

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** – Fachverband Schlafapnoe | Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/722 2553

E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21

E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57

E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Montag, 07. Dezember 2009

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen, sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen, von unserem Gruppen-Treffen am 25. November 2009 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 6. Treffen der SSG am Mittwoch 25.11.2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Frau Dr. med. Sonja Betge, Frau Dr. med. Petra Wagner Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf und Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Lübeck

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer des sechsten Patiententreffens der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek in 2009, zu dem in das Krankenhaus Großhansdorf eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Prof. Dr. med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Großhansdorf, Frau Dr. med. S. Betge, Frau Dr. med. P. Wagner, und die MTA Frau E. Schröder vom Schlaflabor im Krankenhaus Großhansdorf. Sehr herzlich begrüßte Herr Schumacher den heutigen Gast und Vortragenden Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, Krankenhaus Süd, sowie die anwesende Mitarbeiterin Frau C. Abdalla, MTA, von der Fa. anamed GmbH im Atemzentrum Großhansdorf.

Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen von der SSG bekommen. Durch die Ankündigung auch dieser Veranstaltung in den Zeitungen HAMBURGER ABENDBLATT / AHRENSBURGER ZEITUNG und Ahrensburger MARKT Wochenzeitung für Ahrensburg, Großhansdorf, Ammersbek, Siek und Umgebung waren ca. 12 Teilnehmer gekommen die sich speziell für das Thema "Adipositas Chirurgie" interessierten und sich nicht in die Anwesenheitsliste eintrugen,

TOP 2.) Vortrag von Herrn Prof. Dr. med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, das Gebiet der Visceralchirurgie umfasst die gesamte Chirurgie des Verdauungstraktes von der Speiseröhre bis zum Enddarm,

zu dem Thema: "Starker Gewichtsverlust bei Adipositas - durch Magenband-Chirurgie oder Magen-Bypass-Chirurgie".

Der Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Was heißt Adipositas oder wer ist adipös ?

Die **Adipositas** bzw. **Fettleibigkeit**, **Fettsucht**, (im engl. auch **Obesitas** oder "Obesity") ist eine Bezeichnung für starkes Übergewicht durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen. Es werden drei Schweregrade der Adipositas unterschieden. Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Schweregraden erfolgt meist über den Körpermassen-Index (Body-Mass-Index = BMI) und beginnt mit einem BMI von 30 kg/m² bzw. größer als 30. kg/m²

BMI (kg/m ²)		Risikofaktor
Frauen < 19	Männer < 20	Untergewicht
19 bis 24,9	20 bis 26	Normalgewicht, sehr kleines Risiko
<u>25 bis 29,9</u>	<u>27 bis 30</u>	<u>Präadipositas - Geringes Übergewicht, sehr leichtes Risiko</u>
30 bis 34,9	31 bis 35	Adipositas Grad I - Übergewicht, erhöhtes Risiko
35 bis 39,9	36 bis 40	Adipositas Grad II - Deutliches Übergewicht, hohes Risiko
> 40	> 40	Adipositas Grad III - Krankhaftes Übergewicht, sehr hohes Risiko

Wer ist adipös ? :

etwa ein Patient/in mit **152 cm** und **80 kg** ? Patient/in mit **180 cm** und **80 kg** ?
 Patient/in mit **165 cm** und **100 kg** ? Patient/in mit **190 cm** und **120 kg** ?
 Patient/in mit **172 cm** und **114 kg** ?

Jeder 2. Deutsche ist übergewichtig, jeder 5. bis 6. ist adipös.

Bei der Interpretation des BMI ist auch das **Alter** einer Person zu berücksichtigen.
 Alter (Jahre) 19 –24 – BMI 19 bis 24 kg/m² Alter (Jahre) 25 –34 – BMI 20 bis 25 kg/m²
 Alter (Jahre) 35 –44 – BMI 21 bis 26 kg/m² Alter (Jahre) 45 –54 – BMI 22 bis 27 kg/m²
 Alter (Jahre) 55 –64 – BMI 23 bis 28 kg/m² Alter (Jahre) > 64 – BMI 24 bis 29 kg/m²

Die Formel lautet:

Körpergewicht in kg - geteilt durch / das Quadrat der Körperlänge in m - (Quadrat= hoch²).

$$\text{Body-Mass-Index (BMI)} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körperlänge in m} \times \text{Körperlänge in m}}$$

$$\text{Beispiel} = \frac{120 \text{ kg}}{1,80 \text{ m} \times 1,80 \text{ m}} = 37,037 \text{ kg/m}^2$$

Eine Frau ist 56 kg schwer, 20 Jahre alt und 1,70 m groß. Ihr Body-Mass-Index (BMI) errechnet sich wie folgt: 56 kg / (1,7 m x 1,7 m) ≈ 19,38 kg/m² = Normalgewicht.

Ein Mann ist 1,76 m groß, 32 Jahre alt und 87 kg schwer. Sein Body-Mass-Index (BMI) beträgt 87 kg / (1,76 m x 1,76 m) ≈ 28,09 kg/m² = Präadipositas.(Geringes Übergewicht)

Werte von normalgewichtigen Personen liegen gemäß der Adipositas-Klassifikation der WHO zwischen 19 kg/m² und 24,9 kg/m², ab einem Body-Mass-Index von über 30 kg/m² sind demnach übergewichtige Personen behandlungsbedürftig.

Normalgewicht BMI 19 bis 25 – Übergewicht BMI 25 bis 30 – Adipositas BMI > 30

Wer ist denn nun adipös ? :

Patient/in mit **152cm** und **80kg** **BMI 35!**kg/m² Patient/in mit **180cm** und **80kg** **BMI 25** kg/m²
 Patient/in mit **165cm** und **100kg** **BMI 37!**kg/m² Patient/in mit **190cm** und **120kg** **BMI!33** kg/m²
 Patient/in mit **172cm** und **114kg** **BMI 40!**kg/m²

Gewicht – Übergewicht :

Body-Mass-Index (BMI) auch Körpermassen-Index (KMI) oder Körpermassenzahl (KMZ) –

Der BMI ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen.

Da Übergewicht ein weltweit zunehmendes Problem darstellt, wird der Body-Mass-Index vor allem dazu verwendet, auf eine diesbezügliche Gefährdung hinzuweisen. Der BMI gibt lediglich einen groben Richtwert an, da er die Statur eines Menschen und die individuell verschiedene Zusammensetzung des Körpergewichts aus Fett- und Muskelgewebe naturgemäß nicht berücksichtigt.

Wichtig bei der Behandlung von Adipositas ist der Ansatz, den adipösen Menschen nicht zwingend zum Abnehmen zu bringen. Dies kann in einigen Fällen sogar kontraproduktiv sein. Die erfolgreiche Behandlung von adipösen Zuständen eines Menschen setzt die Behandlung der Ursprungskrankheiten voraus, die die Adipositas verursachen. Einen adipösen Menschen kann man auch erfolgreich therapieren, ohne dass er erstmal abnimmt, da es in vielen Fällen möglich ist, auch mit erhöhtem Gewicht ein normales und gesundes Leben zu führen.

Bauchbetontes Übergewicht (*Apfeltyp*) bedeutet ein viel höheres Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken. Für das kardiovaskuläre Risiko ist weniger das Übergewicht als vielmehr das Fettverteilungsmuster entscheidend. Besonders nachteilig wirken sich hier Fettdepots im Bauchraum und an den inneren Organen aus.

Beeinflussende Faktoren der Adipositas :

Kulturelle Faktoren, psychologische Faktoren, genetische Faktoren (Erbanlagen), sozio-kulturelle Faktoren, ökonomischer Status, Bildung, Fehlverhalten – zu viel und falsche Ernährung einerseits, und zu wenig Bewegung (Energieverbrauch) andererseits, sitzende Tätigkeit, geringe Bewegung durch Auto, Fahrstuhl, Rolltreppe, passive Freizeit (Fernsehen, Computerspiele, "Rumhängen"), Frust, Langeweile, Stress: Essen als Übersprungsverhalten, Waren-Überangebot, Essen als Ersatz für emotionale und persönliche Zuwendung, Erziehung: "Der Teller wird leer gegessen", "Iss was, dann wirst du was!", keine gemeinsamen Mahlzeiten, Fertignahrung statt frisch gekochter Mahlzeiten aus Grundnahrungsmitteln, negative Vorbilder: Übergewichtige Eltern haben oft übergewichtige Kinder. Essen vor dem TV oder im Kino, Lesen beim Essen, "Frühstücken" im Auto auf dem Weg zur Arbeit, Drive-in-Schalter bei Fastfood-Ketten und essen auf dem Parkplatz etc., Fastfood: Portionengröße, Essgeschwindigkeit, zu hoher Fett-, Salz- und Zuckergehalt, dabei nicht ausreichend sättigend, Glutamat Geschmacksverstärker (verhindert Sättigungsgefühl), Farb- und Geruchsstoffe, die das Essen appetitlicher erscheinen lassen, Werbung für Süßes und Fettiges, Geschmacksprägung durch Zuckerzusatz (Softdrinks, Baby-Nahrung, gesüßter Tee; selbst Würste (!) enthalten Zuckerstoffe), Jojo-Effekt nach einer Diät (durch Rückfall in alte Essgewohnheiten), Übergewicht als Schönheitsideal in manchen Kulturen, fehlende Aufklärung, Mangel an alternativen Produkten, zunehmender Verzehr von frischem, gekühltem oder tiefgefrorenem Fleisch, statt dem traditionellen Verzehr von gepökeltem und geräuchertem Fleisch (verminderte Nitritzufuhr) und Rauchen.

Die wichtigsten Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas :

Viele Zivilisationskrankheiten hängen direkt mit Übergewicht zusammen. Bei anderen ist der Zusammenhang ein statistischer, aber es ist noch kein genauer Wirkmechanismus bekannt. Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) sind hohe Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Kommen noch zwei der Risikofaktoren Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörungen (erhöhtes Cholesterin, bzw. LDL) oder Bluthochdruck hinzu, wird die Gefahr einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (kardiometabolische Risikofaktoren) nochmals deutlich erhöht, ebenso das Risiko eines verfrühten Todes.

Adipositas erhöht das Risiko für Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, wie Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2 (Altersdiabetes, Zuckerkrankheit); andere metabolische Störungen, wie arterielle Hypertonie (Bluthochdruck); kardiovaskuläre Erkrankungen, wie koronare Herzkrankheiten, Herzinfarkte, Arteriosklerose, Schlaganfälle, Herzinsuffizienz; Karzinome, wie Brustkrebs und Prostatakrebs; pulmonale Komplikationen, wie Hypoventilations-Syndrom (Atmungsstörung) und **Schlafapnoe-Syndrom**; gastrointestinale Erkrankungen, wie nicht-alkoholische Fettleberhepatitis und Refluxkrankheit.

Auch die seelischen Folgen der Adipositas sind gravierend. Die Betroffenen fühlen sich oft als Versager und Außenseiter. Oft treten psychische und sogar wirtschaftliche Schäden für die Betroffenen auf, weil Fettleibigkeit gesellschaftlich nicht toleriert wird und Betroffene oft beruflich ausgegrenzt werden.

Die durchaus auch finanziellen und sozialwirtschaftlichen Folgen von Übergewicht sind enorm. Ernsthafte Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat (Gelenkschäden, Muskelverspannungen, Knochendeformation, Schäden an Bändern, Sehnen und Schleimbeuteln, Wirbelsäulenverkrümmung und Bandscheibenvorfall, sowie Knochenwachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen) führen zu unzähligen Sekundär-Therapien und schweren Operationen.

Ab einem **BMI von 40** kg/m² spricht man von einer **Adipositas permagna** (permagna: aus dem Lateinischen permagnus = sehr groß !) KRANKHAFT FETTSUCHT, 80% aller Patienten mit einem BMI von größer als > 35, erfüllen alle drei Kriterien einer Sucht, nach dem Diagnose Schlüssel ICD-10, einer internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten.

Definition: Adipositas permagna ist die Bezeichnung für eine echte Erkrankung bei Menschen mit sehr großem Übergewicht, die mehr als das Doppelte ihres Idealgewichts wiegen.

Adipositas permagna ist assoziiert mit vielen ernsten, teils lebensbedrohlichen Erkrankungen. Übergewicht kann nur entstehen, wenn man dauerhaft mehr Nahrung zu sich nimmt, als der Körper zur Deckung seines Energiebedarfs verbraucht. Ein Verringern des Gewichts kann nur erreicht werden, wenn man die Nahrungsmenge reduziert und den Energiebedarf des Körpers durch Bewegung erhöht.

Adipositas permagna (Adipositas III) bedeutet:

Wenn dieses extreme Übergewicht erreicht ist, ist eine Behandlung unbedingt notwendig, da in jedem Fall mit erheblichen Folgeerkrankungen und einer deutlichen Verkürzung der Lebenserwartung zu rechnen ist. Die Ursachen des Übergewichtes liegen hauptsächlich in gesundheitsschädigenden Lebensgewohnheiten und da insbesondere in der Überernährung und Fehlernährung. Aber auch Bewegungsmangel und psychische Faktoren spielen eine große Rolle. Für die Entstehung des Übergewichtes sind auch genetische Faktoren mitverantwortlich, es gibt also eine Veranlagung zu Übergewicht. Übergewichtige berufen sich gerne auf diese Veranlagung, um ihr Übergewicht einerseits damit zu entschuldigen, andererseits aber auch, um darauf hinzuweisen, dass man gegen das Übergewicht nichts machen kann. Damit sind auch zukünftige Misserfolge beim Versuch, abzunehmen, bereits entschuldigt. Ärzte und Therapeuten betonen aber eher die ungesunden Lebensgewohnheiten für die Entstehung des Übergewichtes, weil nur hier Veränderungsmöglichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten liegen.

Die Schwierigkeit der langfristigen Gewichtsreduktion

Eine bewusste Veränderung des Gewichts herbeizuführen, ist deshalb so überaus schwierig, weil alle beteiligten Stoffwechselabläufe und Rückmeldeschleifen unbewusst gesteuert werden und unbewusste Prozesse nur schwer mit dem Willen beeinflusst werden können. Es gibt aber die Hoffnung, dass zumindest durch eine tiefgreifende Veränderung der Lebensgewohnheiten und der Grundeinstellung das Einpendeln auf ein neues (niedrigeres) Gewicht möglich ist. Die Theorie zeigt aber auch, dass die Veränderung des Gewichts einer hinreichend großen Umstellung der bisherigen Lebensgewohnheiten bedarf. Dies impliziert, dass dies in der Regel nur mit therapeutischer Hilfe möglich ist.

Chirurgische Behandlungsmöglichkeiten

Chirurgische Maßnahmen, vom Einsetzen eines Magenballons bis zur Magenverkleinerung oder Darmverkleinerung stellen große Eingriffe in das Gleichgewicht des Organismus dar und sind immer mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden. Die Erfolge sind andererseits oft sehr viel geringer, als die Hoffnungen, die in diese Maßnahmen gesetzt werden. Diese Methoden sind keine echte Alternative, sie werden nur als letzter Ausweg bei extremer Adipositas angesehen, wenn alle anderen Therapiemaßnahmen erfolglos geblieben sind.

Das manchmal praktizierte Fettabsaugen wird ausdrücklich nur als Sekundär-Therapieverfahren bezeichnet und sollte nur nach erfolgreicher Gewichtsabnahme zur Therapie von Hautveränderungen durchgeführt werden. Insgesamt ist die Behandlung der Adipositas sehr schwierig und frustrierend, weil die langfristigen Erfolge oft ausbleiben. Nachhaltige Erfolge sind nur zu erwarten, wenn es dem Übergewichtigen gelingt, seine Einstellung grundsätzlich zu ändern und auch in seinen Lebensgewohnheiten und Lebensumständen notwendige Veränderungen herbeizuführen.

Adipositas-Chirurgie (oder auch bariatrische Chirurgie - "Baros" ist ein griechisches Wort und bedeutet "Last, Schwere". Bariatrische Operationsmethoden wurden entwickelt um krankhaftes Übergewicht zu therapieren)

Die Indikation zur Adipositas-Chirurgie (bariatrische Chirurgie): ist gegeben bei Adipositas Grad II mit Folgeerkrankungen und bei Adipositas Grad III, also wenn eine Adipositas permagna vorliegt, d.h. der BMI über 40 liegt (siehe Tabelle). Fehlgeschlagene konservative Therapie, keine definitive Alters-Obergrenze angesichts der Altersstruktur der Bevölkerung mit zunehmender Lebenserwartung. Untergrenze in der Regel 18 Jahre ?

Kontraindikation zur Adipositas-Chirurgie (bariatrischen Chirurgie): Abhängigkeit von Alkohol und Drogen, Endokrinologische Ursachen der Adipositas (die Hormone betreffend), Konsumierende immundefizitäre Erkrankungen (ungewollt unter Gewichtsverlust leidend), Vorbehalt bei schweren Depressionen, Psychosen und Essstörungen (in diesen Fällen Entscheidung in Kooperation mit Psychiater, Psychosomatiker, Psychologe, Psychotherapeut.

Langfristiges Therapieziel ist das Absenken des Körpergewichtes auf ein gesundheitlich verträgliches Maß. Man muss sich weiter in der Umwelt bewegen können.

Bisherige konservative Therapien

Diäten, Sportprogramme, Ernährungs- und Kochkurse, Trink- und Esstagebücher, stationäre Therapien, Teilnahme an Gruppenprogrammen, medikamentöse Therapie, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Psychotherapie.

Erfassung der wichtigsten Komorbiditäten, Metabolisches Syndrom

Bluthochdruck (RR), Diabetes mellitus, cardiale Situation (Herz- Kreislauf-Erkrankungen), Schlafapnoesyndrom, Refluxbeschwerden, Embolien/Thrombosen, Steinleiden, Hormonelle Situation, Orthopädische Probleme, Berufliche Situation.

Festlegung der weiteren Therapiemaßnahmen

Entscheidung zur Operation und Festlegung der Operationsart (restriktiv, restriktiv-malabsorptiv oder nur malabsorptiv).

Erstellung eines Kostenübernahmeantrages an die Krankenversicherung. Bei allen im Krankenhaus behandelten Erkrankungen erfolgt die Kostenübernahme automatisch von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nicht so bei der Adipositas-Chirurgie.

Ab 180kg Körpergewicht (KG) ist ein Spezialbett erforderlich !

Stationäre Behandlungsdauer bei Magenband 3 – 4 Tage

bei Magenbypass 7 – 10 Tage

Prinzipien

Restriktive Verfahren: sie wirken nur über eine Kapazitätsreduktion des Magens und führen zu früher Sättigung.

Malabsorptive Verfahren: sie wirken über eine Reduktion der Dünndarmlänge und damit eine Beeinträchtigung der Verdauung und Resorption von Nahrung. Mögliche Nebenwirkung breiiger, fettiger Stuhl, Blähungen, übel riechende Winde. Auf Mangelernährung (Vitamine, Eisen, Kalzium, sonstige Spurenelemente) muss untersucht und auf Ausgleich geachtet werden.

Einzelne operative Verfahren

Magenverkleinerung

Hier wird der Magen operativ verkleinert, indem ihm ein Stück abgenäht wird. Prominentestes Beispiel einer Magenverkleinerung: Argentiniens Fußball-Legende Diego Maradona. Nachteil: der Restmagen kann sich wieder neu dehnen und einen erneuten Eingriff notwendig machen.

Magenballon

Der Magenballon ist keine chirurgische Maßnahme im eigentlichen Sinne. Es gibt Patienten, bei denen durch ein hohes Körpergewicht das Operationsrisiko extrem ansteigt. Bei ihnen wird ein Ballon eingesetzt. Mit ihm ist eine Gewichtsabnahme von 20 bis 30 Kilo innerhalb kurzer Zeit möglich. Der Ballon besteht aus Kunststoff/Silikon, der mittels einer Magenspiegelung in den Magen eingeführt und dort mit einer Kochsalzlösung aufgefüllt wird. Im gefüllten Zustand ist der Ballon zu groß, um in den Darm oder die Speiseröhre zu wandern, er schwimmt frei im Magen. Durch den Magenballon wird der Magen bei der Nahrungsaufnahme früher gefüllt. Durch die dann auftretende Dehnung des Magens wird ein Sättigungsgefühl erzielt.

Steuerbares Magenband: (Gastric Banding)

Hier wird ein Band um den oberen Teil des Magens (Fundus und Cardia) gelegt und quasi eine Schlinge gezogen, dadurch wird der Magen gewissermaßen in 2 Teile getrennt: Der obere, kleinere Magenanteil (Pouch = Magentasche) wird durch eine künstliche Enge vom übrigen Magen, einem großen Magenanteil unterhalb des Magenbandes, getrennt. Die Nahrung bleibt zunächst im oberen Magenanteil liegen und führt durch Dehnung zur Abnahme des Hungergefühls. Der Pouch hat ein Fassungsvermögen von etwa 15 bis 20 ml. Auch bei dieser Methode soll erreicht werden, dass der Patient künftig weniger isst (ab BMI 40). Das Magenband ist aus Silikon mit einem Ballon, der individuell durch eine Injektion aufgefüllt oder wieder geleert werden kann. Dadurch kann der Chirurg die Enge des Magenbandes sehr genau einstellen. Zu vergleichen mit dem Aufpumpen eines Fahrradreifens. Die Operation wird in der Regel laparoskopisch, also minimal invasiv (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt. Die Operation selbst dauert je nach Chirurg ca. 30 bis 120 Minuten und wird in Vollnarkose durchgeführt. Menschen mit einem Magenband müssen ihr Essverhalten grundlegend ändern. Sie müssen gut kauen und ihre Essensmenge einschränken. Mortalitätsrisiko nahe 0%. Gewichtsreduktion erwartbar bis 60%. Komplikationsrisiko: Einwanderung des Magenbandes in den Magen.

Magen-Bypass

Dies ist die aufwendigste chirurgische Maßnahme, sie wird erst seit einigen Jahren auch in Deutschland durchgeführt. Beim Magenbypass wird der Magen kurz nach dem Übergang von der Speiseröhre in den Magen geteilt, vom restlichen Magen wird eine kleine Magentasche abgetrennt, ein oberer Pouch, und wird dann getrennt vom Restmagen in eine Dünndarmschlinge abgeleitet. So wird auf einer Strecke von ca. 100 – 150 cm - je nach Ermessen des Arztes - der Speisebrei von den Verdauungsenzymen getrennt, was zu einer späteren Aufschlüsselung der Nahrungsbestandteile führt. Der wesentliche Anteil an der Gewichtsreduktion ist jedoch auch bei dieser Operation die eingeschränkte Menge der zugeführten Nahrung durch die Bildung des kleinen Magens.

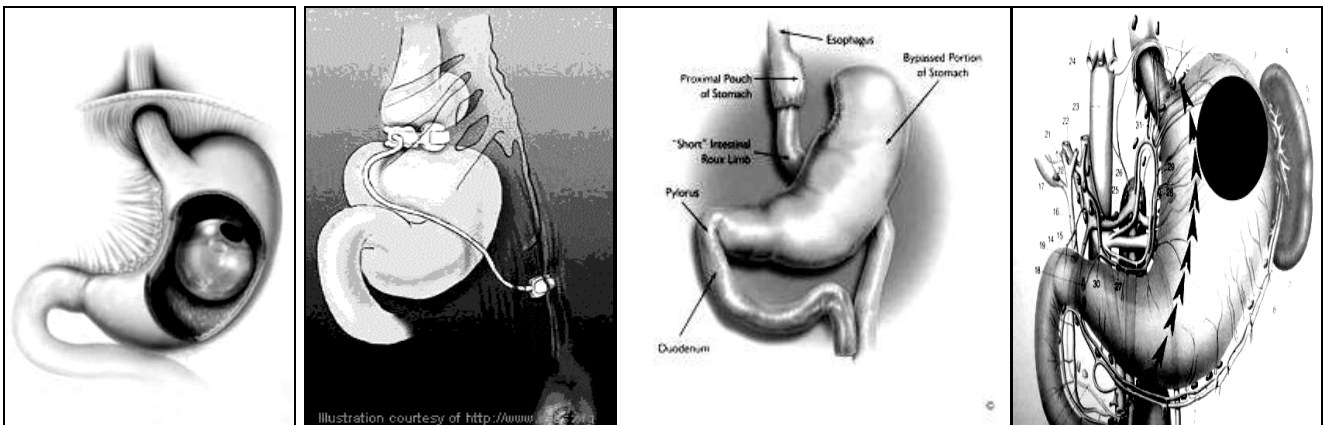
Der Magenbypass ist besonders für Patienten mit einem BMI > 45 sowie für Patienten mit Diabetes mellitus geeignet. Die zu erwartende Gewichtsreduktion beträgt im Durchschnitt ca. 70% des Übergewichts. Typischerweise wird eine Reduktion des BMI um 18 Punkte (z.B. von BMI 45 auf BMI 27) erzielt. Wie bei allen anderen Therapieformen bei Adipositas permagna, ist auch hier die Mitarbeit und Konsequenz des Patienten das mitentscheidende Kriterium für den langfristigen Erfolg. Der stationäre Aufenthalt für die Durchführung einer Magenbypass-Operation beträgt zwischen 8 und 10 Tagen. Es entsteht schon bei geringer Nahrungsaufnahme ein Sättigungsgefühl und zudem wird durch Beeinträchtigung der gastralen Verdauung und Verkürzung der Dünndarmpassage eine geringe Malabsorption bewirkt. (Die mangelhafte Aufnahme (Absorption) von Substraten aus dem bereits vorverdauten Speisebrei)

Mortalitätsrisiko unter 1%. Gewichtsreduktion erwartbar bis >60%. Nebenwirkung: Dumping-Syndrom möglich. (Unter dem Dumping-Syndrom versteht man eine sogenannte Sturzentleerung flüssiger und fester Nahrung vom Magen in den Dünndarm mit ihren Folgen. Der Begriff leitet sich ab vom englischen Wort "to dump" für "plumpsen", wodurch das Krankheitsbild anschaulich beschrieben wird).

Magenresektion (Gastric Sleeve Resection „Schlauchmagen“)

Irreversible, ((latein. "nichtumkehrbar") nicht wieder zu korrigierende Entfernung von ca. 90% des Magens. Bringt einen sehr guten, initialen (anfänglichen) Gewichtsverlust bei einfacher Handhabbarkeit, kann zur Euphorie verleiten. Dementsprechend häufen sich Mitteilungen über kurzzeitige erfolgreiche Ergebnisse. Langfristig muss man mit einer Anpassung der Ernährungsweise und/oder einer Schlauchdehnung rechnen. Diese sind praktisch schon beobachtet worden und durch Reoperationen (Nachoperationen) korrigiert worden. Das Ghrelin-Areal (Appetit-Hormon) wird dabei mit entfernt, dadurch reduziertes Hungergefühl. Mortalitätsrisiko bis 2%. Gewichtsreduktion erwartbar bis >70%.

Welche Operationsmethode angewendet werden soll, bleibt der Erfahrung des Chirurgen und dem Gespräch mit dem Patienten überlassen. Nebenwirkungen und Langzeitfolgen müssen bedacht werden.



Magenballon

Magenband:

Magen-Bypass

**Magenresektion
"Schlauchmagen"**

Ziele der Nachsorge

Kontrolle des Gewichtsverlaufes / Einstellung des Magenbandes,
Motivation des Patienten / in einer Selbsthilfegruppe, Empfehlungen zur Bewegungstherapie,
allgemeine Beratung bei veränderter Lebenssituation (Schwangerschaft / Krankheiten),
Diätberatung zur Vermeidung von Mangelerscheinungen, Erkennung von Folgeerscheinungen
der Gewichtsreduktion, Vermeidung bzw. Früherkennung von Komplikationen (Infektionen,
Bandleckagen, Bandmigration)

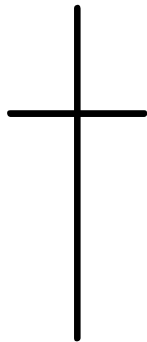
Am Ende seines Vortrages zeigte Herr Professor Blöchle einige der zur Adipositas-Chirurgie benutzten Operations-Instrumente die er mitgebracht hatte und die durch die Reihen der Teilnehmer weitergegeben wurden.

Herr Prof.Dr.med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, beendete seinen Vortrag mit der Empfehlung an alle Teilnehmer die gerne noch mehr Antworten zu speziellen Fragen über ihre eigene Erkrankung bekommen hätten, sich im Sekretariat der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck bei Frau Schoeneck einen Termin für ein persönliches Beratungsgespräch geben zu lassen.

Sana Kliniken Lübeck GmbH – Krankenhaus Süd, Kronsfordter Allee 71-73, 23560 Lübeck
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Herr Professor Dr.med. Christian Blöchle
Sekretariat: Frau Jenyfer Schoeneck, Telefon: 0451/585-1301, Fax: 0451/585-1309
E-Mail: av.chirurgie@sana-luebeck.de

Nach anschließender Diskussion, der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Professor Blöchle für seine Ausführungen zu dem Thema "Starker Gewichtsverlust bei Adipositas - durch Magenband-Chirurgie oder Magen-Bypass-Chirurgie".

NACHRUF



..."und meine Seele spannte weit ihre Flügel aus,
flog durch die stillen Lande, als flöge sie nach Haus".

Joseph Freiherr von Eichendorff

Wir trauern um die im vergangenen Jahr verstorbenen Mitglieder der
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Herrn **Lothar Boemanns**, 22307 Hamburg, 12. März 2009

Frau **Marion Jäcks**, 22159 Hamburg, 03. August 2009

Herrn **Karl-Heinz (Karli) Uecker**, 21029 Hamburg, 06. August 2009

Herrn **Dr. Klaus Udluft**, 22926 Ahrensburg, 17. Oktober 2009

Die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
wird Ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 47 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 21 Patienten mit 7 Angehörigen der SSG, 7 Teilnehmer waren Ärzte, z.T. Mitarbeiter vom Krankenhaus Großhansdorf und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trug sich 1 Patient in die Anwesenheitsliste ein.

Für das nächste, das erste Patiententreffen 2010, am Mittwoch 13. Januar 2010, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, wird eine Einladung versendet werden in das **KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT**, in die Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude). Thema: **"Was ist für Patienten mit Schlafapnoe bei Narkosen zu beachten?"** Vortragender Herr Joß Nils Holger Giese, Facharzt für Anästhesie, Asklepios Klinik HH-Harburg. Anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch Herrn Joß Giese, Facharzt für Anästhesie, und Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek.

Für das zweite Patiententreffen 2010, am Mittwoch 10. März 2010, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, wird eine Einladung in das **Krankenhaus Großhansdorf**, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf versendet werden. Thema: **"Update – kardiovaskuläre Erkrankungen und Schlafapnoe" Aktualisierungen und neue Erkenntnisse.** Vortrag durch Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, mit anschließender Diskussion.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.29 / April 2009 **VdK** – Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: RESMED GmbH&Co.KG Booklet "Schlafapnoe", Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: SanofiAventis Deutschland GmbH, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Müdigkeit im Straßenverkehr" Booklet ADAC e.V. Ressort Verkehr.

Soweit mein Bericht vom sechsten Patiententreffen 2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Großhansdorf, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med. P. Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf, sowie Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken Lübeck GmbH, Krankenhaus Süd.

Wir bedanken uns bei der Firma Weinmann, Geräte für Medizin GmbH & Co.KG -Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Ausrichtung dieses Selbsthilfegruppentreffens, sowie bei der Fa. LindeGasTherapeutics und beim Krankenhaus Großhansdorf für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung und dem Versand des Protokolls und der Einladungen.

❄️ * ❄️ * ❄️ * ❄️ Wir wünschen Allen eine schöne Adventszeit, ein ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest, sowie ein glückliches Neues Jahr 2010. ❄️ * ❄️ * ❄️

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287