Norbert Runkel

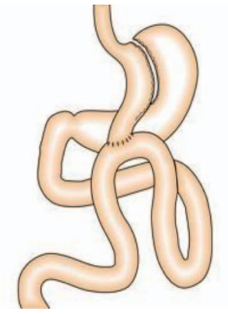
6. Adipositas Symposium 2013: Spannend und inspirierend

Fortbildungsveranstaltungen zur Adipositaschirurgie gibt es reichlich, Kurse auch. Aber es gibt nur ein Symposium, das regelmäßig etwas Neues für alle Partner im Adipositaszentrum zu bieten hat, für Chirurgen, Internisten, Psychologen, Ernährungsfachkräfte und „Bariatric nurses". Zum sechsten Mal schon kamen sie nun vom 21. bis 22. Februar ins European Surgical Institute (ESI) nach Norderstedt bei Hamburg – eine Rekordzahl mit nahezu 350 Anfängern, Fortgeschrittenen und Experten. Voneinander lernen heißt auch über die Grenzen hinweg zu schauen und von unseren Nachbarn in Österreich und der Schweiz zu profitieren, die in der Adipositasmedizin vorausmarschieren. Die alpenländische Doppelpräsidentschaft aus Gerhard Prager, Wien, und Marco Bueter, Zürich, sorgte auch programmatisch für ein Themenduett aus praktischer Medizin und Laborforschung. Spannend und inspirierend war das allemal!

Technisch betrachtet steht der Mini-Bypass dem klassischen Roux-Y-Bypass in keiner Weise nach

Der Form nach blieb sich das Symposium treu und übernahm die bewährte Struktur mit zwei parallelen Kurseinheiten zur konservativen Therapie, über die separat berichtet wird (→ Seite 176), und zur operativen Therapie. Chirurgisches Schwerpunktthema war in diesem Jahr der Omega-Loop-Magen-Bypass, der von Rutledge entwickelt wurde und mit akademischer Verve propagiert wird (→ Schema S. 174). Diese Variante des Magen-Bypass wird auch Ein-Anastomosen- oder Mini-Gastric-Bypass genannt. Wie Karl Miller aus Hallein zu erzählen wusste, stammt letzterer Name aus der frühen Zeit der offenen bariatrischen Chirurgie, als der Omega-Loop-Magen-Bypass im Vergleich zum offenen Magen-Bypass nur eine „Mini-Inzision" verlangte.

Die Live-Operationen wurden aus Sachsenhausen, dem ersten zertifizierten Exzellenzzentrum Deutschlands, übertragen. Rudolf A. Weiner operierte und kommentierte souverän und mit seinem unerschöpflichen Fachwissen zwei anspruchsvolle Eingriffe: Eine einseitige Omega-Loop-Magen-Bypass-Operation sowie eine Umwandlungs-Operation (Sleeve in RNYGB). Solche Live-Operationen bieten immer auch das Prickelnde des Über-



Schema: Omega-Loop-Magen-Bypass

raschungsmoments und die Ehrlichkeit der situativen Problemlösung. Bei den Herausforderungen einer übermäßigen viszeralen Adipositas, die eine Omentum-Spaltung verlangte, und der intrakorporalen Anastomosennaht verteidigte Weiner zum wiederholten Male seinen Meistertitel. Das aufmerksame Publikum lernte bald, dass der vermeintliche Mini-Bypass keineswegs eine einfache Mini-Operation ist, sondern vom Operateur fortgeschrittenes Können in der laparoskopischen Oberbauchchirurgie voraussetzt. Technisch betrachtet steht der Mini-Bypass dem klassischen Roux-Y-Bypass in keiner Weise nach!

Der Stellenwert des Omega-Loop-Magen-Bypass wurde im anschließenden Übersichtsvortrag des Tagungspräsidenten Gerhard Prager übersichtlich dargestellt und von den eigenen Erfahrungen an über 50 Mini-Bypasses aus Köln (Karl-Peter Rheinwalt) supplementiert. Mit Evidenz der Stufe 4 bis 5 wurden die Vorteile gegenüber dem traditionellen Roux-Y-Bypass herausgestellt: Etwas kürzere Operationszeit (<45 min) durch den Wegfall der unteren Roux-Y-Anastomose, was konsequenterweise auch den Wegfall von inneren Hernien und den – wenn auch seltenen – Komplikationen dieser Anastomose zur Folge hat. Zudem sollen Dumping-Syndrom und Hypoglykämie seltener auftreten. Im Gegensatz zum Standard-Bypass ist der Magen-Pouch länger konstruiert, um die spannungsfreie Anastomose der antekolisch hochgezogenen Jejunalschlinge zu ermöglichen. Der Magen wird dafür an der kleinen Kurvatur knapp oberhalb der Angulusfalte (und nicht subkardial) durchtrennt und erinnert so etwas an den Magenschlauch der Sleeve Gastrectomy. Dies soll einen bremsenden Effekt haben und eine stärkere Restriktion bewirken als der kleine Pouch des klassischen Bypass, bei dem die Nahrung unbehindert in das Jejunum „plumpst“.

Am kanzerogenen Potential der Gallensäuren entzündete sich eine heftige Diskussion

Garcia-Caballero hatte vor einigen Jahren eine Antireflux-Komponente hinzugefügt, indem er die zuführende Jejunalschlinge mehrere Zentimeter lang an der Längsklammernaht des Magen-Pouches aufhing. Das soll, so die Idee, den galligen Reflux minimieren. An dessen kanzerogenen Potential entzündete sich dann doch eine heftige Diskussion. Interessant ist der etwa 15 Prozent größere Verlust an Übergewicht (EWL) im Vergleich zum traditionellen Bypass, was darauf zurückgeführt wird, dass die Gallensäuren nicht nur 50 sondern immerhin 200 Zentimeter passieren müssen, um sich dem Nahrungsbrei anzuschließen. Dabei werden wahrscheinlich günstige entero-humorale Prozesse in Gang gesetzt, die eine größere Malabsorption bewirken. Weltweit steigt die Popularität für diesen „Newcomer“ auf bis zu fünf Prozent der operierten Fälle. Die Vorträge zum Omega-Loop-Magen-Bypass hatten das Publikum so weit beeindruckt, dass in der anschließenden TED-Umfrage 50 Prozent der Teilnehmer beteuerten, sich mit dem Omega-Loop-Magen-Bypass in ihrer Klinik auseinandersetzen zu wollen. Bei aller Euphorie für das neue Verfahren muss man aber doch zusammenfassend konstatieren, dass es nur in wenigen Zentren erprobt wird und sich somit bei fehlender Evidenz in der klinisch-experimentellen Evaluation befindet. Der Omega-Loop-Magen-Bypass ist noch keine Standardoperation!

Die Moderatoren Martin Susewind und G. Prager in Diskussion mit R.A. Weiner im Rahmen der OP-Live-Übertragung aus Frankfurt.

Ein volles Auditorium: Mit 343 Teilnehmern war die Veranstaltung komplett ausgebucht.

Regeln für Operationsversager: Abklärung der Ursachen und keine Restriktion auf Restriktion

Ein ungelöstes Problem in jedem Zentrum sind die Operationsversager. Leider konnte auch Franz Hoffer aus Hollabrunn keine „Kochrezepte“ anbieten. In seinem Vortrag wurde die uneinheitliche Definition bemängelt. Akzeptierte Regeln sind: Abklärung der Ursachen des Versagens und keine Restriktion auf Restriktion. Für den klassischen proximalen Magen-Bypass bedeutet das ggf. das Re-Sizing eines dilatierten Pouches oder die Umwandlung in einen distalen Bypass oder in eine biliopankreatische Diversion. Wird der Omega-Loop-Magen-Bypass die Umwandlungs-Operation der Wahl nach Sleeve-Gastrectomy? Der Vergleich des Sleeves mit dem Magen-Bypass war das Thema von Ferdinand Köckerling

aus Berlin-Spandau, dem größten Adipositaszentrum im Norden. Der Sleeve hat in Deutschland, wo die Patienten den höchsten BMI haben, den Bypass zahlenmäßig sogar überholt, während er in den Alpenländern und international etwa 30 Prozent des Operationsgutes ausmacht. Der Sleeve hat seinen akzeptierten Stellenwert im Mehrschritt-Konzept als „first stage" bei der Super-Adipositas. Umstritten ist aber der Stellenwert als „Stand alone"-Operation. Die wachsende Evidenz dafür präsentierte Köckerling vorzüglich. Es zeichnet sich ab, dass der Sleeve innerhalb von ein bis zwei Jahren gegenüber dem Magen-Bypass vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich Gewichtsreduktion und Remission der Begleitmorbidität erzielen kann. Aber warten wir die Langzeituntersuchungen ab!

Guido H. Mannaerts aus Rotterdam berichtete dann von der Umsetzung eines stringenten Fast-Track-Konzeptes in der bariatrischen Chirurgie. Er zeigt eindrücklich, wie es gehen, ja laufen kann, wenn eine spezialisierte Klinik mit hoher Fallzahl (>500/Jahr) zusammenarbeitet: Bis zu zehn Eingriffe/Saal/Tag, einen eintägigen stationären Aufenthalt bei 85 Prozent der Patienten mit einer Wiederaufnahmerate unter fünf Prozent. Der Weg in die Zukunft ist vorgezeichnet!

Interdiziplinäre Experten-Paneldiskussion mit (v.l.n.r.) den Chirurgen M. Turnheer (St.Gallen) und K. Miller (Hallein), dem Internisten H. Toplak (Graz), der Psychologin B. Wagner (Leipzig), dem Internisten B. Schultes (St.Gallen) sowie dem Chirurgen N. Runkel (Villingen-Schwenningen)

Das Highlight des Kongresses war die Diskussion von drei Fällen in einem interdisziplinären Expertenpanel

Das Highlight des Kongresses war die Diskussion von drei Fällen in einem interdisziplinären Expertenpanel bestehend aus Chirurgen (Martin Thurnheer, St. Gallen, Karl Miller, Hallein, und der Autor), einer Psychologin (Birgit Wagner, Leipzig) und zwei Internisten (Bernd Schultes, St. Gallen, und Hermann Toplak, Graz). Der erste Fall war eine Bypass-Patientin mit einem unaufhaltsamen Gewichtsverlust unter 25 kg/m² BMI, an dem Pathophysiologie und Therapieoptionen abgearbeitet werden konnten. Ein weiterer Fall war ein intraoperativer Überraschungsbefund einer Leberzirrhose: Weiter operieren oder abbrechen? Aus Wien wurde ein 14 Jahre junges, morbid adipöses Mädchen mit schwierigstem psychosozialem Hintergrund vorgestellt, bei dem im Jahr 2003 als Erstoperation ein Magenband implantiert wurde, das aber wegen Totalversagens ein Jahr später in einen Bypass umgewandelt wurde. Panel und Publikum wurden nach dem besten OP-Verfahren befragt. Die meisten wählten den Magen-Bypass, während die Sleeve Gastrectomy nur von einer Minderheit bevorzugt wurde. Am Ende führte nach stattgehabter Bypass-Operation ein schmerzhaftes Dumping-Syndrom zur operativen Rückführung der Anastomose. An diesem Beispiel wurden die Grenzen der bariatrischen Chirurgie vorgeführt. An der Panel-Diskussion beteiligte sich aktiv das Publikum, das die gelegentlich humorvollen Einlagen der Diskutanten mit herzlichem Gelächter goutierte. Adipositas-Spezialisten sind ein lustiges Völkchen!

Zu später Stunde folgte dann die Key-Note-Lecture von Carel W. le Roux aus Dublin, der wissenschaftliche Mentor von Marco Bueter aus seiner Zeit am Imperial College in London. Mit rhetorischer Brillanz beschwor le Roux den Indikationswandel der bariatrischen Chirurgie weg vom Fokus auf dem Übergewicht hin zum Fokus auf lebensreduzierende Sekundärkomplikationen. Das nannte le Roux dann trefflich „morbid obesity versus obese morbity – what must we treat, what can we treat?"

Der Vorsitzende Gerhard Prager aus Wien (re) mit dem Ko-Vorsitzenden Marco Bueter aus Zürich.

Pathophysiologie der Adipositas: Neue Erkenntnisse zu Präferenzänderungen nach Bypass-OP und zum „hedonischen Hunger"

Der nächste Kongressmorgen war den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Pathophysiologie der Adipositas und Adipositaschirurgie gewidmet und stellte sich als große Wissensbereicherung heraus. So erklärte Andreas Thalheimer, Bad Aibling, die hormonelle Grundlage des hedonischen (Belohnungssystem) Hunger und M. Bueter zeigte seine Forschungsdaten über die Präferenzänderungen nach Bypass-Operation: Weg vom Fett und eine stärkere Wahrnehmung von Süßem. Unklar sind Mechanismen und Dauer dieser relevanten Geschmacksveränderungen. Wie sehr sich das „Reward Brain System" nach der Operation verändert, zeigte Alexander D. Miras, London, anhand herrlicher Bildern des funktionellen MR. Von Dimitri J. Pournaras, Suffolk in England, erfuhr man, dass Gallensäuren hormonähnliche Wirkungen haben (Anstieg von GLP-1, Energieverbrauch und Insulin-Sensitivität) und

Workshop
Konservative Therapie in der bariatrischen Chirurgie

Der konservative Workshop mit einem interdisziplinären Teilnehmerkreis aus Ernährung; Psychologie, Bewegung, Allgemeinmedizin und Chirurgie.

Im Rahmen des 6. Adipositas-Symposiums in Norderstedt stand am 21. Februar 2013 neben den chirurgischen und interdisziplinären gemeinsamen Programmteilen die konservative Therapie in der bariatrischen Chirurgie mit einem eigenständigen, mittlerweile festen Bestandteil des Symposiums im Fokus der zweitägigen Veranstaltung. Durch den interdisziplinär angelegten Workshop mit Teilnehmern aus den Bereichen Psychologie, Diätassistenz und Ernährungsmedizin sowie der Allgemeinmedizin und Chirurgie führte Prof. Dr. Bernd Schultes aus St. Gallen. Mit den „3 B – Beraten, Betreuen und Behandeln“ eröffnete Dr. Klaus Winckler, Internist und Ernährungsmediziner aus Frankfurt/Main, den ersten Teil des Workshops. Er stellte anhand der beiden Praxistools von Dr. Arya Sharma – die „4 M“ und die „5 A“ des Canadian Obesity Network – das interdisziplinäre Vorgehen im Adipositasmanagement vor und verwies auf die Bedeutung einer umfassenden Behandlung der Erkrankung. Diesen Schwerpunkt verfolgt auch das im Januar 2013 gegründete „Deutsche Netzwerk Adipositas – D.N.A.“, bei dem die Kooperationspartner Betroffenen den Zugang zu Therapieangeboten erleichtert möchten und zusätzlich der politische Druck verstärkt werden soll, um das Problem Adipositas gesellschaftlich anzugehen.

Studie zeigt: Viele massiv Adipöse erfuhren in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch, Gewalt oder Vernachlässigung

Die Frage nach der Lebensqualität bariatrisch operierter Patienten beantwortete Prof. Dr. Thomas Küchler (ehemals Universitätsklinikum S-H Kiel), der eindrucksvoll die Ergebnisse seiner Studie präsentierte. Er zeigte, dass in der Vorgeschichte massiv adipöser Patienten etwa 30 Prozent sexuellen Missbrauch, bis zu 15 Prozent Erfahrungen mit Gewalt und bis zu 30 Prozent der Patienten in ihrer Kindheit und Jugend Vernachlässigung erfahren haben. Nur etwa ein Viertel der bariatrisch behandelten Patienten in seiner Stichprobe wies ein „normales“ Familienleben auf. Küchler zeigte, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität 12 Monate nach dem Eingriff deutlich zunimmt, Patienten mit Erfahrungen von Misshandlung jedoch häufig weniger von dem Eingriff profitieren. Daher sind eine präoperative psychische Diagnostik sowie eine engmaschige Nachsorge für den Erfolg eines bariatrischen Eingriffs unabdingbar.

Im Anschluss thematisierte Priv.-Doz. Dr. Birgit Wagner vom IFB Leipzig die Problematik von Suizidalität nach bariatrischen Eingriffen. Ihre Untersuchung innerhalb der deutschen Bevölkerung hat ergeben, dass bei Frauen mit Adipositas Grad 3 häufig ein suizidales Verhalten vorliegt, jedoch gleichzeitig ein hoher BMI vor einem Suizid schützt. Nach bariatrischen Eingriffen besteht ein vierfach höheres Risiko für Suizide bei bariatrisch operierten Patienten im Vergleich zur Normalbevölkerung, wie Studien aus den USA belegen. Häufige Ursachen dafür sind psychiatrische Störungen. Die Suizide ereigneten sich in einem Zeitraum von 1,5 bis fünf Jahren nach dem Eingriff.

Die Referenten des konservativen Workshops (v.l.n.r.): H. Toplak, K. Winckler, B. Wagner, T. Küchler, B. Schultes, B. Schilling-Maßmann (es fehlt A. Šoljan).

Prof. Dr. Hermann Toplak von der Medizinischen Universität Graz beschrieb die möglichen pharmakologischen Ansätze in der Adipositastherapie – Gewichtsreduktion und Gewichtserhaltung. Aktuell steht zur medikamentösen Therapie nur ein zugelassener Wirkstoff auf dem deutschen Markt zur Verfügung – Orlistat. In der Zulassung befindet sich jedoch eine Kombination aus Topiramate und Phentermine, die bereits in den USA Anwendung findet. Medikamente zur Behandlung der Adipositas können eine interdisziplinäre Therapie aus Ernährungsumstellung, Verhaltenstherapie und Bewegungstraining nicht ersetzen, jedoch die Gewichtsreduktion und Nachhaltigkeit der Gewichtserhaltung unterstützen. Dabei scheint ein regelmäßiges postoperatives Screening auf Depressionen und Suizidalität im Langzeit-Follow-up unerlässlich.

Modular aufgebautes, bariatrisches multimodales Informationsprogramm „b.m.i.-Zirkel“

Nicht nur die postoperative Versorgung ist eine wichtiger Bestandteil der bariatrischen Therapie, sondern auch die präoperative Vorbereitung und Betreuung der Patienten. Dazu präsentierte Dr. Birgit Schilling-Maßmann aus Tecklenburg das in Kooperation der Berufsverbände BDEM (Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner) und VDD (Verband Deutscher Diätassistent – Deutscher Bundesverband e.V.) entwickelte bariatrische multimodale Informationsprogramm „b.m.i.-Zirkel“. Dieses Programm sollen Patienten nach Kostenübernahme für den Eingriff als Vorbereitung auf die Operation sowie die postoperative Phase durchlaufen. Es ist modular aufgebaut, so dass ein Einstieg zu jedem Zeitpunkt der sieben Kurseinheiten unabhängig möglich ist. Behandelt und vermittelt werden chirurgische, medizinische, diät- sowie verhaltenstherapeutische Aspekte des bariatrischen Eingriffs. Der „b.m.i.-Zirkel“ wird als Manual für Ärzte und Therapeuten mit einem Begleitbuch für Patienten im Frühjahr 2013 angeboten werden.

Interdisziplinär heißt auch, dass bewegungswissenschaftliche Aspekte nach bariatrischer Chirurgie von Bedeutung sind. Dazu zeigte Prof. Dr. B. Schultes eigene Daten zu kardiopulmonaler Fitness, Alltagsaktivität, Beweglichkeit und Schnelligkeit sowie Koordination und Kraft. Mit der Vorstellung des Therapieprogramms „Adi-Posi-Fit“ durch den Psychotherapeuten Dr. Andreas Šoljan aus Düsseldorf wurde der wissensvermittelnde Teil des Workshops beendet und die interdisziplinäre Fallbesprechung eröffnet. Die vorgestellten Patienten aus verschiedenen Praxen wurden im Auditorium angeregt diskutiert. Die unterschiedlichen Meinungen und Ansätze zeigten deutlich, dass gerade bei der bariatrischen Therapie der Adipositas ein multiprofessionelles Team in der Behandlung und Betreuung, prä- sowie postoperativ, involviert sein muss.

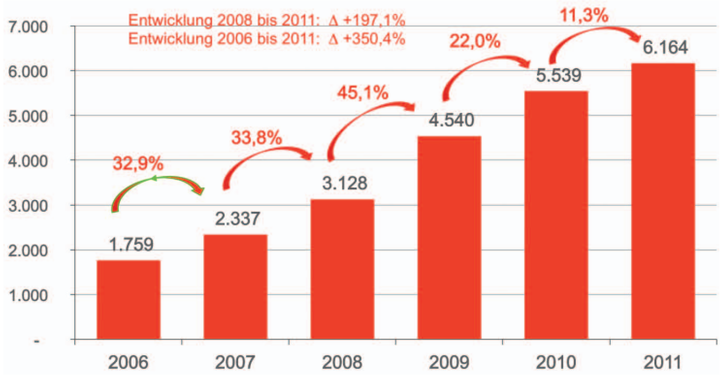
Mario Hellbardt, BSc
Universitätsmedizin Leipzig
Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen
Philipp-Rosenthal-Straße 27, 04103 Leipzig
✉ Mario.Hellbardt@medizin.uni-leipzig.de

nun zunehmend in den wissenschaftlichen Blickwinkel rücken. Thomas A. Lutz, Zürich, erklärte die bessere Response bei fertilen Frauen durch den Östradiol-vermittelnden Support (Anstieg von GLP-1, PYY und Amylin) bei der postoperativen Gewichtsreduktion.

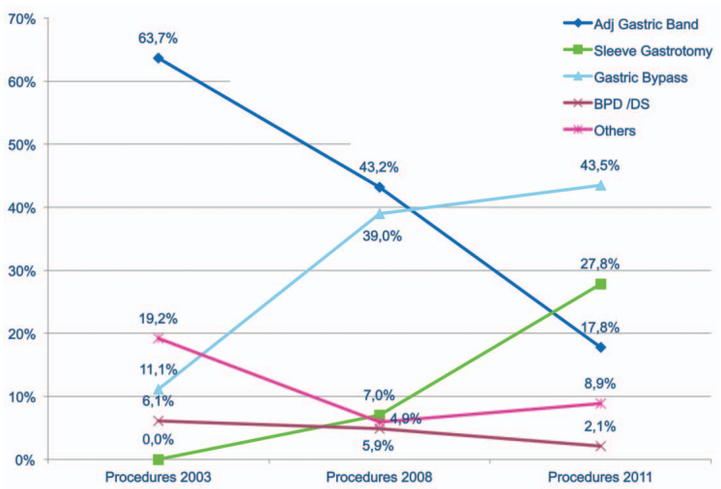
Der Diabetologe Bernd Schultes aus St. Gallen stellte die faszinierenden Erkenntnisse zu den Mechanismen der Diabetes-Remission nach Operation zusammen. Er und sein Nachredner Matthias Blüher aus Leipzig, der einen brillanten Vortrag über die Sicht eines Endokrinologen auf die Adipositas-Chirurgie präsentierte, gehören zum kleinen aber wachsenden Kreis von engagierten Internisten, die die Grenzen der konservativen Therapie erkannt haben und längst die bariatrische Chirurgie in ihr therapeutisches Armamentarium aufgenommen haben. Hoffentlich hören ihnen die internistischen Fachkollegen genauso gebannt zu wie die Adipositasspezialisten in Hamburg!

Die Schweiz ist vorbildlich bei der Vergütung der ambulanten Adipositasmedizin, die in Deutschland praktisch nicht existiert

Der letzte Themenblock war „politisch“ ausgerichtet und hatte die Versorgungsrealität im Fokus. Oliver Martini, J&J Medical, Surgical Care Hamburg, stellte seine akribische Recherche über



Fallzahlentwicklung in Deutschland 2006–2011 (Quelle: Statistisches Bundesamt)



Prozedurentrend in Europa 2003–2011 (Quelle: Buchwald H, Oien DM (2013) Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011. Obes Surg. 23: 427)

Die Referenten des 6. Adipositas-Symposiums 2013.

aktuelle Trends und Zahlen aus Europa vor. Wir Chirurgen sind ihm dafür sehr dankbar, denn diese Daten liefern wichtigen Argumentationsstoff für die nicht endende Diskussion mit den Kostenträgern. Über die Zukunft der deutschen Adipositaschirurgie spekulierte Rudolf A. Weiner, Frankfurt. Die Zahl der Operationen wächst unaufhaltsam (11 % im letzten Jahr, etwa 11/100 000 Einwohner), hat aber bei weitem noch nicht das Zahlenniveau vieler europäischer Länder geschweige denn das der USA (119/1 000 000 Einwohner) erreicht. Weiner rechnet mit etwa 50 deutschen Zentren mit über 100 Fällen/Jahr. Österreich (37/100 000 Einwohner; Karl Miller, Hallein) und die Schweiz (42/100 000 Einwohner; Marc Schiesser, Zürich) haben deutlich bessere und zudem flächendeckende Versorgungsstrukturen. Ursächlich ist zweifelsohne die erhaltene ärztliche Therapiefreiheit innerhalb eines definierten Indikationsspektrums (in der Schweiz ab BMI 35 kg/m^2 nach kumulativ zweijährigen konservativen Therapieversuchen, fünfjähriges Follow-up), die bedauerlicherweise durch das Einzelgenehmigungs-Verfahren in Deutschland vom MDK dramatisch eingeschränkt wird. Vorbildlich ist die Schweiz auch bei der Vergütung der ambulanten Adipositasmedizin, die in Deutschland praktisch non-existent ist. Sehr erfreulich ist indes, dass die chirurgische Qualität in Deutschland mittlerweile an den internationalen Standard aufgeschlossen hat.

Die plastische Chirurgie ist fester Bestandteil der Adipositasmedizin, das hat schon die S3-Leitlinie konstatiert. Martin Büsing bietet die postbariatrische plastische Chirurgie umfassend als Allgemeinchirurg an. Diese Recklinghausener Lösung ist aber ortsspezifisch, zum einen deshalb, weil Büsing eine Grundausbildung in der plastischen Chirurgie absolvierte und zum anderen, weil die Knappschaft einen eigenen medizinischen Dienst hat, der die Knappschaftskrankenhäuser mit eigener Brille bewertet. Wenn auch das Modell nicht übertragbar ist, so sollte jedes Adipositaszentrum eine enge Anbindung an einen plastischen Chirurgen suchen. Für die anstehende Überarbeitung der S3-Leitline (Vorsitzender: Mario Colombo-Benkmann, Münster) wird die entsprechende Fachgesellschaft einbezogen.

Eine bemerkenswerte Veranstaltung mit topaktuellem Programm

Konzepte für eine ambulante konservative Modellstruktur für Mecklenburg-Vorpommern stellte Wolfgang Gagzow aus Schwerin vor, das zur Genehmigung bei den Kostenträgern liegt und, falls erfolgreich, Modellcharakter für die andern Bundesländer erlangen kann. Ein Plädoyer für interdisziplinäre Adipositaszentren hielt Markus Müschenich (Berlin) aus Sicht der Krankenhausträger. Er forderte dafür von den Chirurgen Mut und Durchhaltevermögen. Er zeigte ganz andere Perspektiven auf das Gesamtthema und machte deutlich, warum es die interdisziplinäre Adipositastherapie so schwierig hat, sich im deutschen Gesundheitssystem zu verankern. Er sieht aber in der engen Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses die Blaupause für Krankenhauskonzepte der Zukunft.

Dann war das Symposium zu Ende – leider. Es war eine bemerkenswerte Veranstaltung, die sich bestens in die ESI-Tradition einreiht mit einem topaktuellen Programm, wofür den Präsidenten G. Prager und M. Bueter gratuliert werden muss. Alle 350 Teilnehmer pflichten sicherlich dem Autor bei, dass im Februar 2014 das nächste, dann siebte Symposium, stattfinden sollte. Der geneigte Leser sollte sich dieses schon einmal vormerken, denn es ist ein Muss für alle an der Adipositasmedizin Interessierten. Das darf als großes Kompliment für das ESI-Organisationsteam um Simone Tenta verstanden werden und auch als herzlichsten Dank an Dominique Boulet für die großzügige Unterstützung von Seiten Johnson & Johnson Medical; Ethicon Surgical Care D/A/CH.

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Runkel
Klinik für Allgemein-, Visceral- und Kinderchirurgie
Schwarzwald-Baar Klinikum
Villingen-Schwenningen GmbH
Vöhrenbacher Straße 25
78050 Villingen-Schwenningen
✉ norbert.runkel@sbk-vs.de