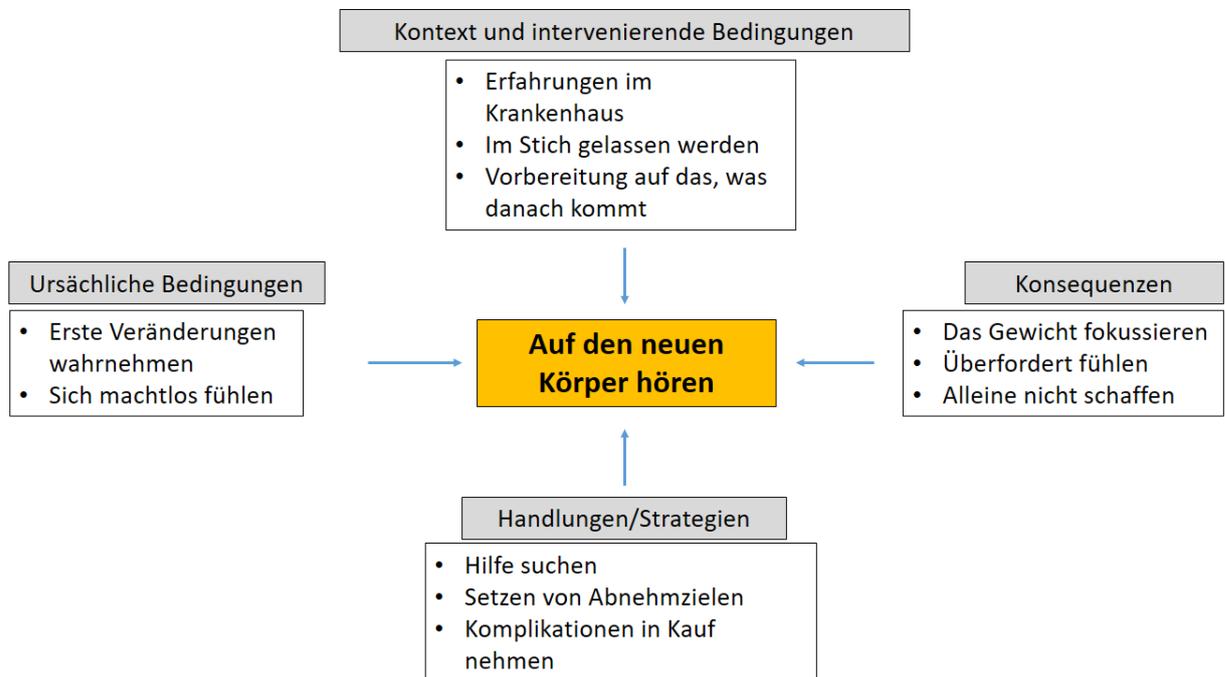


Abbildung 8: Darstellung des Phänomens **Auf den neuen Körper hören**

Ursächliche Bedingungen

Die Personen können sich noch sehr gut an das erste Aufwachen nach der Operation erinnern, auch wenn der Eingriff schon längere Zeit zurückliegt. Daher beginnen die Schilderungen auch ganz am Anfang in der Kategorie **Erste Veränderungen wahrnehmen**. Hier findet auch das erste Schmerzempfinden Beachtung. Das Ausmaß an Schmerzen ist äußerst unterschiedlich. Eine befragte Person erzählte etwa:

„Wie ich nach der OP munter worden bin, ich habe die Augen nicht öffnen können, aber ich hab alles gespürt und gehört und da hab ich halt nur auf der linken Seite gespürt boah he, die haben was gemacht. Ich hab mir dann nur innerlich gedacht: ‚Ma! Gott sei Dank, es ist vorbei.‘ Aber Schmerzen hab ich keine gehabt.“ (14, Z 92-95)

Während eine andere Person die postoperativen Schmerzen wie folgt erlebte:

„Ich kann es gar nicht in Worte fassen, es war für mich der Horror. Wirklich, es war Horror. Das war der erste Moment, und im zweiten dachte ich mir, war das wirklich die richtige Entscheidung, was ich da gemacht hab.“ (13, Z 78-80)

Die Betroffenen versuchten stark zu sein und diese ersten Erfahrungen zu bewältigen. Eine Studienteilnehmerin beschrieb die postoperative Schmerzsituation mit folgenden Worten:

„Und manches Mal zwickt es einen, auch im nicht-operierten Zustand und im Operierten ist man ein bisschen heikler vielleicht, aber im Endeffekt hab ich nichts, hab ich nie Schmerzen gehabt, ja.“ (I2, Z 125-127)

Die Zeitspanne des Schmerzerlebens war bei den meisten Befragten sehr kurz. Es ging rasch von Tag zu Tag bergauf.

In der frühen postoperativen Zeit kam es bei einigen aber auch bereits zu ersten Komplikationen. Die Personen berichteten von Anastomosenstenosen, Gallenkoliken, Hernien oder auch Probleme mit dem Blutzuckerspiegel. Demzufolge wurden manche trotz intensiver Vorbereitung von den ersten Entwicklungen überwältigt. Mehrmals wurde berichtet, dass ein verminderter Blutzuckerspiegel nach dem Eingriff ein großes Problem darstellte. Einerseits war dies ein gewünschter Nebeneffekt, wenn die Personen bereits an einer Hyperglykämie litten und dadurch Kontrolle über die Erkrankung gewonnen werden konnte. Bei manchen Betroffenen konnte sogar eine komplette Diabetesremission erreicht werden. Andererseits wurde über Bewusstlosigkeit aufgrund von Hypoglykämie berichtet. Durch die rapide Minimierung der Essensmenge wurde auch eine massive Kreislaufschwäche angegeben. Eine Betroffene erzählte dazu Folgendes:

„Ich habe mich wirklich darangehalten, also ich habe diese 6 Wochen Suppe gegessen. Dementsprechend ist es mir aber mit dem Kreislauf gegangen. Ich habe absolute Unterzuckerungen gehabt, wo ich auch nicht gewusst habe, was ist das, was passiert jetzt mir. Ich bin halt von einer Sekunde auf die andere einfach umgeflogen.“ (I8, Z 52-55)

Einen besonderen Fall stellte eine Person dar, bei der es durch den Magenbypass zu mehreren epileptischen Anfällen kam. Die Betroffene musste sich bei jeder zweiten Mahlzeit übergeben, weshalb sie immer wieder mit Unterzuckerung und Kreislaufschwäche zu kämpfen hatte. Ebenso berichtete sie über große Schmerzen, welche sie mit Schmerztabletten einzudämmen versuchte, was aber nur mäßig gelang. Nach einem besonders schlimmen Tag erlitt sie ihren ersten epileptischen Anfall. In weiterer Folge musste sie Medikamente gegen die Anfälle einnehmen, welche jedoch mit massiven Nebenwirkungen verbunden waren.

„Ich hab mir gedacht: ‚Okay, ich nehme dieses Medikament, weil ich nicht weiß, was mit mir los ist.‘ Ja. Ich habe dieses Medikament genommen und es hat aus mir ein Frack gemacht. Ich habe Windeln gebraucht. Ich war stuhlinkontinent (.) Ich habe (atmet zweimal tief durch) Ich war nicht mehr ich selber. Ich konnte meine Körperfunktionen absolut nicht mehr steuern.“ (I5, Z 406-410)

Es gilt zu berücksichtigen, dass die Häufigkeit von auftretenden Komplikationen in Relation zur zurückliegenden Zeit seit der Operation steht. So hatten zum Beispiel die zwei interviewten Personen, bei denen die Operation erst ein paar Monate zurücklag, lediglich leicht

ausgeprägte oder keine Komplikationen, wohingegen bei Personen, die bereits vor längerer Zeit operiert worden waren, zahlreiche und auch schwerwiegende Komplikationen auftraten. Weiter empfanden die Betroffenen ein Gefühl der Machtlosigkeit über den neuen Körper. **Sich machtlos fühlen** wurde als Folge der Operation angesehen. Hierzu ist anzumerken, dass sich die Befragten schon vor der Operation machtlos fühlten und diese Machtlosigkeit bezüglich der Gewichtskontrolle ein Grund für den Eingriff war. Nach dem Eingriff bemerkten die Befragten eine rasante Gewichtsabnahme ohne ein Zutun ihrerseits. Ebenso gestaltet sich das Ende der Abnahme völlig eigenständig. Für viele Betroffene war das mit einem Schock verbunden. Bei einer Person stoppte die Abnahme nach elf Monaten einfach. Sie meinte, dass es schön gewesen wäre, hätte sie noch einige Kilo verloren, aber es sei nicht mehr gegangen. Es sei gewesen, als ob der neue Körper habe sagen wollen, dass nicht mehr gehe. Es wurde mehrmals angeführt, dass die Abnahme nicht beeinflusst werden konnte, obwohl versucht wurde, es zu kontrollieren. Die Abnahme hörte oft von selbst auf, wenn das ideale Wohlfühlgewicht erreicht war - allerdings nicht immer.

„Du kannst das nicht stoppen. Ich meine, es sagen zwar alle, es stoppt automatisch, wenn du dein Wohlfühlgewicht hast (.) also mit 42 Kilo habe ich mich nicht wohl gefühlt, sage ich ganz ehrlich.“ (I8, Z 615- 617)

Die Person beschrieb, dass sie sich mit den 42 Kilo schon so schwach gefühlt habe, dass sie ihre Kinder nicht mehr habe betreuen können.

„Ich habe den Schritt ganz, ganz fest bereut in dem einen Jahr bis zu (Spitalname) dadurch, dass ich nichts gegessen habe. Ich habe mich um die Kinder nicht kümmern können. Also die waren schon bei mir, aber (3) ah:::, ja, ich habe keine Energie gehabt für die Kinder.“ (I8, Z 196-198)

Kontext und intervenierende Bedingungen

Hier werden vor allem die **Erfahrungen im Krankenhaus** abgebildet. Die Zeit, die Personen im Krankenhaus verbrachten, war für einige sehr belastend. Die psychischen Belastungen spielten eine ebenso große Rolle wie die körperlichen Veränderungen. Oft ging es den Betroffenen vom körperlichen Zustand her gut, aber die psychische Belastung war für viele sehr groß. Eine Person machte dies mit folgenden Worten deutlich:

*„Da war dann noch eine drinnen, der haben's den Darm rausgenommen. Die hatte aber die gleiche OP im Prinzip. Die hatte Darmkrebs und es war alles negativ in dem Zimmer. [...] Das hat sich dann so hochgeschaukelt, dass ich am vierten Tag meinen Freund angerufen hab und der hat mich dann aus dem Spital geholt und dann hatte ich so eine Panikattacke, dass ich nicht wusste, wenn ich daheim bin, was **passiert**. Ich bin nicht bereit, dass reist alles, weißt du, einfach diese Angst.“ (I3, Z 114-124)*

Demgegenüber wurde der Spitalaufenthalt von anderen als besonders positiv erlebt. Die Personen fühlten sich im Spital sehr wohl und wurden gut versorgt. Das Pflegepersonal fragte häufig nach dem Befinden der Betroffenen und bot im Bedarfsfall Unterstützung an. Großteils herrschte ein respektvoller Umgang in den Krankenhäusern. Dagegen wurde mehrmals angemerkt, dass es auch zu abfälligen Bemerkungen seitens der Pflegepersonen gekommen sei. Es wurde erzählt, dass sich das Pflegepersonal nicht um die Personen gekümmert und diese wie eine Nummer behandelt habe. Es sei nicht darauf geachtet worden, was die Personen erzählten. Die Pflegepersonen hätten sich keine Zeit für die Betroffenen genommen. Jedoch wäre es für die frisch operierten PatientInnen besonders wichtig gewesen zu erfahren, was in ihrem Körper vorgeht. Eine Person erzählte, dass es sich angefühlt habe, als wäre das nicht ihr eigener Körper. Die Betroffene hätte sich von den Pflegenden mehr Aufklärung und Empathie gewünscht, um ihr dadurch die vorherrschende Angst zu nehmen. Stattdessen wurde sie mit Floskeln, wie

„Beruhigen Sie sich, das ist ganz normal.“ (I3, Z 68-69)

abgewiesen. Dadurch entwickelte die betroffene Person eine gewisse Aggressivität gegenüber dem Pflegepersonal.

An dieser Stelle sind außerdem die unterschiedlichen Abläufe in den Krankenhäusern anzumerken. So wurden in einem Krankenhaus die zu betreuenden Personen bereits im Aufwachraum mobilisiert und mussten ein paar Schritte gehen. Auffallend dabei ist, dass die Person, die in diesem Krankenhaus operiert wurde, einen ausgesprochen positiven postoperativen Verlauf zeigte. Im Gegensatz dazu wurde eine Person im Spital so schlecht behandelt, dass sie sich selbst aus dem Krankenhaus entließ. Sie wurde dann von der Mutter zu Hause weiterversorgt.

Im weiteren postoperativen Verlauf wurde oft eine mangelhafte Nachsorge angesprochen. Die befragten Personen fühlten sich im Stich gelassen. Vor allem, wenn es zu Komplikationen kam. In der Kategorie **Im Stich gelassen werden** betonten die befragten Personen, dass die Nachsorge als mangelhaft einzustufen sei. Die von epileptischen Anfällen betroffene Person versuchte einen Arzt zu finden, der sie ernst nahm, da sie sich ganz sicher war, dass die Anfälle vom Bypass ausgehen würden. Aber es wollte ihr keiner zuhören. Dieses Problem wurde vermehrt geschildert. Die intensive Betreuung nach dem Eingriff ließ oft sehr stark nach. Bei einer Person war die behandelnde Ärztin nicht mehr erreichbar. Einer anderen glaubten die ÄrztInnen nicht, dass sie Schmerzen hatte. Die Betroffenen fühlten sich in der langfristigen Betreuung sehr oft im Stich gelassen. Bei Schmerzen wurden einfach stärkere Medikamente verabreicht, ohne der Ursache der Schmerzen auf den Grund zu gehen. Die Betroffenen halfen sich in solchen Fällen meist selbst, indem sie zum Beispiel ein Schmerztagebuch führten oder sich in Foren und Selbsthilfegruppen informierten. Die Person mit den epileptischen Anfällen schaffte es nach langem Suchen einen vertrauensvollen Arzt zu finden, der sie kompetent

betreute. Sie erzählte, dass sie in drei Tagen einen Termin zur Rückoperation habe. In diesen Eingriff würde sie sehr große Hoffnungen setzen. Sie erhoffe sich eine Revision der zahlreichen Komplikationen des Magenbypasses.

Mehrere Personen fühlten sich in vielen Situationen alleine gelassen. Die **Vorbereitung auf das, was danach kommt** war unzureichend. Eine betroffene Person beschrieb dieses Gefühl mit den Worten:

*„Dass da ganz was anderes dahintersteckt, dass du viel Sport machen musst, dass du ah dich zum ersten Mal in deinem Leben wirklich mit Ernährung beschäftigen musst ah mit, mit Blutwerten mit ahm Knochen und Zähnen und ich weiß nicht was alles, das hat dir kein Schwein gesagt. Also ja, es hat halt nur geheißen: ‚Nimm das! Los, geh da rüber und du kriegst das, was du willst.‘
(.) Ja. Damals bin ich mir vorgekommen wie im Lotto.“ (I8, Z 305-310)*

Die Personen beteuern einen Mangel an Informationen bezüglich der langfristigen Veränderungen des Eingriffs. Wichtig wäre an dieser Stelle eine individuelle Betreuung der Personen. Jedoch wurde angeführt, dass die Betroffenen wie eine Nummer behandelt worden seien. Eine betroffene Person war verzweifelt, da ihr kein Arzt/keine Ärztin mehr zuhören wollte und ihr niemand weiterhelfen konnte. Aufgrund des langen Krankenstandes verlor sie auch noch ihren Job. Die Personen betonten mehrmals, dass sie nicht gewusst hätten, worauf sie sich da eingelassen hätten.

Handlungen und Strategien

Die Handlungen und Strategien sind in dieser Phase sehr vielfältig. Einige befragten Personen hatten das Gefühl, nicht mehr zu hundert Prozent sie selbst zu sein und den Körper erst wieder neu kennenlernen zu müssen.

Viele Personen stellten sich bereits im Vorhinein wegen solider vorheriger Information auf eine schlimme Zeit ein und konnten daher gut mit den ersten Entwicklungen, wie Schmerzen oder körperlicher Schwäche, umgehen. Wenn die Belastung zu groß wurde, suchten sich die Personen meist selbstständig eine für sie passende Unterstützungsmöglichkeit. Das **Hilfe suchen** fand in dieser Personengruppe vermehrt online statt. So wurden Medien, wie Online-Foren oder Facebook-Gruppen, genannt. In schwierigen Situationen nutzten sie gerne diese Möglichkeiten und die dortigen Mitglieder halfen ihnen sehr weiter.

In diesen Gruppen und Foren sammeln sich Menschen in derselben Lebenslage. Diese können so ihre Erfahrungen und Erlebnisse austauschen. Oft wurden die interviewten Personen auch selbst in diesen Medien tätig und boten bzw. bieten ihre Unterstützung anderen Betroffenen an. Eine Person beschrieb ihre Erfahrung diesbezüglich mit folgenden Worten:

„[...] ich hab mir sofort herausgesucht, wie das funktioniert mit den Foren. Hatte das Glück im Adipositasforum explizit die Leute ansprechen zu können. Wirklich, die haben mir wirklich so geholfen. Und ich muss sagen die I., die ist

eine Administratorin dort. Also, wenn die nicht gewesen wäre, ich wäre auch untergegangen.“ (13, Z 286-288)

Vermeehrt lässt sich feststellen, dass die Betroffenen kein Interesse hatten mit jemandem über schwierige Situationen zu sprechen und diese meist alleine bewältigten. Oft fühlten sich die Betroffenen auch missverstanden und lehnten Gespräch mit Menschen, die sich nicht in derselben Situation befanden, ab. Viele machten die Erfahrung, dass ihnen mit Vorwürfen begegnet wurde, wenn sie mit jemandem über Herausforderungen und Probleme sprachen. Eine Person schilderte die Vorwürfe, mit denen sie zu kämpfen hatte, folgendermaßen:

„Ich hab's dir ja gesagt. Ich habe dich gewarnt. Selber schuld.' Ah::: ja ,Hast dich selber in die Scheiße geritten' im Endeffekt.“ (18, Z 463-465)

Wenn das Gewicht im Laufe der Zeit dann stetig sinkt, entwickeln die Personen gewisse Vorstellungen ihr Wunschgewicht betreffend. Die Personen beginnen mit dem **Setzen von Abnehmzielen**. Jede Probandin bzw. jeder Proband hat eine gewisse Zahl an Kilogramm im Kopf, die er oder sie gerne erreichen möchte.

„Na, ich hab bei der Geburt meiner Tochter 75 Kilo gehabt. Das wollte ich erreichen.“ (16, Z 334)

Das Zielgewicht wird aber oft nicht als eine Anzahl von Kilos festgesetzt, sondern als Wohlfühlgewicht definiert. Dieses sollte aber ohne Druck und Stress erreicht werden. Zufriedenheit auch ohne Erreichung der vorgestellten Kiloanzahl stand im Fokus.

„Ja, also ich meine, wenn ich noch ein paar Kilo wegbringen würde, würde es nichts machen, aber ich mache mir jetzt keinen Stress.“ (16, Z 340-341)

Eine andere Betroffene meinte dazu:

„Jetzt hab ich eigentlich keine Abnehmziele mehr. Es ist einfach, dass ich mir denk (2) ich muss mich wohlfühlen und solange ich in eine Jeans passe, ist es ok.“ (15, Z 741-743)

Bezüglich Komplikationen und Rückschläge in dieser Phase meinten die befragten Personen, diese gehören zu so einem Eingriff dazu. Die Betroffenen bewältigen viele Situationen, indem sie **Komplikationen in Kauf nehmen**. Durch die intensive Zeit der Vorbereitung, inklusive der Gespräche mit bereits Operierten, kennen sie das Risiko vom Auftreten von Schmerzen und diversen Komplikationen. Sie passen sich an die neuen Begleiterscheinungen an und können mit diesen gut leben. Die Befragten kennen oft sehr viele Personen, die sich ebenfalls operieren lassen und bei denen viel schiefgegangen war. Diese Bekannten hätten, laut den Interviewten, mit viel schlimmeren Komplikationen zu kämpfen gehabt als sie selbst. Daher drückten die Befragten ihre Dankbarkeit aus und hoben ihre Zufriedenheit mit ihrem jetzigen Zustand hervor.

Auffallend ist, dass vor allem Personen, die sich vor dem Eingriff wenig bis gar nicht über die Operation informiert hatten, von den Veränderungen im postoperativen Verlauf überwältigt

wurden, denn dadurch wurde ein falsches Bild des Eingriffs vermittelt, was eine andere Betroffene wie folgt beschrieb:

„Nein. Also mit den ganzen Nebenwirkungen, was dir eben keiner gesagt hat und dass das einfach dein Lebtage lang bei dir bleibt (.) Nein! Ich bin da einfach viel zu blauäugig reingegangen, weil ich hab mir halt gedacht, ja, so Blinddarmoperation, pf:::, passt schon, fertig.“ (I8, Z 501-504)

Konsequenzen

In der ersten Zeit nach dem Eingriff steht die Gewichtsabnahme klar im Fokus der Personen. Bezüglich der Kategorie **Das Gewicht fokussieren** schilderte eine Person eine Situation über die Abnahme in den ersten zehn Tagen nach dem Eingriff:

„Also ich bin schon relativ oft mit meinem Gewicht konfrontiert worden. Da war ich eigentlich schockiert, weil ich fast nichts abgenommen habe. Da war ich ur fertig. Ich glaube, ich habe zwei Kilo abgenommen.“ (I8, Z 602-605)

Die betroffenen Personen hatten Angst, dass die Gewichtsabnahme nach dem Eingriff stehenbleiben würde, weil sie einige andere bereits operierte Personen kannten, bei denen der Eingriff keinen Erfolg erzielte. Daher wurde versucht, sich von der Kiloanzahl nicht beherrschen zu lassen und sich auf die positiven Veränderungen zu konzentrieren.

„Ahm (2) dann habe ich mich selber einmal in der Woche raufgestellt und das ist dann relativ gut gegangen die ersten sechs sieben Monate und irgendwann habe ich dann aber beschlossen, ok, ich stelle mich nicht mehr auf die Waage, es ist genug. Es geht eh automatisch ah es ist genug.“ (I8, Z 605-608)

Besonders in Erinnerung geblieben war in dieser ersten postoperativen Zeit jener Moment, in dem die Betroffenen das erste Mal gut in einen Sessel passten. Dieses Erlebnis wurde von mehreren Betroffenen erwähnt. Auch das Gefühl, mehr Platz zu haben, wurde als besonders angenehm wahrgenommen. Diese Erfahrung stellte für die StudienteilnehmerInnen ein „Aha-Erlebnis“ (I6, Z 156) dar.

Neben den vielen positiven Veränderungen lässt sich aus den Daten aber auch entnehmen, dass die Personen meist mit mehreren Komplikationen und Rückschlägen zu kämpfen hatten, was für die Befragten mit großer Überforderung verbunden war. Eine befragte Person schilderte zur Kategorie **Überfordert fühlen** ihre Erlebnisse. Sie erzählte, dass es ihr in der ersten Zeit nicht gut gegangen sei und sie sich aufgrund fehlender Aufklärung und Empathie seitens der Pflegenden überfordert gefühlt habe. Diese Überforderung äußerte sich in weiterer Folge in einer Panikattacke. Die Betroffene hätte bereits nach Hause entlassen werden sollen, aber sie fühlte sich nicht bereit dazu. Sie hatte Angst, dass die Narben aufgehen und alles reißt. Sie versuchte mit jemandem darüber zu sprechen, aber es seien alle im Stress gewesen. Sie wurde mit dieser Überforderung alleine gelassen. Sie fühlte sich nicht gut aufgehoben. Dazu trug auch das stationäre Umfeld bei.

„Diese Komapatientin ist bei einem Bypass ins Koma gefallen. Jetzt lieg ich da, mit meinen ganzen Ängsten nach der OP und krieg nur von den Schwestern und vom Arzt mit Koma tralala. Die liegt aber&die ist damals schon seit Februar im Spital gelegen (2) zwei Monate. Das heißt, die Angst in mir wurde noch größer. Statt dass sie mir sagen, was mit der passiert ist, sagen die: ‚Ah, keine Sorge, Sie brauchen sich darum nicht zu kümmern, das passiert.‘ Das heißt, mir wurde die Angst nicht genommen, sondern die wurde noch mehr. (3) Ich hatte innerliche Panikattacken, das kannst du dir nicht vorstellen.“ (I3, Z 91-97)

Die betroffene Person hätte sich mehr Hilfe von den Pflegenden gewünscht, stattdessen wurde sie von der Schwester belächelt. Dieses Ereignis war dann für die Betroffene das Tüpfelchen auf dem i und die Person erlitt eine Panikattacke. Es wurden ihr in weiterer Folge Beruhigungstropfen verabreicht. Das Gefühl der Überforderung löste sich dann schlagartig und sie fing an zu weinen. Sie meinte, dass sich dann alles entladen habe und am nächsten Tag sei sie wieder sie selbst gewesen. Sie wurde dann nach Hause entlassen und seitdem war der Druck weg und sie kam dann gut zurecht. Wenn sie nun Hilfe braucht, wendet sie sich an das Adipositasforum. Sie sagte, dass einem dort immer geholfen werde. Eine andere Betroffene beschrieb ebenfalls das Gefühl der Überforderung in einem sehr hohen Ausmaß, auch aufgrund sehr schwerwiegender Komplikationen. Sie würde den Eingriff nicht noch einmal machen. Sie meinte, da seien ihr Knie- und Rückenschmerzen lieber.

Oft sind diese Erlebnisse mit großen Zukunftsängste verbunden. Es wurde angeführt, dass *man immer glaubt, zu denen zu gehören, wo nichts ist (17, Z 300-301)*. Eine Person meinte, dass bei ihr bis jetzt alles gut gelaufen sei, aber man nie wissen könne, was die Zukunft noch bringe.

Ein weiterer Fokus in der Phase **Auf den neuen Körper hören** ist das **Alleine nicht schaffen**. Hier sind Selbstvorwürfe der Betroffenen stark verankert. Die interviewten Personen litten darunter, alleine keine Gewichtsreduktion geschafft zu haben. Es wurde alles versucht, um einen Eingriff zu umgehen. Eine Gewichtsabnahme müsse anders möglich sein. Das Misslingen der Gewichtsabnahme wurde als persönliche Schwäche betrachtet. Nach dem Eingriff ging es automatisch und vorher erschien eine Gewichtsreduktion unmöglich. Eine Person drückte es mit den Worten aus:

„Da hab ich Angst gehabt. Weil es ist doch eine Operation und dann hat der Kampf mit mir selber angefangen. Du bist schwach. Du schaffst das nicht (.) Dann hab ich mir gedacht: ‚Was bist du für ein Vorbild deinem Kind gegenüber‘. Das ist so ein Kreislauf. Die anderen sind diskriminiert worden und ich hab mich selber diskriminiert.“ (I3, Z 25-29)

Es wird stets sehr viel versucht, bis zur Erkenntnis, dass keine andere Möglichkeit existiert. Nach dem Eingriff kämpfen die Betroffenen mit großem Unverständnis ihnen selbst gegenüber. Sie stellen sich selbst die Frage, warum sie es nicht alleine geschafft haben.

„Ich meine, mich haben meine Freunde ja dann auch gefragt: ‚Hättest du es nicht anders machen können? Hättest du dich nicht zusammenreisen können und abnehmen?‘ Ich frage mich das heute auch. Warum habe ich mich nicht zusammenreisen können und abnehmen? Aber wenn es so leicht ist, hätten sich alle Leute zusammenreisen und abnehmen können. Es ist nicht leicht.“ (15, Z 767-771)

5.4. Neu essen lernen

Eines der Hauptthemen der Arbeit stellt das Essen dar und hier vor allem das Essen nach dem bariatrischen Eingriff. Die betroffenen Personen sprachen diesbezüglich von großen Herausforderungen, die es zu bewältigen galt. So ist die erste Zeit nach der Operation stark durch physische Veränderungen geprägt, welche von den Personen wahrgenommen werden. Die Personen durchlaufen in weiterer Folge einen intensiven Lernprozess, bevor es nach einer gewissen Zeit zu einer neu gewonnenen Routine kommt.

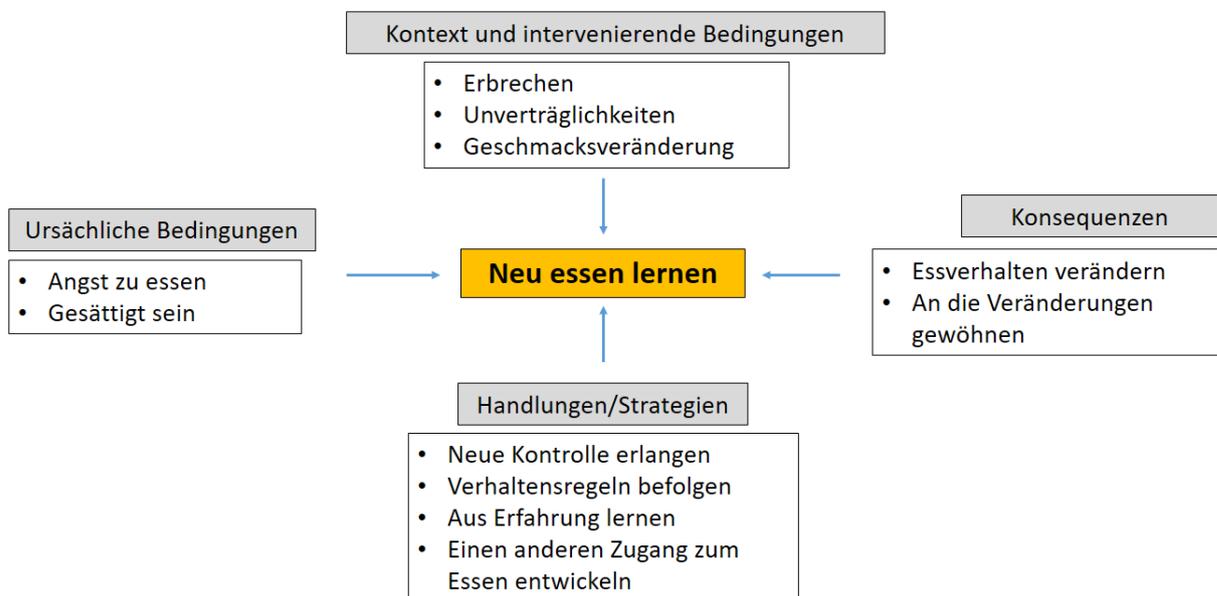


Abbildung 9: Darstellung des Phänomens **Neu essen lernen**

Ursächliche Bedingungen

Die befragten Personen trauten sich am Anfang nicht zu essen. Sie hatten **Angst zu essen**, insbesondere zu viel zu essen. Es herrschte Unsicherheit über die Menge, die gegessen werden darf, da eine massive Verkleinerung des Magenvolumens vorgenommen worden war. Die betroffenen Personen sprachen von der Angst, durch eine zu üppige Nahrungsaufnahme

die Magenanastomosen zu verletzen. Bei der Portionsmenge muss auch die Gefahr des Erbrechens beachtet werden. Es wurde betont, dass trotz der erhaltenen Diätberatung Unsicherheit bestand, was genau gegessen werden darf. Hinzu kommt, dass der Magen den Betroffenen zu verstehen gab, „was er will und was nicht“ (I2, Z 161). Und wenn „er“ etwas nicht wollte, wurde es wieder hinausbefördert.

Andere wiederum hatten gar keinen Hunger und mussten sich zwingen ein paar Bissen zu sich zu nehmen. Die Betroffenen drückten ihre Freude über das Gefühl, eine Sättigung zu erleben, aus. Dieses **Gesättigt sein** wurde oft als überraschend erlebt, weil die Betroffenen so etwas nicht kannten. Eine operierte Person erzählte, dass sie nach nur drei Löffel von einem Hipp-Gläschen satt gewesen sei. Diesbezüglich waren sich alle befragten Personen einig, dass vom Essen her jeder Tag anders sei. Manchmal verlangte der Magen nach zwei Stunden wieder etwas, aber oft fiel einem erst nach sechs Stunden auf, dass schon lange nichts mehr gegessen wurde. Häufig fehlte das Hungergefühl ganz. Es wurde das Gefühl eines leeren Magens genannt. Aber es gab auch Personen, die kurz nach der Operation wieder ein Hungergefühl entwickelten.

Kontext und intervenierende Bedingungen

Ein wichtiges Thema stellt hier das **Erbrechen** dar. Die Personen waren beim Essen sehr vorsichtig, da sie sich bei zu schnellem Essen oder ungenügendem Kauen oft übergeben mussten. Hilfreich war es hier, wenn vor dem Essen ausreichend Wasser getrunken wurde. Ebenso musste auf die Menge des Gegessenen geachtet werden. Oft reichte ein Bissen zu viel:

„[...] also zu schnell essen oder zu schnell, oder einen Bissen zu viel&ja, ich hab immer wieder, zum Beispiel, wenn ich was gegessen hab, das hab ich noch im Mund und eigentlich hab ich genug, bin ich gegangen und hab's ausgespuckt, weil ich gewusst habe, wenn ich den Bissen hinunterschlucke, ja. Wiedersehen macht Freude.“ (I2, Z 175-178)

Ein besonders schlimmes Erlebnis wurde diesbezüglich von einer anderen Interviewpartnerin berichtet. Sie konnte keine Nahrung mehr aufnehmen und im Spital wurde dann festgestellt, dass der Magen bis zu 85% abgestorben war. Sie wurde dann nach intensiver Vorbereitung mit Infusionen und diversen Untersuchungen operiert.

*„Er [Der behandelnde Arzt] hat einfach komplett einen Neuen gemacht. Also er hat den alten im Endeffekt abgezwickt. Der war abgestorben, also der Magen ist echt abgestorben gewesen (.) bis zu 15% die noch gearbeitet haben, alles andere war **tot** (hustet). Ich habe Ulcuse **überall** gehabt. Ahm, drum auch dieses ewige Speiben, Speiben, Speiben.“ (I8, Z 69-72)*

Es treten außerdem auch gehäuft verschiedene **Unverträglichkeiten** auf, die bei der Ernährung zu berücksichtigen sind. Die Befragten sprachen von Lebensmitteln, welche nicht

mehr vertragen wurden, wie zum Beispiel Reis oder Nudeln. Ebenso trifft dies häufig auf Getreide- oder Milchprodukte zu. Eine Person vertrug seit dem Eingriff generell keine Kohlenhydrate mehr. Auffällig ist auch, dass viele manche Produkte an einem Tag gut vertragen und an einem anderen wiederum gar nicht.

„Und::: es gibt manche Sachen, die ich schon vertragen habe, vertrag ich heute nicht, aber morgen wird es vielleicht gehen. Er [Der Magen] ist ziemlich launisch.“ (I1, Z 166-168)

Diese Unverträglichkeiten zeigen sich oft durch Übelkeit, Erbrechen oder Diarrhoe. Einige Personen beschrieben dabei die Herausforderung mit anderen Essen zu gehen. Den Betroffenen wurde oft mit Argwohn begegnet, wenn sie nichts oder nur wenig aßen. Eine Person sagte, dass sie daher die Leute lieber zu sich einlade, denn da falle es keinem auf, wenn sie nichts esse.

Die Betroffenen erleben diese Einschränkungen zwar als mühsam, aber sie lernen damit umzugehen und passen sich an die Restriktionen an.

Ein weiteres zentrales Thema dieser Kategorie stellt die **Geschmacksveränderung** dar. Die Gelüste ändern sich hier manchmal vom Kochen bis zum Essen. Häufig konnte das Mittagessen abends nicht mehr gegessen werden. Ebenfalls sprachen die Personen über eine Abneigung gegen Aufgewärmtes. Es musste immer alles frisch zubereitet werden. Eine Betroffene schilderte eine neu entwickelte Abneigung gegen Coca-Cola und Fruchtsäfte. Nun trinke sie lieber Tees, wie zum Beispiel einen Magenwohl-Tee, der ihr bei Magenbeschwerden sehr gut helfe. Manche Nahrungsmittel konnten gar nicht mehr gegessen werden. Dieser Fakt wurde aber nicht als schlimm bezeichnet. Eine Person meinte dazu:

„Aber ich mache da jetzt nicht so ein Theater darum, wenn es nicht geht, geht es nicht. Ich habe eh mein Leben lang gegessen“ (I2, Z 23-25)

Eine der befragten StudienteilnehmerInnen schilderte, dass sie an manchen Tagen nichts esse. Dies seien Tage, an denen sie massiv an Diarrhoe und Schmerzen leide. Sie sagte weiter:

„Und das sind halt dann die Tage, wo der Zucker dann halt extrem niedrig ist und da geht es mir halt auch schlecht und da kann ich dann auch nichts essen, da hab ich dann so starke, so einen verkrampten Bauch und da geht gar nichts, ja.“ (I5, Z 632-635)

Aufgrund der eingeschränkten Nahrungsaufnahme kam es bei einigen Personen zu Kreislaufproblemen und Unterzuckerung. Daher ist darauf zu achten, wie und was gegessen wird, um Komplikation zu vermeiden. Durch die eingeschränkten Portionsgrößen muss häufiger gegessen werden. Der Magen selektiert, was aufgenommen wird und was nicht.

Handlungen und Strategien

Durch die Einschränkungen das Essen betreffend müssen die Personen lernen, wie sie trotzdem auf eine ausgewogene Ernährung achten können. Wenn es dann zu Komplikationen, wie Vitamin- oder Eisenmangel, kommt, wissen die betroffenen Personen meist nicht, was ihnen fehlt. Meist dauert es dann sehr lange, bis herausgefunden wird, was zu den verschiedenen Symptomen führt. Die befragten Personen äußerten Verzweiflung und Machtlosigkeit in diesen Situationen. Sie mussten neue Kontrolle über ihren Vitamin- und Eisenspiegel erlangen. Unter die Kategorie **Neue Kontrolle erlangen** fällt etwa, dass die Betroffenen immer regelmäßig zur Blutuntersuchung gingen und der Hausarzt immer behauptete, dass alles im Normbereich sei. Er erkannte den bestehenden Vitaminmangel nicht. Die Betroffenen litten in weiterer Folge an Haar- und Zahnverlust.

Daraus ist zu schließen, dass es für die Personen wichtig ist, immer zu Adipositas-SpezialistInnen zu gehen, um Komplikationen in den Griff zu bekommen.

„Was mich nur irrsinnig stört ist einfach, dass (.) dir kein normaler Arzt helfen kann. Also du musst prinzipiell wirklich zu einem Adipositasarzt gehen, egal was ist, ob du eine Grippe hast oder Sonstiges.“ (I8, Z 79-81)

Die Blutuntersuchungen wurden von allen InterviewpartnerInnen als sehr wichtig erachtet. Daher ließen sie diese auch öfter als empfohlen durchführen. Eine Person erzählte, dass sie sich eine eigene Excel-Tabelle mit ihren Blutwerten anlegt habe, um einen genauen Überblick über etwaige Veränderungen zu erhalten.

„[...] und ich führe eine Excel-Tabelle mit meinen Blutwerten und da sehe ich, dass sich mein Eisen nach unten bewegt und deswegen, aber es ist noch im Normalbereich aber es geht ständig nach unten und deswegen hab ich mir jetzt auch Eisentabletten besorgt. Einfach um das auszugleichen.“ (I1, Z 154-157)

Eisenmangel spielt bei vielen StudienteilnehmerInnen eine Rolle. Es wurde angemerkt, dass die befragten Personen häufig müde waren und sich schlapp fühlten. Sie wussten, dass sie dann zum Arzt gehen mussten, um eine Infusion oder Tabletten zu erhalten. Aber es wurden auch Personen interviewt, welche nie an Vitaminmangel gelitten hatten, obwohl sie niemals Vitaminpräparate eingenommen hatten.

„Aber Eisenmangel ist auf jeden Fall ein Thema und da muss ich auch immer darauf achten. Und ich hatte auch eine Zeit nach dem Bypass, wo ich Infusionen nehmen musste. Eiseninfusionen, weil mein Eisen eben so niedrig war. Ja. Also genau, das habe ich jetzt&man vergisst es dann, weil es bis zu einem gewissen Grad auch dazugehört, oder normal ist, oder alle damit kämpfen, oder ich weiß es nicht, ja. Aber stimmt, das war auf jeden Fall eine Begleiterscheinung, die unangenehm war.“ (I7, Z 371-376)

Zusätzlich gibt es viele Verhaltensregeln, an die sich die Personen halten müssen. So erzählte eine Betroffene, dass sie sich zu Hause dann alles selbst püriert habe. Sie habe immer darauf geachtet, was und wieviel sie esse. Die befragten Personen hielten sich genau an die Vorgaben. Erschwerend beim **Verhaltensregeln befolgen** wirkt hier, dass von Chirurgen zu Chirurgen eine andere Ernährungsform in der ersten postoperativen Phase empfohlen wird. Dies wirft wiederum Fragen seitens der Betroffenen auf, wenn sie sich in der Selbsthilfegruppe oder auch online austauschen. Eine der interviewten ProbandInnen beschrieb diese Unklarheit mit den Worten:

„In, ich glaube (Spitalname), in dem Krankenhaus zum Beispiel kriegst du gleich am nächsten Tag Kartoffelpüree. Bei Dr.- hast du sechs Wochen flüssige Ernährung. [...] Es ist überall anders. Ja, was ist jetzt richtig?“ (I8, Z 582-586)

Einen besonderen Fall stellte eine Studienteilnehmerin dar, welche im Krankenhaus keine Ernährungsberatung bekam und sich daher alle Informationen selbstständig einholen musste. Sie nahm daher über eine Selbsthilfegruppe und im Internet Kontakt zu anderen Betroffenen auf, um sich so über die postoperative Ernährung zu informieren. Auch hier wurde angemerkt, dass sehr unterschiedliche Empfehlungen gegeben wurden.

Aus Erfahrung lernen stellt einen ganz zentralen Punkt dar. Die Personen eigneten sich neues Wissen an und lernten im Laufe der Zeit gut mit den Veränderungen umzugehen. Eine Studienteilnehmerin führte drei Monate lang ein Ernährungstagebuch, um möglichst rasch mit den neuen Gegebenheiten umgehen zu können und zu lernen, was dem Körper guttut und was nicht. Die betroffenen Personen mussten sich intensiv mit der Ernährung auseinandersetzen. Eine Person merkte an, dass das Thema Essen nach dem Eingriff eine noch viel stärkere Präsenz habe als vorher. Zum Beispiel war es besonders wichtig, trotz der Verhaltensregeln und Vorgaben auf eine ausgewogene Ernährung zu achten und ausreichend Vitamine zu sich zu nehmen.

*„Mein Hausarzt hat eben dieses eine Jahr überhaupt nicht gesehen, dass ich total Vitaminmangel gehabt habe. Also mir sind wirklich büschelweise die Haare ausgegangen. Mir sind die Zähne nacheinander ausgeflogen, plötzlich, wo ich mir gedacht habe, ok, was ist jetzt wieder los. Die sind richtig **runtergebröckelt**.“ (I8, Z 82-86)*

Die StudienteilnehmerInnen beschrieben auch große Vorsicht bei zuckerhaltigen Speisen oder Getränken, da es ansonsten zu Dumpings kam. Meist waren sich die Personen im Vorhinein dieser Veränderungen bewusst und kamen gut damit zurecht. Eine Befragte drückte es mit folgenden Worten aus:

„Heute geht's mir blendend, bis auf das, dass ich jetzt mit der Glutenunverträglichkeit und das Ei und das Milcheiweiß auch nicht vertrage, geht's mir eigentlich super gut.“ (I2, Z 186-187)

Wenn sich die rasante Gewichtsabnahme dann im späteren Verlauf verlangsamt, wurde oft versucht, noch weniger zu essen, um eine größere Gewichtsreduktion zu erreichen. Jedoch galt es, das Risiko einer Mangelernährung immer zu beachten. Eine Person ernährte sich über ein Jahr nur von Café Latte und Suppe. Demzufolge hatte sie mit sehr ausgeprägten Mangelerscheinungen zu kämpfen. Sie schilderte, dass sie durch die Schwierigkeiten beim Essen nun einen anderen Zugang zum Essen habe und sehr vorsichtig bei der Nahrungsaufnahme sei.

„[...] also mh ich glaube auch in der Hinsicht bin ich wieder froh, dass ich durch die Scheiße gegangen bin, weil wenn ich nicht durch die Scheiße gegangen wäre, glaube ich, hätte ich nichts geändert. Also ich hätte gar nichts geändert, ganz sicher nicht.“ (18, Z 411-414)

Dieses **Einen anderen Zugang zum Essen entwickeln** wurde auch von den anderen Betroffenen geschildert. Mehrmals wurde von den Befragten betont, dass sie an ihrem Essverhalten nichts verändert hätten, wenn sie nicht an diesen schwerwiegenden Mangelerscheinungen gelitten hätten. Sie vermuteten, dass sie sich wie vor dem Eingriff ernährt und wahrscheinlich das gesamte Gewicht wieder zugenommen hätten. Eine der befragten Personen sprach diesbezüglich ein ganz zentrales Problem aller Betroffenen an:

*„Und einem Alkoholiker empfiehlt man halt, abstinent zu leben, Rauchern auch in erster Linie und das geht mit dem Essen nicht und deswegen ist das so **schwer**.“ (17, Z 505-507)*

Konsequenzen

Die Kategorie **Essverhalten anpassen** lässt sich als Konsequenz in der Phase **Neu essen lernen** bezeichnen. Die StudienteilnehmerInnen essen nun so, wie sie es vorher hätten tun sollen. Die Personen lernen auf ihren Körper zu hören und wenn der Magen „Stopp“ (13, Z 225) sagt, hören sie auf zu essen. Eine befragte Person konnte alles essen und war von keinerlei Einschränkungen betroffen. Lediglich die Essensmenge veränderte sich. Die Essensmenge stellte bei allen befragten Personen eine der größten Veränderungen dar. Sie schränkten sich nicht ein und trotzdem war ein Teller ausreichend. Es herrschte große Begeisterung über das Gefühl der Sättigung, welches vorher nicht vorhanden war. Gefährlich wurde es, wenn die Betroffenen mit Freunden essen gingen und beim Essen nicht aufpassten. Dann passierte es manchmal, dass zu viel gegessen wurde, was wiederum mit starken Schuldgefühlen verbunden war. Daher soll ein Hungergefühl generell vermieden werden, um die Gefahr des zu schnellen und zu vielem Essen zu vermeiden. Die Gefahr des falschen Essverhaltens beschrieb eine Person wie folgt:

„Also dieses mah ich habe einen Hunger ah dann bist du extrem schnell verleitet schnell abzubeißen und schnell zu schlucken. Büßt du. Büßt du ganz

gewaltig. Also du darfst es eigentlich nie so zum Hunger kommen lassen.“ (18, Z 434-436)

Auch das Kochverhalten wird den neuen Gegebenheiten angepasst. Es wird nun eine angemessene Menge an Essen zubereitet.

„Und mittlerweile ist es auch so, wenn ich koche&also früher hab ich gekocht, als erwarte ich 40 Gäste. Jetzt ist es so: Ich koche für meinen Sohn und mich zwei Portionen, wo er dann eine hat und ein bisschen noch etwas da ist, wenn er Nachschlag haben will.“ (13, Z 225-228)

Die StudienteilnehmerInnen mussten sich **An die Veränderungen gewöhnen**. Es wurde angegeben, dass die ersten Monate die schwierigsten gewesen seien, da hier die meisten Veränderungen stattgefunden hätten und mit großen Herausforderungen verbunden gewesen seien. Zentral ist hier jene Zeit, die vorher mit Essen verbracht wurde und nun stark reduziert war.

„Und wenn man jetzt jemand ist, der vorher viel Zeit mit Essen verbracht hat und gern und länger gegessen hat und dann fällt das weg, das war schon (.) anstrengend und ich war sicher in der Zeit echt gereizt und (.) und eigentlich war es eine Gewöhnung, und man gewöhnt sich dann daran und ich schätze vom Gefühl her, dass die ersten drei Monate am anstrengendsten waren.“ (17, Z 234-239)

Mehrmals wurde darauf hingewiesen, dass das Essen und die damit verbundenen Rituale sehr fehlten. Eine der Befragten drückte es mit folgenden Worten aus:

„Und es hat schon...Es ist mir das Essen schon auch abgegangen am Anfang. Dieses länger essen und mehr, ja. Das war schon, das war ein Lernprozess.“ (17, Z 243-245)

Die befragten Personen drücken in der ersten Zeit eine enorme Gereiztheit aus, was sich auch negativ auf die Beziehung zu ihren PartnerInnen auswirkt. Im Laufe der Zeit gewöhnen sich die StudienteilnehmerInnen aber an die neuen Gegebenheiten und lernen diese zu bewältigen.

5.5. Disziplinierte Routine erlangen

Der Fokus in der Phase **Disziplinierte Routine erlangen** liegt auf dem Wiedererlangen der Kontrolle und der Routine. Es stellt sich eine neue Stabilität ein. Die Personen passen sich an die neuen Gegebenheiten an und haben Möglichkeiten und Strategien entwickelt mit diesen zurecht zu kommen. Die Personen erlangen Sicherheit in ihrem Tun und bewältigen die erlebten Veränderungen. Ein Gefühl der Normalität wird erlangt. Die StudienteilnehmerInnen lernen ihren Körper neu kennen und erfassen, wie sie mit eventuellen Rückschlägen umgehen können. Jedoch bleibt die Gefahr einer Wiederrücknahme ständig präsent. Mit der Zeit erlangen die Betroffenen eine disziplinierte Routine.

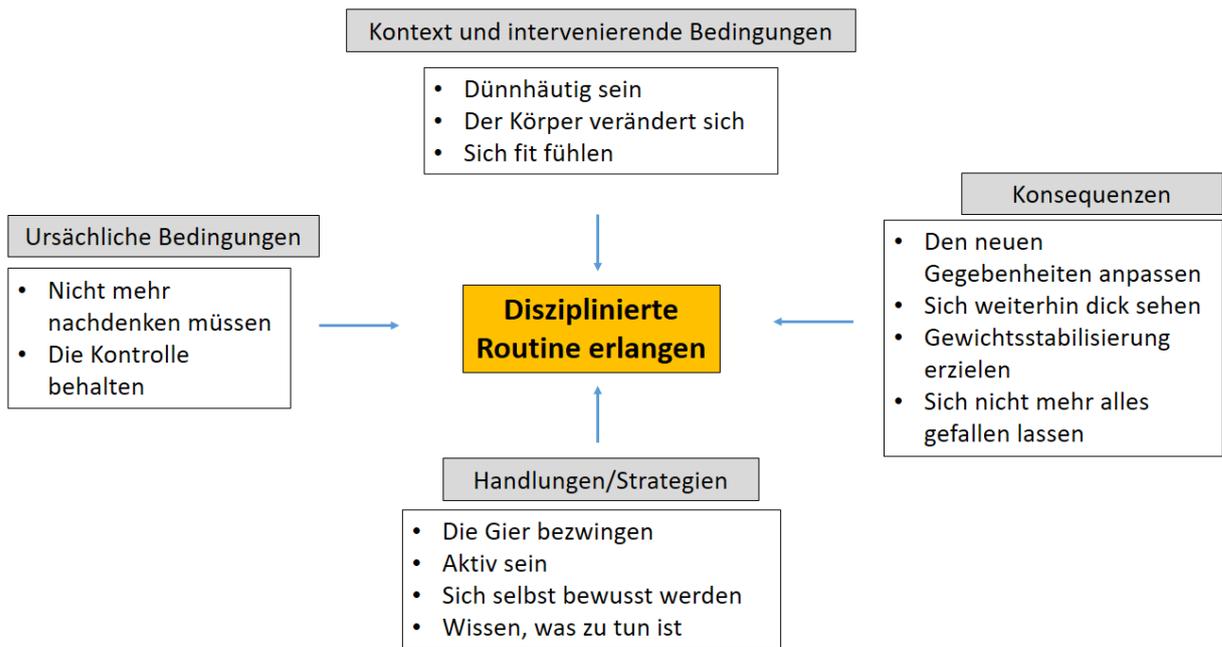


Abbildung 10: Darstellung des Phänomens **Disziplinierte Routine erlangen**

Ursächliche Bedingungen

Die Ernährung nach einem bariatrischen Eingriff stellt einen Lernprozess dar. Die Betroffenen lernen auf ihren Körper zu hören und im Laufe der Zeit gewöhnen sich die Personen an die Umstellung. Aber die Ernährung stellte weiterhin eine tägliche Herausforderung dar. Auf diese Veränderungen könne sich keiner vorbereiten, bekräftigten die Befragten, da jede einzelne Person mit unterschiedlichen Herausforderungen zu kämpfen habe. Wichtig sei jedoch nicht zu vergessen, dass Essen Freude bereiten solle und für jeden Menschen ein Genusserebnis darstellen solle.

„Es gelingt mir auch ganz gut, dass das Essen wichtig ist, aber (.) nicht lebensbestimmend.“ (I7, Z 336-337)

Im Laufe der Zeit entwickeln die Personen dann eine alltägliche Routine, die ihnen Halt gibt. Sie müssen nicht mehr bei jeder Mahlzeit nachdenken, wie und was sie essen. Der Ablauf des Essens hat sich automatisiert. Dieses **Nicht mehr nachdenken müssen** wurde von den Befragten als Erleichterung bezeichnet. Die Personen hielten sich zwar nicht zurück, verhielten sich ab und zu ungesund und gönnten sich auch einmal etwas, aber die Mengen hatten sich enorm verändert.

„Eine ganze Pizza zu essen ist bei mir ein No Go. Zwei Stück, wenn es sein muss, aber das reicht dann auch. Ich brauch auch nicht mehr.“ (I1, Z 191-193)

Auch bei Süßem gaben die Befragten an, sich manchmal etwas zu gönnen, aber nur in kleinen Mengen. Es wurde Wert daraufgelegt, es nicht zu übertreiben.

Ein diszipliniertes Verhalten ist gefordert. Diesbezüglich müssen die Personen **Die Kontrolle behalten**. Das Gewicht zu halten ist nach einem bariatrischen Eingriff genauso schwer, wie bei einer nicht-operierten Person. Lediglich die Malabsorption hilft längerfristig, da sich der

Magen mit der Zeit wieder ausdehnt und die Personen auch wieder normale Essensportionen aufnehmen können.

„Mein Magen ist mittlerweile wieder so, dass ich locker ein ganz normales Menü essen kann, dass ich locker zwei bis drei Teller essen kann, wenn ich will. Es gibt Tage da geht es nicht, dass muss ich auch sagen, also es ist eine Tagesverfassungssache. Aber im Normalfall kann ich&würde niemanden auffallen, dass ich eine Operation habe, der mit mir essen geht und das nicht weiß“ (17, Z 49-53)

Diese Gegebenheit ist den Personen durchaus bewusst. Die Disziplin ist hier ausschlaggebend. Die StudienteilnehmerInnen bezeichneten es als Kampf mit sich selbst.

„Also wenn ich nicht aufpassen würde, dann würde ich sehr schnell wieder zunehmen.“ (11, Z 195-196)

Kontext und intervenierende Bedingungen

Es wurde von den Befragten wiederholt angedeutet, dass sie in der Zeit nach dem Eingriff oft gereizt und besonders empfindlich gewesen seien, was sich oft auf die partnerschaftlichen Beziehungen der Befragten ausgewirkt habe. Besonders hervorgehoben wurde hier das Attribut **Dünnhäutig sein**. Auf gewisse Dinge wurde äußerst sensibel reagiert. Die Personen sprachen vom Schutzmantel, der verschwunden sei.

„Und dieser Schutzmantel ist einfach weg, also es geht viel schneller eine Meldung richtig tief rein bei dir, als wie es früher gegangen ist, weil früher hast du es weggelächelt und hast dir gedacht: ‚Pfff, passt schon.‘ Ah::: heute tut’s richtig weh“ (18, Z 397-400)

Bei andere Personen hingegen hatte der Eingriff keinerlei Einfluss auf ihr soziales oder privates Leben. Dies trifft speziell auf Personen zu, die auch vor dem Eingriff eine starke Persönlichkeit und eine positive Grundeinstellung besessen hatten.

Nach einem unterschiedlichen Ausmaß an Zeit erlangt jede operierte Person eine neue Selbstständigkeit und Sicherheit. Eine zentrale Konsequenz aus der disziplinierten Routine stellt der Fakt dar, dass Essen wieder als schön empfunden wird. Viele konnten das Essen wieder genießen.

Bezüglich der gesundheitlichen Belange wurde darauf hingewiesen, dass sich die Komorbiditäten der Adipositas einstellten. Unter die Kategorie **Der Körper verändert sich** fällt, dass sich der Glukosestoffwechsel und der Blutdruck normalisieren und somit keine Medikamenteneinnahme mehr erforderlich ist. Alleine dadurch wurde das Leben als lebenswerter empfunden. Jedoch gilt es auch zu beachten, dass die Lebensqualität von den Personen zwar als besser bezeichnet wurde, aber auch Einschränkungen angeführt wurden. Vor dem Magenbypass sei ein anderes Leben als nach dem Eingriff. So wurde die hängende

Haut nach der massiven Gewichtsreduktion als sehr störend empfunden. Auch das Gesicht habe früher jünger ausgesehen. Eine Person beschrieb dieses Gefühl mit den Worten:

*„Ich habe abgenommen und von außen vom Gewand schaut man ja schon ganz nett aus, aber wenn man sich dann auszieht schaut man nicht mehr so nett aus, weil die Haut hängt und so weiter und so fort. Und **das** hat mich dann wirklich massiv gestört und ich habe auch mir zahlreiche ah::: Operationen machen lassen dann im nachhinein.“ (17, Z 120-124)*

Die Person sprach hier auch das Thema der Rekonstruktion an. Viele Betroffene litten nach der Gewichtsabnahme an der überschüssigen Haut und unterzogen sich daher einem rekonstruierenden Eingriff. Bei Personen, die keine Rekonstruktion hatten, sei das Thema aber durchaus noch aktuell und sie würden sich einmal informieren. Eine Person war nach dem plastischen Eingriff sehr glücklich über die passende kleinere Kleidergröße. Das Passen einer kleineren Kleidergröße wurde von den StudienteilnehmerInnen als ein sehr positives Erlebnis geschildert.

„[...] ich freu mich über jede Kleidergröße, die ich jetzt abgenommen habe [...] Mir war's ja auch wichtig, dass ich nicht die Übergrößen kaufen muss. Weil ich hab mir immer gedacht, ich bin eine attraktive Frau für mein Alter. Ich möchte gerne wieder auch die passende Kleidergröße anhaben.“ (13, Z 260-264)

Bei einer anderen Person spielte die Kleidergröße keine Rolle.

„46 passt mir, aber ja muss nicht sein, weil für mich Größe keine Bedeutung hat. Ich sag, wenn ich mir heute was zum Anziehen kaufe...Ich schau nicht, was für eine Größe das hat. Ich schaue, wie schaut das aus, wie passt das?“ (12, Z 202-204)

Wichtige Punkte stellen die Aktivität und die Leistungsfähigkeit nach einem Magenbypass dar. In der Kategorie **Sich fit fühlen** werden zwei Seiten beleuchtet. Zum einen fühlten sich einigen Personen nicht mehr ganz fit und leistungsfähig. Eine Betroffene führte dazu eine Theorie an.

„[...] also weil es gibt so anscheinend so::: Theorien von den Krankenkassen, dass man nach dem Bypass so 20% behindert, also nicht behindert, aber eine, eine Leistungsminderung hat, ja.“ (17, Z 385-387)

Diese Theorie erklärte sie anhand der Dumpingsyndrome und weiteren Nebenwirkungen. Von einigen Befragten wurde diesbezüglich eine massive Einschränkung der Leistungsfähigkeit angeführt, aufgrund von Schwäche und Kreislaufproblemen.

*„von der Kraft her hab ich viel verloren. [...] Also ich, ich hab (.) ja, wenn du früher zu mir gesagt hast: „Nimm das große Regal und stell es dort hin!“ „**Ja, kein Thema. Mach ich!**“ Jetzt steh ich davor und denke mir: ‚Mhm, mach ich!‘, greif zu und merke so, geht nicht, kannst nicht (lacht). Also das ist schon extrem.“ (18, Z 390-397)*

Demgegenüber wurde hervorgehoben, dass sich die Personen vor dem Eingriff durch das Übergewicht *auch nicht hundert Prozent leistungsfähig (I7, 392)* gefühlt hätten.

„Also ich würde nicht sagen, dass ich nach dem Bypass weniger war als vorher. Ich...Das eher ins Gegenteil. Nach dem Bypass eher ah oder besser wie vor, weil vorher war halt das Leben beschwerlich“ (I7, Z 392-394)

Diese Betroffene stellt klar, dass sie selbst nachher auf alle Fälle fitter gewesen sei, als vor dem Eingriff, da sich vorher für sie viele Tätigkeiten sehr beschwerlich gestaltet hätten. Eine andere befragte Person kann nun bis in den zweiten Stock zu Fuß gehen, was vor dem Eingriff für sie undenkbar war.

„Also, ich wohne im zweiten Stock, ohne Lift und ich habe nach einem Stock schon Probleme gehabt und dann bin ich in den zweiten Stock gegangen ohne Probleme. Und hätte noch weitergehen, wenn ich gewollt hätte, ja, das war überhaupt kein Problem mehr.“ (I2, Z 132-135)

Sie erzählte weiter, dass sie nun auch dem Bus nachlaufen könne, was sie als angenehm empfinde. Mehrmals wurde betont, dass die Befragten nun generell mehr zu Fuß unterwegs seien.

Handlungen und Strategien

Die Befragten überlegen nun genau, was der Körper von den aufgenommenen Lebensmitteln hat und je nach dem, was gut und gesund ist, wählen sie dann ihre Speisen aus. Dennoch wurde weiterhin eine Gier nach großen Essensmengen genannt. **Die Gier bezwingen** wurde von den befragten Personen unterschiedlich erlebt.

„Vorgestern hab ich mir gekauft ein Fertigmü, ein Krautfleisch mit Kartoffeln, so eine kleine Tasse und ich habe mir gedacht, das ist aber wenig, aber zusammengegessen hab ich's nicht. Man hat das immer noch in sich drinnen, nicht.“ (I2, Z 306-308)

Anders verhält es sich bei einer Person, die bereits vor längerer Zeit operiert wurde. Sie schilderte Folgendes:

„[...] ich kann bei dem Sushi-Grill, ah, nicht Sushi-Grill, Teppanyaki-Grill, kann ich auch, also, wenn ich es drauf anlege, kann ich auch drei Teller essen.“ (I7, Z 54-55)

Diese Person litt auch manchmal noch an Essattacken, denen sie in neun von zehn Fällen standhielt, aber es gab auch den einen Fall, wo ihr das nicht gelang. Eine Person beobachtete, wie nach drei Jahren die Portionen schleichend größer wurden und sich somit auch eine Gewichtszunahme bemerkbar machte. Es wurde immer wieder betont, dass der Kopf nicht operiert sei und daher die Vermeidung einer neuerlichen Gewichtszunahme mit großer Disziplin verbunden sei. So nahm eine der befragten Personen wahr, dass das Gewicht wieder etwas stieg, aber sie habe es nicht verhindern können.

„Und der Punkt, wo ich mich operieren hab lassen, also die BPD, war mit 86 Kilo, also das ist so, eigentlich, mit dem hätte ich auch leben können, auch mit 90, aber ich habe einfach nicht gewusst, wann hört es auf, ja. Und ich habe so das Gefühl gehabt, ich habe es nicht unter Kontrolle und so weiter und das war echt der Entschluss dann noch einmal zum&ja.“ (17, Z 350-354)

Diese Person hatte so große Angst vor einer neuerlichen starken Gewichtszunahme, dass sie sich einem anderen bariatrischen Eingriff unterzog. Andere versuchten durch neuerliche Diätberatungen oder Sport die Zunahme in den Griff zu bekommen und das Gewicht längerfristig zu halten.

Aktiv sein wurde von vielen Personen beschrieben. So illustrierten mehrere Befragte, dass sie seit dem Eingriff viel aktiver geworden seien und mehr in der Öffentlichkeit unterwegs seien. Eine Person erzählte, dass sie früher alles auf morgen verschoben habe. Heute mache sie es einfach.

„Jetzt mach ich das einfach und ich denk gar nicht darüber nach. Ich mach es einfach, es ist die Energie da und es ist die Vitalität da, die mir vorher abhandengekommen ist.“ (13, Z 249-251)

Diese Wendung konnte bei einer Person auch umgekehrt beobachtet werden. Sie erzählte, dass sie früher eine Person zum Pferde stehlen gewesen sei und beispielsweise bei Umzügen immer mit angepackt habe. Heute fühle sie sich hier oft überfordert und schwach. Aber sie betonte, dass sich jeder Tag anders gestalte.

„[...] sicher du hast totale Hochzeiten auch, wo du dir denkst so: ‚Wow, ich reiße die Welt nieder und es passt alles.‘ Und so, das schon. Wo wer sagt: ‚Okay poah, du schaust super aus.‘“ (18, Z 403-405)

Die Personen können nun endlich wieder die Dinge tun, die ihnen Spaß machen. Die Betroffenen führten generell *ein lebenswerteres Leben* (16, 296). Dieser Fakt stimmte die Personen besonders glücklich. Die Veränderungen taten den Personen gut.

Sich selbst bewusst werden beleuchtet verschiedene Veränderungen, die Betroffene erleben, vor allem in Bezug auf psychische Veränderungen. So stieg das Selbstwertgefühl enorm. Eine Befragte drückte die Veränderung wie folgt aus:

„weil je größer ich war, umso kleiner hab ich mich gefühlt. Je kleiner ich bin, desto größer fühle ich mich“ (11, Z 204-205)

Eine Probandin erzählte, dass ihr die Tränen gekommen seien, als sie Fotos von früher angesehen habe. Sie fragte sich, wie sie es nur soweit hatte kommen lassen können. Oft erschrecken die Personen vor ihrem früheren Aussehen. Eine befragte Person erkannte erst nach dem Eingriff, welche Essstörungen sie eigentlich gehabt hatte.

„[...] ich sehe es jetzt erst nach der Operation, was ich eigentlich für ein Krüppel war. Wie krank in der Birne das man wirklich ist. Wissen Sie was ich meine?“

Das sieht man erst nachher, was für Essstörungen du gehabt hast. Vorher denkst du dir halt ja, ich esse viel, ja die Essattacken hat sicher mal jeder und da redet man sich immer Sachen ein die ein Blödsinn sind.“ (14, Z 230-234)

Vor dem Eingriff wird die Essstörung oft nicht wahrgenommen. Wenn die Betroffenen es dann aber schaffen, dieses Verhalten in den Griff zu bekommen, wird diese Leistung auch belohnt. Eine Person ließ sich nach Unterschreitung der 100-Kilogramm-Grenze als Belohnung einen Uhu am Unterarm tätowieren.

Die befragten Personen waren sich sicher, dass es ihnen nicht mehr passieren werde, dass das Übergewicht ein so extremes Ausmaß annimmt, da *sich im Kopf viel verändert hat (15, Z 749).*

Bezüglich der postoperativen Nachbetreuung wissen die Betroffenen ganz genau, was zu beachten ist. Dieses **Wissen, was zu tun ist** wird dadurch deutlich, dass Personen sehr gut mit ihrem Zustand und ihrem Körper zurechtkommen. Sie wissen ganz genau, was sie dürfen und was nicht. Oft sind sie in postoperativen Belangen versierter als so mancher Arzt bzw. manche Ärztin. AllgemeinmedizinerInnen sind mit den Besonderheiten eines bariatrischen Eingriffes oft überfordert und wissen nicht, auf was achtzugeben ist. Deshalb muss in der Regel ein Adipositaschirurg/eine Adipositaschirurgin aufgesucht werden, was von den Personen als mühsam erlebt wurde.

„[...] zum Beispiel ein ganz stinknormales Antibiotikum kannst du nicht nehmen die ersten zwei Jahre. Was natürlich super ist, wenn du eine schöne Grippe hast ah, was natürlich dann toll ist, wenn du einen Hausarzt hast, der sich null auskennt mit dem Bypass, dir irgendwas gibt, ja das kann gut gehen, es muss aber nicht gut gehen.“ (18, Z 517-521)

Eine befragte Person suchte sich dann einen ganzheitlichen Mediziner, der den ganzen Menschen betrachtete und der sich auch für sie Zeit nahm. Bei diesem Arzt ist die Betroffene auch in psychotherapeutischer Behandlung, um die schlimmen Erlebnisse seit dem Eingriff zu verarbeiten.

„Ich meine, ich bin froh, dass ich in Psychotherapie bin, denn sonst wäre ich daran zerbrochen.“ (15, Z 777)

Hier wird deutlich, dass die meisten Betroffenen bei Überforderung durch eine unerwartete Veränderung genau wissen, wo sie sich Hilfe suchen können und diese dann auch finden. Die Personen gewinnen immer mehr Sicherheit. Sie wissen, was der Körper verträgt und was nicht. Daher lassen sich die betroffenen Personen nicht mehr so leicht aus der Bahn werfen.

Konsequenzen

Wie auch aus den erhobenen Daten ersichtlich wird, stellen die Aktivität und Leistungsfähigkeit nach einem Magenbypass ein zentrales Thema dar. Oft fühlen sich die Personen nicht mehr zu hundert Prozent leistungsfähig. Die Betroffenen versuchen mit den Veränderungen so gut

es geht umzugehen und sich den neuen Gegebenheiten anzupassen, auch wenn jetzt „*nicht alles nur Jahu*“ (I7, Z 174) ist. Durch das **Den neuen Gegebenheiten anpassen** wird das Leben von allen Befragten als lebenswerter wahrgenommen. Eine Interviewpartnerin sagte, dass sie sich jetzt wieder zu achtzig Prozent gut fühle und mit dem gut leben könne. Sie passte sich dieser Situation an. Sie sagte, sie sei froh, dass es sei wie es sei, weil sie viele kenne, denen es nicht so gut gehe. Auch vom Gewicht her sagten viele, dass es durchaus ein bisschen weniger sein könne, aber der Ist-Zustand werde akzeptiert.

Bezüglich der neuen Kleidergröße wiesen die befragten Personen daraufhin, dass sie in einem Geschäft immer noch zuerst zu den großen Größen gehen würden. Die aktuelle kleinere Kleidergröße werde übersehen.

*„Also vom Gewand her ist es total witzig. Ich **greife** noch immer zu 44-46. Ich kann&also ich bin dann immer&jedesmal denk ich mir dann: ‚Nein, bist ja nicht mehr dick, kannst ja eh zu 34 greifen.‘ Aber (.) ich schau mir auch komischerweise die Mode von 44-46 an. Und ich sehe die Mode nicht von meiner Größe. Ich sehe sie nicht. Ich renne da vorbei. Ahm das hat sich verändert&also das hat sich eben nicht verändert witzigerweise. Ich bin noch voll programmiert, auf ich bin dick [...]“ (I8, Z 384-389)*

Sich weiterhin dick sehen ist ein Ereignis, dass von sehr vielen beschrieben wurde. Die Betroffenen sehen sich im Spiegel weiterhin als dick. Eine Person erklärte diese Tatsache wie folgt:

„So, man hat mehrere Jahre gebraucht, dass man sich das Gewicht aufgefuttern hat und innerhalb von ein, zwei Jahren ist man dann dünner geworden. Der Kopf macht nicht alles mit.“ (I1, Z 252-254)

Die Personen erkennen sich nach der Gewichtsreduktion selbst nicht wieder. Diese Wahrnehmung verändert sich aber mit der Zeit. So führte die Person, bei der der Eingriff schon elf Jahre zurücklag, an, dass sie im Kopf schon lange weit weg sei von dem Gefühl, übergewichtig zu sein.

Früher hatten sich die befragten StudienteilnehmerInnen nie als schön wahrgenommen.

„[...] ich hab in diesen Spiegel hineingeschaut und ich hab dort eine brünette und eine schöne Blondine gesehen und bin weitergegangen. 5 Meter weiter hab ich mir gedacht, aber ich hab mich selbst nicht gesehen. Wie ist das möglich? Ich bin zu dem Spiegel zurückgegangen und ich war die schöne Blondine. Ich habe mich als schön empfunden, weil ich nicht wusste, dass ich das bin.“ (I1, Z 240-244)

Die Personen erkennen sich nach einem bariatrischen Eingriff auf Bildern oder in Spiegeln nicht. Die Veränderung wird erst viel später bewusst wahrgenommen, da es „*sehr lange braucht, bis der Kopf mitkommt*“ (I7, Z 125).

Bezüglich des späteren Verlaufs führten die Personen an, dass sie sich machtlos gegenüber der Wiedergewinnung fühlten. Die Kategorie **Gewichtsstabilisierung erzielen** wurde teilweise als große Herausforderung bezeichnet. Die Gefahr der Wiedergewinnung war immer gegeben und die Personen hatten diesbezüglich große Ängste. Eine Person drückte es mit den Worten aus, sie wolle nie wieder dreistellig werden. Aber trotz dieser Angst sei es wichtig, sich selbst nicht unter Druck zu setzen, wie eine betroffene Person hervorhob.

Eine neuerliche Gewichtszunahme wird als sehr störend empfunden. Auch wenn es sich nur um ein paar Kilo handelt. Ein Gefühl der Panik wird damit verbunden. Ausgehend vom niedrigsten postoperativ erreichten Gewicht nahm jede befragte Person wieder ein paar Kilos zu. Einige Personen kamen aber mit ihrem Gewicht gut zurecht und hatten dieses im Laufe der Zeit auch gut unter Kontrolle; insbesondere aufgrund der gut eingestellten Essensmenge.

„Kann passieren, dass ich nach der halben Schnitte, auch wenn sie noch so dünn ist, dass es mir ganz einfach da steht (zeigt auf ihren Hals). Ja. Okay. Dann hör ich auf.“ (I2, Z 284-285)

Die Personen wissen, wieviel sie essen dürfen, um eine Gewichtsstabilität zu erreichen. Es stellt sich eine neue Routine ein. Aber das Thema Essen bleibt weiterhin präsent. Es wurde hervorgehoben, dass nicht für immer und ewig alles glatt sei, nur weil ein Magenbypass durchgeführt worden sei. Nach einer gewissen Zeit müsse auch wieder etwas getan werden, um das Gewicht zu halten. Der Eingriff wurde als *Selbstläufer auf Zeit (I7, Z 348)* bezeichnet. Ein weiteres Thema stellt **Sich nicht mehr alles gefallen lassen** dar. Hier werden die Veränderungen der Persönlichkeit der operierten Personen behandelt. So nehmen die Befragten nicht mehr alles hin und vertreten ihren Standpunkt. Sie sind offener, lauter und lockerer geworden. Diese Veränderungen werden auch von der Umwelt wahrgenommen. Die StudienteilnehmerInnen erzählten von dem Respekt, der ihnen auf einmal von Kollegen entgegengebracht worden sei oder wie Leute auf der Straße sie angelächelt hätten. Als besonders positiv führten die Personen an, in der Öffentlichkeit nicht mehr angestarrt zu werden. Eine Person drückte ihre Dankbarkeit resultierend aus ihrem neuen, gesunden Leben aus. Sie sagte, dass sie so vieles durchgemacht habe und nun froh sei, dass es ihr trotz aller Komplikationen so gut gehe.

Ein prominentes Thema waren auch die persönlichen Grenzen der StudienteilnehmerInnen. Die eigenen Grenzen wurden vor dem Eingriff nicht so bewusst wahrgenommen. Die Personen waren gutmütiger und andere konnten alles von ihnen haben. Seit dem Eingriff nahmen die Betroffenen wahr, dass sie sich nicht mehr alles gefallen ließen.

„Und ich kann mich seither viel mehr abgrenzen, weil eben ich glaub schon, dass ich vor der Operation viele Sachen runtergeschluckt habe, eben auch mit Essen und nach der Operation eben nicht mehr, also, weil die Möglichkeit nicht mehr so war mit Essen so runter zu&ging ja nicht, ja.“ (I7, Z 100-103)

Vor dem Eingriff wurde ein sehr großer Freundeskreis aufgebaut, welcher sich nach dem Eingriff massiv verkleinerte. Einerseits geschah dies ganz bewusst durch die Personen oder aufgrund des sozialen Rückzugs infolge des Eingriffs. Eine Befragte erzählte, dass sie seit dem Eingriff leichter loslassen könne und sich von einigen Freunden verabschiedet habe, wo sie das Gefühl gehabt habe, die täten ihr nicht gut.

„Und so quasi der gute Kumpel und mit dir kann man Pferde stehlen und so weiter. Und wenn ich mich heute in den Spiegel sehe, heute selektiere ich meine Freunde anders. Ja. Und ich verabschiede mich auch leichter. Also wenn ich merk, dass einer nicht, (3) wenn einer versucht, irgendwie mich zu (4) wann wer versucht, mir Sachen einzureden, von denen er keine Ahnung hat, früher hab ich immer gesagt: ‚Ja&ja&ja.‘ Das mach ich heute nicht mehr.“ (I2, Z 231-236)

Eine andere Studienteilnehmerin zog sich nach der Operation aus dem sozialen Leben zurück, wodurch sich der Freundeskreis rigoros verkleinerte.

„Das kommt jetzt langsam wieder, aber ich hab mich wirklich die drei Jahre ziemlich in mein Schneckenhaus zurückgezogen. Also (.) ich habe überhaupt keinen Kontakt haben wollen. Weil die waren ja alle&die haben mich alle nicht verstanden und ja also war nicht so lustig in der ersten Phase. Da (.) wollte ich keinen Kontakt zu irgendwem haben und hab aber auch komischerweise (.) gemerkt, es lächelt dich keiner mehr an, also so, so total arg irgendwie.“ (I8, Z 482-487)

Ihre drei besten Freundinnen standen mit ihr diese schwere Zeit durch.

6. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wird ein Einblick in den Entscheidungsprozess und die Erfahrungen von Menschen mit einer bariatrischen Operation gegeben. Es wird eine umfassende Darstellung der Erlebnisse der befragten Personen ermöglicht, in welcher sowohl die Zeit vor dem Eingriff als auch das Erleben nach der Operation behandelt wird. Wie aus dem Literaturbestand ersichtlich wird, gibt es zum Thema Adipositas und Bariatrie bereits zahlreiche Studien, vorwiegend aus dem amerikanischen und skandinavischen Raum. Wie jedoch die demographische Entwicklung und zahlreiche Statistiken belegen, stellen Adipositas und Übergewicht auch im deutschsprachigen Raum eine zunehmende Herausforderung im Gesundheitssystem dar. Statistik Austria (2014) spricht in Österreich von einem Anteil von beinahe 50% an übergewichtigen bis adipösen EinwohnerInnen. Aufgrund des derzeitigen westlichen Lebensstandards ist das Thema so aktuell wie nie zuvor. Die Prävalenz der Adipositas hat sich seit den 1980er-Jahren verdreifacht (WHO, 2007). Daraus lässt sich die

Aktualität des Themas erkennen. Trotz dieser Fakten liegen keine Studien aus Österreich vor. Somit trägt diese Arbeit zu einem wichtigen Erkenntnisgewinn bei.

Diskriminierung

Im öffentlichen Leben wird Diskriminierung sehr häufig angetroffen. Wie Christiansen et al. (2012) in ihrer Studie betonen, handelt es sich dabei nicht nur um verbale Diskriminierung. Viele Betroffene spüren die Blicke auf sich ruhen, wenn sie beobachtet werden. Dieses Ergebnis wird hier bestätigt, da die Befragten berichteten, dass sie sich sehr oft beobachtet gefühlt hätten, speziell, wenn sie etwas aßen, beim Schwimmen oder bei sportlichen Aktivitäten. Warholm et al. (2014) beschreiben in ihrer Untersuchung, dass nach einem Gewichtsverlust das Gefühl in der Öffentlichkeit nicht angestarrt zu werden, sehr geschätzt wird. In dieser Untersuchung erleben die Befragten diesen Umstand ebenfalls als besonders positiv.

Aber Diskriminierung findet nicht nur in der Öffentlichkeit statt, auch im direkten familiären Umfeld leiden die Personen unter Diskriminierung (WHO, 2000). Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen diese Erkenntnis. Diese Erfahrung wird von den Betroffenen als besonders tiefgreifendes Erlebnis geschildert. Speziell, wenn es sich bei der diskriminierenden Person um die eigene Mutter handelte, war die Erfahrung enorm schmerzhaft. Durch diese Erlebnisse wurden die Befragten sehr geprägt und das Erlebte wirkte sich auch auf ihr gegenwärtiges Leben aus, zum Beispiel im Umgang mit ihren eigenen Kindern. Die Erfahrung mit fortwährender Diskriminierung hat auch großen Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Die Betroffenen wollen sich von den Einschränkungen im öffentlichen Leben und den abfälligen Blicken loslösen und folglich dem anerkannten Schönheitsideal entsprechen. Einige Quellen (Hauner, 2013b, S. 262; Brantley et al., 2007; Schauer et al., 2014) weisen darauf hin, dass sich die Betroffenen hauptsächlich aus subjektiv-emotionalen Gründen für eine Unterstützung bei der Gewichtssenkung entscheiden. Schauer et al. (2014) gehen sogar so weit zu sagen, dass für die Betroffenen die Folgeerkrankungen der Adipositas kein Grund für die Unterziehung einer bariatrischen Operation sind. Die Befragten in dieser Arbeit gaben als Gründe für die Operation hauptsächlich gesundheitliche Faktoren an. Dies betrifft vor allem die Komorbiditäten der Adipositas, wie z. B. die eingeschränkte Beweglichkeit oder Diabetes Mellitus. Aber es wurden auch der Wunsch einfach schlank zu sein oder keine peinlichen Momente mehr erleben zu müssen als beeinflussende Faktoren im Entscheidungsprozess genannt. Bei Liebl et al. (2016) stehen ebenso die gesundheitlichen Gründe im Vordergrund, wie die Angst vor Komorbiditäten. Gesundheitliche Faktoren dominieren auch bei Groven et al. (2010), Libeton, et al. (2004) und bei Munoz et al. (2007) die Motivation für die Inanspruchnahme einer Operation.

Zu beachten gilt es laut Trainer & Benjamin (2016), dass auch der Eingriff mit Vorurteilen behaftet ist, vor allem, wenn sich die Personen lediglich aufgrund des raschen Gewichtsverlustes für die Operation entscheiden, ohne an Komorbiditäten zu leiden.

Der Leidensweg

Ebenso wie Engström et al. (2011) und Jensen et al. (2013) kommt diese Untersuchung zum Ergebnis, dass viele operierte Personen einen langen Leidensweg mit unzähligen gescheiterten Diätversuchen hinter sich haben, was zu Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Fehlen von erfolgreichen Erfahrungen führt. Mehrmals wird von den Befragten dieser Arbeit geschildert, dass schon als Kind auf Drängen der Eltern Diät gehalten werden musste. Die Analyse der Daten zeigt klar, dass der operative Eingriff keinesfalls als einfachste und erste Lösung zur Gewichtsreduktion gewählt wurde.

Die Literatur zeigt auch, dass das Essen für Betroffene wie eine Sucht ist (Engström et al., 2011; Liebl et al., 2016; Engström & Forsberg, 2011). Dieses Faktum ist auch hier Thema. Die befragten Personen selbst stellen Vergleiche zu AlkoholikerInnen und RaucherInnen dar. In diesen Bereichen ist es als Sucht anerkannt, beim Essen jedoch nicht. An dieser Stelle muss nochmals eine ganz zentrale Aussage einer Interviewpartnerin hervorgehoben werden, die sagte:

*„Und einem Alkoholiker empfiehlt man halt abstinenz zu leben, Rauchern auch in erster Linie und das geht mit dem Essen nicht und deswegen ist das so **schwer**.“ (I7, Z 505-507)*

Die Anerkennung der Adipositas als Erkrankung im westlichen Gesundheitssystem würde zur Verbesserung der Versorgungsstruktur im Hinblick auf Prävention und Therapie beitragen (Holzapfel & Hauner, 2013, S. 399), wie auch eine Interviewpartnerin anführt. Wie bereits in der Problemstellung beschrieben, sind die Kosten der Adipositas enorm. Dahingehend wäre es sinnvoll, mit diesem Geld die Prävention der Adipositas zu fördern. Insbesondere präventive Gesundheitsmaßnahmen haben das Potenzial, ein erhebliches Maß dieser ökonomischen Krankheitslast zu reduzieren. In den nächsten Jahren ist, bedingt durch den weltweiten Anstieg der Prävalenz von Adipositas, mit einer deutlichen Zunahme dieser Gesamtkosten zu rechnen (Herpertz et al., 2015, S. 386). Präventive Maßnahmen gegen Adipositas wären in hohem Maße kosteneffektiver, als deren Behandlung (Rathmanner et al., 2006).

Bariatrische Eingriffe werden weiterhin als sogenannte „Wahlchirurgie“ bezeichnet (Trainer & Benjamin, 2016). Die Personen entscheiden sich bewusst für diese Operation, weil es für sie keine andere Möglichkeit mehr für einen Gewichtsverlust gibt. Es wird daran gearbeitet, den Eingriff als lebensrettende und medizinische Notwendigkeit und nicht als eine von vielen Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion anzusehen. Oft ist sie das auch, da der Großteil der betroffenen Personen, zum Beispiel an Diabetes Mellitus leiden. Dieser würde im Laufe der

Zeit zum Tod der Personen führen, aber durch die Operation kann eine Diabetesremission erreicht werden. Bei mehreren befragten Personen wurde der Eingriff auch durch einen Arzt bzw. eine Ärztin empfohlen, um das durch Komorbiditäten bedrohte Leben der Betroffenen zu verlängern. Bei Menschen, die „nur“ für einen Gewichtsverlust diesen schwerwiegenden Eingriff wählen, ist die Sinnhaftigkeit und vor allem auch das Nutzen-Risiken-Verhältnis zu hinterfragen.

Die Entscheidung

Bei der Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines bariatrischen Eingriffs handelt es sich um einen langwierigen Entscheidungsprozess. Oft wird diese Option wieder verworfen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen, häufig nach einer erneut gescheiterten konservativen Therapieform. Die Ergebnisse von Homer et al. (2016), denen zufolge die Operation als letzter Ausweg betrachtet werde, werden in dieser Untersuchung ebenfalls bestätigt. Für die Betroffenen ist es sehr schwer, sich zu dieser Entscheidung durchzuringen. Es handelt sich hierbei um einen intensiven Prozess. Wie festgestellt wird, ist es auch möglich, dass sich die Betroffenen mehrmals in diese Phase des Entscheidungsprozesses begeben. Wenn sie sich gegen einen Eingriff entscheiden, zum Beispiel aufgrund schlechter Erfahrungen von Bekannten, bewegen sie sich zurück in die Phase **Dick sein**. Der Prozess verläuft daher spiralförmig, wie auch in der bildhaften Darstellung der Ergebnisse erkennbar wird.

Hinzu kommt, dass die Personen von Gefühlen wie Scham oder Verlegenheit bezüglich der Operation sprechen (Bocchieri et al., 2002; Warholm et al., 2014). Dieses Ergebnis wird auch in dieser Untersuchung bestätigt, aber trotzdem machten die Betroffenen kein Geheimnis aus ihrer Entscheidung. Sie wurde FreundInnen und Bekannten mitgeteilt. Auffallend ist, dass alle Befragten die Entscheidung alleine trafen und nur für sich entschieden. Sie ließen sich dabei von niemandem beeinflussen. Diese Tatsache stellt ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchung dar. Erst nachdem die Entscheidung getroffen worden war, wurde die Information an Angehörige weitergegeben und selbst, wenn den Personen durch die Angehörigen mit Nachdruck von dem Eingriff abgeraten wurde, ließen sie sich nicht mehr davon abbringen.

Eine lebenslange Herausforderung

Der Eingriff ist jedoch keine Garantie für einen anhaltenden Gewichtsverlust. Die Personen müssen geschult und darüber aufgeklärt werden, wie sie sich nach dem Eingriff zu verhalten haben, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. Die Personen müssen Bereitschaft zu jahrelanger Nachsorge zeigen, ansonsten ist der Eingriff nicht zielführend (Andris, 2005). Auch muss an dieser Stelle auf die täglichen Herausforderungen hingewiesen werden. Mehrmals

gaben die Befragten an, dass das Leben nach dem Eingriff mit großen Herausforderungen und einem hohen Maß an Disziplin bezüglich der Nahrungsaufnahme verbunden sei.

Das Thema Essen hat eine stärkere Präsenz als vor der Operation. Auch die Disziplin beim Essen bleibt bestehen. Es handelt sich bei der Operation, wie bereits erwähnt, um einen *Selbstläufer auf Zeit (17, Z 348-349)*. Um die Gewichtsreduktion halten zu können, muss nach einer gewissen Zeitspanne aktiv etwas dafür getan werden, ansonsten ist eine neuerliche Gewichtszunahme unausweichlich. Der Eingriff wird als Unterstützung betrachtet, auf einem Weg voller lebenslanger, harter Arbeit. Dies wurde auch bei Geraci et al. (2014) festgestellt. Der Eingriff stellt lediglich ein Mittel zum Zweck dar.

Durch den rapiden Gewichtsverlust erleben die Personen ihren Körper in weiterer Folge oft als schwach und zerbrechlich (Natvik et al., 2014). Auch in dieser Arbeit sprechen die Betroffenen von massiver Unterzuckerung und Kreislaufschwäche. Es ist aber körperliche Aktivität nach einem bariatrischen Eingriff anzustreben, da dadurch ein größerer postoperativer und vor allem langfristiger Gewichtsverlust erzielt werden kann. Dadurch ist es möglich den BMI zusätzlich um über 4% zu senken (Livhits et al., 2010). Aufgrund der angegebenen Schwäche und Unterzuckerung spielt Sport aber nur eine kleine Rolle. Viele können aufgrund dieser Probleme keinen Sport machen. Lediglich von Spazieren und Tanzen wird berichtet. Eine Person erzählte, dass sie in einem Fitnessstudio eingeschrieben sei, aber nicht, dass sie dieses regelmäßig aufsuche. Die körperliche Schwäche stellt im postoperativen Verlauf ein großes Problem dar, an dem die Befragten sehr leiden.

Bezüglich der in Verbindung zum Gewichtsverlust stehenden Abnehmziele muss angemerkt werden, dass diese oft nicht erreicht werden können. Aber die enttäuschten Erwartungen können meist gut bewältigt werden, da die Reduktion des Körpergewichts trotzdem erstaunlich ausfällt. Die Ergebnisse von Kubik et al. (2013) weisen jedoch darauf hin, dass Personen, die sehr hohe Erwartungen an den Eingriff stellen und sich eine totale Veränderung des Lebens erwarten, eine schlechtere psychische Gesundheit nach dem Eingriff aufweisen, wenn die angestrebten Ziele nicht erreicht werden. Dies trifft selbst dann zu, wenn eine drastische Gewichtsabnahme erzielt werden konnte. Es ist essentiell, dass die Personen nach dem Eingriff ein für sie optimales Gewicht finden, welches sie gut halten können und bei dem sie sich wohlfühlen (Liebl et al., 2016). Es geht dabei nicht um eine gewisse Anzahl an Kilogramm, sondern vielmehr um das Wohlfühlgewicht, wie auch die Befragten dieser Untersuchung bekräftigten.

Durch die vielen und großen Erwartungen wurden die Risiken der Operation in den Hintergrund gedrängt oder auch gar nicht wahrgenommen. Die Personen gingen diesen Schritt ohne Bedenken. Die Erfüllung der Erwartungen stand im Vordergrund. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die Personen sich vor dem Eingriff mit Leuten, die bereits operiert wurden, austauschten. Dieser Umstand wurde in der Untersuchung mehrmals erwähnt. Hier stellt sich

die Frage, ob diese bereits operierten Personen wirklich alles berichteten, was auf die Interessierten zukommen würde. Oder nehmen die ZuhörerInnen negative Informationen überhaupt wahr? Würden sie sich operieren lassen, wenn ihnen das alles bewusst wäre? Oder ist es ihnen bewusst und sie nehmen das Risiko in Kauf? Anzunehmen ist Letzteres, wie das Beispiel einer befragten Frau zeigt, die erzählte, dass sie am Vorabend des Eingriffs noch Mortalitätszahlen der Operation recherchierte und trotzdem am nächsten Tag ins Krankenhaus fuhr.

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben Hinweis darauf, dass bei gut informierten Personen mit besseren Resultaten beim Leben mit einem bariatrischen Eingriff zu rechnen ist. Zu beachten gilt es aber auch, welche Informationen sich die Personen selbstständig einholen. Wenn der Fokus auf den Vorteilen der Operation liegt, kann dies wiederum die Erwartungen an den Eingriff verfälschen. Hier muss der Arzt bzw. die Ärztin im aufklärenden Gespräch die Erwartungen auf ein realistisches Ausmaß bringen. Wie aus den Ergebnissen der Untersuchung ersichtlich wird, reichen die Erwartungen der befragten Personen von einer langfristigen Gewichtsreduktion, über das Abstreifen vergangener schlimmer Erlebnisse, eine Verbesserung der Komorbiditäten, wie Diabetes Mellitus, Hypertonie oder koronare Herzkrankheit, bis hin zu mehr Beweglichkeit und ein längeres, gesünderes Leben.

Diese Erwartungen konnten Großteils erfüllt werden. Bei den Personen wurde eine Verbesserung der physischen Komorbiditäten erreicht. So berichteten die befragten Personen in dieser Arbeit über eine Diabetesremission und eine Verbesserung der Hypertonie. Auch die Beweglichkeit hat sich verbessert, was für viele eine große Erleichterung darstellte. In der SOS Studie wird angegeben, dass sich auch die soziale Interaktion verbessert hat (Sjöström et al., 2013). In dieser Arbeit wurde aber auch beobachtet, dass sich die Personen zurückzogen. Im sozialen Umfeld veränderte sich meistens viel. Die Personen lösten sich, von Mitmenschen, die ihnen nicht guttaten, leichter los. Sie nahmen ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen besser wahr. Meist war vor dem Eingriff ein großes soziales Umfeld vorhanden, welches sich nach dem Eingriff verkleinerte.

Langfristige Nachsorge

Trotz jahrzehntelanger Erfahrungen mit der Adipositaschirurgie existieren bisher keine einheitlichen Nachsorgestandards, sodass sich große Unterschiede zwischen den Zentren beobachten lassen (Winckler, 2013, S. 342). Die befragten Personen schildern sehr unterschiedliche Abläufe in den Krankenhäusern. Der postoperative Kostaufbau oder die Nachsorge gestaltet sich, je nach ChirurgIn, sehr divergent. Dies führt bei den Personen zu großer Unsicherheit. Bezüglich postoperativer Nachsorge ist anzumerken, dass die befragten StudienteilnehmerInnen eine hohe Compliance aufwiesen. Einige gingen sogar öfter zur Kontrolle als notwendig. Trotzdem kommt es häufig zu Komplikationen, wie Mangelernährung. Bei einer Betroffenen führte diese unentdeckte Mangelversorgung trotz regelmäßiger

Kontrollen und Substitution von Vitaminen und Nährstoffen zu Haarausfall und Zahnverlust. In der Literatur wird aufgrund solcher schwerwiegenden Komplikationen empfohlen, die Personen langfristig diätologisch und auch psychologisch zu begleiten (Vannini et al., 2007). In der Realität ist das aber nicht der Fall. Die Betroffenen bekommen nach dem Eingriff eine diätologische Beratung und sind dann in weiterer Folge auf sich alleine gestellt. Psychologische Betreuung ist postoperativ nicht vorgesehen, obwohl aus diversen Studien bekannt ist, dass die Selbstmordrate ein bis drei Jahre nach dem Eingriff deutlich erhöht ist (Tindle et al., 2010). Auch in dieser Untersuchung sprach eine Betroffene aufgrund der massiven Komplikationen von Selbstmordgedanken. Sie suchte sich daraufhin selbstständig psychologische Betreuung. Eine verbindliche Langzeitbegleitung wäre für alle operierten Personen sinnvoll. Der Wunsch nach psychologischer Betreuung wurde auch von den Befragten selbst ausgedrückt. Laut Mechanick et al. (2013) sollen operierte Personen ebenso ermutigt werden nach der Operation an Selbsthilfegruppen oder ähnlichen Gruppen teilzunehmen.

Grindel & Grindel (2006) heben in ihrer Studie die Wichtigkeit einer adäquaten Schulung und Informationsvermittlung hervor. Sie betonen auch den Einbezug der Familienmitglieder in den Schulungsprozess. Auch Engström et al. (2011) weisen auf die Bedeutung eines frühzeitigen Einbeziehens der Angehörigen hin. Ausschlaggebend ist es, die Angehörigen bei den pflegerischen und diätologischen Beratungen miteinzubeziehen. Diese Beratungen müssen Informationen zu Essen und Trinken, die Pflege von Drainagen, wenn die Betroffenen mit einer liegenden Drainage entlassen werden, die Haut und die Wundpflege enthalten. Ebenso muss eine Wissensvermittlung bezüglich der Anzeichen und Symptome, die medizinische Hilfe erfordern, stattfinden. Hierfür sind schriftliche Schulungsunterlagen anzuraten (Grindel & Grindel, 2006). Auch die befragten Personen dieser Arbeit heben die Dringlichkeit des Einbezuges der Angehörigen bereits in der Vorbereitungszeit hervor.

Hervorzuheben ist, dass sich in der Literatur wenig Kritisches den Eingriff betreffend findet. Daraus lässt sich schließen, dass auch betroffene Personen bei ihrer Informationssuche nur auf die positiven Auswirkungen des Eingriffs stoßen werden. Ein Haar- oder Zahnverlust trotz passendem Blutbefund wird nicht beschrieben. Hier wird wiederum die Frage aufgeworfen, ob sich die betroffenen Personen operieren lassen würden, wenn ihnen bewusst wäre, mit welcher schwerwiegenden Herausforderungen und Komplikationen der Eingriff tatsächlich verbunden ist.

6.1. Verortung im theoretischen Diskurs

Die gewonnenen Ergebnisse werden nun im Hinblick auf die im Kapitel 2.2. beschriebene Transitions Theory nach Meleis (1975) reflektiert. Die Transitions Theory bietet sich für diesen Themenbereich besonders an, da sie den Übergang von einem stabilen Zustand in einen anderen beschreibt. In dieser Arbeit bezieht sich die Transition auf die Operation und den damit verbundenen Gewichtsverlust. Die betroffenen Personen befinden sich vor dem Eingriff in einem stabilen Zustand des *Dick seins*. Durch die Operation geraten sie in einen instabilen Zustand, der von Unsicherheit begleitet ist. Diese Unsicherheit betrifft sowohl den Gesundheitszustand als auch ihre Fähigkeiten und Rollenbeziehungen. Neues Wissen muss erlangt werden. Bedürfnisse verändern sich und das Verhalten muss sich verändern, um einen neuen stabilen Zustand des *Schlank seins* zu erreichen. Die interviewten Personen befinden sich in einer gesundheits- und krankheitsbedingten Transition, aber auch die situationsbedingte Transition findet statt, da ein Settingwechsel vom Krankenhaus nach Hause erfolgt. Teilweise kann durch Jobverlust oder Veränderungen bezüglich sozialer und partnerschaftlicher Gegebenheiten auch eine organisatorische Transition bei den befragten Personen beobachtet werden. Vom Muster her kann die Transition bei den Personen daher als mehrfach und gleichzeitig beschrieben werden. Die Typen der Transition sind miteinander verbunden (Meleis, 1999, S. 187ff)

Die Eigenschaften (properties) der Transition umfassen das Bewusstsein (awareness), die Verbindlichkeit (engagement), Veränderungen und Unterschiede (change and difference), die Zeitspanne (time span) und kritische Punkte und Ereignisse (critical points and events) (Meleis et al., 2000). In Bezug auf das Bewusstsein ist festzuhalten, dass die Personen meist schon einmal einen operativen Eingriff hatten und daher wussten, was auf sie zukommt. Einige Personen erwähnten, dass sie mit großen Schmerzen gerechnet hätten und sie daher mit der postoperativen Schmerzsituation gut zurechtgekommen seien. Jedoch muss beachtet werden, dass es sich bei einem bariatrischen Eingriff um eine große und komplexe visceralchirurgische Operation handelt und die meisten Betroffenen daher vom Ausmaß der Veränderungen durch den Eingriff überwältigt waren. Für manche war es der erste Krankenhausaufenthalt und die erste Operation in ihrem Leben, weshalb diese Personengruppe auf keine Vorerfahrungen zurückgreifen konnte.

Wie die Kategorie **Auf den neuen Körper hören** zeigt, fühlen sich die Personen nach der Transition oft machtlos. Der Gewichtsverlust findet ohne Zutun ihrerseits statt. Der eigene Körper ist ihnen fremd. Sie müssen auf den neuen Körper hören und ihn erst wieder kennenlernen. Dieser Zustand ist oft mit großer Verunsicherung und Angst verbunden. In dieser Phase des postoperativen Erlebens ist es für die Betroffenen besonders wichtig Informationen zu erhalten und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Die befragten

Personen erwähnten an dieser Stelle die Online-Foren und Selbsthilfegruppen als große Stütze.

Betreffend der Verbindlichkeit (engagement) (Meleis et al., 2000) ist anzumerken, dass die in dieser Arbeit interviewten Personen aktiv an der Transition teilnehmen. Die Personen haben sich oft jahrelang auf den Eingriff vorbereitet. Es wurden selbstständig Informationen und Erfahrungsberichte anderer Operierter eingeholt. Die Personen sahen sich Videos zum Eingriff an oder nahmen bereits vor der Operation an der Selbsthilfegruppe teil. Eine Befragte erzählte dazu, dass sie für die Zeit nach dem Eingriff zu Hause bereits sehr viel vorgekocht habe. Somit ist eine aktive Teilnahme an der Transition gegeben. Aus der Literatur geht allerdings hervor, dass dies nicht immer der Fall ist und viele Personen ohne jegliche Vorbereitung um einen Operationstermin ansuchen und somit die Erwartungen an den Eingriff überhöht sind, was wiederum die Dringlichkeit einer intensiven Aufklärung unterstreicht (Madura & DiBaise, 2012; Vannini et al., 2007; Engström et al., 2011). Die InterviewpartnerInnen aus dieser Untersuchung nahmen bezüglich der Aufklärung eine sehr aktive Rolle ein. Sie haben sich zum Beispiel im Vorhinein Fragen an den Arzt bzw. die Ärztin vorbereitet, welche sie klären wollten. Aber auch hier wurden Personen interviewt, die sich nicht ausreichend mit dem Eingriff auseinandergesetzt hatten. Auffallend ist dabei, dass diese Personen im Vergleich zu den anderen Betroffenen sehr schlechte Erfahrungen gemacht haben.

Wie bereits in den Ergebnissen dargestellt, durchlaufen die Personen nach dem Eingriff eine Vielzahl an Veränderungen (change and difference) (Meleis et al., 2000). Diese sind nicht nur physischer Natur. Der Eingriff hat auch Auswirkungen auf das soziale und private Umfeld. In der ersten postoperativen Zeit stehen aber die physischen Veränderungen im Mittelpunkt. Die größte Veränderung des Eingriffs stellt aufgrund der massiven Einschränkung des Magenvolumens der Gewichtsverlust dar. Dadurch veränderte sich auch das Ernährungsverhalten der Personen nicht nur bezüglich der aufgenommenen Nahrungsmenge, sondern auch in Hinblick auf Geschmack und Verträglichkeit. Ein großes Thema stellen hier die neu entwickelten Nahrungsmittelunverträglichkeiten dar. Meist ist von Laktose- und/oder Glutenunverträglichkeit die Rede. Die Ernährungsgewohnheiten sind langfristig umzustellen, um die gewünschte Gewichtsreduktion zu erreichen. Hinsichtlich dieser fühlten sich die Personen machtlos, da sie keinerlei Kontrolle über die Abnahme hatten. Anfänglich bleibt den Personen auch gar keine Alternative als sich an den vorgegebenen Kostaufbau zu halten, da es sonst zu Übelkeit, Erbrechen oder starken Bauchschmerzen kommt. Hinzu kommt, dass sich die Befragten im Zwiespalt gegenüber den veränderten Essgewohnheiten befinden, welche sie einerseits als Verlust und andererseits als Gewinn beschrieben. Aufgrund des eingeschränkten Magenvolumens kann nur noch wenig Essen aufgenommen werden. Jedoch wurde früher sehr viel Zeit mit Essen verbracht, was nun wegfällt. Die Befragten schilderten,

dass sie immer mit Leidenschaft gegessen hätten. Dadurch entsteht nun für die Interviewten eine Lücke, die erst mit neuen Gewohnheiten gefüllt werden muss.

Wie bereits erwähnt, fanden auch soziale und partnerschaftliche Veränderungen statt. Die befragten Personen wurden, aufgrund des geringeren Körpergewichts, aktiver und unternahmen mehr. Dadurch wurden die sozialen Kontakte intensiv gepflegt, wobei einige berichteten, dass sie auch vor dem Eingriff ein stabiles soziales Umfeld gehabt hätten. Andere wiederum beschrieben eine Veränderung in die gegenteilige Richtung. Nach dem Eingriff, zogen sie sich in ihr *Schneckenhaus* (18, Z 483) zurück und der Freundeskreis verkleinerte sich um ein Vielfaches. Die Personen konnten sich nach dem Eingriff besser abgrenzen und verabschiedeten sich nun leichter von Freunden, die keinen positiven Einfluss auf sie ausübten. Auch im privaten Bereich gab es Veränderungen. Einen Grund dafür stellt das neu gewonnene Selbstwertgefühl der Personen dar. Diese Erhöhung des Selbstbewusstseins wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf und den Verarbeitungsprozess aus. Mehrfach wurde dargelegt, dass früher viele Sorgen mit dem Essen hinuntergeschluckt wurden und die Personen sehr gutmütig waren. Mit dem Eingriff entwickelte sich eine starke Persönlichkeit und die Personen ließen sich nicht mehr alles gefallen. Mit dieser Veränderung konnten die PartnerInnen oft nicht umgehen. Im Hinblick auf die Psyche muss angemerkt werden, dass die Befragten vermehrt positive Veränderungen angaben.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Personen mit den Veränderungen im Laufe der Zeit gut zurechtkommen und diese gut bewältigen. Die Befragten berichteten selbst von einem intensiven Lernprozess. Sie lernen, was der Körper an Nahrungsmitteln verträgt und was ihnen guttut. Sie hören auf die Signale ihres Körpers und wissen, wie sie mit ihrem neuen Körper umgehen müssen. Es findet eine Gewöhnung an die neuen Gegebenheiten statt. Die Personen sprachen nach einer gewissen Zeitspanne von Normalität und Routine.

Diese Zeitspanne (time span) (Meleis et al., 2000) dauert bei den Betroffenen unterschiedlich lang, beginnend mit der Auseinandersetzung mit den operativen Möglichkeiten. Mit dieser startet auch die Transition, da ab diesem Zeitpunkt eine profunde Periode der Vorbereitung und Informationssammlung beginnt. Höhepunkt der Transition stellt dann die Entscheidung zum operativen Eingriff dar. Nach diesem Ereignis befinden sich die Personen in einem instabilen und unsicheren Zustand, welcher nach unterschiedlich langer Zeit wieder stabilisiert wird. Zu beachten gilt es, dass sich die Personen zwar nach einer gewissen Zeitspanne wieder in einem stabilen Zustand befinden, aber von allen Befragten hervorgehoben wird, dass das Thema Gewichtstabilisierung und Ernährung niemals abgeschlossen sein werde. Denn auch wenn die Personen mit den Veränderungen nach dem Eingriff gut zurechtkommen, erfordert es doch immer noch Disziplin, um eine Wiedezunahme an Gewicht zu verhindern. Die Personen müssen folglich eine disziplinierte Routine erlangen. Ebenso gilt es regelmäßige

Blutkontrollen durchzuführen, um das Auftreten von Mangelerscheinungen zu verhindern. Die Personen betonen, dass sie das Thema *Magenbypass* ein Leben lang begleiten werde.

Als kritische Punkte und Ereignisse (critical points and events) können zum einen die diversen Komplikationen betrachtet werden, welche alle Personen erlebten, aber auch einzelne, bestimmte Ereignisse, welche den Betroffenen besonders schlecht in Erinnerung blieben. Hier ist zum Beispiel die Behandlung durch die Pflegenden zu erwähnen. Einige Personen beschrieben ein respektloses und herablassendes Verhalten ihnen gegenüber. Probleme oder Ängste wurden nicht ernst genommen. Einen weiteren kritischen Punkt im Prozess der Transition stellt die neuerliche Zunahme dar. Dadurch fühlten sich die Personen an die Zeit vor dem Eingriff zurückerinnert, was mit großen Ängsten verbunden war. Es kommt erneut zu einer Phase der Unsicherheit und Instabilität. Hier besteht auch die Gefahr, dass die Betroffenen in eine bereits erlebte Phase zurückfallen, wenn sie zu alten Ernährungsmuster zurückkehren und das Essen wiederum neu lernen müssen.

Auch die Entlassung nach Hause wurde als kritisches Ereignis genannt. Bei einer Person äußerte sich dies in einer Panikattacke, da sie sich für die Entlassung noch nicht bereit fühlte. Die Entlassung nach Hause wird aber bei den meisten Personen gut bewältigt, da es sich bei bariatrischen PatientInnen vorwiegend um jüngere Betroffene handelt. Diese Personen kommen mit der Transition vom Krankenhaus nach Hause im Regelfall sehr gut zurecht (Weiss et al., 2007). Die Personen waren überwiegend in der Lage die diversen kritischen Ereignisse entweder aus eigener Kraft oder mit Unterstützung durch FreundInnen, Angehörige oder PsychotherapeutInnen zu bewältigen und erneut einen stabilen Zustand zu erreichen.

Bei den Transitionsbedingungen (transition conditions) geht es vor allem um hemmende und fördernde Faktoren, die die Transition beeinflussen. Hier spielen zum Beispiel die Vorbereitung, das Wissen und die Erwartungen eine Rolle. Wie bereits erwähnt, haben sich die Personen in dieser Untersuchung sehr gut auf den Eingriff vorbereitet. Es wurde selbstständig Information eingeholt und es fand eine intensive Auseinandersetzung mit dem Eingriff und seinen Folgen statt. Häufig wurde auch angeführt, dass sich Bekannte bereits operieren ließen und die Personen so hautnah miterleben konnten, wie sich der Eingriff auf das Leben auswirkt und mit welchen Herausforderungen gerechnet werden muss. Ausdrücklich hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass bei zwei der betroffenen Personen die Vorbereitungszeit und selbstständige Wissensaneignung nur eingeschränkt ausgeübt wurde. Diese Personen wiesen einen schwierigen und komplikationsreichen Verlauf auf.

Weiter waren die Erwartungen bei allen Befragten sehr hoch. Diese reichen von diversen Abnehmzielen bis hin zum Finden eines Partners. Betont werden muss hier, dass der Großteil der Personen sein Wunschgewicht nicht erreichte. Dieser Fakt stellte aber für die Betroffenen keine enorme Belastung dar, da es sich meistens nur um wenige Kilogramm handelte, die zur Zielerreichung fehlten und sie sich daher gut an die Gegebenheiten anpassen konnten. Die

Anzahl an Kilogramm, die erwünscht gewesen wäre, wurde dann in das sogenannte Wohlfühlgewicht umgewandelt. Dieses wird nicht durch eine Anzahl von Kilos definiert, sondern stellt ein Gefühl dar, bei dem sich die Personen in ihrem neuen Körper gut- und wohlfühlen. Außerdem wurde eine Verringerung der Komorbiditäten und in weiterer Folge Beschwerdefreiheit angestrebt, was bei allen betroffenen Personen erreicht werden konnte. Den Personen wurde seitens der Familie große Unterstützung entgegengebracht. Freunde und Familie stellen eine wichtige Ressource im postoperativen Verlauf dar, besonders in der ersten Phase des postoperativen Erlebens. Zum Beispiel erzählten mehrere betroffene Personen, dass der Partner immer gekocht habe und dabei genau darauf geachtet habe, was die operierte Person essen dürfe. Bei Wundheilungsstörungen übernahmen die Mutter oder die Schwester den Verbandwechsel. Die familiäre Unterstützung ist im gesamten Prozess außerordentlich wichtig, auch wenn die Entscheidung selbst alleine getroffen wurde und die Meinung der Familie und Freunde dabei keine Berücksichtigung fand.

Aber auch das medizinische Personal spielt eine wichtige Rolle, besonders in Bezug auf die Wissensvermittlung, die bei der Transition ganz zentral ist. Eine Person betonte das gute Verhältnis zum Pflegepersonal, welches für sie besonders in der ersten Zeit nach der Operation eine große Stütze dargestellt habe. Den Personen war es außerdem wichtig, sich jederzeit beim behandelnden Arzt/bei der behandelnden Ärztin melden zu können. Dadurch erhielten sie ein Gefühl der Sicherheit. Positiv angemerkt wurde auch, dass die Interviewten auf ein stabiles soziales Netz zurückgreifen konnten. Dadurch konnte Überforderung und Stress reduziert bzw. vermieden werden.

Als hemmende Faktoren wurden Freunde und Bekannte beschrieben, die immer negativ eingestellt waren und diese Negativität auf die Personen projizierten. Dank des neu gewonnenen Selbstvertrauens war es den Befragten möglich, sich von diesen Personen zu distanzieren. Ebenso wurde eine unzureichende Wissensvermittlung, vor allem im Bereich der Ernährung, als besonders hemmend angesehen. Durch fehlendes Wissen wurde inkorrektes Verhalten bei der Nahrungsaufnahme initiiert, wodurch es zu Komplikationen, wie Erbrechen, Diarrhoe oder Dumpings, kam. Als hemmender Faktor muss hier auch noch die Umgebung im Krankenhaus angemerkt werden. Es wurde beschrieben, dass im Zimmer eine sehr negative Atmosphäre geherrscht habe, was die Krankheitsbewältigung der Person erschwert habe.

Der Prozess der Transition wird durch ein gutes Verhältnis zu den Pflegenden erleichtert. Die Personen wurden aber oft wie eine Nummer behandelt, Individualität wurde nicht ermöglicht. Betroffene fühlten sich in das Schema „MagenbypasspatientIn“ eingeordnet, von dem nicht abgewichen wurde. Der Mensch dahinter wurde nicht gesehen. Einige Personen nahmen eine herablassende Kommunikation wahr, wodurch keine Vertrauensbasis zu den Pflegenden aufgebaut werden konnte. Diese Herablassung reichte vom Ignorieren bis hin zu Beleidigungen. Austausch und Interaktion mit dem Pflegeteam war dadurch nicht möglich, was

eine positive Transition wiederum erschwerte. Allerdings konnte in dieser Untersuchung ein überwiegend positives Verhältnis zwischen den Pflegepersonen und den Befragten konstatiert werden, im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Literatur (Brown & Thompson, 2007; Engström et al., 2011; Engström & Forsberg, 2011; Phelan et al., 2015; Puhl & Heuer, 2009; Sikorski et al., 2013). Wesentlich für die Betroffenen ist auch die Interaktion mit den DiätologInnen. Im postoperativen Prozess spielen die Informationen, Empfehlungen und praktischen Tipps der DiätologInnen eine zentrale Rolle. Durch eine enge Zusammenarbeit und gegenseitiges Vertrauen kann ein neuerlicher stabiler Zustand des *Dünn seins* gefördert werden. Eine interviewte Person erzählte, dass sie von der betreuenden Diätologin richtig erzogen worden sei und daher nie Probleme bei der postoperativen Ernährung gehabt habe.

Bezüglich des positiven Effektes der Verortung muss bei der Transition die Vernetzung in der Selbsthilfegruppe erwähnt werden. Diese wurde von den beteiligten Personen als große Stütze und Beistand in schwierigen Situation oder auch bei Unsicherheit charakterisiert. Die befragten Personen erzählten, dass sie von Mitgliedern der Selbsthilfegruppe im Krankenhaus besucht wurden. Die Selbsthilfegruppen wurden von den Personen als Auffangnetz bezeichnet. Eine Person verglich dieses Netz mit einem Tunnel: Wenn sie sich alleine im Tunnel befinde, habe sie Angst, aber wenn mehrere im Tunnel seien, sei es lustig.

Die Personen lernen durch Erfahrung mit den Herausforderungen umzugehen. Eine Befragte nannte es „*Learning by doing*“ (I3, Z 44). Durch dieses Lernen können sie die Veränderungen bewältigen. Sie eignen sich neue Fähigkeiten an, die den Outcome positiv beeinflussen. Der Outcome bezieht sich auf die späteren Phasen des postoperativen Erlebens, hier vor allem auf die Kategorie **Neu essen lernen**. Durch neue Fähigkeiten und neues Wissen können in weiterer Folge auch Komplikationen und Rückschläge leichter verarbeitet werden. Wenn die Personen in gewissen Situation überfordert sind, wird beobachtet, dass sie bereit sind, sich Hilfe von außen zu suchen. So beschrieb eine Person, dass sie ihre schlechten Erfahrungen mit dem Eingriff dank der Hilfe eines Therapeuten bewältigt habe. Die Personen beweisen ein hohes Maß an Reflektiertheit. Die Befragten werden zunehmend aktiver in ihrer Umwelt und bewegen sich mehr in der Öffentlichkeit. Die Scheu, in der Öffentlichkeit zu essen, nimmt ab. Sie fühlen sich nicht mehr beobachtet, wenn sie ein Eis essen. Das Essen in der Öffentlichkeit gestaltet sich aber oft nicht so leicht, weil nur sehr kleine Portionen gegessen werden können. Im Restaurant wird den Betroffenen daher häufig mit Argwohn begegnet.

Die Neudefinition der Identität gestaltet sich bei dieser Personengruppe besonders schwierig. Die befragten Personen sehen sich oft Jahre nach dem Eingriff noch als adipös. Sie erkennen sich im Spiegel oder auf Fotos nicht wieder. Dieses Faktum wurde damit beschrieben, dass die Personen Jahre dafür gebraucht hätten, dass „*man sich das Gewicht aufgefüttert hat*“ (I1, Z 252-253). Wenn sie dann innerhalb kürzester Zeit das Gewicht verlieren, kann das Bewusstsein der Veränderung nicht so schnell folgen. Auch der Griff zu den XXL-Größen ist

ein weiterer Beleg dafür. Lediglich jene Person, die bereits vor elf Jahren operiert wurde, sagte, dass sie „*im Kopf schon lange weg sei von dem Gefühl, dick zu sein*“ (17, Z 265-266). Ebenso kommt es zu gewissen Rollenveränderungen in partnerschaftlichen Beziehungen. So lebt der Großteil der Befragten nach einer Scheidung in einer neuen Partnerschaft. Aber auch eine für die befragten Personen nicht zufriedenstellende Erfüllung der Mutterrolle wurde beschrieben, da die Betroffene, aufgrund ihrer Schwäche, nicht in der Lage war ihre Kinder zu betreuen.

Wie Meleis (2010, S. 5) sagt, soll das oberste Ziel der Pflege die Unterstützung bei der gesunden Transition sein, um einen positiven Outcome der Personen zu ermöglichen. Manche Personen, die eine unzureichende Betreuung durch Pflegenden erhalten hatten, zeigten einen schlechteren Outcome als andere StudienteilnehmerInnen. Dieses Resultat lässt darauf schließen, dass die Behandlung durch die Pflegepersonen im Genesungsprozess eine zentrale Rolle für eine positive Transition und somit für einen positiven Outcome spielen. Die Personen sagten, dass sie sich mehr Empathie und Aufklärung gewünscht hätten. Durch eine kompetente und angemessene Betreuung und Informationsvermittlung hätten aufgetretene Komplikationen verhindert werden können. Hier sind auch die anderen Professionen des interdisziplinären Behandlungsteams angesprochen. Eine Betroffene wies etwa darauf hin, dass sie während ihres Krankenhausaufenthaltes keine Diätberatung erhalten habe. Sie habe sich die Informationen selbstständig über die Selbsthilfegruppe und das Internet heraussuchen müssen. Dies sei mit großer Unsicherheit verbunden gewesen, weil sie aufgrund der Fülle an unterschiedlicher Information nicht gewusst habe, welche Ernährungsweise nun tatsächlich angemessen sei. Aufgrund der mangelnden Unterstützung und Informationsvermittlung litt die Person an einer Vielzahl von Komplikationen.

Auch in Bezug auf die postoperative Erstmobilisierung wurden negative Erfahrungen geschildert. So beschrieb eine Person, dass ihr das erste Aufstehen nach dem Eingriff sehr schwer gefallen sei und sie daher Unterstützung durch die Pflegeperson gebraucht hätte. Diese verweigerte ihr allerdings die Hilfe und gab einen geschmacklosen Kommentar zur Situation der Betroffenen ab. Wie sich jedoch in der Praxis zeigt, wäre vor allem bei der Mobilisierung eine adäquate Einschulung der optimalen Bewegungsabläufe notwendig, um die eigenständige Mobilität der Personen schnellstmöglich zu erreichen. Allerdings zeigten die Pflegenden teilweise kein Verständnis für die Situation der Betroffenen. Durch solche Vorkommnisse wird das Vertrauen in die Pflegepersonen enorm eingeschränkt und eine nachhaltige Zusammenarbeit ist nicht mehr möglich.

Eine andere Person allerdings schilderte ihren Krankenhausaufenthalt sehr positiv. Sie sagte, dass sehr viel gelacht worden sei und sie sich gut aufgehoben gefühlt habe. Diesen Umstand hob sie als sehr förderlich für ihren Genesungsprozess hervor. Bei den Personen, die eine gute Betreuung im Krankenhaus durch das Pflegepersonal erfuhren, konnte eine gesunde Transition beobachtet werden. Aufgrund dessen lässt sich die Wichtigkeit einer kompetenten

und fördernden Betreuung der betroffenen Personen durch das Pflegepersonal nochmals hervorheben.

6.2. Limitation und Ausblick

An dieser Stelle müssen einige Limitationen dieser Masterarbeit aufgezeigt werden. Als erste Limitation muss die Qualität der Interviews angeführt werden. Da die Forscherin bisher nur sehr wenig Erfahrung mit einer wissenschaftlichen Interviewführung vorzuweisen hat, sind die ersten geführten Interviews eher oberflächlich. Diese Interviews gehen vergleichsweise nur wenig in die Tiefe. In den späteren Interviews konnte jedoch sukzessive an Routine und Sicherheit gewonnen werden, weshalb diese inhaltsreicher und aussagekräftiger wurden. Die Atmosphäre betreffend können keine Einschränkungen angeführt werden. Es entstand rasch eine Vertrauensbasis zwischen InterviewpartnerIn und Forscherin. Wie bereits im methodischen Teil beschrieben, hätten noch zwei weitere Personen befragt werden sollen. Diese sagten den Termin aber kurzfristig ab. Somit wurden insgesamt acht Personen befragt. Vorteilhaft für die Aussagekraft der Ergebnisse wirkt sich das Faktum aus, dass alle befragten Personen den gleichen bariatrischen Eingriff aufweisen und sehr offen über das Thema sprachen.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass bei der Suche nach freiwilligen InterviewpartnerInnen nur jene Personen erreicht werden können, die bereit sind, über ihre besondere Situation zu sprechen. Dadurch werden all jene von der Untersuchung ausgeschlossen, die durch ihre Erfahrungen besonders belastet sind und sich nicht in der Lage fühlen, über ihre spezielle Situation zu sprechen. Gerade diese Personengruppe wäre aber im Rahmen des theoretischen Samplings interessant gewesen. Lediglich zwei der InterviewpartnerInnen sprachen vorwiegend über negative Erfahrungen nach dem Eingriff. Aus der eigenen Praxis der Forscherin wurde diesbezüglich wahrgenommen, dass sehr viele Personen schlechte Erfahrungen mit dem Eingriff gemacht und teilweise mit gravierenden Komplikationen zu kämpfen haben. Oft wird eine adäquate Aufklärung durch den Arzt bzw. die Ärztin verabsäumt. Es entsteht der Eindruck von einer kleinen Operation, die einem reinen Routineeingriff gleichkommt, wie auch eine der befragten Personen bekräftigte. Für weitere Forschungstätigkeiten wäre daher eine Spezialisierung auf Personen mit einem negativen Outcome anzustreben.

Wie bereits im theoretischen Teil erwähnt, müssen alle Personen, die für einen bariatrischen Eingriff in Fragen kommen, gewisse Voraussetzungen erfüllen, wie einen BMI über 35 kg/m² oder Erschöpfung konservativer Therapiemethoden. Die Befragten dieser Untersuchung erfüllten alle diese Voraussetzungen für einen Eingriff. Diese akkurate Auswahl der operationswürdigen Personen könnte in dieser Untersuchung einen Grund für die positiven

Ergebnisse der Gewichtsabnahme und das insgesamt geringe Vorkommen von Komplikationen darstellen. Die befragten Personen zeigten ein hohes Ausmaß an Selbstreflektiertheit und Compliance. Es war schon viel versucht worden und die Operation stellte wirklich den letzten Ausweg dar. Oft mangelte es aber an professionell begleiteten Diätprogrammen, da diese mit hohen Kosten verbunden sind und zielführende, multimodale Gewichtsreduktionsprogramme von der Krankenkassa nicht bezahlt werden; im Gegensatz zum Eingriff. Hier muss auch aus ethischer Sicht die Sinnhaftigkeit hinterfragt werden.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass die Ergebnisse nur auf jenen kulturellen Raum übertragen werden können, wo das Schönheitsideal einer schlanken Person entspricht und ein geringes Körpergewicht ein zentrales Attribut für physische Attraktivität darstellt.

Bezüglich der Methode ist an dieser Stelle noch anzumerken, dass der qualitative Ansatz hier den treffenden Zugang darstellt, da die Bedeutungen und Zusammenhänge in der subjektiven Wirklichkeit abgebildet und verstanden werden sollen. Aus den Ergebnissen geht hervor, wie komplex das Erleben von einem so drastischen Eingriff ist, was in diesem Ausmaß mit standardisierten quantitativen Verfahren oft nur schwer zu erfassen ist. Die Grounded Theory eignet sich besonders zur Beantwortung der Forschungsfrage, da die Bedeutungen, welche die InterviewpartnerInnen ihren Erfahrungen im Erleben des Prozesses geben, erforscht werden sollten. Eine Herausforderung dabei stellte die theoretische Sensibilität dar. Praxisnahe Erfahrungen und das Vorwissen aus der Literatur auszublenden, war nur durch eine wiederkehrende kritische Selbstreflexion von Vorannahmen und Vorurteilen erreichbar. Es wurde versucht, so offen und unvoreingenommen wie möglich an die befragten Personen heranzutreten, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und nicht nur bereits Bekanntes zu bestätigen. Jedoch wurde durch die eigene Erfahrung in diesem Bereich, dieses Forschungsfeld und die bestehende Forschungslücke erst erkannt. Auch Strauss und Corbin (1996, S. 25) betonen, dass durch die theoretische Sensibilität die Fähigkeit entsteht, Einsicht zu haben, den Daten Bedeutung zu verleihen, die Fähigkeit zu verstehen und das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen.

Die vorliegende Arbeit zeigt auch, dass die Betroffenen oft mit Diskriminierung und Vorurteilen seitens der Pflegenden konfrontiert sind. Diese Ergebnisse wurden auch von der Literatur (Engström et al., 2011; Engström & Forsberg, 2011; Sikorski et al., 2013; Puhl & Heuer, 2009; Brown und Thompson, 2007) bestätigt. Für weitere Untersuchungen wäre daher eine Fokussierung auf Pflegekräfte und deren Erfahrungen mit bariatrischen PatientInnen sehr gewinnbringend. Hier wäre deren Sichtweise auf den bariatrischen Eingriff insbesondere mit Blick auf mögliche Gründe für das bestehende Unverständnis interessant, da diese Fragen in der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden konnten.

6.3. Relevanz der Ergebnisse für die Praxis

Die Ergebnisse weisen einige wichtige Themen für die Pflegepraxis auf und dienen der Wissenserweiterung und dem Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten in der Betreuung von operierten Personen. Durch die Arbeit soll den Pflegenden ein Einblick in das Erleben ihrer PatientInnen ermöglicht werden und ein Weg geboten werden, diese besondere Personengruppe besser zu verstehen. Durch das Kennenlernen der Phasen der Transition können neue spezifische Interventionen ermittelt werden, welche von Pflegepersonen eingesetzt werden können, um PatientInnen bei einer positiven Transition zu unterstützen (Meleis, 2010, S. 6).

Seitens der Pflegenden herrscht oft großes Unverständnis gegenüber den betroffenen Personen, die sich zu einer bariatrischen Operation entschlossen haben (Engström et al., 2011; Brown & Thompson, 2007). Demzufolge ist die Erforschung der Erfahrungen vor dem Eingriff und der Beweggründe zu diesem Schritt umso wertvoller, da dadurch das Verständnis seitens der Pflegenden erhöht werden kann. Im Gegensatz zur Studie von Brown und Thompson (2007) zeigt sich hier, dass der Eingriff bei keiner der befragten Personen als „easy way out“ bezeichnet werden kann. Ein jahrelanger Leidensweg gestaltet den Entscheidungsprozess. Es wird aber nicht ausgeschlossen, dass es durchaus Personen gibt, die sich kurzfristig zu diesem Schritt entscheiden und in diesen Fällen eventuell noch andere Möglichkeiten zur Gewichtsreduktion gegeben wären. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass der Großteil der Betroffenen gute Erfahrungen im Umgang mit den Pflegenden gemacht hat. Viele sprachen von einer respektvollen und empathischen Beziehung zu den Pflegenden. Aber es wurde zum Teil auch von herablassenden und beleidigenden Äußerungen durch das Pflegepersonal berichtet. Zu beachten ist hier auch, dass jene Personen, die mit massiven Komplikationen und einem schwierigen postoperativen Verlauf konfrontiert waren, vermehrt schlechte Erfahrungen bezüglich des Pflegepersonals machten. Bezüglich des Spitalaufenthaltes wurde angemerkt, dass die Pflegenden respektvoller mit Adipositas-PatientInnen umgehen sollten. Die Bedürfnisse der Betroffenen sollen ernst genommen werden. Kommunikation soll auf Augenhöhe stattfinden und frei von Vorurteilen sein.

Ein operativer Eingriff stellt für die Betroffenen immer eine Ausnahmesituation dar und muss ernstgenommen werden. Der Prozess der Transition wird durch ein gutes Verhältnis zu den Pflegenden erleichtert. Dabei ist auf die Individualität der Personen zu achten. Ebenso soll eine angemessene Kommunikation angestrebt werden, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen PatientIn und Pflegekraft zu entwickeln. Ohne Vertrauen kommt es zur Überforderung der PatientInnen. Diese Überforderung kann durch kompetente Hilfestellung und Aufklärung vermieden werden und somit eine positive Transition gefördert werden, wie zum Beispiel beim ersten postoperativen Aufstehen oder der Entlassung nach Hause. Die

Pflegeperson soll als VermittlerIn fungieren und die PatientInnen in diesen schwierigen Situationen nicht alleine lassen, selbst wenn die Entscheidung für den Eingriff oft nicht verstanden werden kann.

In der Arbeit werden auch die Ressourcen der Betroffenen aufgezeigt. Dieses Wissen kann aufgegriffen werden, um diese Ressourcen zu nutzen und zu fördern. Hier sei vor allem der Einbezug der Angehörigen erwähnt.

Interessant und erstrebenswert wäre hier auch der Einsatz einer Bariatric Nurse, welche auf die Pflege und Betreuung von Personen mit einem bariatrischen Eingriff spezialisiert ist. Diese kann zum einen Informationen zu relevanten Themen sowohl prä- als auch postoperativ geben und zum anderen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder diversen Anlaufstellen vermitteln. Darunter fällt etwa, den Personen Tipps und Tricks für den Alltag mitzugeben und durch eine gute postoperative Begleitung Komplikationen zu vermeiden. Die betroffenen Personen müssen geschult und darüber aufgeklärt werden, wie sie sich nach dem Eingriff zu verhalten haben, um einen positiven und vor allem langfristigen Outcome zu erreichen. In diesen Prozess sind auch Angehörige miteinzubeziehen. Durch die zeitlichen Ressourcen einer Bariatric Nurse wäre eine intensive Betreuung der Betroffenen gewährleistet. Ebenso wäre ein Einsatz in der Prävention von Übergewicht und Adipositas anzustreben. Auch bei der Differenzierung von geeigneten Personen für einen bariatrischen Eingriff ist eine Partizipation sinnvoll. Im Wiener Krankenhaus Göttlicher Heiland wird momentan die Installierung einer Bariatric Nurse angestrebt.

Abschließend ist hervorzuheben, wie wichtig eine gut überlegte und kritische Auswahl an geeigneten Personen für diesen Eingriff ist. Der Eingriff stellt sicher nicht für alle die beste Wahl dar. Darum ist die Auswahl der Personen von großer Bedeutung, auch in Bezug auf die Compliance und den psychischen Status. Auch Neff et al. (2013) empfehlen, dass der Psychologe/die Psychologin beim Einschätzen der Eignung einer Person eine zentrale Rolle einnehmen sollte. Eine diesbezügliche Sensibilisierung der ÄrztInnen wird auch von den befragten Personen angesprochen. Hier spielt auch eine intensive und kompetente Aufklärung seitens des Arztes/der Ärztin eine Rolle. Die Personen sollen in ihrem Entscheidungsprozess gefördert, aber nicht durch ein Drängen in die eine oder andere Richtung gelenkt werden. Darüber hinaus stellt auch das Aufzeigen von alternativen Therapiemöglichkeiten einen wichtigen Teil der Aufklärung dar. Zusätzlich würde ein verpflichtender präoperativer Besuch von Selbsthilfegruppen gewinnbringend sein.

7. Literaturverzeichnis

- Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., LaMonte, M. J., Stroup, A. M. & Hunt, S. C. (2007).** Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *The New England Journal of Medicine*, 357, 753-761.
- Andris, D. A. (2005).** Surgical treatment for obesity: ensuring success. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 32(6), 393-401.
- Barmherzige Schwestern Wien [BHS Wien] (2016).** Gesundheitspass zur bariatrischen Operation. Wien.
- Bays, H. E., Laferrère, B., Dixon, J., Aronne, L., González-Campoy, J. M, Apovian, C. & Wolfe, B. M. (2009).** Adiposopathy and bariatric surgery: is 'sick fat' a surgical disease?. *International Journal of Clinical Practice*, 63(9), 1285-1300.
- Bockelbrink, A., Stöber, Y., Roll, S., Vauth, C., Willich, S. N., & von der Schulenburg, J. M. (2008).** Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbidem Adipositas. *GMS Health Technology Assessment*, 4.
- Bocchieri, L. E., Meana, M., & Fisher, B. L. (2002).** Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obesity Surgery*, 12, 781-788.
- Brantley, P. J., Waldo, K., Matthews-Ewald, M. R., Brock, R., Champagne, C. M., Church, T., Harris, M. N., McKnight, T., McKnight, M., Myers, V. H., & Ryan, D. H. (2014).** Why patients seek bariatric surgery: Does insurance coverage matter? *Obesity Surgery*, 24(6), 961-964.
- Brown I., & Thompson J. (2007).** Primary care nurses' attitudes, beliefs, and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 535-543.
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K. & Schoelles, K. (2004).** Bariatric Surgery. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surgery*, 292(14), 1724-1737.
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2016).** Die Gesundheitsausgaben in Österreich. Zugriff am 16. Mai 2016 unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Gesundheitsausgaben/.

- Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2011).** Anfrage Nr. 9520/J der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein und weiterer Abgeordneter. Zugriff am 17. Mai 2016 unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/AB/AB_09371/fnameorig_238746.html.
- Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie [CA-ADIP] (2010).** S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas. Deutschland.
- Christiansen, B., Borge, L., Fagermoen, M. S. (2012).** Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7.
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M. & Pisetsky, E. M. (2015).** Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *European Eating Disorders Review*, 23, 417-425.
- da Silva, S. S. P., & da Costa Maia, A. (2012).** Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: a qualitative study. *Obesity Surgery*, 22, 1714-1722.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft [DAG], Deutsche Diabetes Gesellschaft [DDG], Deutsche Gesellschaft für Ernährung [DGE], Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin [DGEM] (2014).** Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. S3-Leitlinie.
- de Zwaan, M. (2013).** Gewichtsstabilisierung nach konservativer und bariatrischer Therapie. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 319-325) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- de Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Mühlhans, B., Ditzen, B., Gefeller, O., Mitchell, J. E. & Müller, A. (2011).** Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders*, 133, 61-68.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016).** Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Elrazek, A. E. M. A. A., Elbanna, A. E. M. & Bilasy, S. E. (2014).** Medical management of patients after bariatric surgery: Principles and guidelines. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 6(11), 220-228.
- Engström, M., & Forsberg, A. (2011).** Wishing for deburdening through a sustainable control after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6.

- Engström, M., Wiklund, M., Olsén, M. F., Lönroth, H., & Forsberg, A. (2011).** The meaning of awaiting bariatric surgery due to morbid obesity. *The Open Nursing Journal*, 5, 1-8.
- Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Thomas, J. G., Jones-Corneille, L. R., Sarwer, D. B. & Fabricatore, A. N. (2013).** Changes in Depression and Quality of Life in Obese Individuals with Binge Eating Disorder: Bariatric Surgery vs. Lifestyle Modification. *Surgery for Obesity and Related Disease*, 9(5), 790-796.
- Flick, U. (2007).** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (2007).** Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2014).** Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Geraci, A. A., Brunt, A. & Marihart, C. (2014).** The Work behind Weight-Loss Surgery: A Qualitative Analysis of Food Intake after the First Two Years Post-Op. *ISRN Obesity*.
- Gletsu-Miller, N. & Wright, B. N. (2013).** Mineral Malnutrition Following Bariatric Surgery. *Advances in Nutrition*, 4, 506-517.
- Gould, J. C., Beverstein, G., Reinhardt, S. & Garren, M. J. (2007).** Impact of routine and long-term follow-up on weight loss after laparoscopic gastric bypass. *Surgery for Obesity and Related Disease*, 3, 627-630.
- Grave, R. D., Calugi, S., Molinari, E., Petroni, M. L., Bondi, M., Compare, A., Marchesini, G., & Quovadis Study Group (2005).** Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: An observational multicenter study. *Obesity Research*, 13(11), 1961-1969.
- Grindel, M. E., Grindel, C. G. (2006).** Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, 15(3), 129-145.
- Groven, K. S., Råheim, M., & Engelsrud, 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.
- Hamann, A., & Greten, H. (1999).** Neue Optionen für die Adipositas-Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 96(50), 32-34.

- Hauner, H. (2013a).** Definition und Klassifikation der Adipositas. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 2-6) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hauner, H. (2013b).** Management – Strategie - Schulung. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 262-274) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hauner, H. (2007).** Evidenzbasierte Therapie der Adipositas. Von Verhaltenstherapie bis Adipositaschirurgie. *Der Diabetologe*, 3, 293-306.
- Herpertz, S., de Zwaan, M., & Zipfel, S. (Hrsg.) (2015).** Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Hohmeier, J. (1975).** Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In Brusten, M. & Hohmeier, J., *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*, (S. 5-24). Darmstadt: Luchterhand-Verlag. Zugriff am 25. Juli 2016 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html>
- Holzapfel, C. & Hauner, H. (2013).** Adipositas im Umfeld von Gesundheitspolitik und Forschung. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 389-399) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Homer, C. V., Tod, A. M., Thompson, A. R., Allmark, P. & Goyder, E. (2016).** Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. *BMJ Open*, 6.
- Hüttl, T. P. & Kramer, K. M. (2013).** Chirurgie der Adipositas. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 332-341) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbæk, H. N. & Midtgaard, J. (2013).** Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149.
- Khwaja, H. A., Bonanomi, G. (2010).** Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 21, 31-38.
- Königsperger, K. (2013).** Die Herausforderung eines leichteren Lebens bewältigen. Ein systematisches Review zum Erleben Betroffener nach einer Magenbypass-Operation. *Pflegewissenschaft*, 1(14), 10-20.
- Körtner, U. (2012).** Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

- Kubik, J. F., Gill, R. S., Laffin, M., & Karmali, S. (2013).** The Impact of Bariatric Surgery on Psychological Health. *Journal of Obesity*.
- Kvalem, I. L., Bergh, I., von Soest, T., Rosenvinge, J. H., Johnsen, T. A., Martinsen, E. W., Mala, T. & Kristinsson, J. A. (2016).** A comparison of behavioral and psychological characteristics of patients opting for surgical and conservative treatment for morbid obesity. *BMC Obesity*, 3(6).
- Lamnek, S. (2010).** Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Libeton, M., Dixon, J. B., Laurie, C. & O'Brien, P. E. (2004).** Patient motivation for bariatric surgery: characteristics and impact on outcomes. *Obesity Surgery*, 14(3), 392-398.
- Liebl, L., Barnason, S. & Hudson, D. B. (2016).** Awakening: a qualitative study on maintaining weight loss after bariatric surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 951-961.
- Lier, H. Ø., Biringer, E., Hove, O., Stubhaug, B. & Tangen, T. (2011).** Quality of life among patients undergoing bariatric surgery: associations with mental health- A 1 year follow-up study of bariatric surgery patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(79).
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C. Y. & Gibbons, M. M. (2010).** Exercise Following Bariatric Surgery: Systematic Review. *Obesity Surgery*, 20(5), 657–665.
- Madura, J. A., & DiBaise, J. K. (2012).** Quick fix or long-term cure? Pros and cons of bariatric surgery. *Medicine Reports*, 4(19).
- Mayer H. (2002).** Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas Verlag.
- Mayer H. (2011).** Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas Verlag.
- Mayring, P. (2016).** Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., Heinberg, L. J., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B. & Brethauer, S. (2013).** Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient-2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity*, 21(1).
- Meleis, A. I. (2010).** Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Meleis, A. I. (1999).** Pflege-theorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E-O., Hilfinger, M., DeAnne, K., & Schumacher, K. (2000).** Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Mitchell, J. E., Crosby, R., de Zwaan, M., Engel, S., Roerig, J., Steffen, K., Gordon, K. H., Karr, T., Lavender, J. & Wonderlich, S. (2013).** Possible Risk Factors for Increased Suicide Following Bariatric Surgery. *Obesity*, 21(4), 665-672.
- Munoz, D. J., Lal, M., Chen, E. Y., Mansour, M., Fischer, S., Roehrig, M., Sanchez-Johnsen, L., Dymek-Valenitine, M., Alverdy, J. & le Grange, D. (2007).** Why patients seek bariatric surgery: a qualitative and quantitative analysis of patient motivation. *Obesity Surgery*, 17(11), 1487-1491.
- Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C., & Raheim, M. (2015).** Translating weight loss into agency: Men's experiences 5 years after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10.
- Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C., & Raheim, M. (2014).** Re-embodiment Eating: Patients' Experiences 5 Years After Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1700-1710.
- Neff, K. J., Olbers, T. & le Roux, C. W. (2013).** Bariatric surgery: the challenges with candidate selection, individualizing treatment and clinical outcomes. *BMC Medicine*, 11(8).
- Österreichische Ärztekammer [ÖÄK] (2016).** News, Facts, Trends. Zugriff am 12. Mai 2016 unter http://www.aerztekammer.at/newsfactstrends/-/asset_publisher/ZUn5/content/id/1967849;jsessionid=3CEAE5DAE4DEB66EC6A6917121D531FA?_101_INSTANCE_ZUn5_groupId=427872
- Österreichische Gesellschaft für Adipositaschirurgie [ÖGAC] (2014).** Update 2013 Adipositaschirurgie Oesterreich. Zugriff am 15.10.2016 unter <http://www.obesityteam.com/at/index.html>.
- Pfeil, M., Pulford, A., Mahon, D., Ferguson, Y. & Lewis, M. P. N. (2013).** The Patient Journey to Gastric Band Surgery: A Qualitative Exploration. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 8(2), 69-76.

- Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., & van Ryn, M. (2015).** Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, *16*, 319-326.
- Poulsen, L., Klassen, A., Jhanwar, S., Pusic, A., Roessler, K. K., Rose, M. & Sørensen, J. A. (2016).** Patient Expectations of Bariatric and Body Contouring Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, *4*(4).
- Prager, G. & Langer F. (2006).** Chirurgische Therapie der Adipositas. Möglichkeiten und Grenzen. *Der Diabetologe*, *3*, 243-249.
- Price, H. I., Gregory, D. M. & Twells, L. K. (2014).** Body shape expectations and self-ideal body shape discrepancy in women seeking bariatric surgery: a cross-sectional study. *BMC Obesity*, *1*(28).
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009).** The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, *17*, 941-964.
- Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Lawrence, K., Dorner, T., & Kunze, M. (2006).** Erster österreichischer Adipositasbericht. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Moore, R. H., Eisenberg, M. H., Raper, S. E., Williams, N. N. (2010).** Changes in Quality of Life and Body Image Following Gastric Bypass Surgery. *Surgery for Obesity and Related Disease*, *6*(6), 608–614.
- Schauer, D. P., Arterburn, D. E., Wise, R., Boone, W., Fischer, D., & Eckman, M. H. (2014).** Predictors of bariatric surgery among an interested population. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *10*(3), 547-552.
- Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994).** Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119-127.
- Sharman, M. J., Venn, A. J., Hensher, M., Wilkinson, S., Palmer, A. J., Williams, D. & Ezzy, D. (2016).** Motivations for Seeking Bariatric Surgery: The Importance of Health Professionals and Social Networks. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, *11*(3), 104-109.
- Sheets, C. S., Peat, C. M., Berg, K. C., White, E. K., Bocchieri-Ricciardi, L., Chen, E. Y., & Mitchell, J. E. (2015).** Post-Operative Psychosocial Predictors of Outcome in Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, *25*(2), 330-345.
- Shrivastava, P., Aggarwal, A., & Khazanichi, R. K. (2008).** Body contouring surgery in a massive weight loss patient: an overview. *Indian Journal of Plastic Surgery*, *41*, 114-129.

- Sikorski, C., Luppá, M., Glaesmer, H., Brähler, E., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2013).** Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity Facts, 6*, 512-522.
- Sjöström, L. (2013).** Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *Journal of Internal Medicine, 273*, 219-234.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A.-K., Lönroth, H., Näslund, I., Olbers, T., Stenlöf, K., Torgerson, J., Ågren, G., Carlsson, L. M. S. (2007).** Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *The New England Journal of Medicine, 357*, 741-752.
- Statistik Austria (2014).** Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Zugriff am 12. Mai 2016 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html.
- Stowasser (2004).** Lateinisch - deutsches Schulwörterbuch von J.M. Stowasser, M. Petschenig und F. Skutsch. Wien: Öbv & hpt.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996).** Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., Lohman, T. G. (2005).** A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Review, 6*, 43-65.
- Tindle, H. A., Omalu, B., Courcoulas, A., Marcus, M., Hammers, J. & Kuller, L. H. (2010).** Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery. *The American Journal of Medicine, 123(11)*, 1036-1042.
- Trainer, S., & Benjamin, T. (2017).** Elective surgery to save my life: rethinking the "choice" in bariatric surgery. *Journal of Advanced Nursing, 73(4)*, 894-904.
- Vannini, S., Stangab, Z. & Heinicke, J.-M. (2007).** Patientenbetreuung nach der chirurgischen Adipositasbehandlung. *Schweizerisches Medizin Forum, 7*, 578-582.
- Warholm, C., Øien, A. M. & Råheim, M. (2014).** The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9*.

- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A. & Vega-Stromberg, T. (2007).** Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Nursing Faculty Research and Publications, 1(1)*.
- White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D. & Grilo, C. M. (2010).** Loss of Control over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery: A Prospective 24-Month Follow-up Study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 71(2)*, 175-184.
- Winckler, K. (2013).** Bariatrische Chirurgie – Nachsorge. In Wirth, A., & Hauner, H. (Hrsg.), *Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie* (S. 341-348) Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- World Health Organization [WHO] (2000).** Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva.
- World Health Organization [WHO] (2007).** Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Zusammenfassung. Dänemark.
- World Health Organization [WHO] (2015).** Obesity and overweight. Zugriff am 21. Mai 2016 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Wrzesinski, A., Corrêa, J. M., Fernandes, T. M. B., Monteiro, L. F., Trevisol, F. S., do Nascimento, R. R. (2015).** Complications requiring hospital management after bariatric surgery. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 28(1)*, 3-6.
- Yen, Y.-C., Huang, C.-K., Tai, C.-M. (2014).** Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 374-379.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Operationsmethoden. a. Magenband. b. Roux-Y-Magen-Bypass. c. Schlauchmagen. d. Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch (Hüttl & Kramer, 2013, S. 334)	15
Abbildung 2: Transitions - A Middle-Range Theory (Meleis et al., 2000)	32
Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996) (eigene Darstellung)	46
Abbildung 4: Darstellung des Kodierparadigmas anhand des Phänomens Dick sein	47
Abbildung 5: Graphische Darstellung der Ergebnisse	50
Abbildung 6: Darstellung des Phänomens Dick sein	51
Abbildung 7: Darstellung des Phänomens Die Entscheidung treffen	59
Abbildung 8: Darstellung des Phänomens Auf den neuen Körper hören	66
Abbildung 9: Darstellung des Phänomens Neu essen lernen	74
Abbildung 10: Darstellung des Phänomens Disziplinierte Routine erlangen	81

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation des Körpergewichts anhand des BMI.....	2
Tabelle 2: Einschlusskriterien	39
Tabelle 3: Darstellung der ProbandInnen.....	40
Tabelle 4: Darstellung der verwendeten Transkriptionszeichen	41
Tabelle 5: Beispiel für offenes Kodieren.....	44
Tabelle 6: Offenes Kodieren anhand der W-Fragen.....	45

10. Anhang

Anhang 1: Kurzfassung

Anhang 2: Informationsschreiben

Anhang 3: Einverständniserklärung

Anhang 4: Interviewleitfaden

Anhang 1:

Kurzfassung

Hintergrund: Die Zahl der übergewichtigen und adipösen Menschen nimmt stetig zu. Neben zahlreichen physischen Komorbiditäten leiden adipöse Personen oft an sozialer Befangenheit und Diskriminierung. Durch konservative Therapien lässt sich das Gewicht nur gering senken, was dazu führt, dass sich immer mehr Menschen dazu entschließen sich einem bariatrischen Eingriff zu unterziehen.

Ziel: Aufgrund dieser Problematik wurde das Erleben der Betroffenen vor und nach einem bariatrischen Eingriff und den Herausforderungen mit den Konsequenzen der Operation umzugehen untersucht. Die Forschungsarbeit soll dazu dienen, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um sowohl das medizinische als auch das pflegerische Personal zu sensibilisieren, welche Auswirkungen eine solche Operation auf die Betroffenen haben kann.

Methodik: Es wurden leitfadengestützte Interviews mit bereits operierten Personen durchgeführt und in Anlehnung an die Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996) analysiert. Der gesamte Prozess des Erlebens wurde vor dem Hintergrund der Transitions Theory nach Meleis (1975) reflektiert.

Ergebnisse: Aus den erhobenen Daten kann ein phasenhafter Verlauf der Erlebnisse eruiert werden. Das erste Phänomen *Dick sein* beschreibt die Phase des Erlebens vor dem operativen Eingriff. In dieser Kategorie schildern die Personen ihre Erfahrungen als adipöse Menschen. Aus den Erfahrungen, dick zu sein, ergibt sich der Weg zur Entscheidung, sich einer bariatrischen Operation zu unterziehen. An dieser Stelle wird das Phänomen *Die Entscheidung treffen* fokussiert. Nach der Operation sind komplexe Veränderungen zu beobachten. Ganz zentral ist hier kurz nach dem Eingriff das *Auf den neuen Körper hören*. In dieser Kategorie werden die körperlichen Veränderungen des postoperativen Prozesses fokussiert. Nach der ersten Phase der Instabilität erfolgt eine Neuerlernung des Essens. *Neu essen lernen* tritt hier in den Fokus der Betroffenen, bevor sie nach einer gewissen Zeit eine *Disziplinierte Routine erlangen*, in der das Erwerben von Sicherheit und Stabilität thematisiert wird.

Schlussfolgerungen: Für viele Personen stellt der Eingriff eine letzte Chance abzunehmen dar, meist nach einem jahrelangen Leidensweg. Die Entscheidung selbst, treffen die Betroffenen für sich alleine. Der Eingriff ist jedoch keine Garantie für einen Gewichtsverlust, sondern stellt eine lebenslange Herausforderung dar, oft mit zahlreichen Komplikationen. Essentiell ist eine kritische Auswahl an geeigneten Personen für einen bariatrischen Eingriff sowie eine intensive, professionell begleitete, Vorbereitung und Nachsorge.



UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Forschungsprojekt zu den Erfahrungen von PatientInnen mit einer bariatrischen Operation

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich, *Name der Autorin*, führe im Rahmen meiner Masterarbeit ein Forschungsprojekt zu den Erfahrungen von PatientInnen vor und nach einem bariatrischen Eingriff durch. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen der Betroffenen nach einer bariatrischen Operation und den Herausforderungen mit den Konsequenzen der Operation umzugehen. Die Untersuchung soll zu einem besseren Verständnis der Pflegepersonen beitragen und neues Bewusstsein für die Anforderungen an die Betroffenen geschaffen werden, auch um einen konkreten Unterstützungs- und Informationsbedarf der besonderen Personengruppe aufzuzeigen, um einen guten postoperativen Verlauf zu erreichen und Nebenwirkungen zu minimieren.

Warum werden Sie um eine Teilnahme an dieser Forschung gebeten?

Aufgrund Ihrer Erfahrungen können Sie mir einen Einblick in Ihre Situation geben. Gespräche darüber, was Sie momentan erleben oder bereits hinter sich haben, können helfen, Ihre besondere Situation besser zu verstehen und Ihre Bedürfnisse besser wahrzunehmen.

Wie sieht die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt konkret aus?

Sollten Sie sich entschließen an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, werde ich mit Ihnen ein Gespräch an einem für Sie angenehmen Ort führen. Dabei werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen mit einem bariatrischen Eingriff zu stellen, welche Sie mir im Laufe des Gesprächs beantworten können. Das Gespräch wird aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Worin liegt der Nutzen dieses Forschungsprojektes?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus der Teilnahme an dem Gespräch einen direkten Nutzen für sich oder ihr alltägliches Leben haben werden. Das, was Sie mir in dem Gespräch mitteilen trägt jedoch dazu bei zu erfahren, wie die PatientInnen im postoperativen Verlauf nach einem bariatrischen Eingriff unterstützt werden können. Ihre Erfahrungen sollen auch dazu dienen, dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um sowohl das medizinische als auch das pflegerische Personal zu sensibilisieren, welche Auswirkungen eine solche Operation auf die PatientInnen hat.

Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist **freiwillig**. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an mich abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss der Untersuchung haben Sie das Recht, Ihre Daten bei mir in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die Aufnahme und deren Verschriftlichung gelöscht werden.

Was geschieht mit den in diesem Forschungsprojekt gesammelten Informationen?

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich und anonym behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt ausschließlich mir und ich unterliege der Schweigepflicht. Ihr Name wird an keiner Stelle im Forschungsmaterial erscheinen. Auf Wunsch werde ich Sie gerne nach Ende der Studie über die Ergebnisse der Untersuchung informieren.

Fragen?

Bei Fragen stehe ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung. Kontaktadresse und Angaben zu meiner Person finden Sie am Ende des Informationsblattes.

Vielen Dank!

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an diesem Forschungsprojekt teilnehmen! Wenn Ihrerseits mehr Interesse an diesem Projekt besteht, wenden Sie sich bitte an mich.

Name und Kontaktdaten der Studierenden sowie Name und Adresse der Institution

Name der Autorin

Telefonnummer der Autorin

E-Mail Adresse der Autorin

Institut für Pflegewissenschaft

Universität Wien – Fakultät für Sozialwissenschaften

Alser Straße 23/12, 1080 Wien

Anhang 3:
Einverständniserklärung



universität
wien

UNIVERSITÄT WIEN
INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Einverständniserklärung

Thema der Masterarbeit: Erfahrungen von PatientInnen mit einer bariatrischen Operation

Name TeilnehmerIn (Druckbuchstaben):.....

Geb. Datum:.....

Ich wurde von einer verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes (*Name der Autorin*) vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsprojektes aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich bin über die möglichen Nutzen und Risiken dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Forschungsprojekt Daten von mir aufgezeichnet werden. Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung erhalten. Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Datum

Unterschrift TeilnehmerIn

Anhang 4: **Interviewleitfaden**

Einstiegsfrage: Wann haben Sie sich das erste Mal mit dem Thema einer bariatrischen Operation befasst?

- Wie sind Sie darauf gekommen?
- Welche Erfahrungen machten Sie vor der Operation?
 - o Wurden Sie diskriminiert?
 - o Können Sie mir vielleicht ein paar Gründe nennen warum Sie sich zu der OP entschieden haben?
- Wie haben Sie sich über die Operation informiert?
 - o Haben Sie mit jemanden über die Entscheidung gesprochen?
 - o Hatten Sie bedenken den Schritt zu gehen?
- Wie gestaltete sich der Aufenthalt im Spital?
- Wurden Sie gut über die Operation aufgeklärt?
 - o Gab es offene Fragen?
- Welche Erwartungen stellten Sie an die Operation?
- Wie ging es Ihnen kurz nach der Operation?
 - o Konnten Sie mit jemanden über Ihr Empfinden sprechen?
 - o Welche Veränderungen haben Sie wahrgenommen?
 - o Gab es Komplikationen?
- Gehen bzw. gingen Sie regelmäßig zur postoperativen Kontrolle?
- Wie geht es Ihnen heute?
 - o Wie kommen Sie mit den körperlichen Veränderungen zurecht?
 - o Hat sich Ihr soziales Leben/Privatleben/Berufsleben verändert?
 - o Hat es Situationen gegeben in Bezug auf Ihren Körper und Ihr soziales Leben, die Ihnen besonders in Erinnerung geblieben sind?
 - o Welche Auswirkung hat die Operation speziell für Sie?
- Haben Sie die Operation je bereut?
- Wo hätten Sie sich im gesamten Verlauf mehr Unterstützung gewünscht?

Abschlussfrage: Gibt es noch irgendetwas, was Sie noch nicht erwähnt haben und noch gerne sagen möchten?

Demografische Daten:

Alter

Geschlecht

Familienstand

Wohnsituation

Bildungsstand

Operationsart

Beruf