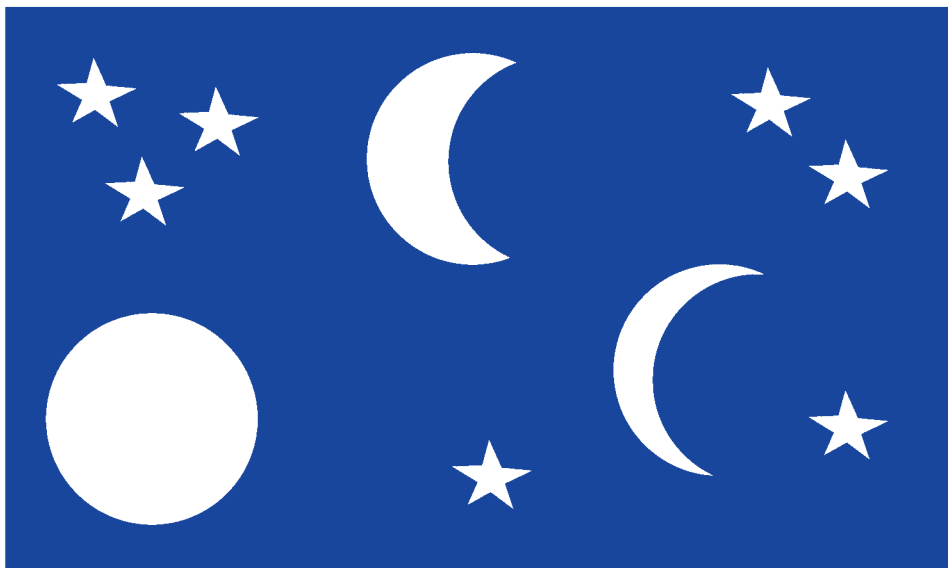


# Schlafapnoe Aktuell



**Fachzeitschrift für  
Apnoiker, Ärzte, Schlaflabore,  
Krankenkassen und Hilfsmittelhersteller**

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,  
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

**VdK**

Fachverband Schlafapnoe -  
Chronische Schlafstörungen



**28**

**Oktober 2008**

# Inhalt

---

Impressum	4
Neue Normen für die Schlafapnoe-Atemtherapie Endlich auch ausführlichere Gebrauchsanweisungen	5
Online das passende nächste Krankenhaus finden	6
Schlafapnoe beschädigt Gedächtniszentren im Gehirn	9
Wie das Alter die Gedächtniskonsolidierung im Schlaf beeinträchtigt	10
Schlafentzug verursacht kurze Stromausfälle im Gehirn	11
Schlaflosigkeit, Schlafmittel und deren Anwendung in der Literatur des Mittelalters	12
Neue Methode zur Einschätzung der Risiken von Schläfrigkeit am Steuer	17
Das Screening auf eine Schlafapnoe sollte zukünftig Bestandteil der Herzinsuffizienzdiagnostik sein	18
Ablehnung der Anschaffungskosten für ein Atemtherapiegerät durch die PKV	19
Weniger Schlafschwierigkeiten bei älteren Menschen	21
Wer schlecht schläft, hat hohes Sturzrisiko	22
Die Schlafqualität im Krankenhaus und der Einfluss von Lärm	23
Ungesund kombiniert	28
Schlafkiller Alkohol – weshalb er uns am Schlafen hindert	29
Hängt Schlafapnoe mehr mit Diabetes als mit Adipositas zusammen?	31
Als Herr der Träume kann man sogar fliegen	32
Ausreichender Schlaf auch für den Stoffwechsel wichtig	34
Sport: Wer mehr schläft, siegt	35
Gesundheitswebsites – Kein Ersatz für den Arztbesuch	36
Nur ein Bekanntheitsproblem? Die Integrierte Versorgung als patientenzentrierte Hilfe und ökonomisches Steuerungselement	38

# Inhalt

---

Regelmäßiger Schlafrythmus hilft bei Narkolepsie	47
Schlafapnoe – Tödliche Atemaussetzer	47
Vorbericht zu Übergewicht erschienen	49
Warum der Biorhythmus nicht den Takt angibt	51
Die Macht des Schlafes	53
Zehn Dinge die Sie noch nicht wissen über Schlaf	56
16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	58
Veranstaltungen 2008	61
Veranstaltungen 2009	69
Selbsthilfegruppen im VdK Fachverband Schlafapnoe/ Chronische Schlafstörungen – auch in Ihrer Nähe!	79
Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe	93

## Impressum

---

Herausgeber: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,  
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Fon 0228/8 20 93-0, Fax 0228/8 20 93-46,  
**[www.vdk-schlafapnoe.de](http://www.vdk-schlafapnoe.de), [info@vdk-schlafapnoe.de](mailto:info@vdk-schlafapnoe.de)**

Verantwortlich: Josef Müssenich, Bundesgeschäftsführer

Redaktion: Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Anja Engnath, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Fachverbandes wieder. Manuskripte ohne Rückporto werden nicht zurückgesandt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und anderes Material wird keine Gewähr übernommen. Für Anzeigen ist die Zeitschrift nur Werbeträger. Eine Sachempfehlung des Herausgebers ist mit der Veröffentlichung der Anzeigen nicht verbunden.

# **Neue Normen für die Schlafapnoe- Atemtherapie – endlich auch ausführlichere Gebrauchsanweisungen**

---

Die zweite Ausgabe der internationalen Normen ISO 17510-1 und 17510-2 ist seit dem 01.10.2007 in Kraft. Sie wurde als Europäische Norm (EN) und als Deutsche Norm (DIN) angenommen. Im Teil 2 der DIN wurden noch Korrekturen vorgenommen.

**Es gelten jetzt:**

## **DIN EN ISO 17510-1:2008-01**

„Schlafapnoe-Atemtherapie – Teil 1: Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte“

## **DIN EN ISO 17510-2:2008-05**

„Schlafapnoe-Atemtherapie – Teil 2: Masken und Anwendungszubehör“

Teil 1 behandelt die grundlegenden Sicherheitsanforderungen und wesentlichen Leistungsmerkmale für Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte im häuslichen Bereich, auf Schiffen, in Luftfahrzeugen und anderen Transportfahrzeugen sowie in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Teil 2 legt Anforderungen an Masken und Zubehörteile fest, z.B. Nasenmasken, Abgasöffnungen, Atemschläuche und Kopfgeschirr.

Diese besonderen Normen zur Allgemeinen Norm IEC 60601-1:1988 einschließlich der Änderungen 1 (1991) und 2 (1995) ersetzen die erste Ausgabe und umfassen Begriffe, Informationen des Herstellers, konstruktive Anforderungen und Prüfungen zu den Bereichen: Erschütterungen und Geräusche, Druckgenauigkeit, Höchstdurchfluss, Abgasfluss, Strömungswiderstand, Drücke, Antiasphyxieventil und CO<sub>2</sub>-Rückatmung („DIN Mitteilungen“, Jan. 08, S. 32). Sie betreffen Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte, Masken und das entsprechende Anwendungszubehör (Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 14 gem. SGB V). Nach der neuen DIN EN ISO 17510-1:2008-01 sind in der Gebrauchsanweisung der Geräte künftig u.a. die Daten für die maximale Durchflussrate bei fünf verschiedenen Prüfdrücken und für die Druckgenauigkeit ohne bzw. mit Anfeuchter ebenfalls bei den fünf Drücken und für drei verschiedene Atemfrequenzen in tabellarischer Form zu veröffentlichen.

Bei den Masken muss nach der neuen DIN EN ISO 17510-2:2008-5 neben der Kurve des Druck-/Flussverlaufs des Abgasflusses über den

gesamten Bereich des Arbeitsdrucks u.a. erstmals der Strömungswiderstand, abgeleitet vom Druckabfall, zwischen Maske und Patientenanschlussöffnung bei Durchflüssen von 50 l/min und 100 l/min, angegeben werden.

Nur so können die verordnenden Schlafmediziner, die Krankenkassen, die Leistungserbringer und die Patienten die zu erwartende Druckänderung bewerten, die für den Patienten von Nachteil ist, die Atemarbeit erhöht und die therapeutische Wirksamkeit herabsetzt.

Für die Atemtherapie sollten nur normgerechte Atemtherapiegeräte mit hoher Druckstabilität (max. Abweichung:  $\pm 0,3$  hPa, gemessen nach DIN EN ISO 17510-1) eingesetzt werden, denen auch normgerechte Gebrauchsanweisungen beiliegen („Schlafapnoe Aktuell“, Heft 20, Okt. 2004, S. 17, A3 und Heft 27, April 2008, S. 5 bzw. [www.vdk-schlafapnoe.de](http://www.vdk-schlafapnoe.de)).

Stand: 12.08.2008

(Quelle: Hans-Hermann Töpken, Sprecher Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland)

## **Online das passende nächste Krankenhaus finden**

---

Interaktive Suche: Ab 5. Juni gibt es das Internetportal „Weisse Liste“ – ein Projekt von Patienten und Sozialverbänden

Wer ins Krankenhaus muss, möchte sich in guten Händen wissen. Doch wo finden sich diese guten Hände? In welcher Klinik gibt es eine wirklich gute Behandlung? Und wo sitzen die Spezialisten? Um die zu finden, gibt es für Patienten und Patientenberater ab dem 5. Juni 2008 ein neues, interaktives Instrument, das sie bei der Suche nach dem individuell passenden Krankenhaus unterstützt: das Internetportal [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

Das gemeinsame Projekt der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen und der Bertelsmann Stiftung ist unabhängig und patientenorientiert. Es ermöglicht auf leicht verständliche Weise eine differenzierte, nach persönlichen Kriterien gestaltete Auswahl unter den rund 2000 deutschen Kliniken.

## **Patientenorientiert und unabhängig**

Die Wahl eines Krankenhauses ist bisher meist eine Vertrauenssache. Oft folgen Patienten den Empfehlungen von Freunden oder Bekannten. „Informationen über die Behandlungs- und Pflegequalität von Kliniken liegen oft nur unvollständig vor“, meint Dr. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung. „Unser Anliegen ist es, mit der Weissen Liste die Qualität und Kompetenzen von Krankenhäusern leicht verständlich darzustellen und dem Nutzer eine individuelle Entscheidungshilfe zu liefern.“

Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt des Sozialverbands VdK Deutschland, des Sozialverbands Deutschland (SoVD), des Forums chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen, der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, dem Bundesverband der Verbraucherzentrale (VZBV) und der Bertelsmann Stiftung.

Die Weisse Liste hat keinen kommerziellen Hintergrund und versteht sich als unabhängige Hilfe für Patienten und Patientenberater. „Diese unabhängige Projektstruktur ermöglicht es, die Belange der Patientinnen und Patienten kompromisslos in den Vordergrund zu stellen“, erklärt Walter Hirrlinger, Präsident des VdK. Das Projekt stützt sich auf Daten aus den gesetzlich vorgeschriebenen, strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die nach individuellen Gesichtspunkten abgefragt werden können.

## **Kein Ranking, sondern Entscheidungshilfe**

Nutzerfreundlichkeit steht dabei an oberster Stelle. Mit Hinweisen und Erläuterungen wird der Suchende im Internet Schritt für Schritt weitergelotst, bis er am Ende eine individuelle Übersicht über die für ihn passenden Kliniken erhält. Dabei handelt es sich nicht um ein Ranking, welche Klinik die vermeintlich beste ist, sondern um eine flexible am jeweiligen Bedarf ausgerichtete Entscheidungshilfe.

Das beste Krankenhaus gibt es nicht – so der Standpunkt der Initiatoren der Weissen Liste. Je nach Krankheit, erforderlicher Behandlung und individuellen Vorlieben fließen genau die Informationen in die Auswahl ein, die für den Suchenden relevant sind. Darüber hinaus ist das Internetportal barrierefrei.

## **Körpernavigation und Diagnosendolmetscher**

Und wer über kein Internet verfügt, kann auf die telefonische Beratung zurückgreifen. Dafür kooperiert die Weisse Liste mit der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Dort erhalten Patienten unter einer deutschlandweiten Rufnummer Unterstützung bei Fragen zur Krankenhaussuche oder zur Diagnose. Bei Bedarf führen die Berater die Nutzer auch durch die Website.

Die Weisse Liste setzt kein Fachwissen voraus. So ist es mithilfe einer Körpernavigation möglich, den Behandlungswunsch anatomisch einzugrenzen, und dank eines integrierten Diagnosendolmetschers etwa Diabetes-Fachkliniken zu finden – egal ob der Nutzer „Zucker“, „Blutzucker“, „Zuckerkrankheit“ oder den Fachbegriff „Diabetes“ eingibt. 4000 Diagnosen und Behandlungen wurden aufgenommen und „übersetzt“.

Derzeit können rund 2000 Krankenhäuser gefunden werden. Doch die Initiatoren planen bereits weiter. Nach und nach sollen auch andere Gesundheitsanbieter aufgenommen werden. Zudem soll noch in diesem Jahr in der Weissen Liste abgebildet werden, wie zufrieden Patienten mit ihrem behandelnden Krankenhaus waren. Denn auch die Zufriedenheit der Patienten ist eine Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses.

Im Internet unter: [www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

Das Beratungstelefon der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland erreichen Sie unter der Nummer (0 18 03) 11 77 22 montags bis freitags von 10 bis 18 Uhr, 9 ct/min aus dem deutschen Festnetz.

Nähere Informationen zum Internetportal „Weisse Liste“ sind erhältlich beim:

Projektbüro Weisse Liste, Bertelsmann Stiftung,  
Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh,  
Telefon (0 52 41) 8 18 11 80, Fax (0 52 41) 81 68 11 80,  
[www.bertelsmann-Stiftung.de](http://www.bertelsmann-Stiftung.de), Mail: [info@weisse-liste.de](mailto:info@weisse-liste.de)

## **Schlafapnoe beschädigt Gedächtniszentren im Gehirn**

---

Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSA) ist nicht nur ein Risikofaktor für Schlaganfall, Herzinfarkt und Diabetes. Zu den nachteiligen Folgen des wiederholten Sauerstoffmangels könnte nach einer Studie in *Neuroscience Letters* (2008; 438: 330-334) auch eine Beschädigung der Corpora mamillare (Erhebung an der Unterseite des Gehirns) an der Schädelbasis gehören, was die von vielen Patienten beklagten Gedächtnisstörungen erklären würde.

Beschädigungen der Corpora mamillaria werden bei einer Reihe von Erkrankungen beschrieben, die das Erinnerungsvermögen beeinträchtigen, etwa dem Korsakoff-Syndrom beim chronischen Alkoholismus oder beim Morbus Alzheimer. Auch Patienten mit OSA klagen, wenn auch in deutlich schwächerer Ausprägung an Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Unklar war, ob sie Folge der Schlafstörungen sind, die bei der OSA mit einer vermehrten Tagesmüdigkeit einher gehen, oder ob eine echte Schädigung des Gehirns vorliegt.

Rajesh Kumar und Mitarbeiter von der Universität von Kalifornien in Los Angeles haben deshalb bei 43 OSA-Patienten mit einem leistungsfähigen Kernspintomografen (drei Tesla) Aufnahmen der kleinen brustwarzenförmigen Strukturen angefertigt, die an der Unterseite der Gehirns in der Nähe der Hypophyse lokalisiert sind. Der Vergleich mit 66 gesunden Kontrollen ergab eine um fast 20 Prozent verminderte Größe der paarigen Strukturen.

Die genaue Funktion der Corpora mamillaria ist nicht bekannt. Sie sind aber über die Fornix (Faserzug) mit dem Hippocampus (Bestandteil des Gehirns, zählt zu den evolutionär ältesten Strukturen) verbunden, einem wichtigen Zentrum für die Gedächtnisbildung, wo eine im letzten Jahr publizierte Studie übrigens ebenfalls Hinweise einer Schädigung fand (*Brain Research* 2007).

(Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) vom 12.06.2008)

## Wie das Alter die Gedächtniskonsolidierung im Schlaf beeinträchtigt

---

US-Hirnforscher haben eine Erklärung für die nachlassende Lernfähigkeit im Alter gefunden. Nicht die Aufnahmefähigkeit für neue Reize ist vermindert. Die tierexperimentellen Studien im *Journal of Neuroscience* (Online) zeigen vielmehr, dass die Konsolidierung des Gedächtnisses im Schlaf mit dem Alter nachlässt.

Nicht das Buch unter dem Kopfkissen fördert das Lernen, sondern der geruhame Schlaf. Während der Ruhezeiten werden die tagsüber gemachten Erfahrungen aus dem Kurzzeitgedächtnis im Hippocampus (Bestandteil des Gehirns, zählt zu den evolutionär ältesten Strukturen) immer wieder durchgespielt. Erst dadurch kommt es zur dauerhaften Speicherung im Langzeitgedächtnis. Dieser Prozess lässt sich im Tierversuch mit Hilfe von Elektroden verfolgen, welche die Aktivität des Hippocampus aufzeichnen

Die Hirnforscherin Carol Barnes von der Universität von Arizona in Tucson verglich die Hippocampusaktivität von elf jüngeren und älteren Mäusen, während diese den Weg durch einen Irrgarten suchten. Nachts wurden die Untersuchungen bei den schlafenden Tieren wiederholt. An den Mustern der elektrischen Aktivität konnten die Forscher erkennen, dass die Tiere die neuen Erfahrungen des Tages wiederholt durchspielten. Diese Aktivität war bei den jüngeren Tieren deutlich stärker ausgeprägt als bei den älteren Tieren.

Am nächsten Tag wurden die Tiere erneut in den Irrgarten gesetzt. Vor allem die jüngeren Tiere hatten ihre Lektion gelernt. Sie fanden das Ziel schneller als am vorherigen Tag. Laut Barnes gab es eine eindeutige Korrelation zu den nächtlichen Konsolidierungsphasen im Hippocampus. Die Studie bietet einen Ansatz zur Erforschung von Medikamenten, welche die kognitiven Leistungen im Alter verbessern könnten. Hypnotika gehören nicht automatisch dazu. Nicht die Dauer des Schlafes scheint für die Lernleistungen verantwortlich zu sein, sondern die Qualität.

(Quelle: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) vom 30.07.2008)

## Schlafentzug verursacht kurze Stromausfälle im Gehirn

---

Wissenschaftler haben entdeckt, was Schlafentzug im Gehirn anrichtet: Die Steuerzentralen für das Sehen und die Aufmerksamkeit werden immer wieder von einer Art Stromausfall heimgesucht, bei dem ihre Aktivität drastisch heruntergefahren wird. Das geht vor allem zulasten der Fähigkeit, Gesehenem einen Sinn zu verleihen und es in einen Kontext einzuordnen. Da diese Beeinträchtigung jedoch nicht dauerhaft ist und dazwischen immer wieder Perioden normaler Aktivität auftreten, merken die Betroffenen häufig gar nicht, dass ihnen nicht die volle Denkkapazität zur Verfügung steht. Sie wiegen sich dadurch in falscher Sicherheit, was beispielsweise für LkW-Fahrer sehr gefährlich werden könne, schreiben Michael Chee von der Duke-Nationaluniversität von Singapur und seine Kollegen im Fachmagazin „Journal of Neuroscience“.

Auch bei ausgeruhten Menschen gebe es das Phänomen, dass hin und wieder die Aufmerksamkeit kurzfristig abfalle, erläutern die Forscher. Allerdings hält das Gehirn für diese Fälle eine Art Notstromaggregat parat: Sobald ein Nachlassen registriert wird, springen übergeordnete Kontrollregionen im Stirn- und Schläfenbereich des Hirns an und gleichen die fehlenden Kapazitäten aus. Nach einer durchwachten Nacht nimmt die Effizienz dieses Kompensationsmechanismus jedoch messbar ab, zeigen nun die Ergebnisse von Chee und seinem Team. Die Forscher hatten 17 Probanden einmal nach einer normalen Schlafperiode und einmal nach einem Schlafentzug von 24 Stunden Wahrnehmungstests durchführen lassen und dabei ihre Hirnaktivität überwacht

Neben der verringerten Aufmerksamkeitskompensation fanden sich vor allem Auffälligkeiten in solchen Hirnregionen, die für Sinnesreize und Wahrnehmung zuständig sind. Zwar traten dort auch nach dem Schlafentzug Perioden mit normaler Leistungsfähigkeit und Aktivität auf, berichten die Wissenschaftler. Diese wurden aber immer wieder von Phasen unterbrochen, in denen die Intensität von Wahrnehmung, Weiterleitung und Verarbeitung speziell der visuellen Reize merklich reduziert war.

Diese beiden Zustände spiegeln nach Ansicht der Forscher den inneren Kampf wider, der nach einem Schlafentzug im Gehirn tobt: Der Bewusstsein gibt den Befehl, wach und aufmerksam zu bleiben, wäh-

rend andere Teile des Gehirns bereits auf den dringend benötigten Schlaf umgestellt haben. In den wachen Phasen mit normaler Hirnaktivität habe demnach das Bewusstsein die Oberhand, wohingegen das Gehirn in den Perioden, in denen Aufmerksamkeit und visuelle Verarbeitung plötzlich absinken, offenbar unbemerkt in einen schlafähnlichen Zustand falle. Als Nächstes wolle man nun schauen, ob sich dieses Abdriften etwa durch Stimulationen vermeiden lässt, erläutert Chee – damit die Betroffenen nicht nur subjektiv das Gefühl haben, voll leistungsfähig zu sein, sondern es auch tatsächlich sind.

(Quelle: ddp-Meldung vom 20.05.2008)

## **Schlaflosigkeit, Schlafmittel und deren Anwendung in der Literatur des Mittelalters<sup>1</sup>**

---

*Von Gabriele Klug, germanistische Mediävistik, Karl-Franzens-Universität Graz (Österreich)*

Der Schlaf bildete bereits im Mittelalter den Gegenstand komplexer medizinischer, theologischer und moralisch-didaktischer Überlegungen. Als grundlegende menschliche Alltagserfahrung fand er auch Eingang in die Dichtung und entwickelte sich zu einem eigenständigen literarischen Motiv. Doch nicht nur der Schlaf selbst, sondern auch in besonderem Maße das Problem der Schlaflosigkeit und die Frage, wie und mit welchen Hilfsmitteln man einen gesunden und erholsamen Schlaf herbeiführen könne, wurden sowohl in der Gesundheitsfachliteratur als auch in der fiktionalen Literatur ausführlich thematisiert. Wenn man sich einen Überblick über die verschiedenen Beispiele der literarischen Darstellung von Schlaflosigkeit und Schlafmitteln verschafft und diese in Bezug zur mittelalterlichen Diätetik und Heilmittelpraxis setzt, so erhält man nicht nur wertvolle Einblicke in die Schlafkultur des Mittelalters, sondern erkennt auch, dass die Einbeziehung schlafbezogener Erfahrungen in fiktionale Texte deren Lebendigkeit und Plastizität erheblich steigert und die spezifische Wirkung auf das Publikum stark beeinflusst.

---

<sup>1</sup> Die vorgelegten Ergebnisse basieren auf der Publikation Klug, Gabriele (2007) „*Wol üf, wir sullen släfen gän!*“ Der Schlaf als Alltagserfahrung in der deutschsprachigen Dichtung des Hochmittelalters. Peter Lang, Frankfurt a. M.

## **Schlaf als Alltagserfahrung**

Schlaf ist eine der großen Universalien des Lebens, eine alltägliche Erfahrung, die wir mit allen Menschen und Tieren dieses Planeten, egal ob in der afrikanischen Wüste oder in der sibirischen Tundra beheimatet, teilen. Als zutiefst vertrauter, aber zugleich auch noch immer geheimnisvoller Teil unseres Lebens vermag er eine Verbindung zu unseren Ahnen herzustellen; denn wie wenig wir auch immer über die Lebensumstände der Menschen vergangener Epochen und deren Gefühlswelt wissen mögen, so ist doch gewiss, dass auch sie geschlafen haben. Ebenso haben auch die Dichter zu allen Zeiten den ‚Bruder des Todes‘ in ihre literarischen Darstellungen eingebunden; sie haben ihn in Oden besungen, die Macht des ‚Allbezwingers‘ gefürchtet und gleichzeitig sein freundliches Geschenk einer sanften Nachtruhe herbeigesehnt. Auch in den Epen und Liedern des Mittelalters stellte der Schlaf ein wichtiges Motiv dar; wer meint, hier sei es ausschließlich um die Abenteuer tapferer Ritter und die Liebe tugendhafter Damen gegangen, der irrt. Der Schlaf wird, ähnlich wie andere alltagsweltliche Versatzstücke so wie etwa Kleidung, Speisen und Getränke, in die Erzählungen eingebaut, um ihnen mehr Plastizität und Lebensnähe zu geben. Umgekehrt lassen aber literarische Beschreibungen immer auch Rückschlüsse auf die Realität zu, weshalb uns die mittelalterliche Literatur auch Informationen über die Lebenswirklichkeit des Schlafs in dieser Epoche zu geben vermag. Fragen zur idealen Beschaffenheit von Schlafstätten, zur bevorzugten Schlafdauer, zur gesellschaftlichen Sichtweise und Bewertung des Schlafs und vielem mehr lassen sich mit Hilfe literarischer Texte beantworten.

## **Die Erfahrung der Schlaflosigkeit**

Beschäftigt man sich mit dem Schlaf als Alltagserfahrung und/oder als literarisches Motiv – egal ob in Gegenwart oder Vergangenheit –, so darf dabei auch eine Auseinandersetzung mit Erfahrungen der Absenz von Schlaf nicht fehlen. Schlaflosigkeit ist, neben Kopfschmerzen die häufigste psychosomatische Störung, wird in der westlichen Welt heute bereits als ‚Volkskrankheit‘ bezeichnet – etwa jeder dritte Erwachsene leidet zumindest gelegentlich unter Schlafstörungen, ca. jeder zehnte bereits chronisch, wobei es besonders bei älteren Menschen, deren natürliches Schlafbedürfnis in der Regel ohnehin herabgesetzt ist, vermehrt zu solchen Beschwerden kommt. Man kann davon ausgehen, dass auch die Menschen des Mittelalters unter unfreiwilliger Schlaflo-

sigkeit litten und dies, ebenso wie wir heute, als unangenehm, quälenden Zustand erfuhren, insbesondere wenn sich Fälle von situativ bedingter Schlaflosigkeit durch widrige Umstände zu habitueller bzw. chronischer Schlaflosigkeit entwickelten. Historische Zeugnisse von Personen, die solche Erfahrungen niederschrieben, sind uns bekannt. Die Ursachen dafür, dass sich der Schlaf nicht einstellen will, sind im Grunde über die Jahrhunderte dieselben geblieben: Jene Schlafstörungen, die nicht auf organischen Ursachen oder rein äußerlichen (z.B. akustischen) Störfaktoren beruhen, sind in den meisten Fällen auf verschiedene Formen seelischer Erregung – emotionale Universalien wie Zorn, Sorge, Angst, Stress, Liebe – zurückzuführen.

Die mittelalterliche Dichtung kennt die Problematik dessen, der unslâfende liget, (der also nachts ‚schlaflos daliegt‘) sehr gut; Schlaflosigkeit aus den bereits genannten emotionalen Gründen wird häufig thematisiert und oft mit all ihren unangenehmen Folgen für die literarischen Figuren dargestellt. Ferner werden in der Literatur verschiedene Arten von Einschlafhilfen und Schlafmitteln beschrieben, seien es nun medizinisch-diätetische Mittel oder magisch-religiöse Methoden, die zum Schlaf verhelfen sollen. Die Darstellung von Schlaflosigkeit und die Bandbreite verschiedener literarischer Schlafmittel in der mittelalterlichen Dichtung sollen den Gegenstand der nun folgenden Ausführungen bilden.

### **Schlaf und mittelalterliche Gesundheitslehre**

Im Mittelalter existierte eine blühende Vielfalt an Fachliteratur christlicher, arabischer und jüdischer Autoren zu den Themen Gesundheit, Medizin und Diätetik. In den sog. Regimina Sanitatis, mittelalterlichen Gesundheitsratgebern, die sich großer Beliebtheit und weiter Verbreitung erfreuten, finden sich immer auch Ratschläge für gesundes Schlafverhalten und Überlegungen zu den äußeren Umständen, der idealen Dauer, idealen Schlafstellungen und Einflüssen von Faktoren wie Alter, Lebensumstände etc. auf den Schlaf.

Für das Einschlafen ist die rechte Körperseite die günstigste – das schlägt unter anderem das Regimen Sanitatis Salernitanum aus dem 13. Jahrhundert, eines der wichtigsten und meistüberlieferten Regimina des Mittelalters, vor; für ein kurzes Schläfchen nach dem Essen sei aber auch die sitzende Position nicht ungünstig. Generell empfahl die mittelalterliche Gesundheitslehre, dass der Oberkörper des Schlafenden möglichst hoch gelagert werden solle; flaches Liegen auf dem Rücken

war verpönt, da man annahm, es könne so zu einem schädlichen Rückfluss von Schleim aus Mund und Rachen in das Gehirn kommen. Diese beiden Maximen – Schlaf auf der rechten Körperseite und hoch aufgerichtete Schlafhaltung – finden übrigens ihre exakte Entsprechung in zahlreichen mittelalterlichen Abbildungen Schlafender. Das Tacuinum sanitatis in medicina, ein Gesundheitsbuch aus dem 14. Jahrhundert, bescheinigt dem Schlaf große Bedeutung für die Regeneration der Sinne und des Körpers und für die Verdauung, warnt jedoch vor mehr als acht Stunden Schlaf, da dies den Körper austrockne und somit schwäche. Besonders gesund hingegen sei der Schlaf für Phlegmatiker, Melancholiker (vgl. dazu die Rolle des Schlafs in der modernen Behandlung von Depressionen!) und körperlich Geschwächte. Für den Fall, dass sich der Schlaf jedoch nicht einstellen will, empfiehlt das Tacuinum sanitatis in medicina, vor dem Einschlafen mit jemandem zu plaudern oder aber die schlaffördernden Eigenschaften leiser Musik zu nutzen. In der mittelhochdeutschen Literatur wird der positive Effekt von Musik beim Einschlafen in keinem geringeren Text als dem wohl bedeutendsten deutschsprachigen Heldenepos, dem Nibelungenlied, thematisiert. Die auf Rache sinnende Kriemhild lädt die Burgunder an den Hof König Etzels ein. Den Regeln der Gastfreundschaft folgend wird den burgundischen Rittern dort ein reich ausgestatteter Schlafsaal für die Nacht zur Verfügung gestellt, doch einen ruhigen Schlaf können die Gäste nicht finden, denn sie wissen, dass ihnen von den Hunnen Gefahr droht. Aus diesem Grund halten zwei von ihnen, Hagen und Volker, gemeinsam Schildwache. Volker, der nicht nur ein tapferer Recke ist, sondern auch Spielmann, nimmt seine Fiedel zur Hand und spielt darauf zur Erbauung und Beruhigung für seine Waffenbrüder: Volker vermag seiner Fiedel solch süße Töne zu entlocken, dass er damit die besorgten Männer sanft in den Schlaf hinübergleiten lässt. Zur schlaffördernden Eigenschaft von Gesprächen vor dem Einschlafen stellt das Tacuinum sanitatis folgendes fest:

Am besten zum Einschlafen geeignet sind Gespräche nicht allzu aufregenden Inhalts unter Personen (idealerweise nicht zu viele), die miteinander quasi ‚auf einer Wellenlänge‘ sind. Wir finden ein Beispiel für eine solche Konstellation in einem der bedeutendsten höfischen Epen des Hochmittelalters, dem Tristan Gottfrieds von Straßburg. Der Held Tristan hat einen sehr guten Freund namens Marjodo; die beiden schlafen gemeinsam in einer Kammer und pflegen vor dem Schlafen stets Unterhaltungen miteinander zu führen. Oft ist es Tristan, der

seinen Freund mit ‚Gute-Nacht-Geschichten‘ in den Schlaf redet, was dieser als sehr angenehm empfindet.

Marjodo schläft beim Plaudern und Geschichten erzählen regelmäßig ein. Die beiden Männer führen Gespräche, über deren genauen Inhalt der Erzähler uns jedoch nichts sagt. Die intendierte Wirkung stellt sich gleichwohl ein, allerdings in diesem Fall nur bei einem der Gesprächspartner. Dies ist Tristan gerade recht, denn er will ja wach bleiben, um sich – unbemerkt vom schlafenden Marjodo – zu seiner Geliebten Isolde schleichen zu können.

Aus den beiden vorgestellten Textbelegen lässt sich ableiten, dass mittelalterliche Dichter mit den Regeln und Ratschlägen der Schlafdiätetik wohl vertraut waren und diese auch durchaus in ihre Werke einfließen ließen. Der Effekt ist, dass die Texte dadurch ungemein viel mehr Lebendigkeit und Plastizität erhalten als sie ohne diese alltagsweltlichen Einsprengsel hätten. Sowohl Volker, der seine besorgten Gefährten in den Schlaf fiedelt, als auch Tristan, der seinen Freund durch seine Geschichten sanft einschlafen lässt, gewinnen durch ihre Handlungsweise an menschlicher Kontur und beschwören beim Publikum angenehm-vertraute Bilder herauf.

Korrespondenz: Mag. Gabriele Klug, Gaswerkstraße 54, A-8020 Graz;  
e-mail: gabriele.klug@uni-graz.at

## Neue Methode zur Einschätzung der Risiken von Schläfrigkeit am Steuer

---

Eine Untersuchung von M.W. Johns<sup>2</sup>, R. Chapman, K. Crowley<sup>3</sup> und A. Tucker hat eine neue Methode zur Einschätzung der Risiken von Schläfrigkeit am Steuer aufgezeigt.

Schläfrigkeit von Fahrzeugführern ist vermutlich eine Hauptursache von Verkehrsunfällen. Es gibt jedoch kein standardisiertes Verfahren zur Ermittlung der Schläfrigkeit zum Zeitpunkt des Unfalls. Die Schläfrigkeit wird mit einer neuen Kombination gewichteter Blinkvariablen gemessen und mit Infrarot Reflektions-Oculographie erfasst (Johns Drowsiness Skala oder JDS). Es wird untersucht, ob Leistungseinbrüche mit zwei verschiedenen Reaktionszeit-Tests und einem Fahrsimulator-Test korrelieren.

*Methoden:* 31 gesunde Probanden absolvierten einen einfachen Reaktionszeittest (SRT) und einen Wahlreakionszeittest (CRT) für 15 Minuten mit und ohne Schlafentzug für 27 bis 33 Stunden. Die Schläfrigkeit wurde jede Minute mit dem JDS (0-10) bestimmt. Zusätzlich fuhren 15 Probanden 70 Minuten lang mit dem Fahrsimulator mit und ohne Schlafentzug.

*Ergebnisse:* Beim CRT und beim SRT waren die Reaktionszeiten länger und die Fehler (keine Antwort innerhalb von 2 Sekunden nach Stimulus) häufiger. Die Häufigkeit von der Strasse zu fahren nahm zu und der JDS nahm signifikant zu. Das Risiko je Minute einen Fehler im SRT zu machen und mit dem Fahrsimulator von der Strasse zu fahren nahm parallel zu einem Anstieg des JDS zu ( $p < 0.001$ ).

*Schlussfolgerung:* Das Risiko Leistungsfehler bei Schläfrigkeit zu machen ist mit hohen JDS Werten assoziiert. Der JDS spiegelt hauptsächlich Änderungen in der Charakteristik der Augenblinks wider. Hiermit kann die Basis für eine neue Methode gelegt werden, welche die Schläfrigkeit kontinuierlich beim Fahren erfasst.

(Quelle: Somnologie, März 2008)

---

<sup>2</sup> M.W. Johns, Swinburne Universität of Technology Melbourne (VIC), Australien

<sup>3</sup> K. Crowley, Melbourne Universität Melbourne (VIC), Australien

## **Das Screening auf eine Schlafapnoe sollte zukünftig Bestandteil der Herzinsuffizienzdiagnostik sein**

---

5 Prozent aller Menschen zwischen 45 und 65 Jahren, sind ohne es zu wissen an der Schlafapnoe erkrankt. Die nächtlichen Atemaussetzer führen zu schweren Folgeerkrankungen. Ohne Behandlung sinken langfristig Lebensqualität und Lebenserwartung.

Aus der Erfahrung seiner langjährigen Praxis als Kardiologe referierte Prof. Dr. Med. A. Heisel, auf einer Vortragsveranstaltung der Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe in der Seniorenwohnanlage Lindenhof. Viele seiner Patienten befinden sich in einem Teufelskreis zwischen Schlafapnoe und Herzinsuffizienz. Beide Erkrankungen verstärken sich gegenseitig und führen über therapieresistenten Bluthochdruck, Herzinsuffizienz und Schlaganfall häufig zu einer langfristigen Verringerung von Lebensqualität und Lebenserwartung.

Er verwies hierbei auf eine aktuelle Studie des Herzzentrums in Bad Oeynhausen. Von 323 Herzpatienten, die 2007 in Bad Oeynhausen behandelt wurden, waren 232 Patienten zusätzlich an einer Schlafapnoe erkrankt. In vielen dieser Fälle könnte die Schlafapnoe den Teufelskreis ausgelöst haben. Eine Langzeitstudie über 12 Jahre zeigte, dass ca. 20% aller unbehandelten Schlafapnoepatienten verstorben waren, während 95% der behandelten Patienten noch am Leben waren.

Als Konsequenz forderte er, im Einklang mit der amerikanischen kardiologischen Gesellschaft, „das Screening auf eine Schlafapnoe sollte zukünftig Bestandteil der Herzinsuffizienzdiagnostik sein, nur so könnte eine weitere Verschlimmerung der Herzkreislauferkrankungen verhindert werden“.

Diese Auffassung teilt uneingeschränkt die Selbsthilfegruppe. Immer noch ist das Wissen über diese Erkrankung nicht Standard der medizinischen Ausbildung. Nur so ist es zu erklären, dass die typischen Symptome wie z.B. starkes unregelmäßiges Schnarchen, Tagesschläfrigkeit, Konzentrationsstörungen, Einschlafen am Steuer häufig fehlgedeutet werden. Im Interesse aller Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen, wünschen wir uns viele solcher engagierten Kardiologen.

(Quelle: Reinhard Wagner, Sprecher der Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund)

## **Ablehnung der Anschaffungskosten für ein Atemtherapiegerät durch die PKV**

Wer in der gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, hat hinsichtlich der Übernahme der Anschaffungskosten des Atemtherapiegerätes sowie des Zubehörs durch die GKV in der Regel keine Schwierigkeiten. Es handelt sich hierbei um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Fragen hierzu beantwortet Ihnen Ihre VdK Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe.

Eine andere Rechtslage besteht bei den privaten Krankenkassen. Welche Kosten übernommen werden richtet sich nach dem jeweiligen Vertrag. Die Kostenübernahme für das Atemtherapiegerät muss in der Regel beantragt werden.

Einige Private Krankenversicherungen lehnen die Kostenübernahme für die Atemtherapiegeräte sowie für das Verbrauchsmaterial (Masken, Schläuche, Filter usw.) mit Hinweis auf die Versicherungsbedingungen/Tariffbestimmungen ab. Die Kosten für die Geräte betragen bis zu 10.000 € für das Verbrauchsmaterial sind einige 100 € im Jahr zu zahlen.

Andere PKV wiederum bieten ihren Versicherten Versorgungspauschalen, und/oder Kulanzregelungen an, die z.B. eine teilweise Übernahme der Kosten vorsehen. Auch beim Zubehör gibt es voneinander abweichende Regelungen.

Ursache der Problematik sind die Hilfsmittelkataloge der Versicherungsunternehmen, die unterschiedliche Regelungen hinsichtlich der Übernahme der Anschaffungskosten für Atemtherapiegeräte aufweisen.

Zur Übernahme der Anschaffungskosten für ein CPAP-Gerät hat es 2003 eine Entscheidung des BGH (BGH IV ZR 176/03) gegeben: „Wenn im Hilfsmittelkatalog einer privaten Krankenkasse Atemtherapiegeräte nicht genannt sind und die Aufzählung der Hilfsmittel abschließend formuliert ist (das Atemtherapiegerät ist ein Hilfsmittel) hat der Versicherte keinen Anspruch auf Übernahme der Anschaffungskosten durch die PKV“.

In einer weiteren Entscheidung AZ IV ZR 130/06 (geklagt hatten die Verbraucherverbände) ging es um eine Verfahrensweise der Krankenversicherungen, bestehende Versicherungsverträge in einem Treuhän-

derverfahren einseitig zu ändern. Die Versicherten wurden anschließend nur über die Änderung informiert. Nach der Entscheidung des BGH vom Dezember 2007, müssen die Versicherungen jedoch den Versicherten mit Altverträgen weiterhin alle medizinisch notwendigen Behandlungen finanzieren. Änderungen sind nur möglich, wenn die Kunden individuell um Zustimmung gebeten werden und sie der Änderung zustimmen.

### **Was ist zu tun wenn, Ihre private Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnt?**

Prüfen Sie den „Hilfsmittelkatalog“ Ihrer PKV darauf, ob er Atemtherapiegeräte ausschließt oder nicht. Dies gilt umso mehr, als die Kataloge nicht in den mehr oder weniger einheitlichen Versicherungsbedingungen (MB/KK) stehen, sondern in den Tarifbestimmungen, die jeder Versicherer selbst herausgibt.

Dabei kann ein Hilfsmittelkatalog auch dann abschließend formuliert sein, wenn er das Wort „ausschließlich“ nicht enthält. Dies gilt etwa dann, wenn vorletztes und letztes aufgezähltes Hilfsmittel durch das Wort „und“ verbunden sind wie in dem Fall des BGH-Urteils.

Beispiel: Soweit tariflich vorgesehen, werden die Kosten für med. Hilfsmittel und deren Reparaturen erstattet; als solche gelten ausschließlich Brillengläser, Gummistrümpfe und Einlagen.

Beispiel: Soweit tariflich vorgesehen, werden die Kosten für med. Hilfsmittel und deren Reparaturen erstattet; als solche gelten Brillengläser, Gummistrümpfe und Einlagen.

Dagegen ist die Aufzählung nicht abschließend, wenn sie etwa mit dem Zusatz „u.ä.“ oder „usw.“ endet.

Beispiel: Soweit tariflich vorgesehen, werden die Kosten für med. Hilfsmittel und deren Reparaturen erstattet; als solche gelten Brillengläser, Gummistrümpfe Einlagen. u.ä. (usw.).

Sehen Sie sich die bei Vertragsabschluss gültigen Versicherungsbedingungen genau an und vergleichen Sie sie mit den aktuellen Bedingungen.

Gibt es Unterschiede?

In einem Fall hatte die beklagte Versicherung im Nachhinein das Wort „ausschließlich“ in ihre Versicherungsbedingungen eingefügt.

Wurde in den ursprünglichen Versicherungsbedingungen die Kostenübernahme nicht ausgeschlossen?

Haben Sie der Veränderung der Versicherungsbedingungen zugestimmt?

Es lohnt sich in jedem Fall, sich vorab zu informieren.

(Quelle: Reinhard Wagner, Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund)

## **Weniger Schlafschwierigkeiten bei älteren Menschen**

---

Jüngere haben laut Umfrage mehr Probleme mit der Nachtruhe – Qualität in letzten 50 Jahren kaum verändert.

Ältere Menschen schlafen heutzutage besser ein als noch vor 25 Jahren. Wie eine Anfang August 2008 veröffentlichte Allensbach-Umfrage ergab, haben nur knapp ein Viertel (24 Prozent) der Frauen und 14 Prozent der Männer über 59 Jahren Probleme beim Einschlafen. Dagegen klagten 1983 noch 40 Prozent der Frauen und ein Viertel der Männer über Schlafstörungen.

Ein umgekehrtes Bild zeigt sich bei den Jüngeren: Die Zahl der Menschen mit Schlafstörungen stieg bei den Personen unter 45 Jahren seit 1983 leicht an. Rund zwölf Prozent der Befragten gaben an, schwer einzuschlafen, während es vor 25 Jahren nur rund acht Prozent waren.

Unterm Strich zeigte sich der Umfrage zufolge aber, dass sich die Qualität des Schlafes in den vergangenen Jahren kaum verändert habe. Laut dem Allensbacher Institut schliefen 1958 insgesamt 18 Prozent der Deutschen schlecht ein, bei der aktuellen Umfrage klagten 15 Prozent über Schlafstörungen.

Beliebtestes Gegenmittel bei Einschlafschwierigkeiten ist Lesen. Zu einer Zeitschrift oder zu einem Buch greifen demnach 46 Prozent, gefolgt von Musik (23 Prozent). Schafe zählen dagegen nur wenige Betroffene, nämlich nur fünf Prozent.

Die Umfrage wurde im Juni 2008 durchgeführt. Insgesamt wurden dabei 1.815 Personen über 16 Jahren befragt.

(Quelle: AP-Meldung vom 14.08.2008)

## **Wer schlecht schläft, hat hohes Sturzrisiko**

Wer alt ist und schlecht schläft, ist besonders sturzgefährdet. Maßnahmen der Sturzprävention könnten bei diesen Patienten besonders effektiv sein.

Von fast 3000 Frauen im Alter von 70 Jahren oder mehr haben Forscher die Schlafdaten erhoben. Sie nutzten sowohl Schlaftagebücher als auch Handgelenksaktigrafen, um die körperliche Aktivität zu messen. Die durchschnittliche Schlafdauer der Teilnehmerinnen betrug 6,8 Stunden. Sie brauchten im Mittel 77 Minuten nach dem Zubettgehen bis zum Einschlafen.

Innerhalb eines Jahres stürzten 549 Frauen (18,4 Prozent) zweimal oder öfter. Dabei war die Sturzrate bei Frauen mit einer Schlafdauer unter fünf Stunden um 50 Prozent höher als bei den guten Schläfern. Auch die Frauen, die länger als zwei Stunden zum Einschlafen benötigen, hatten ein um 30 Prozent erhöhtes Sturzrisiko im Vergleich zu jenen, die schneller einschliefen.

Patienten, die Benzodiazepine einnahmen, hatten ebenfalls ein um den Faktor 1,3 erhöhtes Sturzrisiko. Ob neuere Schlafarzneien oder Verhaltenstherapie das Sturzrisiko mindern, müsse untersucht werden, so die Forscher.

(Quelle: Ärzte Zeitung vom 17.09.2008)

# Die Schlafqualität im Krankenhaus und der Einfluss von Lärm

---

In einer Studie untersuchten I. Fietze<sup>1</sup>, D. Wiesenäcker<sup>1</sup>, A. Blau<sup>1</sup> und T. Penzel<sup>1</sup> die Schlafqualität im Krankenhaus und der Einfluss von Lärm.

Die direkten Auswirkungen von Lärm und Schlafqualität auf Lebensqualität, Lebenserwartung und Krankheitsgefühl sind von grundlegender medizinischer Bedeutung. Um Schlafstörungen frühzeitig evidenzbasiert und adäquat zu behandeln, bedarf es zunächst einer ausführlichen Differentialdiagnostik. Hierzu gehört auch die Diskriminierung zwischen exogenen und endogenen Ursachen von Schlafstörungen. Neben dem Stress ist vor allem Lärm ein potenter Auslöser und unterhaltender Faktor von Schlafstörungen. Im Bettenhochhaus der Charité am Campus Mitte in Berlin wurde eine Lärmwirkungsstudie mit Ermittlung der subjektiven Lärmbelastung und der subjektiven Schlafqualität durchgeführt. Es wurden 757 Patienten kontaktiert von denen 313 (41,35 %) teilnahmen.

Die subjektive Schlafqualität im Krankenhaus ist schlecht: 34,3 % (n = 91) von 265 der Patienten klagen über einen „Nicht erholsamen Schlaf“ im Krankenhaus. Zusätzliche 20,8 % (n = 55) geben an, zeitweise einen „Nicht erholsamen Schlaf“ zu haben. Jeder zweite Patient leidet unter Durchschlafstörungen und jeder dritte Patient klagt über Einschlafstörungen. Neben dem von außen wirkenden Lärm machen die Patienten vor allem Zimmernachbarn und das Personal auf der Station für die Lärmbelastung verantwortlich.

Um einen auch im Krankenhaus annähernd erholsamen Schlaf zu gewährleisten gehören auch hier, ähnlich wie in häuslicher Umgebung exogene Lärmquellen erkannt und minimiert.

Lärmbedingte Schlafstörungen stellen ein relevantes Gegenwarts- und Zukunftsthema der Lärmwirkungs- und Schlafmedizinischen Forschung dar. Dies ergibt sich zum einen aus der zunehmenden Zahl lärmbedingter medizinischer Gutachten und zum anderen durch die zunehmende Lärmbelastung aus der Umwelt bei gleichzeitig zunehmender Prävalenz von gestörtem Schlaf und Schlafstörungen. Per definitionem ist Lärm ein unerwünschter Schall. Bei der Wahrnehmung und Bewer-

<sup>1</sup> Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum der Charité, Charité-Universitätsmedizin Berlin

tung von Geräuschen bestehen erhebliche tageszeitabhängige inter- und intraindividuelle Unterschiede.

Neben der charakteristischen subjektiven Belästigungsreaktion können Schallereignisse als psychosoziale Stressoren zu direkten körperlichen Auswirkungen führen. Aurale Wirkungen (Gehörschäden) werden in diesem Zusammenhang den extra-auralen Wirkungen gegenüber gestellt. Zu letzteren gehört u.a. die Aktivierung des autonomen Nervensystems durch Lärm, welche in einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mündet.

Die Schlafqualität kann sowohl objektiv als auch subjektiv quantifiziert werden. Ein häufig eingesetztes und valides Instrumentarium zur subjektiven Quantifizierung ist der Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Für die objektive Ermittlung und Beurteilung der Schlafqualität ist nach wie vor die nächtliche Polysomnographie (PSG) der Goldstandard, welche jedoch häufig nicht mit dem subjektiv angegebenen Schlaferleben übereinstimmt. Hier hat u.a. der Lärm eine entscheidende Bedeutung, wobei es bei Lärmexposition zu Adaptationsprozessen kommen kann. Eine Beeinträchtigung der Schlafqualität geht einher mit Änderungen des kardiovaskulären Systems, einer verlängerten Schlaflatenz, einer reduzierten Schlafdauer, frühzeitigem Erwachen, veränderter Schlafstruktur und veränderten Schlafstadienanteilen, vermehrten Weckreaktionen, Änderungen des autonomen Tonus, des Hormonhaushaltes und des Immunsystems.

Nächtliche Schallexposition kann Schlafgewohnheiten, Weckreaktionen, subjektive Schlafqualität, Herzfrequenz und Stimmungslage am Tage beeinflussen. Lärmquellen, die primär Belästigungs- und Stressreaktionen hervorrufen können, sind Arbeitslärm, Straßenverkehrslärm, Flugverkehrslärm, Schienenverkehrslärm, Lärm von Industrie und Gewerbe, Nachbarschaftslärm und Geräusche im Wohngebäude. Die WHO empfiehlt Schallpegelwerte die nicht überschritten werden sollen, um nachteilige Wirkungen auf den Menschen zu vermeiden.

Schlafstörungen sind ein in der westlichen Welt weit verbreiteter Symptomenkomplex, an dem circa 25 % der Bevölkerung leiden! Nachweislich wird die Lebensqualität beeinflusst. Neben dem erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden durch Müdigkeit und mangelnde Leistungsfähigkeit ist für die Medizin vor allem der chronische Krankheitswert von Schlafstörungen relevant. Die Schlafqualität und der damit assoziierte erholsame Schlaf sind aber auch von einer Vielzahl

von Einflussfaktoren abhängig. Zu ihnen gehören Stress, Lärm, Licht, Schlafumgebung, Temperatur, Aktivität und viele andere. Nicht-organische und nicht-psychiatrische Schlafstörungen werden häufig durch extrinsische Einflussfaktoren wie Lärm getriggert. Eine Vielzahl von Studien beschäftigt sich daher mit der Lärmwirkung auf die Gesundheit, z.B. in Abhängigkeit der Verkehrsart wie Schienenverkehrslärm, Straßenverkehrslärm und Fluglärm. Im Krankenhaus wurden Lärmstudien auf Intensivstationen durchgeführt. In der vorliegenden Studie sollen durch Lärm entstehende Schlafbeeinträchtigungen und die subjektive Qualität des Schlafs unter Krankenhaus-Bedingungen auf der Normalstation untersucht werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die subjektive Schlafqualität in einem Krankenhaus schlecht ist. 34,3 % von 265 der Patienten klagen über „Nicht erholsamen Schlaf“. Zusätzliche 20,8 % geben an gelegentlich unerholsam zu schlafen. 37,3 % der Patienten, 13 % mehr als im häuslichen Bereich, klagen über Ein- und jeder Zweite (51,2 %) über Durchschlafstörungen im Krankenhaus. Für eine subjektiv schlechte Qualität im Krankenhaus muss neben krankheits- und schmerzbedingten Ursachen also auch eine erhöhte Lärmbelastung verantwortlich gemacht werden. Neben Schienenverkehrslärm, machen die Patienten vor allem Zimmernachbarn und das Personal auf den Stationen für die Lärmbelastung verantwortlich. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Schlafqualität im Krankenhaus schlecht sein kann und von Belästigungs- und Stressreaktionen auszugehen ist, welche sich u.a. in einem veränderten Schlafverhalten manifestieren. Die Rücklaufquote 41,35 % (Responder) unserer Befragung ist äußerst zufriedenstellend. Als Gründe für die Nonresponder müssen vor allem eine frühzeitige Entlassung und fehlende Motivation zur Teilnahme an einer klinischen Studie genannt werden. Die herabgesetzte Schlafqualität ist sicher eine Ursache dafür, dass im Krankenhaus (33,9 %) mehr als zu Hause (19,7 %) die Hilfe durch Schlafhilfen angenommen wird. Der erhöhte Anteil von ärztlich verordneten Hypnotika spielt hier im Vergleich zur Verwendung von Ohrstöpseln und Kopfhörern eine untergeordnete Rolle. Im Krankenhaus verwenden 16,9 % der Patienten Ohrstöpsel, im häuslichen Bereich sind es nur 7,1 %. Die im Krankenhaus erfragte Störung durch Lärm korreliert mit der subjektiven Gesamtbelastung im Krankenhaus mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,623, sodass davon auszugehen ist, dass der vor allem den Schlaf beeinflussende Faktor Lärm ein wesentliches Merkmal für das subjektive Wohlbefinden im Krankenhaus darstellt.

Die Ergebnisse älterer Studien weisen darauf hin, dass eine erhöhte Lärmexposition während des Schlafs den arteriellen Blutdruck und Puls während der Nacht erhöhen und somit einen Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse darstellen kann. So sind die subjektiv wahrgenommene Schlafqualität, Stimmungslage und Reaktionszeit nach nächtlicher Lärmexposition durch Straßenverkehrslärm signifikant erniedrigt. Prinzipiell sind Adaptationsmechanismen möglich. Gewöhnungsreaktionen stellen sich insbesondere bezüglich der Herzfrequenz nach bisherigem Kenntnisstand jedoch nicht ein. Somit trägt ein subjektiv störender Lärmpegel insbesondere während des Schlafes sicher nicht zur Genesung im Krankenhaus bei und kann ggf. Herzkreislaufreaktionen hervorrufen, die dem Therapieprozess entgegenstehen, z.B. bei Patienten mit einem erhöhten Herzkreislaufisiko. In zukünftigen Studien sollte daher auch der Zusammenhang zwischen Lärmbelastigung und Liegezeit im Krankenhaus objektiviert werden.

Eine Diskriminierung bezüglich der einzelnen Stationen haben wir nicht vorgenommen, da hierfür die Zahl der an der Studie teilnehmenden Personen zu gering war. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch das Krankheitsbild und der Grund der stationären Aufnahme die subjektive Wahrnehmung von Lärm, Belästigung und Schlafqualität wesentlich beeinflussen. Wir haben keine psychiatrische Station in die Studie eingeschlossen, da psychiatrische Erkrankungen eine wesentliche Ursache für Schlafstörungen darstellen.

Ein weiterer Einflussfaktor ist neben dem Alter und dem Geschlecht bisher nicht erkannte und auch in der Anamnese nicht eruiertbare Schlafstörungen wie das PLM-Syndrom, obstruktives Schnarchen, Bewegungsstörungen im Schlaf und der sensible, aber noch nicht chronisch gestörte Schlaf. Die Beteiligten wurden in dieser Studie keiner Schlaflabor-Untersuchung unterzogen, womit eben diejenigen Schlafstörungen nicht ausgeschlossen werden konnten, die nur polysomnographisch erfasst werden können. Sensible Schläfer, z.B. diejenigen die auf ihre gewohnte Bettumgebung angewiesen sind schlafen sicher in fremder Umgebung, insbesondere im Krankenhaus schlechter. Dies ist ein möglicher Einflussfaktor, den wir ebenfalls nicht objektiviert haben.

Die Ergebnisse dieser Studie sind spezifisch für die Gegebenheiten des Krankenhauses, in diesem Fall ein Hochhausgebäude älterer Bauart. Während die Schallisolation durch das Fenster annähernd gegeben ist, fällt sie bei Öffnung des Fensters weg. Keine der Ebenen im Hochhaus

der Charité Mitte hat spezielle Schallschutztüren, sodass der Einfluss von außen, vom nachts tätigen Personal und den auf einigen Stationen permanenten bzw. gelegentlichen Signaltönen nicht verwundert. Am deutlichsten zeigt sich jedoch der Einfluss des Bettenachbarn. Hier haben wir die Art der Störung nicht weiter diskriminiert, es ist aber davon auszugehen, dass es im Wesentlichen folgende Störeinflüsse sind: das Schnarchen, die Nykturie, der Schwesternruf, und das Nicht schlafen können, welches durch Musik hören oder Fernsehen schauen kompensiert wird. Aus schlafmedizinischer Sicht kann ein müder Schlafapnoe-Patient auch unter solchen Bedingungen subjektiv hervorragend schlafen, ein sensibler oder bereits schlafgestörter Patient hingegen findet unter diesen Umständen, von der eigenen Erkrankung weswegen er im Krankenhaus ist abgesehen, keinen oder eben einen nur nicht erholsamen Schlaf.

Möchte man die Schlafqualität und damit das Wohlbefinden der Patienten in einem solchen großen Bettenhaus verbessern, dann sind verschiedene Maßnahmen notwendig. Es ist der Einfluss des von außen eindringenden Lärms zu minimieren, z.B. durch Tempolimit oder entsprechende Schallschutzmaßnahmen. Gleichzeitig müssen die stationären Abläufe hinsichtlich der Lärmwirkung durch das tätige Personal ebenso wie durch die Patienten selbst evaluiert werden um spezifische Maßnahmen durchführen bzw. dem Patienten gezielt und individuell helfen zu können. Zu letzterem gehört u.a. dass ein schnarchender Patient nicht mit einem schlafgestörten Patienten in einem Zimmer untergebracht werden sollte. Dass diese wissenschaftlich begründete und medizinisch sinnvolle Empfehlung im Krankenhausalltag derzeit nicht durchsetzbar ist, ist den Autoren wohl bekannt. Derartige erste Erkenntnisse, die natürlich erweitert und fundiert werden müssen, sollten aber in der Konzeption und Entwicklung zukünftiger Krankenhauseinrichtungen durchaus wichtige Rolle spielen.

(Quelle: Somnologie, Juni 2008)

## Ungesund kombiniert

---

Grapefruitsaft und Bluthochdruckmittel, Kaffee und Antibiotikum, das sind Paare, die sich gar nicht gut vertragen. Bestimmte Lebensmittel treten mit diversen Medikamenten in ungesunde Wechselwirkung.

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Arzt oder Apotheker“. Diesem Rat sollten Patienten folgen, wenn sie wissen wollen, ob sich der Arzneiwirkstoff mit ihrer gewohnten Kost verträgt. Hier einige Beispiele, bei denen Kaffee, Milchprodukte etc. die Effektivität und/oder Aufnahme von Wirkstoffen verzögern, beschleunigen oder hemmen:

**Antibiotika und Milchprodukte:** Milch, Joghurt, Topfen, Käse bremsen einige Antibiotika aus. Substanzen aus der Gruppe der Tetracykline (z. B. Doxycyclin) können mit dem Kalzium der Milch eine Verbindung eingehen, die der Körper nicht mehr aufschließen kann. Die Antibiotika bleiben daher im Darm und werden verdaut, statt zu wirken. Kalziumhaltige Lebensmittel frühestens zwei Stunden nach der Einnahme von solchen Antibiotika verzehren. Auch Fluoride, Mittel zum Knochenaufbau, bilden mit Kalzium schwer lösliche Salze, die der Körper schlecht aufnehmen kann.

**Antibiotika, Mittel gegen Eisenmangel und Koffein:** Bei Blasen- oder Niereninfektionen werden oft Antibiotika verschrieben, die Gyrasehemmer enthalten. Mit Koffein, wie es auch in Tee oder Cola enthalten ist, kann es zu Erregungszuständen, Herzsrasen, Schlafstörungen kommen, denn das Medikament hemmt den Abbau des Koffeins.

Kaffee und Tee machen auch Mittel gegen Eisenmangel und Blutarmut nutzlos. Die Gerbstoffe der Getränke binden Eisen-Ionen im Magen an sich, so wird das Eisen ausgeschieden. Schwangere etwa, die zum Frühstück ein Eisenpräparat zu sich nehmen, sollten mindestens zwei Stunden vor und nach der Einnahme weder Kaffee noch Tee trinken.

**Schmerzmittel, Schlafmittel, Antihistaminika, Bluthochdruckmittel und Grapefruitsaft:** Grapefruitsaft kann die Wirkung zahlreicher Medikamente gefährlich steigern und verlängern. Auch wenn einige Symptome eher selten auftreten, bei der Einnahme der aufgeführten Medikamente auf Grapefruit lieber verzichten. Die enthaltenen Flavonoide (Farbstoffe) verstärken die Wirkung mancher Medikamente um rund 30 Prozent. Vorsicht ist besonders bei Herz-

tabletten mit dem Wirkstoff Nifedipin geboten. Zusammen mit Grapefruit können Blutdruckabfall, Herzrasen, Kopfschmerz vorkommen. Grapefruit kombiniert mit Schmerzmitteln kann zu Herzrhythmusstörungen und kombiniert mit Schlafmitteln zu vollrauschähnlichen Symptomen führen.

**Entwässerungsmittel und Lakritze:** Diuretika schwemmen auch Vitamine und Mineralstoffe aus. Wenn Lakritzliebhaber entwässernde Mittel über einen längeren Zeitraum nehmen, kann es zu verstärktem Kaliumverlust kommen mit Schläfrigkeit, erhöhtem Blutdruck und Muskelschwäche.

**Antidepressiva, Blutdrucksenker und Alkohol:** Auf Wein, Bier & Co sollte man bei der Einnahme der meisten Medikamente verzichten. Alkohol dämpft das zentrale Nervensystem und verstärkt die Wirkung von Antidepressiva, Beruhigungs- und Schlafmitteln. Er hemmt außerdem den Abbau diverser Medikamente, wie etwa Blutdrucksenkern.

**Asthmamittel mit Theophyllin und schwarzer Pfeffer:** Der Scharfmacher hemmt den Abbau von Theophyllin, was zu Unruhe, Herzklopfen und Schlaflosigkeit führen kann. Solche Patienten sollten auch auf tanninhaltige Lebensmittel wie Schwarztee, Grüntee, Walnuss etc. verzichten.

**Fazit:** Medikamente mit ausreichend Flüssigkeit, am besten mit Wasser einnehmen. Fruchtsäfte und Limonaden erst eine halbe Stunde nach Medikamenteneinnahme trinken.

(Quelle: [www.nachrichten.at](http://www.nachrichten.at) vom 23.07.2008)

## **Schlafkiller Alkohol – weshalb er uns am Schlafen hindert**

---

Der Schlummertrunk an der abendlichen Grillparty hat seine Tücken. Der Alkohol verändert den Schlaf und sorgt besonders in der zweiten Nachthälfte für wache Phasen. Er verändert den Schlafrhythmus, begünstigt Kopfweh oder Schweißausbrüche und fördert das Schnarchen. Bei Menschen mit Atemstörungen während des Schlafs verschlimmert er die Beschwerden. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) gibt Tipps für einen tiefen Schlaf.

Sommerzeit ist Partyzeit. Der lange Sonnenschein und die milden Temperaturen bis in die Nachtstunden verleiten zum Aufbleiben, zum Feiern und Festen mit Freunden. So manche fragen sich, ob das Bier zur Wurst ein Schlummertrunk oder eher ein Schlafkiller ist. Die Forschung bestätigt den persönlichen Erfahrungsschatz, wonach der Alkohol das Einschlafen eher beschleunigt. Trotzdem fällt der Alkohol als Schlafhilfe durch: So machen sich unangenehme Nachwirkungen in Zusammenhang mit dem Alkoholabbau im Körper bemerkbar. Der Gang zur Toilette drängt sich auf, der Schlaf wird oberflächlicher. Nach mäßigem Alkoholkonsum können einen nachts Schwitzattacken, Kopfwahl, Alpträume oder Mundtrockenheit plagen, die den Schlaf verschrecken. Hoher und regelmäßiger Konsum ist oft von Schlaflosigkeit begleitet.

Alkohol begünstigt das Schnarchen. Menschen, die vor dem Schlafengehen Alkohol getrunken haben, schnarchen häufiger. Der Grund: Nach dem Alkoholkonsum entspannt sich die Muskulatur der Atemwege. Dabei trifft der Atem auf dem Weg zur Lunge auf einen größeren Widerstand. Das Einatmen wird mühsamer und das Schnarchen nimmt zu. Dabei kann es zu kurzen Atemaussetzern kommen, selbst bei Menschen, die sonst nicht unter einer Schlafapnoe leiden. Mehrere Forschungsarbeiten zeigen zudem, dass Alkohol schlafbedingte Atemstörungen verschlimmern kann. Übermäßiger Konsum, vor allem abends, kann das Schlafapnoe-Syndrom begünstigen. Typisch für diese Krankheit sind kurze Unterbrechungen der Atmung während des Schlafens, die meist durch verengte Atemwege entstehen. Betroffene sind am Tag oft schläfrig und erschöpft. Wer nachts unter Atemstörungen leidet, sollte auf Alkohol vor dem Zu-Bett-Gehen verzichten und generell auf einen mäßigen Konsum achten.

Als Schlafpille taugt der Alkohol nicht. Doch gibt es nebst gutem Schlafkomfort, wie Dunkelheit und Ruhe im Schlafzimmer, Raumtemperatur bei 18 Grad sowie eine geeignete Matratze, mehrere Strategien, um etwas für einen tiefen Schlaf zu tun. Dazu zählen: Regelmäßige Bettzeiten. Abends Stress, Aufregung sowie schweres Essen meiden. Rituale pflegen wie z.B. eine Lektüre vor dem Einschlafen. Tagsüber für Bewegung im Freien sorgen.

Für die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) steht der Schutz der Gesundheit im Zentrum. Die SFA will Probleme verhüten oder vermindern, die aus dem Konsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen hervorgehen. Die

SFA konzipiert und realisiert Präventionsprojekte, engagiert sich in der Gesundheitspolitik und der psychosozialen Forschung. Die SFA ist eine private, parteipolitisch unabhängige Organisation mit gemeinnützigem Zweck.

(Quelle: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme vom 21.08.2008)

## **Hängt Schlafapnoe mehr mit Diabetes als mit Adipositas zusammen?**

---

Bisher vermuteten Wissenschaftler, dass Adipositas die gemeinsame Ursache ist, wenn Menschen am obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS) und an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind. Aktuelle Studien sprechen gegen diese Annahme.

Liegt OSAS vor, kommt es während des Schlafes zu einer Behinderung der Atemwege. Betroffene haben kurze Atemstillstände während des Schlafes, schnarchen häufig, sind am Tag müde und leiden unter Sekundenschlaf. OSAS tritt häufig gemeinsam mit Diabetes Typ 2 auf. Außerdem haben sowohl OSAS- als auch Diabetes-Patienten eine erhöhte Insulinresistenz.

Einen Zusammenhang beider Erkrankungen nachzuweisen, hat sich trotzdem als äußerst schwierig erwiesen: Denn diese Patienten sind meistens auch adipös. Bisher führten Wissenschaftler deshalb die erhöhte Insulinresistenz bei OSAS-Patienten auf die vorhandene Adipositas zurück (Diabetologie und Stoffwechsel 3, 2008, 241).

„Diese Annahme lässt sich nach aktuellen Studien nicht mehr halten“, so Dr. Igor Alexander Harsch, Leiter des Schwerpunktes Endokrinologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Erlangen. Denn eine deutlich erhöhte Insulinresistenz fanden Forscher sowohl bei übergewichtigen als auch bei normalgewichtigen OSAS-Patienten.

Um eindeutig auszuschließen, dass die Adipositas beide Krankheitsbilder unabhängig voneinander begünstigt, werden derzeit europaweit Studien mit größeren Patientenzahlen durchgeführt. Bestätigt sich der direkte Zusammenhang, könnten sich Diabetes- und OSAS-Therapien gegenseitig ergänzen. Die Ergebnisse könnten zukünftig neue Therapiemöglichkeiten für Patienten mit beiden Erkrankungen ermöglichen, so die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG).

Die DDG empfiehlt, in der Diabetes-Therapie schon heute auch Schnarchen und Tagesmüdigkeit der Patienten abzufragen. Bei übergewichtigen Patienten beider Krankheiten ist Gewichtsabnahme das oberste Therapieziel: Eine deutliche Reduktion des Gewichtes heilt sowohl Diabetes Typ 2 als auch OSAS.

(Quelle: Ärzte Zeitung online vom 05.09.2008)

## **Als Herr der Träume kann man sogar fliegen**

---

*Von Julia Ranniko*

Es klingt paradox: Im Schlaf kann man sich während eines Traums bewusst sein, dass man gerade träumt. Menschen, die solche sogenannten luziden Träume oder Klarträume haben, sind damit Herr ihrer eigenen Träume – sie können selbst bestimmen, welche Bilder im Kopf entstehen und welche nicht. Ganz oben auf der Hitliste stehen bei ihnen: durch die Lüfte fliegen und Sex, wie der Mannheimer Traumforscher Dr. Michael Schredl berichtete. „Nur ungefähr ein Viertel aller Erwachsenen hat Studien zufolge jedoch mindestens ein Mal im Leben einen luziden Traum. Nur wenige Menschen wissen daher, welche spannenden Erlebnisse im Schlaf möglich sind.“

Zur Klarstellung: Luzide Träume passieren im Schlaf – es handelt sich keineswegs um Tagträume oder um Vorstellungen beim Eindösen. „Ein echter Nachweis ist nur im Schlaflabor möglich“, berichtet der Psychologe, der am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) forscht.

### **Die Träumer können das Traumgeschehen planen**

So können luzide Träumer Dinge tun, die sie sich am Abend zuvor vorgenommen haben – etwa ihre Augen im Traum mehrere Male stark hin- und herbewegen, damit die Schlafforscher den Klartraum anhand der maschinell aufgezeichneten Signale bemerken. „Während des Träumens haben luzide Träumer eine gute Erinnerung an ihre Wacherlebnisse“, erläuterte Schredl.

In den Klarträumen fühlen sich die Welt und der eigene Körper ähnlich an wie im Wachzustand: „Im Traum ist die Welt real.“ Manchmal schleichen sich allerdings auch bizarre Elemente ein – dass man etwa

durch eine Wand laufen oder eben fliegen kann. Kneifen tut in einem Klartraum nicht so weh, und das Lesen längerer Texte ist nur schwer möglich, wie der Traumforscher berichtet. „Es geht eher um motorische Fähigkeiten“, sagte er. Insgesamt gelten die lenkbaren Träume im Vergleich zu normalen Träumen als lebendiger und gefühlsintensiver.

### **Auch Alpträume werden besser bewältigt**

Manche Klarträumer versuchten erst gar nicht, die Handlung ihres „Traumdrehbuchs“ zu beeinflussen, sagte Schredl. „Sie lassen den Traum ‚laufen‘ und können ihn mit dem Wissen, dass sie träumen, bewusster und intensiver erleben.“ Auch bei Alpträumen könne dieses Wissen helfen: „Weil im Klartraum nichts passieren kann, werden manche Kinder mutiger und sagen sich: Jetzt hau‘ ich das Monster, statt vor ihm wegzurennen.“ Aktive Strategien zur Angstbewältigung – sich zum Beispiel tagsüber mit der Traumsituation auseinanderzusetzen – seien jedoch häufig wesentlich wirksamer, um schlimme Träume zu bekämpfen, betonte Schredl.

### **Die plastischen Träume eignen sich auch für praktische Zwecke**

Auch bei Psychotherapien können luzide Träume gezielt eingesetzt werden – zum Beispiel, um Konflikte zu lösen. Und Sportler können im Traum Bewegungsabläufe trainieren. Neben dem wissenschaftlichen Aspekt spiele aber auch der „Spaßfaktor“ eine große Rolle, berichtet der Forscher: „Wer positive Träume hat, hat auch eine bessere Tagesstimmung.“ Im Buddhismus – dort werden Klarträume schon lange als Form der Meditation praktiziert – dienen sie der spirituellen Entwicklung. Schließlich solle man die Zeit, in der man schläft, nicht ungenutzt verstreichen lassen, heißt es dort.

Ob jeder Klarträume haben kann, ist bisher unklar. Mit viel Geduld und einem etwa vierwöchigen Training kann man es aber probieren – das hat auch Schredl selbst getan. „Man braucht Ausdauer, um es zu erlernen. Und man muss regelmäßig trainieren, damit es bleibt.“ Es gibt verschiedene Techniken: So kann man vor dem Einschlafen den Satz „Heute Nacht werde ich einen luziden Traum haben“ wiederholen oder sich mehrmals am Tag die Frage stellen „Träume ich oder bin ich wach?“

Sinn dieser Strategie sei es, das Hinterfragen des eigenen Bewusstseinszustands auch im Traum zu ermöglichen. Eine wichtige Voraussetzung für das luzide Träumen ist, sich überhaupt an Träume erinnern zu können. Studien haben gezeigt: Menschen, die regelmäßig meditieren, haben öfter Klarträume, und Frauen häufiger als Männer. Dennoch ist die Häufigkeit mit einem luziden Traum im Monat relativ gering.

Die Technik der Klarträume lässt sich sogar trainieren.

Wer mehr zu diesem Thema wissen will, kann nachlesen: Michael Schredl/Georg Rüschemeyer: Träume. „Die Wissenschaft enträtelt unser nächtliches Kopfkino“. Ullstein-Verlag, 2007, 288 Seiten, 19,90 Euro.

(Quelle: Ärzte Zeitung vom 11.06.2008)

## **Ausreichender Schlaf auch für den Stoffwechsel wichtig**

---

Regelmäßiger und ausreichender Schlaf ist nicht nur für die Ausbildung des Gedächtnisses wichtig, sondern auch für die Regulation des Stoffwechsels. Das ergaben Untersuchungen des Kieler Neuroendokrinologen Jan Born. Der Studie zufolge ist bei Menschen, die nur vier Stunden täglich schlafen, schon nach einer Woche der Stoffwechsel sichtbar gestört: Der Blutzuckerspiegel gerät aus der Balance, der Blutdruck steigt, und der Spiegel des Stresshormons Kortisol ist erhöht.

„Wahrscheinlich braucht der Mensch den Schlaf, um den Stoffwechsel auf einen genetisch mehr oder weniger vorgegebenen Soll-Wert zu regulieren“, erklärt Born in der „Apotheken Umschau“. Diesen Soll-Wert müsse der Schlaf anscheinend immer wieder neu festschreiben, weil er sonst vergessen werde. Auch wenn das Studienergebnis in weiteren Untersuchungen erst noch bestätigt werden muss, wirbt Born für mehr Wertschätzung der nächtlichen Ruhephase: „Es ist eine Zeit, in der das Gehirn sehr viele kreative Dinge tun kann. Das kommt auch der Entfaltung der Persönlichkeit zugute.“

(Quelle: AP-Meldung vom 19.09.2008)

# **Sport: Wer mehr schläft, siegt!**

## **Athleten mit Extraschlaf bringen höhere Leistungen**

---

Eine Mütze voll zusätzlichem Schlaf kann einem Sportler das entscheidende Extra an Leistung, Wachheit und mentaler Fitness verleihen. Das ist das erste Ergebnis einer zurzeit laufenden Studie amerikanischer Schlafforscher. Ob das auch für Fußballer gilt, ist allerdings bisher nicht belegt.

Wissenschaftler der Stanford Universität um die Schlafforscherin Cheri Mah haben die Performance einer Gruppe von Sportstudenten der Universität getestet, bevor und nachdem sie sich einer „Schlafkur“ unterzogen hatten: Zwei Wochen lang behielten die Schwimmer zunächst ihre normalen Schlaf-Wach-Rhythmen bei, dann dehnten sie ihre Schlafzeiten für sechs Wochen auf zehn Stunden pro Tag aus. Während der gesamten Zeit nahmen sie weiterhin an ihrem regulären Schwimmtraining teil. Die Wissenschaftler erfassten dabei die jeweils erzielten Leistungen.

### **Bessere Reaktionszeiten**

Es zeigte sich, dass die Leistungen der Schwimmer während der Vielschlafperiode tatsächlich anstiegen. Beim 15-Meter Sprint waren sie im Durchschnitt um 0,51 Sekunden schneller, gleichzeitig sanken die Reaktionszeiten beim Startsprung vom Block um 0,15 Sekunden. Auch bei den Wendezeiten und der Anzahl der Beinschläge pro Zeiteinheit registrierten die Forscher Verbesserungen bei den „Vielschläfern“.

„Diese Ergebnisse beginnen die Bedeutung des Schlafs für die athletische Leistung zu erhellen und zeigen, inwiefern Schlaf ein signifikanter Faktor bei der Erreichung von athletischen Höchstleistungen ist“, erklärt Mah. Doch nicht nur die athletischen, auch die mentalen Leistungen steigerten sich. Die Schwimmer waren tagsüber wacher und fühlten sich auch subjektiv fitter.

### **Leistungseinbußen durch Schlafdefizit**

„Typischerweise sammeln Athleten ein hohes Schlafdefizit an, weil sie ihre individuellen Schlafbedürfnisse nicht beachten“, erklärt Mah. „Das wirkt sich auf kognitive Funktionen, Stimmung und die Reaktionszeiten

aus. Diese negativen Effekte können aber minimiert werden, wenn dem Schlaf eine höhere Priorität eingeräumt wird oder, noch spezieller, Extraschlaf eingeplant wird um das Schlafdefizit abzubauen.“

Und diese Ergebnisse gelten offenbar keineswegs nur für Schwimmer. Die Wissenschaftlerin führte in den letzten Jahren Studien an Basketballern, Tennisspielern und anderen Sportlern mit ähnlichem Ergebnis durch. „Während diese Studie sich speziell auf Schwimmer konzentriert, stimmt sie mit den Daten zu anderen Sportarten überein“, so die Forscherin. „Sie deutet an, dass Athleten aller Sportarten stark von Extraschlaf profitieren können. Sie gewinnen dadurch das Extra an Wettbewerbsfitness, das es ihnen ermöglicht auf ihrem höchsten Leistungsniveau an den Start zu gehen.“

Die Forscherin stellt ihre aktuellen Ergebnisse im Rahmen des SLEEP 2008-Konferenz in Baltimore, USA vor. Auf diesem jährlichen Meeting treffen sich Schlafforscher aus aller Welt um neueste Ergebnisse zu diskutieren und sich über klinische Entwicklungen in Zusammenhang mit Schlaf und Schlafstörungen auszutauschen.

(Quelle: NPO, Stanford University, Springer Verlag vom 10.06.2008)

## **Gesundheitswebsites – Kein Ersatz für den Arztbesuch**

---

*Von Olaf Baale*

Der Arzt des Vertrauens ist im Krankheitsfall der beste Ratgeber. Doch häufig fehlt Ärzten die Zeit für ein ausführliches Gespräch. Immer mehr Patienten versuchen, sich deshalb im Internet schlau zu machen über ihre Krankheit, Medikamente und Therapiemöglichkeiten. Doch nicht alle Beratungsangebote sind seriös.

Der aufgeklärte, umfassend informierte Patient, der als Vertragspartner des Arztes auftritt, ist ein frommer Wunsch der Gesundheitspolitiker. Wer krank ist, dem gehen Objektivität und realistische Selbsteinschätzung oftmals ein Stück weit verloren, der braucht Hilfe. Günstigstenfalls bekommt er die bei seinem Arzt. Doch der hat Konkurrenz bekommen: Chatforen und Gesundheitsseiten im Internet sind für eine schnell wachsende Zahl von Patienten ebenso wichtig wie der Arztbesuch.

Mandy Pawils, Beraterin bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, einem Zusammenschluss des Sozialverbandes VdK, des Verbraucherzentrale Bundesverbandes und des Verbandes unabhängige Patientenberatung: „Wenn ich jetzt für ein Krankheitsbild etwas suche, da kommen natürlich die ersten Ergebnisse nicht, weil sie qualitativ sehr gut sind, sondern das sind halt die Seiten, die am meisten verlinkt wurden. Wenn ich dort Seiten anklicke, dann kann es schon sein, dass ich auf Apothekerseiten komme, auf Pharmaindustrieseiten oder aber kommerzielle Anbieter, die mit Werbung Geld machen, bestimmte Medikamente verkaufen wollen. Das ist natürlich nicht unabhängig.“

Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, dass Patienten, die Rat im Internet suchen, sich zunächst über mögliche Interessenkonflikte des Anbieters informieren. Doch die Realität ist eine andere. Immer mehr Ärzte berichten darüber, dass sie sich mit vorgefassten, im Internet recherchierten Meinungen auseinandersetzen müssen. Manchmal werden von den Patienten Ausdrücke unseriöser Webseiten mit in die Praxis gebracht. Tatsächlich ist es für den Laien oft schwierig, vertrauenswürdige von unseriösen Gesundheitsseiten zu unterscheiden: „Eine gute Einstiegsseite wäre [www.g-infos.de](http://www.g-infos.de). Das ist eine Seite, dort findet man einige Tipps zur Suche nach unabhängigen Gesundheitsseiten. Und dann sollte man darauf achten, dass im Impressum oder beim Punkt „Wir über uns“ genau steht: Warum gibt es diese Seite, was möchte sie, an wen richtet sie sich.“ Verantwortlich für [www.g-infos.de](http://www.g-infos.de) ist David Klemperer, Lehrbeauftragter für Sozialmedizin an der Universität Regensburg.

Seriöse Informationen findet man laut Unabhängiger Patientenberatung Deutschland beispielsweise unter [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de), das ist die Internetseite des unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Ebenso empfehlenswert sind die Seiten [www.patientenleitlinien.de](http://www.patientenleitlinien.de) der Universität Witten/Herdecke und [www.degam.de](http://www.degam.de), die Seite der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Ein Sonderfall sind kostenpflichtige Beratungsangebote im Internet. Von denen, meint Patientenberaterin Mandy Pawils, ist im Regelfall abzuraten: „Es gibt auch genügend kostenfreie Möglichkeiten. Es gibt Seiten, wo ich beispielsweise Abos kaufen kann. Die Frage ist, wie hilfreich so was ist, denn es gibt die kostenfreien Seiten, diese sind gut und unabhängig.“

Auf keinen Fall sollten Patienten auf der Grundlage selbst recherchierter Informationen Entscheidungen treffen und möglicherweise sogar eine Selbstdiagnose stellen! Keine noch so gute Gesundheitsseite kann die Untersuchung und das vertrauensvolle Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt ersetzen!

(Quelle: Deutschlandradio vom 30.07.2008)

## **Nur ein Bekanntheitsproblem? Die Integrierte Versorgung als patienten- zentrierte Hilfe und ökonomisches Steuerungselement**

---

*Von Volker Hütte*

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das zum 1. Januar 2004 in Kraft trat, sollen neue Verträge mit Integrierter Versorgung unter anderem auch für die Schlafapnoe-Therapie vorangetrieben werden. Bis zu ein Prozent der jährlichen ärztlichen Vergütungen (rund 220 Millionen Euro) und ein Prozent aus dem Krankenhaustopf (rund 460 Millionen Euro) werden als Anschubfinanzierung bis Ende 2008 speziell für die Integrierte Versorgung bereit gehalten. Die Verantwortung für vertragliche Rechte und Pflichten liegt nunmehr bei den Vertragspartnern. Das heißt, Integrationsverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen müssen nicht mehr – wie bislang obligatorisch – mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen werden

Die gute Nachricht zuerst: Im deutschen Gesundheitswesen gibt es wohl keine Berufsgruppe, die sich acht Jahre nach ihrer Einführung im Jahr 2000 und vier Jahre nach ihrer Modifizierung 2004 grundsätzlich gegen die Integrierte Versorgung (IV) stellt.

Nachfolgend die etwas schlechtere Nachricht: Viele dieser Berufsgruppen sind der Meinung, dass sich an ihrer derzeitigen Handhabung schleunigst etwas ändern muss, sollte die bislang vorsichtig geäußerte positive Einschätzung beibehalten werden.

Eine weitere negative Nachricht: Außer den Gesundheitsprofis scheint kaum jemand hierzulande die Integrierte Versorgung zu kennen. Für

ein von den politischen Parteien seit Jahren und in seltener Übereinstimmung als „Versorgung der Zukunft“ propagiertes Modell ist das keine Empfehlung. Das laut Deutschlands Gesundheitsministerin Ulla Schmidt „einfache, aber äußerst effektive Konzept der Integrierten Versorgung, um das wir nicht mehr herumkommen“, hat offensichtlich ein Bekanntheitsproblem. Ob es sich dabei um ein längerfristiges Akzeptanz- oder ein kurzfristiges PR-Problem handelt, ist die spannende Frage, die erst die Zukunft beantworten kann.

Dabei hat sich 2004 mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) eigens ein gemeinnütziger Verein gegründet, der als Kontakt- und Anlaufstelle aller an der Integrierten Versorgung Beteiligten fungieren soll. Aufbau und Weiterentwicklung von IV-Konzepten werden dort vorangetrieben, Gesetzgebung und Praxis sollen mit DGIV-Hilfe in Einklang gebracht werden. Ärzte, Krankenkassen, Pflegedienste, Beratungsgesellschaften und Rechtsanwälte im Gesundheitswesen sowie Politiker sind im Vorstand vertreten. Dem „praxisfernen Lobbyismus alter Prägung“ will man ausdrücklich nicht Vorschub leisten. Der DGIV-Vorsitzende Dr. Thomas Gardain, Ärztlicher Direktor des Klinikums Saarbrücken, ist sich allerdings der momentanen Schieflage bewusst, wenn er vorsichtig formuliert, dass „das IV-Marketing noch gezielter werden muss.“ Deutlicher wird er, wenn er sagt: „Das Bundesgesundheitsministerium könnte hier übrigens noch mehr tun, IV publik zu machen.“ In einem Markt, der sich ständig entwickelt, könne es andererseits aber auch keine schnellen Erfolge geben, die Bestand hätten. Und in der Umsetzung der Verträge stellten sich erfahrungsgemäß dann noch mal andere Fragen als bei der Vertragsgestaltung. Seine Schlussfolgerung: Man muss dem Kind Integrierte Versorgung angemessene Zeit geben, eigenständig laufen zu lernen.

Doch was ist überhaupt Integrierte Versorgung? Für welche Krankheitsbilder ist sie geeignet? Welche Behandlungsverbesserungen dürfen PatientInnen konkret erwarten? Und wie ist das Meinungsbild der Organisationen, die den Patienten traditionell beiseite stehen?

Ein jahrzehnte altes Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die ungenügende oder gar nicht vorhandene Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren. Die seit 30 Jahren geforderte Überwindung der sektoralen Trennung scheiterte regelmäßig an den tiefen Gräben, die sich in finanzieller Hinsicht zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern aufbauten. Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte

konnten sich nie darüber einig werden, aus welchem ihrer Töpfe – Krankenhausbudget und Ärzte-Vergütung – wie viel Geld abgezweigt werden sollte. Diese Unfähigkeit zur Einigung hatte fatale Folgen: Aus ökonomischer Sicht verschlangen die dadurch entstandenen Doppeluntersuchungen und überflüssigen Behandlungen Milliardensummen. Dazu kam, dass sich PatientInnen häufig überfordert fühlten. An den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in eine Rehabilitation mussten sie die Koordination oftmals selbst in die Hand nehmen. Durch schwere Krankheit nicht selten körperlich geschwächt und psychisch angegriffen, sahen sie sich gezwungen, den Fortgang der für sie richtigen Therapie eigenständig zu recherchieren und zu organisieren. Nur wer Glück hatte, geriet im Vorfeld auf richtige Ansprechpartner oder hatte Verwandte oder Freunde, die sich intensiv um die Angelegenheiten kümmerten.

Mit dem Reformversuch Integrierte Versorgung im Jahr 2000 sollte sich die Sachlage ändern. Der Begriff Integrierte Versorgung steht für eine Vernetzung zwischen den einzelnen medizinischen Versorgungssektoren. Die Integrierte Versorgung soll Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung kranker Menschen verbessern. Niedergelassene Haus- oder Fachärzte bieten nach dem Modell gemeinsam mit stationären Einrichtungen eine medizinische Versorgung „aus einer Hand“ an. Sie kooperieren bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget. Bis 2004 blieb die Umsetzung solcher Kooperationsformen allerdings stark begrenzt und beschränkte sich zumeist auf die Bildung von Praxisnetzen. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden deshalb rechtliche Hemmungen abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt, um den Ausbau der Integrierten Versorgung zu fördern.

Nun ist die sektorenübergreifende Versorgung im Gesundheitswesen keine Erfindung der letzten Jahre. Ärztehäuser, Gesundheitszentren und Arztpraxen in Krankenhäusern gibt es beispielsweise schon bedeutend länger. In der ehemaligen DDR waren so genannte Polikliniken – medizinische Einrichtungen zur ambulanten Behandlung von Fachärzten verschiedener Fachrichtungen – flächendeckend erfolgreich tätig. Neu aber ist die Beteiligung nahezu aller im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsgruppen. Integrationsverträge sollen nach dem Wunsch der gesundheitspolitisch Verantwortlichen nicht nur zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern abgeschlossen werden; ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen, häusliche

Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel und weitere therapeutische Leistungen sind im Versorgungsumfang explizit mitberücksichtigt. Doch noch konzentriert sich alles, so der DGIV-Vorsitzende Dr. Gardain, auf die klassischen Leistungserbringer niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser – neuerdings schon mit Einbindung der Pflege.

Ob die Patienten die Integrierte Versorgung langfristig akzeptieren, dürfte neben dem finanziellen Aspekt von entscheidender Bedeutung für ihren Erfolg sein. Eines nämlich hat der Gesetzgeber als Bedingung glasklar festgehalten: Der Versicherte hat das Heft des Handelns in der Hand. Die Frage ist nur, weiß er das? Weiß er, dass er einem integrierten Versorgungsvertrag vorab per Unterschrift zustimmen muss? Niemand kann ihn zwingen, an der Integrierten Versorgung teilzunehmen. Doch hat er einmal seine Unterschrift geleistet, erkennt der Versicherte damit gewisse Regeln innerhalb des Versorgungsnetzes an. Er verpflichtet sich beispielsweise, immer zuerst den vertraglich vereinbarten Arzt aufzusuchen und dessen Empfehlungen bei erforderlichen Überweisungen zu berücksichtigen. Bricht der Versicherte die Regeln, wird er aus dem Netz ausgeschlossen und verliert den Anspruch auf seine besonderen Leistungen.

Eine häufig genutzte Vokabel integrierter Versorgungsmodelle ist die „flächendeckende medizinisch-therapeutische Versorgung.“ Darunter sind Verträge zu verstehen, bei denen in einer größeren Region (etwa mehrere Stadtbezirke oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit vernetzt wird. Diabetes mellitus, Schlaganfall und Bandscheibenvorfälle sind klassische Beispiele dafür. Diabetes ist eine Volkskrankheit, an der rund fünf Prozent der Deutschen leiden. Etwa fünfzehn Prozent aller Diabetiker sind von der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ befallen, eine Folgeerscheinung vor allem arterieller Durchblutungsstörungen. Bei unsachgemäßer oder fehlender Behandlung muss dem Patienten nicht selten der betroffene Fuß amputiert werden.

In Nordrhein-Westfalen hat sich das Netzwerk „Diabetischer Fuß in Köln und Umgebung e.V.“ zusammengeschlossen, das in Rahmen integrierter Versorgungsverträge erfolgreich gegensteuert. Ganz im Sinne der Erfinder arbeiten hier Chirurgen, Gefäßspezialisten, Diabetologen, ambulante Pflegedienste, Orthopädienschuhmacher und Podologen (ausgebildete Fußpfleger) zusammen. Interne und externe Untersuchungen bescheinigen dem Netzwerk ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit. Im Patientenbuch, das bei jedem Termin mit einem

der erwähnten Spezialisten mitzubringen ist, wird jede Behandlung, jeder Fortschritt oder Rückschritt penibel aufgezeichnet. Jeder, ob Arzt, Pflegekraft oder Therapeut, ist aufgrund der Transparenz sofort auf den neuesten Stand gebracht. Das Netzwerk funktioniert dank der Bereitwilligkeit aller Beteiligten zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Den Patienten werden die organisatorischen Mühen komplett abgenommen. Sie müssen sich um nichts kümmern, außer dem Einhalten des jeweils nächsten Termins. Die Bilanz nach zwei Jahren Integrierter Versorgung verlief nach Angaben des Netzwerks „sehr zur Zufriedenheit aller, so dass das Verfahren ausgerollt wurde.“ So genannte „hohe Amputationen“ in Folge diabetischen Fußsyndroms konnten in diesem Zeitraum auf etwa ein Siebtel im Vergleich zur Regelversorgung gedrückt werden.

Die Integrierte Versorgung – eine einzige Erfolgsgeschichte?

„Ich möchte ja nicht bestreiten, dass es in Einzelfällen hervorragende IV-Verträge gibt“, erklärt Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin. „Doch die Kritik, die wir aus Patientensicht schon vor vier Jahren an der Integrierten Versorgung angemeldet haben, besteht noch heute nahezu unverändert.“

Integrierte Versorgung, sagt Stötzner, sei doch nichts anderes als das, was PatientInnen als grundsätzliche Form der Versorgung erwarten. Doch leider könne das diese sektorenzersplitterte Gesundheitsversorgung nicht leisten. Jeder Bereich „macht sein eigenes Ding, schaut nach den Finanzierungsgrenzen und gibt dann die Personen weiter an den nächsten und kümmert sich nicht mehr weiter darum.“ Die Kritik zielt also dahin, dass die Versorgung als solche nicht als integrierter Vorgang organisiert ist.

Die Verträge, die nun im Rahmen der Integrierten Versorgung seit einigen Jahren angeboten werden, bezeichnet Stötzner als „Augenwischerei, weil es Insellösungen sind.“ Oftmals würden viel zu spezifische Einzelfälle als Versorgungsmodell angeboten, die bei genauem Hinblick bestimmte ökonomische Anliegen der einzelnen Partner bedienen. Integrierte Versorgung bedeute doch eigentlich patientenzentrierte Hilfe im Gegensatz zu einer Versorgung, in der sich die Kranken in ein ihnen fremdes System einordnen müssen. Doch häufig scheine es gar nicht um die Patienten zu gehen. „Das ist die Rede von Integrierter Versorgung als Wettbewerbselement, als Möglichkeit zur Sicherung von Marktanteilen oder zur Senkung von Kosten durch die

Vermeidung von Doppelleistungen. Offensichtlich wird das Vorhaben vor allem als ökonomisches Steuerungs- und Ertragssicherungsselement wahrgenommen.“

Ein weiterer Punkt auf der Mängelliste der Berliner Patientenbeauftragten ist die nicht vorhandene Transparenz. Als „Skandal“ bezeichnet es Stötzner, dass eine Leistung für PatientInnen erbracht werde, um die Qualität zu steigern und die Versorgung zu verbessern, diese Leistung aber wie ein Geheimprojekt gehandelt werde. Stötzner fordert eine öffentliche Einrichtung, in der alle nachlesen können, welche Kassen mit welchen Anbietern zu welchen Themenfeldern Verträge geschlossen haben. „Auch die Behauptung, die Verträge bringen ein Qualitätsplus, ist nicht nachvollziehbar. Das ist jedoch an keiner Stelle evaluiert, und es wird nicht publiziert“, beanstandet Stötzner. „Wir wissen nicht, welche Qualitätsvereinbarungen die Partner miteinander getroffen haben, ob zum Beispiel die im Gemeinsamen Bundesausschuss vereinbarten Struktur-Qualitätskriterien angewandt werden oder nicht. Das sieht alles sehr nach Willkür aus.“

Inzwischen mehren sich kritische Stimmen auch aus anderen Patientenorganisationen: Zu sehr dominieren ihrer Ansicht nach Krankenkassen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte die IV. Andere Berufe im Gesundheitswesen fühlen sich aus Mangel an Informationen zum Teil „über den Tisch gezogen“. Eine überbordende Bürokratie schreckt viele potenzielle Unternehmen zudem ab, sich an Verträgen zu beteiligen. Patienten selber bemängeln grundsätzlich schlechte, einseitige oder fehlende Aufklärung. Einschränkungen der freien Arztwahl und fragwürdige Lockmittel (finanzielle Anreize für Patienten wie Einsparen der Praxisgebühr, wenn sie sich an Programmen der IV beteiligen) geben dem Ganzen einen leicht unseriösen Beigeschmack. Kritisch hinterfragt werden auch Versorgungsverträge, die mit Managementgesellschaften oder Datenverarbeitungsfirmen abgeschlossen werden. Was sind das für Firmen, wie und warum bringen sie sich ein und worin liegt da der Vorteil für meine Gesundheit, wollen mündige Patienten wissen. Allzu große Mühe scheint man sich nicht zu machen, ihnen die schwierigen Zusammenhänge zu erklären.

Zu den interessantesten Meinungsgebern im IV-Bereich zählt Carsten Sterly, Geschäftsführer der Freien Ambulanten Pflege (FAMP) in Hamburg. Als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung für den Bereich Pflege ist er einerseits ein vehementer Verfechter der modernen Versorgungsform. Als Vertreter der Pflege

allgemein sieht er seinen Beruf in dieser Hinsicht aber als stark nachholbedürftig an. Sterly scheut sich auch nicht, allgemeine Schwächen und Mängel des Systems anzuprangern:

„Zum Beispiel ist in den meisten IV-Verträgen die Rolle des Hausarztes nur marginal oder gar nicht berücksichtigt“, bedauert er. „Es geht häufig nur um Fachlichkeit, und der Facharzt hat die Machtstellung. Die zweite Schwäche, die ich sehe, ist das unterschiedliche Kräfteverhältnis. Wenn ein Verbund von Pflegeeinrichtungen etwa einen IV-Vertrag beginnen möchte, dann muss er sich mitunter mit den Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise mit deren Beratungsfirmen (Managementgesellschaften) oder Ärzteverbänden als Konkurrenten auseinandersetzen. Da zeigt sich sehr schnell, wer das größere Standing hat.“ Und das, so Sterly weiter, habe die Pflege nur in äußerst seltenen Fällen.

Dass die Pflege in den Verträgen zwischen den Versorgungspartnern bislang so selten und schlecht vertreten ist, habe sie sich aber auch selbst zuzuschreiben, „weil sie sich immer in Abhängigkeiten von Krankenhäusern und Ärzten begeben hat, weil sie immer froh war, wenn sie von deren Kuchen ein paar Krümel abbekommen hat.“ Dementsprechend habe die Pflege, statt sich um das neue Aufgabefeld Integrierte Versorgung zu kümmern, das lieber den Managementgesellschaften und Krankenhausgesellschaften überlassen – und findet nun entsprechend wenig Berücksichtigung. Hinzu kommt, dass es in der Pflege kaum bis gar nicht vernünftig qualifizierte Ausbildungen in diesem Bereich gibt. Ärzte beispielsweise haben Zusatzausbildungen wie Health Care Manager, Krankenhäuser haben ihre Gesundheitsökonom. Pflegedienste und -heime verfügen kaum über solch ausgebildete Mitarbeiter. So etwas rächt sich mitunter.

Deshalb plant die DGIV in 2008 eine Reihe von Fortbildungen zum zertifizierten Prozessmanager/in in der Integrierten Versorgung. „Damit wollen wir einzelne Pflegekräfte dazu qualifizieren, dass sie dahingehend Konzepte umsetzen können“, sagt Sterly und hofft auf regen Zulauf. Das Internetforum „Pflege und Integrierte Versorgung“, das geschützte Forenbereiche anbietet, in denen sich Fachleute austauschen und Arbeitsunterlagen sowie Verträge vorgestellt werden, wird zumindest rege genutzt. „Ich muss aber leider immer wieder feststellen, dass die Pflege nicht in der Lage ist, die richtigen Fragen zu stellen. Bis zu 30 Personen sind gleichzeitig im Forum, aber alle lesen nur, niemand stellt Fragen. Und wer keine Fragen stellt oder nur sol-

che, die an der Oberfläche bleiben, gelangt auch nicht zu dem tieferen Wissen, das bei der Integrierten Versorgung nötig ist.“

Als „Anwalt der Patienten“ versteht sich die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Deren Fachverband ist die „Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen“ (DVSG). Das Thema Integrierte Versorgung gehört dementsprechend zu den Bereichen, die der Verband kritisch begleitet. DVSG-Vorstandsmitglied Sibylle Kraus begrüßt grundsätzlich die Idee, die hinter der Integrierten Versorgung steht, sieht aber auch Gefahren. Erfolgreich könnten IV-Verträge nur dann sein, wenn deren Nutzen für die Patienten erkennbar und erlebbar seien, so die Diplom-Sozialarbeiterin. „Wesentliches Kriterium ist hierbei, inwieweit das Selbstbestimmungsrecht der Patienten auch innerhalb der IV gewahrt bleibt, ob sie z.B. sanktionsfrei wieder aus dem Vertrag aussteigen können und ob die Versorgung innerhalb der IV eine wesentliche Verbesserung gegenüber der herkömmlichen Versorgung bedeutet.“ Den Patienten müssten kompetente AnsprechpartnerInnen zur Verfügung stehen, die ihnen die jeweiligen Rahmenbedingungen transparent machen und sie befähigen, die eigenen Vorstellungen und Wünsche einzubringen. Auf deren Grundlage könnten sie dann – unter Abwägung der verschiedenen Angebote – Entscheidungen treffen. Gleichzeitig müssten diese AnsprechpartnerInnen die Komplexität von individuellen Lebenssituationen und von teilweise widerstreitenden Systemlogiken zwischen (Finanzierungs-)Systemen berücksichtigen, um für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen. Diplom-SozialarbeiterInnen übernehmen diese Aufgaben bereits seit Jahrzehnten erfolgreich an den verschiedenen Schnittstellen des Sozial- und Gesundheitssystems. Die verbindliche Implementierung professioneller Sozialarbeit könne daher wesentlich zum Gelingen einer effizienten und vor allem patientenorientierten Integrierten Versorgung beitragen, fordert Kraus.

Die Probephase der Integrierten Versorgung ist vorbei. Dass langfristig an der Verknüpfung der Gesundheitssektoren tatsächlich niemand mehr herumkommt – um das Ulla-Schmidt-Bonmot zu zitieren –, scheint allen Beteiligten klar. Etwa 4.700 IV-Verträge sind bislang mit 5,5 Millionen Versicherten geschlossen worden. Eine durchaus stolze Zahl. Doch etliche von diesen werden in Kürze nicht mehr existieren. Das hat mehrere Gründe. Einerseits lohnt sich bei der oftmals kleinen Zahl der vertraglich gebundenen Patienten der gesamte organisatorische Aufwand nicht. Andererseits stellen einzelne oder auch

alle Partner der jeweiligen Versorgungsprojekte fest, dass ihre Kalkulationen nicht stimmen und dass sie deshalb keinen Gewinn schreiben. Zuletzt gibt es auch diejenigen Verträge über Indikationen, bei denen die Patienten – ob zu Recht oder zu Unrecht – den Nutzen nicht eingesehen und sich verweigert haben. Viele Patienten haben nun mal ihren Wunscharzt, beispielsweise den langjährigen Hausarzt, und möchten sich von seinen Versorgungsstrukturen nicht trennen.

Überzeugungskraft und Geduld sind gefordert, diesen Patienten abseits von fragwürdigen Bonusmodellen andere – womöglich bessere und effizientere – Versorgungssysteme nahe zu bringen. Eine patientenorientierte Sichtweise ist hierbei selbstverständlich wünschenswert. Patientenorientierung ist aber oft lediglich eine Worthülse, ein vorgeschobenes Argument, hinter dem sich eigene Interessen mühelos verbergen lassen. Dem Wort ist daher stets mit gebührender Vorsicht zu begegnen. Die Integrierte Versorgung ist – vereinfacht gesagt – angetreten mit dem Anspruch, medizinische, pflegerische und therapeutische Qualität zu liefern und dabei die Kosten im Auge zu behalten. Kranken Menschen geht es doch in erster Linie darum, nach einer Operation schnell wieder laufen zu können, selbständig zu leben, keine Komplikationen zu haben und betreut zu werden. Warum kann man den PatientInnen nicht ehrlich und ohne Umschweife mitteilen: Wir bieten euch mit der Integrierten Versorgung gleiche Qualität bei niedrigeren Kosten oder bessere Qualität bei höchstens gleichen Kosten. Dazu müsst ihr euch aber von lieb gewordenen Strukturen trennen. Seid ihr bereit dazu – ja oder nein?

Vielleicht hat dann die Integrierte Versorgung kein Bekanntheitsproblem mehr. Vielleicht macht dann auf die ehrliche Art ja die Mehrheit der Patienten ganz überraschend mit.

(Quelle: Frankfurter Selbsthilfezeitung vom April 2008)

## **Regelmäßiger Schlafrhythmus hilft bei Narkolepsie**

---

Ein regelmäßiger Schlafrhythmus lindert die Symptome der schweren Schlafstörung Narkolepsie. „Ausreichender Nachtschlaf mit regelmäßigen Zubettgeh- und Aufstehzeiten kann den unkontrollierbaren Schlafanfällen entgegenwirken“, sagt der Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, Frank Bergmann. Auch zwei bis drei Schlafpausen von etwa 20 Minuten könnten dazu beitragen, die Wachheit tagsüber zu verbessern.

In Deutschland leiden rund 24.000 Menschen an Narkolepsie. Die Schlafattacken können in allen Lebenslagen auftreten, wie zum Beispiel mitten in einem Gespräch, beim Essen oder Autofahren. Gefühlsregungen wie Lachen, Ärger oder Überraschung können bei Betroffenen eine plötzliche Erschlaffung der Körpermuskulatur auslösen. Bei stärkerer Ausprägung eines Anfalls kann es auch zu Stürzen kommen.

Die Tagesschläfrigkeit von Narkolepsie-Patienten wird nicht selten als Faulheit oder mangelnde Disziplin missverstanden. „Daher ist es sinnvoll, dass Betroffene ihre Arbeitskollegen sowie ihren Freundeskreis über die Erkrankung informieren“, empfiehlt Bergmann. Der Aachener Neurologe rät zu einer individuellen Behandlungsstrategie aus medikamentöser Therapie und Verhaltensmaßnahmen, die von Arzt und Patient gemeinsam erarbeitet werden sollte. „Einige Patienten haben beispielsweise gelernt, einen Lähmungsanfall durch Luftanhalten, Fäuste machen oder an etwas Neutrales denken, zu verhindern“, sagt Bergmann.

(Quelle: AP-Meldung vom 09.08.2008)

## **Schlafapnoe – Tödliche Atemaussetzer**

---

Eine Langzeitstudie bestätigt, wie gefährlich nächtliche Atemaussetzer sind: Das Sterberisiko verdreifacht sich gegenüber ruhig atmenden Schläfern.

### **Männer haben häufiger nächtliche Atemaussetzer als Frauen**

18 Jahre lang haben Wissenschaftler die Gesundheitsdaten von 1522 Amerikanern verfolgt, um zu untersuchen, ob Atemstörungen

im Schlaf das Sterberisiko erhöhen. Das Resultat: Menschen, deren nächtliche Atmung gelegentlich für kurze Zeit aussetzt, haben im Vergleich zu Gleichaltrigen ein zwei- bis dreifach erhöhtes Todesrisiko. Unbehandelte Schlafapnoe führt dazu, dass die Betroffenen viermal so gefährdet sind, vorzeitig zu sterben. Besonders häufig erliegen sie Herzkreislaferkrankungen.

Frühere Studien hatten die Schlafapnoe bereits mehrfach als gesundheitliches Risiko eingeordnet. Dabei waren die Probanden aber meist Betroffene der Störung. Die Teilnehmer der Untersuchung unter der Leitung von Terry Young von der Universität Wisconsin-Madison stellten dagegen einen repräsentativen Bevölkerungsdurchschnitt dar. Die Frauen und Männer waren zu Beginn der Studie zwischen 30 und 60 Jahre alt, die große Mehrheit (76 Prozent) litt nicht unter nächtlichen Atemproblemen. Vor allem aus diesem Grund hält der Studienleiter die groß angelegte Arbeit für aussagekräftig: „Die meisten der betroffenen Versuchsteilnehmer wurden nicht behandelt, vielen war ihre Atemstörung gar nicht bewusst. Aber sie starben häufiger als Vergleichspersonen in gleichem Alter, Geschlecht und Gewichtsklasse.“

### **Atemaussetzer mindern die Schlafqualität**

Insgesamt starben im Untersuchungszeitraum 19 Prozent der Apnoe-Patienten gegenüber vier Prozent der Nichtbetroffenen. Die Todesursachen waren ganz unterschiedlich. Die Menschen mit gestörter Nachtatmung starben allerdings deutlich häufiger an einem Herzkreislaufproblem als die Vergleichsgruppe, 42 gegenüber 26 Prozent.

Die Studienergebnisse legen nahe, dass die Schlafapnoe unbedingt behandelt werden sollte. Bei der nächtlichen Atemstörung verengen sich die oberen Atemwege und blockieren für kurze Zeit die Luftzufuhr zur Lunge, ohne dass die Schlafenden das bemerken. Oft stockt der Atem für mehr als zehn Sekunden. Dieser Atemstillstand wird als Apnoe bezeichnet. Betroffene schnarchen meist stark. Ihre Schlafqualität ist ähnlich schlecht wie die von Menschen, die unter Schlaflosigkeit leiden. Atemstörungen im Schlaf kommen in jedem Alter vor. Männer, ältere Menschen und Übergewichtige sind besonders häufig betroffen.

Die Studienergebnisse sind im Fachmagazin „Sleep“ erschienen.

(Quelle: [www.focus.de](http://www.focus.de) vom 01.08.2008)

## **Vorbericht zu Übergewicht erschienen**

---

### **IQWiG recherchiert und bewertet Leitlinien zur Vorbereitung strukturierter Behandlungsprogramme**

Wie in allen Industriestaaten nimmt auch in Deutschland die Zahl der fettleibigen Menschen zu – und das in allen sozialen Schichten und Altersgruppen. Adipositas, so der medizinische Fachbegriff für Fettleibigkeit, wird mit vielen gesundheitlichen Problemen in Verbindung gebracht. So leiden adipöse Menschen häufig an bestimmten Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ 2 oder Bluthochdruck. Für die Adipositas entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) deshalb jetzt ein Modul, das bereits bestehende Disease-Management-Programme (DMP) ergänzen soll. DMPs sind Behandlungsprogramme für chronisch erkrankte Menschen, die eine optimale Behandlung strukturiert und nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand ermöglichen sollen.

Der G-BA hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) beauftragt, aus aktuellen evidenzbasierten Leitlinien diejenigen Empfehlungen zu extrahieren, die für das geplante DMP-Modul von Bedeutung sein könnten. Am 31. Juli 2008 hat das Institut seine vorläufigen Ergebnisse publiziert und zur Diskussion gestellt.

### **Keine eigene Prüfung der Evidenz**

Zusammen mit externen Sachverständigen haben die Kölner Wissenschaftler systematisch nach evidenzbasierten Leitlinien zum Thema Adipositas recherchiert. In einem ersten Schritt bewerteten sie deren methodische Qualität. Danach extrahierten sie die darin enthaltenen Empfehlungen und prüften, inwieweit diese – nach Aussage der Leitlinien – auf hochwertigen Studien beruhen. Insgesamt konnten die Wissenschaftler 10 Leitlinien einschließen. Erneut überprüft wurde die Evidenz, die den einzelnen Empfehlungen zugrunde lag, allerdings nicht. Darin unterscheiden sich die Leitlinienbewertungen von den Nutzenbewertungen des Instituts.

### **Vorbericht gibt Überblick über Versorgungs-Standard**

Insgesamt konnten die Wissenschaftler in den Leitlinien vergleichsweise viele evidenzbasierte Empfehlungen zur Gewichtsreduktion identifizieren. Anders stellte sich die Situation bei den Versorgungsaspekten Einteilung, Monitoring, langfristige Gewichtsstabilisierung

sowie bei Qualitätsindikatoren und der Koordination der Versorgung dar. Hier gibt es nur wenige Empfehlungen, die nach Aussage der Leitlinien durch hochwertige Studien belegt sind.

Für die Einteilung des Gewichts empfehlen die Leitlinien, den so genannten Body Mass Index (BMI) zu berechnen. Der BMI ist eine Maßzahl, die das Verhältnis des Gewichts zur Körpergröße beschreibt ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Laut Leitlinien sollte zusätzlich der Taillenumfang ermittelt und eine sorgfältige Anamnese durchgeführt werden.

Zur Gewichtsreduktion gelten kalorienreduzierte Ernährung, körperliche Bewegung sowie verhaltenstherapeutische Verfahren als Mittel der ersten Wahl. Sie sollten möglichst kombiniert werden. Zur Unterstützung dieser Therapien können in seltenen Fällen auch bestimmte Medikamente eingesetzt werden, z.B. wenn Patienten einen BMI von  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  oder höher aufweisen. Eine operative Therapie sollte erst ab einem BMI von  $40 \text{ kg}/\text{m}^2$  erwogen werden. Bestimmte Erkrankungen können eine Gewichtsreduktion schon bei relativ geringem Übergewicht erfordern.

### **Zum Ablauf der Berichtserstellung**

Die berichtsspezifische Methodik hatte das IQWiG in der vorläufigen Version des Berichtsplans Ende September 2007 dargelegt und um Stellungnahmen gebeten. Diese wurden zusammen mit einer Würdigung und der überarbeiteten Fassung des Berichtsplans (Version 1.0) Anfang Februar 2008 publiziert. Auch die Stellungnahmen zum Vorbericht wurden gesichtet. Sofern sie Fragen offen lassen, werden die Stellungnehmenden zu einer mündlichen Erörterung eingeladen. Danach wird der Vorbericht überarbeitet und als Abschlussbericht an den Auftraggeber G-BA weitergeleitet.

Weiterführende Informationen finden Sie unter [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de) oder beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Dillenburger Str. 27, 51105 Köln, Tel: 0221 / 35685-0, Fax: 0221 / 35685-1.

Auf der Website [Gesundheitsinformation.de](http://Gesundheitsinformation.de) ist außerdem ein Informationspaket zu den gesundheitlichen Vorteilen des Abnehmens veröffentlicht worden. Darin finden Sie unter anderem allgemeinverständlich aufbereitete Forschungsergebnisse zum Einfluss einer Gewichtsreduktion auf Arthrose und Bluthochdruck.

(Quelle: [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de) vom 31.07.2008)

# Warum der Biorhythmus nicht den Takt angibt

---

Ein Würzburger Experte über die innere Uhr und biologische Rhythmen und gute und schlechten Tagen

Der Biorhythmus ist mächtig in Mode. Viele Menschen richten ihr Leben nach den Kurven aus, die angeblich gute und schlechte Tage definieren – dabei gibt der Biorhythmus gar nicht den Takt des Lebens an: „Solche Langzeitrhythmen sind nicht messbar“, sagt der Würzburger Internist Berthold Jany, der erklärt, was es mit Biorhythmus, biologischen Rhythmen und der inneren Uhr des Menschen auf sich hat.

Am Tag, an dem er diese Geschichte schrieb, befand sich der Autor in einem geistigen Hoch, sein intellektueller Zustand und seine Konzentrationsfähigkeit waren voll da. Seine emotionale Kurve war positiv, er war ziemlich aktiv. Einzig sein physischer Zustand ließ zu wünschen übrig, seine körperliche Leistungsfähigkeit war im Keller. Diese Ergebnisse waren bei Berechnungen seines Biorhythmus' auf fünf Internetseiten zweifelsfrei und übereinstimmend herausgekommen.

## Keine wissenschaftliche Belege

Professor Berthold Jany lacht, wenn man ihn mit solchen Ergebnissen, die auf dem Geburtsdatum basieren sollen, konfrontiert. „Es gibt keinerlei wissenschaftliche Belege für diese Berechnungen, die behaupten, man habe einen guten oder einen schlechten Tag, solche Langzeitrhythmen sind nicht messbar“, sagt der Chefarzt der „Inneren Medizin“ an der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg. Er sagt aber auch: „Es gibt Biorhythmen.“ Mediziner sprechen allerdings lieber von „biologischen Rhythmen“.

Man müsse nur mal in die Natur schauen, meint Professor Jany: „Der wichtigste biologische Rhythmus ist der Hell-Dunkel-Zyklus, auf den sich alle Lebewesen einstellen.“ Es gebe Untersuchungen, die belegen, dass die Menschen ganz oben im Norden, verstärkt unter Depressionen leiden, weil sie ein halbes Jahr lang keine Sonne abbekommen. „Es ist bewiesen: Durch Licht können diese Menschen therapiert werden.“

Auch der Schlaf-Wach-Rhythmus ist ein biologischer, der, so Jany, „zwar mit dem Hell-Dunkel-Rhythmus zusammenhängt, aber nicht

derselbe ist“. Der Schlaf-Wach-Zyklus sorgt auch für Produktion und Ausschüttung des lebensnotwendigen Hormons Cortisol. „Es gibt viele hormonelle Zyklen, die tageszeitlich abhängig sind.“ Neue Forschungen hätten gezeigt, dass selbst auf dem Niveau der Einzelzelle, beispielsweise der Herzmuskelzelle, Abläufe tageszeitlichen Zyklen unterliegen, biologischen Rhythmen.

Andere Biorhythmen: der Menstruationszyklus, der Jetlag, die Nahrungsaufnahme und „die wichtige Ruhephase nach dem Mittagessen“. Auch „der Schmerzreiz wird zu unterschiedlichen Tageszeiten unterschiedlich wahrgenommen“, sagt Professor Jany, selbst „die Empfänglichkeit gegenüber bestimmten Schmerzmitteln unterliegt tageszeitlichen Schwankungen“. All diese inneren Uhren haben Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, die wesentlich vom Wach-Schlaf-Rhythmus diktiert wird. „Schlaf ist nicht absolut individuell: Napoleon hat fünf Stunden nie überschritten, Goethe und Einstein haben zehn Stunden Schlaf nie unterschritten.“

### **Die tödlichen Autounfälle**

Studien in allen Kulturkreisen hätten bewiesen: „Acht Stunden sind die durchschnittliche Schlafdauer mit großen individuellen Abweichungen.“ Der Schlaf sei der einzige biologische Rhythmus, den der Mensch wirklich beeinflussen kann. Komme die Nachtruhe, etwa durch ständig wechselnde Schichtarbeit, durcheinander, „ist das katastrophal für die Leistungsfähigkeit eines Menschen, der dadurch auch anfälliger für Krankheiten wird.“

Professor Jany sagt, dass ein Drittel aller tödlichen Autounfälle, für die es keine eindeutige andere Erklärung gibt, durch die obstruktive Schlafapnoe verursacht seien. Menschen, die an Schlafapnoe leiden, haben durch Atemstillstände (Apnoen), die zu einer Sauerstoff-Unterversorgung und damit zu oft nur unterbewusst wahrgenommenem Aufwachen führen, einen gestörten Schlaf; sie leiden unter „ausgeprägter Tagesmüdigkeit bis hin zum Einschlafzwang, dem Sekundenschlaf sowie einer Reihe weiterer Symptome und Folgeerkrankungen“, so Prof. Jany.

Manche Menschen sind schon in den ganz frühen Morgenstunden quatschfidel und früh am Abend müde – der Fachmann spricht von den Lärchen. Andere kommen früh nur schwer in Gang und laufen erst am Abend zu Hochform auf – die Eulen. Professor Jany drin-

gender Rat: „Erkennt man seine persönlichen Rhythmen, sollte man ihnen, so weit es geht, nachgeben.“

### **Im Blickpunkt**

Im landläufigen Sinne ist der Biorhythmus eine unwissenschaftliche Lehre, die behauptet, über das Geburtsdatum gute und schlechte Tage von Mensch und Tier ermitteln zu können. Die unterschiedlich langen körperlichen, emotionalen und geistigen Rhythmen werden in Sinuskurven dargestellt. Solche Langzeitrhythmen sind aus wissenschaftlicher Sicht nicht belegt.

(Quelle: [www.mainpost.de](http://www.mainpost.de) vom 19.05.2008)

## **Die Macht des Schlafes**

---

*Von Marie-Anne Schlolaut*

Der Schlaf des Menschen ist noch längst nicht vollständig erforscht. Viele Fragen sind noch offen. Fest steht aber, dass unser Wohlbefinden stark davon abhängt, wie gut wir schlafen. Unsere neue Serie zeigt, wie Sie Ruhe und Entspannung finden.

Gut geschlafen – schön geträumt? Mindestens ein Drittel seines Lebens schläft der Mensch. Warum also sollte man sich diese Zeit nicht so angenehm wie möglich gestalten? Nicht jedem ist störungsfreier Schlaf und eine erholsame Nachtruhe gegeben. Immer mehr Menschen nehmen beruflichen und privaten Stress, Probleme und Sorgen mit ins Bett. Die Folge ist: Sie liegen stundenlang wach, grübeln, stehen morgens gereizt auf, sind weniger leistungsfähig und leiden bei länger anhaltenden Schlafstörungen unter körperlichen und psychischen Beschwerden.

Schlafmediziner wie der Lungenarzt und Internist Jürgen Beier, Leiter der Abteilung Schlaf- und Beatmungsmedizin sowie des Schlaflabors an der Klinik Köln-Merheim, wissen um die zunehmende nächtliche Qual der Menschen und bieten Hilfe und Therapie. Beiers liebster Satz: „Alles Übel begann eigentlich mit der Erfindung des elektrischen Lichts. Mit dem künstlichen Licht signalisieren wir Körper und Geist, dass es noch taghell ist und wir bedenkenlos aktiv bleiben können.“ Wahrscheinlich wäre Beier, der als Schlafmediziner einen ausgezeichneten Ruf genießt, mit seinem Wissen um Schlaf, Schlafstörungen und

Therapie zum Leibarzt des bayerischen Exzentrikers und Königs Ludwig II. avanciert, hätten beide in der selben Epoche gelebt. Ludwig II. fand nächtelang keinen Schlaf, auch wenn in seinen Salons nur die Kerzen brannten. Mit ihm mussten seine Bediensteten widerwillig wach bleiben und ihn ablenken, damit Seiner Hoheit nicht langweilig wurde, während er auf dem Diwan lag und die Nachtstunden an sich vorbei ziehen ließ.

### **Schlafmedizin ist noch jung**

Heute gibt es wirksamere Methoden gegen Schlafstörungen. Die noch junge Wissenschaft der Schlafmedizin hatte ihre Anfänge 1929, als man erstmals Hirnströme messen und damit auch erforschen konnte, wie das menschliche Gehirn nachts arbeitet. Per Zufall entdeckte man in den fünfziger Jahren die Traumphasen, weil man bei schlafenden Menschen beobachtet hatte, dass sich immer zu ganz bestimmten Zeiten in der Nacht die Augen unter den geschlossenen Lidern heftig bewegten.

Die ersten Schlaflabors entstanden. Mittlerweile gibt es bundesweit rund 350, und die anerkannten Labors sind gelistet bei der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin. Zu diesen gehört auch das Schlaflabor in der Klinik in Köln-Merheim, das sechs Behandlungsplätze hat, sowie zusätzliche Stationsbetten und das ganze Jahr über ausgebucht ist. Der Bedarf ist enorm und die Anzahl der Patienten steigt stetig.

Was aber ist guter Schlaf? Ist es der Schlaf vor Mitternacht, sind es die acht Stunden Schlaf, die empfohlen werden, sind es die Nächte, in denen man ohne aufzustehen durchschläft? Der 59-jährige Schlafmediziner Beier: „Guter Schlaf ist ein rein subjektives Empfinden, unabhängig, wie viele Stunden man geschlafen hat. Der Schlaf ist dann gut, wenn der Mensch morgens aufsteht und sich erholt fühlt.“

In unseren Breiten, so Beier weiter, sei es üblich, dass sieben bis acht Stunden geschlafen werde. „Eine Minderheit an Menschen benötigt mehr als acht Stunden, und einige wenige kommen auch mit vier bis fünf Stunden aus, ohne dass sie ein Defizit haben und vorausgesetzt, dass sie sich zu dieser kurzen Schlafzeit nicht zwingen. Für Körper und Geist kann sowohl das eine als auch das andere Extrem erholsam sein, wenn es dem natürlichen Bedürfnis entspricht und wir uns die Zeiten nicht zwanghaft auferlegen.“ Wichtig sei es, so der Schlafmediziner, auf seinen Körper zu hören und sich nicht ins Bett zu zwingen, ohne

müde zu sein. „Wer sowieso Schwierigkeiten hat durchzuschlafen, dessen Bettzeit sollte künstlich reduziert werden.“

Die Nacht, ob kurz oder lang, läuft bei Mann, Frau und Kind nach der gleichen, relativ starren Struktur ab, nach einer „festen Schlafarchitektur“. Alle 60 bis 90 Minuten folgt auf eine Tiefschlafphase eine Traumphase. Pro Nacht hat ein erwachsener Mensch mindestens drei, höchstens sechs Traumphasen. Jeder hat diese Traumphasen – egal, ob wir uns an die Träume erinnern oder nicht. Lediglich bei Kindern liegt ein etwas anderer Rhythmus vor. Sie haben deutlich mehr Traumphasen als Erwachsene, weil das kindliche Gehirn noch in der Entwicklungsphase ist und Unmengen an neuen Informationen zu verarbeiten hat. Erwachsene tun das auch – allerdings in weniger, dafür aber effektiveren Traumphasen.

### **Konzentration lässt nach**

Werden Menschen dauerhaft in ihren Traumphasen gestört, verändert sich ihre psychische Verfassung nachhaltig. Konzentration und Merkfähigkeit lassen nach, die Reizschwelle sinkt merklich. Gute oder schlechte Träume dagegen haben weder positive noch negative Auswirkungen auf den Menschen, der sie in der Nacht durchlebt, aber sie haben diverse Ursachen. Vor allem Menschen, die unter Schlafapnoe leiden, einem kurzfristigen Atemstillstand während des Schlafs, haben häufig schlechte Träume, meist verursacht durch das Panikgefühl, ersticken zu müssen. Aber weniger die Träume sind es, die die Menschen zu Patienten beim Schlafmediziner machen, als die Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten.

Und nicht selten kommen Mediziner nach der Untersuchung zu einem ganz anderen Ergebnis als der Patient, der angibt, gar nicht oder sehr schlecht geschlafen zu haben. Beier: „Bei den Messungen und aufgrund des Schlafprofils stellen wir einen tollen Schlaf fest, und trotzdem sagt der Patient am nächsten Morgen, dass er sich nicht erholt fühlt.“ Der Grund kann sein, dass sich bei Menschen, die bereits eine längere Zeit schlecht geschlafen haben, das Gefühl breit macht, generell ein „schlechter Schläfer zu sein“. Und mit diesem Gefühl, das er abends mit ins Bett nimmt, fühlt er sich am Morgen abgeschlagen und unausgeschlafen. Beier: „Dann haben wir verlernt, wie sich guter Schlaf anfühlt, und müssen trainieren, dieses subjektive Gefühl abzulegen. Das klappt.“

So unterschiedlich wie die Charaktere der Menschen, so unterschiedlich sind auch die Schlafprofile. Beier: „Menschen, die sich tagsüber fordern, haben gelernt, ihre Beschwerden zu überspielen. Dieser Typ Mensch neigt dazu, seinen Schlaf selbst dann als gut zu bezeichnen, wenn das laut Messung gar nicht stimmt. Andere, die sich tagsüber eher schonen, gehen mit deutlich höheren Erwartungen an eine gute Nachtruhe ins Bett. Schon eine kleine Störung ist für sie der Beleg für schlechten Schlaf.“

Wer aus welchen Gründen auch immer eine „schlechte Nacht“ hinter sich hat, der merkt das sehr deutlich. Vor allem Schlafapnoe-Patienten nicken tagsüber immer wieder ein. Wer nicht durchschlafen kann oder lang wach liegt, fühlt sich schlapp. Er kann das Defizit auch nicht mit einem Nickerchen in der Mittagszeit wettmachen. „Das ist für diese Menschen unvorstellbar, denn dazu sind sie viel zu überreizt“, so Beier.

Es gibt keine allgemein gültigen Regeln, die einen guten Schlaf garantieren. Denn Schlafprofile sollten individuell ausgerichtet sein. Es gibt aber einige Ursachen, die Menschen mit Sicherheit eine unruhige Nacht bescheren: Sorgen und Ängste, die zu Muskelanspannungen des Körpers führen und so das Einschlafen verhindern, Lärm, Medikamente und vor allem Krankheiten wie Schlafapnoe, Tinnitus und ruhelose Beine.

(Quelle: Kölner Stadtanzeiger vom 14.09.2008)

## **Zehn Dinge die Sie noch nicht wissen über Schlaf**

---

*Von Sebastian Herrmann*

Enten bewachen sich gegenseitig, wenn sie schlafen. Die Tiere, die am Rande einer Gruppe ruhen, schlafen nur mit einer Gehirnhälfte und halten dabei ein Auge geöffnet. Andere Tiere schlafen ebenfalls, indem sie nur eine Hälfte ihres Hirns ruhen lassen. Albatrosse schaffen es dadurch, bis zu 15.000 Kilometer am Stück zu fliegen.

Der 17-jährige Schüler Randy Gardner blieb 1964 ganze 264 Stunden lang durchgehend wach. Während der elf schlaflosen Tage wurde er von dem Schlafforscher William Dement von der Stanford Universität

überwacht. Anschließend schlief Gardner 14 Stunden und 40 Minuten.

Laut Deutscher Verkehrswacht ist Sekundenschlaf Ursache für etwa ein Viertel aller Autounfälle auf Deutschlands Straßen.

Einige Gastropoden-Arten, das sind Schnecken, können wahrscheinlich länger schlafen als die meisten anderen Tiere: Sie verpennen leicht mal ganze drei Jahre.

Weil ausgehungerte Bettwanzen fast so dünn sind wie ein Blatt Papier, werden die hässlichen Blutsauger auch Tapetenflünder genannt. Eine ausgewachsene Bettwanze hält es fast ein Jahr lang ohne Blutmahlzeit aus.

Ein operatives Verfahren zur Behandlung chronischer Schnarcher, bei dem das Gaumenzäpfchen, Teile des weichen Gaumens und manchmal auch die Mandeln entfernt werden, heißt Uvulopalatopharyngoplastik. Weil sich das nicht mal Mediziner merken können, haben sie sich eine Abkürzung dafür ausgedacht: UPPP.

Bären halten Winterschlaf und dabei notgedrungen ihren Harn zurück. Fünf bis sieben Monate gehen die Tiere nicht urinieren, während sie in ihren Höhlen auf den Frühling warten.

Bis ins 20. Jahrhundert waren Schlafzimmer in Europa für einfache Menschen unerschwinglicher Luxus. Die meisten Menschen schliefen in einem Gemeinschaftsraum. Bei Bauern döste auch mal das Vieh im gleichen Zimmer und diente dabei als Wärmequelle. Richtige Betten wurden erst während des Mittelalters populär, waren aber zunächst ein Privileg des Adels.

Laut einer Studie von Wissenschaftlern der Universität Oxford, ist das Schäfchenzählen keine gute Einschlafhilfe. Die Tätigkeit sei so monoton und langweilig, dass sich dabei unweigerlich ablenkende Gedanken einschlichen, so die Forscher.

Etwa zwölf Prozent der Deutschen schlafen angeblich nackt. Das bedeutet, dass der überwiegende Teil der Deutschen im Bett Nachthemden, Pyjamas, Schlafanzüge oder andere Kleidung trägt. Wer nackt schläft, sollte seine Bettwäsche häufiger wechseln, der Körper gibt nachts nämlich bis zu einem Liter Schweiß ab, der dann statt im T-Shirt im Laken landet.

(Quelle: Süddeutsche Zeitung vom 11.04.2008)

# 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

---

## Schlafmedizin zwischen Forschung und Praxis

### Themenüberblick

Vom 16. bis 18. Oktober 2008 findet die 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) in Kassel statt. „Das Leitthema der diesjährigen Tagung lautet „Schlafmedizin zwischen Forschung und Praxis“, berichtet der DGSM-Präsident Prof. Dr. med. Geert Mayer, „und das Programm wird den vielen Fächern, die in der Schlafmedizin vertreten sind, ausreichend Platz bieten für freie Vorträge, Poster und Symposien.“

Den Kongressvorsitz teilen sich in diesem Jahr Prof. Dr. med. Geert Mayer (Schwalmstadt), Prof. Dr. med. Claudia Trenkwalder (Kassel), Prof. Dr. med. Stefan Andreas (Immenhausen) und Prof. Dr. med. Martin Konermann (Kassel). Etwa 1500 Teilnehmer werden zu diesem Kongress erwartet, um sich mit dem vielfältigen und breitgefächerten Gebiet der Schlafmedizin auseinanderzusetzen. Circa 150 Referenten, ausgewiesene schlafmedizinische Experten in Deutschland, werden neueste Ergebnisse vorstellen und mit internationalen Wissenschaftlern deren Umsetzung in die Praxis diskutieren.

Das wissenschaftliche Programm sowie das Fort- und Weiterbildungsangebot ist sowohl auf niedergelassene Ärzte als auch auf Wissenschaftler angrenzender Fachbereiche abgestimmt. Mit dem Kolleg Schlafmedizin, dessen Veranstaltungen am 18. Oktober stattfinden, bietet sich beispielsweise für Mediziner, die sich für Schlafmedizin interessieren, die Möglichkeit sich fallorientiert fortzubilden.

Die Themenpalette der wissenschaftlichen Symposien ist groß. „Beispielhaft anführen möchte ich hier das Hauptsymposium zum Kongressschwerpunkt, welches unter anderem neue Perspektiven zur Genetik des Restless Legs Syndroms und den Grundlagen und neuen Entwicklungen der schlafbezogenen Atemregulationsstörungen fokussiert“, sagt Prof. Mayer.

„Weitere herausragende Themen auf dem diesjährigen DGSM-Kongress sind die pathophysiologischen Zusammenhänge der nächtlichen Atemantriebsstörungen und des Schlafapnoe-Syndroms“, fügt Prof. Dr. Andreas hinzu. Dazu werden in interessanten Vorträgen etwa neue diagnostische und therapeutische Ansätze vorgestellt. Ein weiterer interessanter Programmaspekt und Thema mehrerer wissenschaftlicher Sitzungen sind motorische Störungen vom Schlafwandeln bis zur REM-Schlafstörung. Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung ist eine seltene, aber klinisch eindrucksvolle Störung der Schlafstruktur, wobei Träume direkt in heftige Körperbewegungen umgesetzt werden. Nach neuesten Erkenntnissen handelt es sich dabei um eine Vorform der Parkinson-Erkrankung.

Auch Schlafstörungen bei Kindern werden wieder ein Thema sein: Für diese Problematik ist ein eigenes Symposium „Pädiatrische Schlafmedizin-Update 2008“ vorgesehen. In diesem Symposium wird ein Überblick über den neuesten Stand der gehäuft auftretenden Auffälligkeiten im Kinderschlaf gegeben und über neue Behandlungsansätze berichtet. „Näher betrachtet werden unter anderem der gestörte Schlaf von Kindern mit Adipositas sowie die Auswirkungen von kindlichen Schlafstörungen im Erwachsenenalter. Müssen wir schon beim Kind das Schnarchen behandeln, damit es später als Erwachsener nachts gut Luft bekommt ist eine zu erörternde Frage“, erläutert Prof. Dr. Christian F. Poets aus Tübingen.

Ein Höhepunkt der diesjährigen DGSM-Jahrestagung wird das am 17. Oktober stattfindende internationale Joint-Symposium der DGSM in Kooperation mit der World Association of Sleep Medicine (WASM) sein. Das Symposium wird das zentrale Thema des Kongresses „Schlafmedizin zwischen Forschung und Praxis“ im Dialog von deutschen und internationalen Referenten fokussieren. Dazu werden zahlreiche Kollegen aus dem europäischen Ausland und den USA als Referenten erwartet. „Die Bedeutung dieses Symposiums liegt in der Zusammenarbeit von deutschen und internationalen Rednern, die teilweise in Deutsch, teilweise in Englisch, wichtige Themen aus der Schlafmedizin von der Grundlagenforschung in die klinische Praxis übertragen“ erklärt Prof. Dr. Claudia Trenkwalder.

„Die Bandbreite der wissenschaftlichen Themen unserer Jahrestagung ist so vielseitig wie die Schlafmedizin selbst. Wir wünschen uns für alle Teilnehmer Anregungen aus der Forschung mitzunehmen und in die Praxis umzusetzen. Außerdem wünschen wir uns, dass das Sympo-

sium junge Forscher anregt sich der Grundlagenforschung im Bereich Schlafmedizin in Deutschland zu widmen.“, betont Prof. Dr. Geert Mayer abschließend.

Das Kongress-Konzept umfasst vorrangig den wissenschaftlichen Austausch über neueste Erkenntnisse aus Forschung, Diagnostik und Therapie sowie Fortbildung und Nachwuchsförderung. Der Nachwuchsförderpreis Schlafforschung 2008 wird auch in diesem Jahr wieder für wegweisende Arbeiten in der Grundlagenforschung oder in den diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Schlafmedizin vergeben. Bewerbungen können noch bis zum 31. Juli 2008 eingereicht werden.

Ergänzt wird die Jahrestagung der DGSM durch eine umfangreiche Industrieausstellung. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen 40 Anmeldungen von Firmen vor, die sich auf etwa 500 m<sup>2</sup> Ausstellungsfläche im Kongress Palais Kassel (Stadthalle) präsentieren werden. Auch verschiedene Selbsthilfegruppen nutzen die Jahrestagung, um ihre Arbeit und ihre Angebote vorzustellen.

Um ständig auf dem Laufenden zu sein, empfehlen wir Ihnen den Besuch der Kongresshomepage unter [www.dgsm2008.de](http://www.dgsm2008.de). Hier finden Sie auch das gesamte Tagungsprogramm ausführlich und im Überblick.

**Weitere Informationen:**

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Romy Held,  
Tel.: 03641/3533229, e-mail: [romy.held@conventus.de](mailto:romy.held@conventus.de)

## **Veranstaltungen 2008**

---

### **Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Baunatal/ Kassel**

---

#### **26. November 2008, 11:00-20:00 Uhr**

12. Baunataler Symposium der Schlafmedizin mit Industrie-Ausstellung

**Ort:** Baunataler Stadthalle.

Ab 17:00 Uhr wird Hr. Professor Dr. Martin Konermann über das vorgegebene Thema „Schlaf, Nierenfunktion und Sexualität“ des Symposiums referieren.

(Quelle: Reinhard Müller, Bundes- und Hessischer Landessprecher, SHG Kassel- und Land)

### **SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/Salzburg**

---

Veranstaltungsort ist das „Kurmittelhaus der Moderne“ in Bad Reichenhall, Salzburger Str. 7. Beginn ist jeweils um 19:30 Uhr

#### **13. Oktober 2008**

**Thema:** „Liebling, du schnarchst“. Schnarchen und Schlafapnoe werden noch immer zu sehr auf die leichte Schulter genommen.

**Referent:** Dr. med. Birgit Krause-Michel, Leiterin Schlaflabor KKH Bad Reichenhall

#### **27. Oktober 2008**

**Thema:** „Wenn die Nacht zur Qual wird“ – Schlaflosigkeit und ihre Folgen.

Ein Drittel unseres Lebens ist erholsamem Schlaf zugebracht, davon können manche Menschen nur träumen.

**Referent:** Stefan Wimmer, Dipl.-Psychologe, Schlaflabor Lech-Mangfall-Klinik Agatharied

#### **17. November 2008**

**Thema:** „Was Sie schon immer über Schlaf wissen wollten“.

**Referent:** Dr. med. Peter Holländer, Facharzt für Innere Medizin  
(Quelle: Ilse Rothstein, SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/Salzburg)

## **SHG-Schlafapnoe-Ganderkesee**

---

Treffen:

**29. Oktober 2008, 19:00-21:00 Uhr**

**Ort:** Schützenhof, Habbrügger Weg 38, Ganderkesee

**Thema:** „Was können Selbsthilfegruppen bei der Betreuung schlafmedizinischer Patienten leisten?“. Gäste sind herzlich eingeladen!

**26. November 2008, 19:00-21:00 Uhr**

**Ort:** Schützenhof, Habbrügger Weg 38, Ganderkesee

**Thema:** „Jahresrückblick und Vorschau für 2009“, außerdem „Aktuelles“. Gäste sind herzlich eingeladen!

Im Dezember kein Treffen der SHG.

Quelle: Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe Ganderkesee)

## **SHG Schlafapnoe e.V. Hagen**

---

Unsere Veranstaltungen finden jeweils am 3. Montag in den Monaten September bis Oktober und Januar bis Mai um 18.00 Uhr im Ribbertsaal der Klinik Ambrock statt.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

**20. Oktober 2008**

**Thema:** Geräte- und Maskenschulung

**Referent:** Rudi Havlena, Fa. Heinen & Löwenstein, mit Erfahrungsaustausch

**07. November 2008**

Jahresabschlusstreffen

**Ort:** im Rosengarten, Selbecker Straße 213

Tel.: 02331 / 764 64

Änderungen sind vorbehalten.

(Quelle: Siegward H. Grahner, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen)

## **SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne**

---

Die Mitgliederversammlungen des 2. Halbjahres finden jeweils um 18:00 Uhr im großen Hörsaal, Marienhospital in Herne statt.

### **21. Oktober 2008**

**Thema:** Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Herz/Kreislaufkrankungen und nächtlichen Atempausen?

**Referent:** OA Dr. Büchner, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums Herne I, Marienhospital

### **18. November 2008**

Herr Altmeyer berichtet von Tagungen des Landes-, Bundes- und Fachverbandes von der SHG und Bütz der Stadt Herne.

Fragen an die Gruppe: Was sagt der Hausarzt, Schlafmediziner (Schlafcheck) Krankenkasse, Schlaflabor und Service zu meinem Krankheitsbild?

### **09. Dezember 2008**

Jahresabschluss mit Einstimmung in die Adventszeit

Wir wünschen uns, dass es uns gelingt, mit den ausgesuchten Beiträgen Ihr Interesse am Besuch unserer Ausspracheabende zu wecken. Haben Sie ein Wunschthema, zu dem Sie gerne einen kompetenten Referenten hören möchten, teilen Sie uns dieses mit.

Wir freuen uns über zahlreiches Erscheinen und hoffen wieder auf Ihre rege Teilnahme bei allen Veranstaltungen! Sie und Ihre Partner sind immer willkommen!

(Quelle: Alfons Altmeyer, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne)

## **Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Lohne und Umgebung**

---

Die nächsten Treffen finden statt im St. Franziskus Hospital in Lohne

### **29. Oktober 2008**

18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat

19:00-21:00 Uhr

**Thema:** Angst unter der Maske

**Dozent:** CA Dr. Hotz, Quakenbrück

### **26. November 2008**

18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat

19:00-21:00 Uhr

**Thema:** Bericht vom DGSM Kongress/Gruppenabend im Advent

Änderungen vorbehalten!

Bei Problemen stehen wir Ihnen auch außerhalb unserer Gruppenabende mit Rat und Tat zur Seite.

(Quelle: [www.vdk-schlafapnoe.de](http://www.vdk-schlafapnoe.de))

## **SHG „Markgräflerland Schlafapnoe/Atemstillstand“**

---

### **26. November 2008, 15:00-22:00 Uhr**

„Fit in tour“ und „Gib acht im Verkehr“

Unter der Leitung der Autobahnpolizei Umkirch findet diese Veranstaltung auf der Autobahnraststätte Breisgau an der A 5 statt. Auch ist unsere SHG in die Veranstaltung integriert. Das ideale Forum um Fahrzeuglenker auf das Problem „Sekundenschlaf am Steuer“ aufmerksam zu machen.

### **04. Dezember 2008, 19.00 Uhr**

SHG Veranstaltung

**Thema:** Der VdK stellt sich vor

**Referent:** Herr Waldemar Wagner, Leiter des Bezirksverbandes Südbaden/Freiburg.

Im Anschluss zeigen wir zwei Filme „Sekundenschlaf am Steuer“ (Werner Waldmann, Produzent „das schlafmagazin“) und „Fit on Tour“ (Idee und Konzeption Pol. Dir. Freiburg-Autobahnpolizei Revier Umkirch).

Danach Jahresausklang.

### **10. Dezember 2008**

Eine Wiederholung der Veranstaltung vom 26. November 2008 (Quelle: Klaus-Dieter Sippel, Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach)

## **Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland**

---

Gruppentreffen an jedem dritten Donnerstag im Monat, um 19:30 Uhr im Gemeindehaus St. Johannes, Pasteurstraße 5, Oldenburg-Kreyenbrück.

Einzelgespräche bei individuellen Fragen und Maskenproblemen telefonisch durch die Ansprechpartner und ab 18:30 Uhr vor jedem Gruppenabend.

Betroffene mit schlafbezogenen Atmungsstörungen, Angehörige und Interessierte sind herzlich eingeladen. Der Eintritt ist frei.

**16. Oktober, 20. November und 18. Dezember 2008**

Änderungen und weitere Informationen an den Gruppenabenden und unter [www.vdk-schlafapnoe.de](http://www.vdk-schlafapnoe.de).

Vorträge mit Referenten und Sonderveranstaltungen werden in der Tagespresse angekündigt.

(Quelle: Hans-Hermann Töpken, Sprecher, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland)

## **Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Ost-Friesland e.V.**

---

Treffpunkt:

Gemeindehaus St. Michael,  
Hof von Holland 10, Emden

**13. Oktober 2008, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung

**10. November 2008, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung

**08. Dezember 2008, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung, mit Weihnachtsfeier

(Quelle: Dieter Thom, I. Vorsitzender SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland)

## **Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund**

---

Gruppentreffen: Jeden 2. Dienstag im Monat, 19:30 Uhr

**Ort:** Seniorenwohnanlage Lindenhof, Siedlerweg 10 (Eingang Saarbrücker Straße), 26384 Wilhelmshaven

**Themen:** Maskensprechstunden der Leistungserbringer/Sozialrecht/ Erfahrungsaustausch/Vorträge von Ärzten

### **14. Oktober 2008**

Gruppenabend

Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

### **01. November 2008, 11:00 Uhr – 16:00 Uhr**

Seminar für CPAP-Patienten mit Toleranz (Angst)- und Akzeptanzproblemen (Selbstwert), bei der Anwendung von Atemtherapiegeräten.

**Ort:** Wohnstift am Rathaus Grenzstr.74, 26382 Wilhelmshaven

**Leitung:** Dipl. Psych. Annemaria Funke, Wilhelmshaven

Dr. Gudrun Spitzhofer-Lück (ambulantes Schlaflabor Wilhelmshaven,  
Dr. med. Andreas Moeller)

Frank Hartmann Geräte- und Maskentechniker (VitalAire)

Reinhard Wagner (Selbsthilfegruppe)

Infos unter 04421 / 95 62 22 oder 0163 35 90 708

### **11. November 2008**

**Themen:**

„Arbeitsmedizinische Untersuchungen bei Beschäftigten im Transport- und Verkehrsgewerbe“

**Referent:** Dr. med. Georg Knitsch, BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH Zentrum Wilhelmshaven

**Thema:** „Die neue Fahrerlaubnis-Verordnung“ sowie „Strafrechtliche Risiken von Schlafapnoekranken im Straßenverkehr“

**Referent:** Rechtsanwalt Ingo Dykstra

### **09. Dezember 2008**

Jahresrückblick und Weihnachtsfeier

(Quelle: [www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven))

## **SHG Schlafapnoe Witten**

---

### **6. November 2008**

Gruppenabend

Wir treffen uns von 18:00-20:00 Uhr.

**Ort:** KISS, Dortmunder Str. 13, 58455 Witten

Im Dezember finden keine Gruppenabende statt.

Öffentliche Vorträge mit Referenten oder Geräte- und Maskenvorstellungen werden in der Tagespresse angekündigt.

### **Ansprechpartner:**

Herr Weber      Telefon: 02302 / 55762

Frau Patze      Telefon: 02302 / 59089

Frau Gutsche

e-mail:              shg.schlafapnoe.witten@web.de

(Quelle: Ilse Patze, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten)

## **Veranstaltungen 2009**

---

### **Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen**

---

Alle Treffen finden statt im Stadtkrankenhaus Bad Arolsen,  
Schulungsraum 2, jeweils um 18:30 Uhr

**06. Januar 2009, 10. März 2009**

#### **Ansprechpartner:**

Irene Voget-Schmiz, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,  
Prof.-Klapp-Straße 41, 34454 Bad Arolsen, Tel.: 0 56 91 / 21 64

Friedrich Göbel, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,  
Niederelsunger Straße 31, 34471 Volkmarsen-Ehringen,  
Tel.: 0 56 93 / 70 40, Mobil: 0170 / 904 42 09

(Quelle: Friedrich Göbel, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen)

### **Selbsthilfegruppe „Schlafapnoe/Atemstillstand“ Baunatal**

---

Alle Treffen finden statt im Dorfgemeinschaftshaus Baunatal-  
Grossenritte, Alte Schule im Grünen Weg, 1.Stock,  
jeweils freitags 19:00 Uhr

#### **Ansprechpartner:**

Reinhard Müller, Holzweg 22, 34225 Baunatal, Tel. 05601 / 84 89

**30. Januar 2009, 27. März 2009**

(Quelle: [www.schlafapnoe-kassel.de](http://www.schlafapnoe-kassel.de))

## **SHG Dresden**

---

### **15. Januar 2009**

Vortrag und Gespräch

**Gruppe:** Schlafstörung

**Referent:** Dr. Piatkowski

### **Februar 2009**

**Gruppe:** Schlafstörung / Schlafapnoe

Vortrag und Gespräch

**Thema:** „Führerscheineignung bei Schlafstörungen“

**Referent:** Dr. Wagner (DEKRA)

### **19. März 2009**

**Gruppe:** Schlafstörung

Besuch eines Schlaflabors

Ergänzungen und Änderungen vorbehalten.

(Quelle: Wolfgang Unterainer, SHG Dresden)

## **SHG-Schlafapnoe-Ganderkese**

---

Alle Treffen finden statt im Schützenhof, Habbrügger Weg 38, Ganderkese

### **28. Januar 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Liebling du schnarchst“

### **25. Februar 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Apnoe und Ängste?“. Gäste sind herzlich willkommen.

### **25. März 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „5 Jahre SHG-Schlafapnoe-Ganderkese“. Außerdem sprechen wir über die Masken, unterschiedliche Ausführungen und die Pflege.

**27. Mai 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Schnarchen – Schlaflabor – Apnoiker? Was soll ich tun?“

Jeder sollte sich in der Selbsthilfegruppe informieren.

Alle Betroffenen und Angehörigen sind herzlich willkommen!

**24. Juni 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Ist jeder Schnarcher ein Apnoiker?“

Auch „Mitleidende“ sind herzlich eingeladen.

**29. Juli 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Was macht ein Apnoiker im Urlaub? Wie wird er/sie auf Reisen versorgt?“

**26. August 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Apnoiker – Diabetiker! Wir haben viel miteinander zu tun!“, daher sind auch Diabetiker eingeladen !

**30. September 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Selbsthilfegruppen in Niedersachsen. Was geben gemeinsame Aktionen unserer Selbsthilfegruppe?“. Gäste sind wie immer herzlich willkommen

**28. Oktober 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Wenn die Maske nicht passt, was dann?“

**25. November 2009, 19:00-21:00 Uhr**

**Thema:** „Was war 2009 – was wollen wir 2010?“

Wünsche werden besprochen – Teilnehmer wirken mit. Gäste sind wie immer dazu eingeladen!

Im Dezember keine Veranstaltung!

(Quelle: Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe Ganderkesee)

## **SHG Schlafapnoe e.V. Hagen**

---

Unsere Veranstaltungen finden jeweils am 3. Montag in den Monaten September bis Oktober und Januar bis Mai um 18.00 Uhr im Ribbertsaal der Klinik Ambrock statt.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

### **19. Januar 2009**

Thema: „Gesund alt werden“

**Referent:** Dr. Klaus Fehske, mit Erfahrungsaustausch

### **16. Februar 2009**

**Thema:** Schlafapnoe und Neurologie, angefragt, – mit Erfahrungsaustausch

### **08.-16. März 2009**

Jahreshauptversammlung

### **09.-20. April 2009**

**Thema:** Maskenschulung VitalAire, angefragt

### **10.-18. Mai 2009**

**Thema:** Die Heil- und Hilfsmittelversorgung nach der Gesundheitsreform, angefragt, – mit Erfahrungsaustausch

### **11.-21. Juli 2009**

**Thema:** Neue Erkenntnisse der Apnoeforschung, angefragt, mit Erfahrungsaustausch

### **12.-19. Oktober 2009**

Maskenschulung, Fa. ResMed, angefragt

### **13.-16. November 2009**

Jahresabschlusstreffen

Der Eintritt ist weiterhin frei! Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe!

An alle AOK-Mitglieder: Sollten Sie es noch nicht getan haben, so fordern Sie bei Ihrer AOK Geschäftsstelle Ihren persönlichen „Selbsthilfe-Förderscheck“ für das Jahr 2007 an. Jeder dieser Schecks hat einen Wert von ca. 26,- €!

(Quelle: Siegward H. Grahner, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen)

## **SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne**

---

Die Mitgliederversammlungen des I. Halbjahres finden jeweils um 18:00 Uhr im großen Hörsaal, Marienhospital in Herne statt

### **20. Januar 2009**

Jahreshauptversammlung ohne „Neuwahlen“.

Tätigkeitsbericht und Entlastung des Vorstandes.

### **17. Februar 2009**

Präsentation der Firma Fisher & Paykel: Masken, Geräte, Warmluftbefeuchter.

Anschließend Diskussion mit Alfons Altmeyer

### **17. März 2009**

**Thema:** Therapiekontrollen? Polygraphie (Schlaflabor)?

**Referent:** OA Dr. Büchner, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums Herne I, Marienhospital

### **21. April 2009**

**Thema:** Wie man sich bettet, so schläft man! „Gute Nacht“ ist leicht gesagt!

Wir wünschen uns, dass es uns gelingt, mit den ausgesuchten Beiträgen Ihr Interesse am Besuch unserer Ausspracheabende zu wecken. Haben Sie ein Wunschthema, zu dem Sie gerne einen kompetenten Referenten hören möchten, teilen Sie uns dieses mit.

Wir freuen uns über zahlreiches Erscheinen und hoffen wieder auf Ihre rege Teilnahme bei allen Veranstaltungen! Sie und Ihre Partner sind immer willkommen!

(Quelle: Alfons Altmeyer, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne)

## **Selbsthilfegruppe „Schlafapnoe/Atemstillstand“ Kassel**

---

Das Treffen findet statt im Nachbarschaftshilfeverein „Hand in Hand e.V.“, Zentgrafenstr. 86, 34130 Kassel, Nähe Straßenbahnhaltestelle Teichstrasse, 19:00 Uhr.

**Ansprechpartner:** Otmar Möller, Knaustwiesen 34, 34130 Kassel, Tel. 05 61 / 6 57 59

**24. Februar 2009**

(Quelle: [www.schlafapnoe-kassel.de](http://www.schlafapnoe-kassel.de))

## **SHG „Markgräflerland Schlafapnoe/Atemstillstand“**

---

**05. März 2009, 19:30 Uhr**

SHG Veranstaltung

Beginn, Thema und Referenten sind in Planung

(Quelle: Klaus-Dieter Sippel, Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach)

## **Selbsthilfegruppe Neunkirchen**

---

**29.01.09, 26.03.09, 28.05.09, 30.07.09, 24.09.09, 26.11.09,  
jeweils 18:00 Uhr**

**Ort:** Personal-Cafeteria im Städtischen Klinikum Neunkirchen, Brunnenstraße

**Ansprechpartner:**

Franz Junkes

Lessingstraße 56

66540 Neunkirchen

Tel.: 06821 / 58756

e-mail: [franzjunkes@t-online.de](mailto:franzjunkes@t-online.de)

(Quelle: Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz, Hauenstein-Dahn-Annweiler-Pirmasens & Umgebung)

## **Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland**

---

Gruppentreffen an jedem dritten Donnerstag im Monat, um 19:30 Uhr im Gemeindehaus St. Johannes, Pasteurstraße 5, Oldenburg-Kreyenbrück.

**15. Januar, 19. Februar, 19. März, 16. April, Mai: Himmelfahrt (kein Treffen), 18. Juni, 16. Juli, 20. August, 17. September, 15. Oktober, 19. November und 17. Dezember 2009.**

Änderungen und weitere Informationen an den Gruppenabenden und unter [www.vdk-schlafapnoe.de](http://www.vdk-schlafapnoe.de).

Vorträge mit Referenten und Sonderveranstaltungen werden in der Tagespresse angekündigt.

(Quelle: Hans-Hermann Töpken, Sprecher, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland)

## **Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Ost-Friesland e.V.**

---

**Treffpunkt:** Gemeindehaus St. Michael, Hof von Holland 10, Emden

**12. Januar 2009, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung

**09. Februar 2009, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung

**09. März 2009, 19:30 Uhr**

Mitgliederversammlung, mit Jahreshauptversammlung

(Quelle: Dieter Thom, I. Vorsitzender SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland)

## **Selbsthilfegruppe Schönenberg-Kübelberg**

---

**05.02.09, 02.04.09, 04.06.09, 06.08.09, 01.10.09, 03.12.09,  
jeweils 18:00 Uhr**

**Ort:** Bürgerhaus, Schulstraße 2a, 66901 Schönenberg-Kübelberg

### **Ansprechpartner:**

Dieter Müller

Schulstraße 6; 66901 Schönenberg-Kübelberg

Tel./Fax: 06373 / 891794; e-mail: Dieschlaefer@aol.com

(Quelle: Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz, Hauenstein-Dahn-Annweiler-Pirmasens & Umgebung)

## **Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund**

---

Gruppentreffen: Jeden 2. Dienstag im Monat, 19:30 Uhr

**Ort:** Seniorenwohnanlage Lindenhof, Siedlerweg 10

(Eingang Saarbrücker Straße), 26384 Wilhelmshaven

**Themen:** Maskensprechstunden der Leistungserbringer/Sozialrecht/  
Erfahrungsaustausch/Vorträge von Ärzten

### **13. Januar 2009**

#### **Themen:**

Warum sollte ich als Arbeitnehmer bzw. als Rentner einen Antrag auf Zuerkennung eines Grades Behinderung (GdB) stellen?

Welche Vorteile (z.B. Steuerrecht und Arbeitsrecht) ergeben sich durch einen festgestellten GdB?

Auswirkung einer Schlafapnoe und weiterer Begleiterkrankungen auf den GdB.

Auswirkungen von Therapiestörungen auf den GdB.

**Referent:**VdK

### **10. Februar 2009**

Gruppenabend

Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

### **10. März 2009**

Maskensprechstunde mit Heinen und Löwenstein

**Referent:** Herr Sikken

### **14. April 2009**

Gruppenabend  
Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

### **12. Mai 2009**

**Thema:** Zahnschienen zur Behandlung von Schlafapnoe und Schnarchen – eine innovative Therapie!

**Referentin:** Dr. Susanne Schwarting, Kiel  
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin

### **14. Juli 2009**

Gruppenabend  
Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

### **13. Oktober 2009**

Gruppenabend  
Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

### **8. Dezember 2009**

Gruppenabend und Weihnachtsfeier

(Quelle: [www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven))

## **SHG Schlafapnoe Witten**

---

6. November 2008

Gruppenabend

Wir treffen uns von 18:00-20:00 Uhr.

**Ort:** KISS, Dortmunder Str. 13, 58455 Witten

Im Dezember finden keine Gruppenabende statt.

Öffentliche Vorträge mit Referenten oder Geräte- und Maskenvorstellungen werden in der Tagespresse angekündigt.

### **Ansprechpartner:**

Herr Weber      Telefon: 02302 / 55762

Frau Patze      Telefon: 02302 / 59089

Frau Gutsche

e-mail:              [shg.schlafapnoe.witten@web.de](mailto:shg.schlafapnoe.witten@web.de)

(Quelle: Ilse Patze, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten)

## **Selbsthilfegruppe Zweibrücken**

---

**14.01.09, 11.02.09, 11.03.09, 08.04.09, 13.05.09, 10.06.09,  
08.07.09, 12.08.09, 09.09.09, 14.10.09, 11.11.09, 09.12.09,  
jeweils 18:00 Uhr**

Monatliche Therapiesprache mit einem Facharzt für Schlafmedizin.

**Ort:** Cafeteria des Evangelischen Krankenhauses ,Obere Himmelsberggasse 38, 66482 Zweibrücken

### **Ansprechpartner:**

Hans Striegel  
Athenstraße 40  
66482 Zweibrücken  
Tel./Fax: 06332 / 43840  
e-mail: [hans.striegel@web.de](mailto:hans.striegel@web.de)

(Quelle: Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz, Hauenstein-Dahn-Annweiler-Pirmasens & Umgebung)

# **Selbsthilfegruppen im VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen**

***Achtung: Aktualisiert !***

---

## ***Dresden***

Wolfgang Unterainer, SHG Dresden, Mansfelder 68, 01309 Dresden  
Fon/Fax 03 51 / 3 10 85 40

✉ [DresdnerSchlafapnoe@web.de](mailto:DresdnerSchlafapnoe@web.de)

## ***Cottbus***

Wolfgang Krüger, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe „Lausitz“ e.V.  
Cottbus,

Th.-Brugsch-Straße 7, 03050 Cottbus

Fon/Fax 03 55 / 42 17 51

✉ [krueger-shglausitz@gmx.de](mailto:krueger-shglausitz@gmx.de)

## ***Großhansdorf***

Steffen Schumacher, Leiter der SHG Schlafapnoe Großhansdorf,  
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Fon/Fax 0 40 / 7 22 25 53

✉ [steffenschumacher@alice-dsl.de](mailto:steffenschumacher@alice-dsl.de)

➤ [www.schlaf-portal.de](http://www.schlaf-portal.de)

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Fon 0 58 41 / 96 17 21

✉ [schiel@automenzel.de](mailto:schiel@automenzel.de)

## ***Oldenburg und Umland***

Hans-Hermann Töpken, Sprecher, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und  
Umland, Eugen-Richter-Straße 4, 26133 Oldenburg

Fon/Fax 04 41 / 4 73 73

Heino Melchers, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,

Tiniburg I, 26434 Wangerland

Fon 0 44 63 / 51 99

Hubert Gregor, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,

Diedrich-Brinkmann-Straße 34, 26125 Oldenburg

Fon 04 41 / 39 16 64

### ***Cloppenburg und Umgebung***

Günter Lipka, Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und  
Umgebung, Dr. Niemann Straße 22 A, 26169 Friesoythe

Fon 0 44 91 / 18 50, Fax 0 44 91 / 46 95

✉ [g.lipka@schlafapnoe-cloppenburg.de](mailto:g.lipka@schlafapnoe-cloppenburg.de)

📄 [www.schlafapnoe-cloppenburg.de](http://www.schlafapnoe-cloppenburg.de)

### ***Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund***

Reinhard Wagner, Ansprechpartner der Region Wilmershaven-  
Friesland, Weserstraße 8, 26382 Wilhelmshaven

Fon 0 44 21 / 3 18 52, Mobil 01 63 / 3 59 07 08

✉ [schlafapnoe-wilhelmshaven@ewetel.net](mailto:schlafapnoe-wilhelmshaven@ewetel.net)

📄 [www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven)

Heino Melchers, Sprecher SHG Schlafapnoe Wilhelmshaven-  
Friesland-Wittmund, Tiniburg I, 26434 Wangerland

Fon 0 44 63 / 51 99

Günther Berneis, Gruppensprecher der Region Wittmund/Aurich  
Trienwarf 10, 26605 Aurich,

Fon 0 49 41 / 1 02 99

### ***Emden/Ost-Friesland***

Dieter Thom, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/  
Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland,

Efeweg 22, 26639 Wiesmoor

Fon/Fax 0 49 44 / 61 03

### ***Ganderkesee***

Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe Ganderkesee,  
Livlandstraße 4, 27749 Delmenhorst

Fon 0 42 21 / 80 57 11, Mobil 01 75 / 7 74 56 46

✉ [j.d.paulus@vdk.de](mailto:j.d.paulus@vdk.de)

📄 [www.vdk.de/shg-schlafapnoe-ganderkesee](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-ganderkesee)

## **Celle**

Walter Klingeberg, Gruppensprecher,  
Celler-Schlafapnoe-SHG Heideschläfer,  
Alte Straße 11, 29303 Bergen/Offen (Hof Ohlhoff)  
Fon privat 0 50 51 / 72 70, Fax 0 50 51 / 91 49 47  
Fon SHG 0 50 51 / 91 49 53  
✉ w.klingeberg@t-online.de

## **Hannover und Umland**

Peter Hoedt, Vorsitzender, SHG Hannover und Umland,  
Greiffenberger Straße 18, 30966 Hemmingen  
Fon/Fax 05 11 / 2 34 51 25  
✉ peter.hoedt@shus.info  
📄 [www.shus.info](http://www.shus.info)

Walter Marquardt, SHG Hannover und Umland,  
Birkenweg 2, 31199 Diekholzen  
Fon 0 51 21 / 26 17 42  
✉ waleva@kabelmail.de

## **Hildesheim**

Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim  
Bodo Wölke, Vorsitzender  
Himmelthürer Straße 63, 31137 Hildesheim  
Fon 0 51 21 / 6 62 30,  
✉ 0512166230-0001@t-online.de

## **Alfeld**

Rolf Rosenkranz, 1. Vorsitzender,  
Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,  
Oberer Sindelberg 8, 31061 Alfeld  
Fon 0 51 81 / 2 46 98  
✉ rolf.rosenkranz@gmx.de

Helmut Richter, 2. Vorsitzender,  
Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,  
Ostdeutsche Straße 26, 31061 Alfeld  
Fon 0 51 81 / 8 16 16, Fax 0 51 81 / 2 68 70

Prof. Dr. Josef A. Wirth, Fachbeiratsvorsitzender SHG Alfeld,  
Wiegandstraße 1, 31061 Alfeld  
Fon 0 51 81 / 12 03  
✉ [jwirtha@aol.com](mailto:jwirtha@aol.com)

### **Nienburg**

Bernd Andermann, Selbsthilfverein für Schlafapnoe – Partner für  
gesunden Schlaf Nienburg, Verd. Landstraße 13, 31623 Drakenburg  
Fon 0 50 24 / 16 45, Fax 0 50 24 / 82 30  
✉ [bandermann@t-online.de](mailto:bandermann@t-online.de)

### **Hamel-Pyrmont**

Lothar Honka, Leiter, Schlafapnoe SHG Hameln-Pyrmont,  
Emmerstraße 38, 31860 Emmerthal  
Fon/Fax 0 51 55 / 53 61  
✉ [lotharhonka@freenet.de](mailto:lotharhonka@freenet.de)

Lothar Stolpmann, Ehrenvorsitzender,  
Schlafapnoe SHG Hameln-Pyrmont,  
Reherweg 42, 31855 Aerzen  
Fon 0 51 54 / 89 97

### **Bad Münde**

Rolf Mund, Geschäftsführer und I.Vorsitzender,  
SHG Schlafapnoe Bad Münde e.V., Brunnenweg 2, 31832 Springe  
Fon 0 50 41 / 51 50  
✉ [rolf.mund@arcor.de](mailto:rolf.mund@arcor.de)

Wilhelm Grundmeier, Stellvertreter,  
Heckenrosenweg 18, 30974 Wennigsen  
Fon 0 51 03 / 92 56 01

### **Kassel**

Otmar Möller, Leiter der SHG Schlafapnoe/Atemstillstand,  
Knaustwiesen 34, 34130 Kassel  
Fon 05 61 / 6 57 59, Fax 05 61 / 9 20 90 02  
Mobil 01 75 / 8 45 83 39  
✉ [Moeller@schlafapnoe-kassel.de](mailto:Moeller@schlafapnoe-kassel.de)

Andreas Bensch, Landessprecher Hessen,  
Zum Vogelrain 1a, 34225 Baunatal  
Fon privat 0 56 01 / 8 68 06  
✉ [bensch@schlafapnoe-kassel.de](mailto:bensch@schlafapnoe-kassel.de)  
📄 [www.schlafapnoe-kassel.de](http://www.schlafapnoe-kassel.de)

### ***Kassel und -Land***

Reinhard Müller, Bundes- und Hessischer Landessprecher,  
SHG Kassel- und Land, Holzweg 22, 34225 Baunatal  
Fon 0 56 01 / 84 89, Fax 0 56 01 / 9 69 00 46  
✉ [mueller@baunaweb.de](mailto:mueller@baunaweb.de)  
📄 [www.schlafapnoe-kassel.de](http://www.schlafapnoe-kassel.de)

### ***Bad Arolsen***

Friedrich Göbel, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,  
Niederelsunger Straße 31, 34471 Volkmarsen-Ehringen  
Fon 0 56 93 / 70 40  
Mobil 01 70 / 9 04 42 09

Irene Voget-Schmiz, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,  
Prof.-Klapp-Straße 41, 34454 Bad Arolsen  
Fon 0 56 91 / 21 64

### ***Bad Wildungen***

Horst Hommel, SHG Bad Wildungen,  
Molkenpfad 34, 34582 Borken  
Fon 0 56 82 / 7 11 14

Wilfried Haßler, SHG Bad Wildungen,  
Frankfurter Straße 18, 34590 Wabern  
Fon 0 56 83 / 71 65

### ***Marburg***

Margrit Fritze, Sprecherin, SHG Marburg,  
Am Mühlhof 3, 35041 Marburg  
Fon/Fax 0 64 21 / 1 43 22

Ernst Wagner, Sprecher, SHG Marburg,  
Neustadt 14, 35466 Rabenau-Geilshausen  
Fon 0 64 07 / 78 14, Fax 01 21 20 / 25 26 76  
✉ [sleepinfo.connection@gmx.de](mailto:sleepinfo.connection@gmx.de)

### **Gießen**

Ursula Gheorghiu, Sprecherin, SHG Gießen,  
Schützenstraße 18, 35398 Gießen  
Fon/Fax 06 41 / 87 01 70  
✉ [Vladimir.A.Gheorghiu@psychol.uni-giessen.de](mailto:Vladimir.A.Gheorghiu@psychol.uni-giessen.de)

Klaus Bepler, SHG Gießen,  
Am Drosselschlag 24, 35452 Heuchelheim  
Fon 06 41 / 6 52 29, Fax 06 41 / 6 57 78  
✉ [Klaus.Bepler@t-online.de](mailto:Klaus.Bepler@t-online.de)

### **Dillenburg**

Udo Ahlbrecht, Sprecher SHG Dillenburg  
Schillerstraße 5, 35684 Dillenburg  
Fon 0 27 71 / 33 20 63 56 83  
✉ [udo-ahlbrecht@gmx.de](mailto:udo-ahlbrecht@gmx.de)

### **Fulda**

Roland Scholz, Arndtstraße 5, 36093 Künzell  
Fon 06 61 / 9 33 89 92  
✉ [roscho.fd@web.de](mailto:roscho.fd@web.de)

### **Hersfeld-Rotenburg**

Hermann Krutzinna, 1. Vorsitzender, SH Schlafapnoe und  
chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,  
Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld  
Fon 0 66 21 / 91 56 28, Fax 0 12 12-5-48 52 17 80  
✉ [shg@notaxe.de](mailto:shg@notaxe.de)  
📄 [www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de](http://www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de)

Karlheinz Demuth, 2. Vorsitzender, SH Schlafapnoe und  
chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,  
Zum Mühlberg 7, 36199 Rotenburg  
Fon 0 66 23 / 54 69  
✉ [kh-demuth@freenet.de](mailto:kh-demuth@freenet.de)

### **Bad Sooden-Allendorf**

Herbert und Ursula Lückert, SHG Schlafapnoe/  
Atemstillstand Bad Sooden-Allendorf,  
Schützenstraße 9, 37215 Witzenhausen  
Fon und Fax 0 55 42 / 27 05  
✉ herbert-ursula@web.de

### **Eichsfeld**

Reinhard Stützer, 1. Vorsitzender, SHG Atmen & Leben Eichsfeld,  
Ahornweg 3, 37327 Leinefelde  
Fon 0 36 05 / 54 42 44  
✉ r.stuetzer@online.de

Wolfgang Kaufmann, 2. Vorsitzender, SHG Atmen & Leben Eichsfeld,  
Gausstraße 6, 37327 Leinefelde  
Fon 0 36 05 / 51 96 43

### **Düsseldorf**

Klaus Hillebrand, Vorsitzender, SHG Düsseldorf,  
Kamper Weg 290, 40627 Düsseldorf  
Fon 02 11 / 9 26 91 70, Fax 02 11 / 27 36 70

### **Hilden**

Friedel Hafner, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand  
Hilden e.V., Wilhelmine-Fliednerstraße 1, 40723 Hilden  
Fon/Fax 0 21 03 / 6 21 09  
✉ Schlafapnoe-Hilden@t-online.de  
📄 [www.schlafapnoe-hilden.de](http://www.schlafapnoe-hilden.de)

### **Solingen**

Hartmut Rentmeister, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Solingen, Postfach 12 02 12, 42677 Solingen  
Fon/Fax 02 12 / 2 64 30 94  
✉ hareso@t-online.de  
📄 [www.schlafapnoe-solingen.de](http://www.schlafapnoe-solingen.de)

Ingrid Hohnrath, 2. Vorsitzende  
Fon 02 12 / 4 32 65, Fax 02 12 / 5 99 34 55  
✉ hohnrath@versanet.de oder ✉ i.hohnrath@versanet.de

### **Wanne-Eickel**

Therese Littmann, Vorsitzende, SHG/Atemstillstand Wanne-Eickel,  
Edmund-Weber-Straße 22, 44651 Herne  
Fon/Fax 0 23 25 / 7 56 31  
✉ Littmann-Herne@t-online.de

### **Bochum**

Gustav Warm, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand e.V.  
Bochum, Emscherstraße 18, 44791 Bochum  
Fon/Fax 02 34 / 51 14 12

### **Herne**

Alfons Altmeyer, Vorsitzender, SHG Herne, Michaelstraße 2,  
45661 Recklinghausen  
Fon 0 23 61 / 7 27 33

Günter Urban, Schriftführer, SHG Herne  
✉ guenter.urban@zv.uni-due.de

### **Gelsenkirchen**

Günter Berger, Vorsitzender, SHG Atmen & Leben,  
Nordring 2, 45701 Herten  
Fon/Fax 02 09 / 61 17 37  
✉ berger@schlafapnoe-shg.de  
📄 [www.schlafapnoe-shg.de](http://www.schlafapnoe-shg.de)

### **Recklinghausen**

Christiane Nowack, 1. Vorsitzende, SHG Recklinghausen e.V.,  
Gahlensche Straße 196, 44809 Bochum  
Fon/Fax 02 34 / 57 71 51  
✉ gerd.delaveaux@t-online.de

Werner Lueg, 2. Vorsitzender,  
Albertstraße 27, 45739 Oer-Erkenschwick  
Fon 0 23 68 / 69 20 56

### **Dorsten**

Klaus-Peter Karger, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen  
Dorsten e.V., Frankampstraße 134, 45891 Gelsenkirchen

Fon 02 09 / 7 17 34

✉ [kpkarger@arcor.de](mailto:kpkarger@arcor.de)

### **Niederrhein**

Gabriele Kaenders, 1. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Niederrhein e.V., Im Kämpken 3, 47443 Moers

Fon 0 28 41 / 50 55 04, Fax 0 28 41 / 8 84 47 31

✉ [schlafapnoe-niederrhein@onlinehome.de](mailto:schlafapnoe-niederrhein@onlinehome.de)

### **Krefeld**

Friedrich Prior, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Krefeld e.V., Kuhleshütte 119, 47809 Krefeld

Fon 0 21 51 / 54 61 16

Margot Bliem, 2. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Krefeld e.V., Nieper Straße 229 c, 47802 Krefeld

Fon 0 21 51 / 56 20 68

### **Gronau**

Hasso Freise, Vorsitzender, SHG Gronau e.V.,  
Schürblick 1 A, 48599 Gronau

Fon 0 25 62 / 2 04 02, Fax 0 25 62 / 99 14 61

✉ [freise-h@versanet.de](mailto:freise-h@versanet.de)

➤ [www.apnoegronau.dreipage.de](http://www.apnoegronau.dreipage.de)

### **Köln**

Hans Haas, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Köln  
und Umgebung, Ferdinand-Stücker-Straße 42, 51067 Köln

Fon/Fax 02 21 / 69 73 35

### **Aachen**

SHG Aachen, Augustastraße 7725, 52070 Aachen

Fon 02 41 / 53 76 73, Fax 02 41 / 53 77 71

✉ [kv-aachen@vdk.de](mailto:kv-aachen@vdk.de)

### **Alzey und Umgebung**

Toni Walk, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V., Elisabethenstraße 26, 55130 Mainz

Fon 0 61 31 / 83 31 30

✉ toni.walk@web.de O D E R Schlafapnoe-Alzey@gmx.de

📄 [www.schlafapnoe-online.de/alzey](http://www.schlafapnoe-online.de/alzey)

### **Bad Kreuznach und Umgebung**

Ottilie Wichter, Vorsitzende, Schlafapnoe Selbsthilfe Bad Kreuznach und Umgebung e.V.

Am Pfalzsprung 21, 55583 Bad Münster/Eberburg

Fon/Fax 0 67 08 / 34 92

✉ o.wichter@online.de

### **Idar-Oberstein und Umgebung**

Manfred Göritz, Selbsthilfe Team Schlafapnoe Idar-Oberstein und Umgebung e.V., Unterer Pfarracker 19, 55743 Idar-Oberstein

Fon 0 67 84 / 98 00 34, Fax 0 67 84 / 98 00 35

### **Siegen**

Helmut Wied, I. Vorsitzender, SHG Siegen e.V.,

Am Siegenstein 31, 57080 Siegen

Fon 02 71 / 38 21 76, Fax 02 71 / 38 51 04 (nach Anruf)

✉ helmut@rhwied.de

📄 [www.vdk.de/shg-schlafapnoe-siegen](http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-siegen)

### **Hagen**

Siegward H. Grahnert, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen, Kettelerstraße 54, 58099 Hagen

Fon 0 23 31 / 6 67 80 oder 6 65 03, Fax 0 23 31 / 6 67 90,

Mobil 0 15 20 / 1 88 96 46

✉ SchlafapnoeHagen@web.de und ✉ siegward\_grahner@web.de

📄 [www.bsd-web.de/hagen](http://www.bsd-web.de/hagen)

Peter-Max Engelbert, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, Auf den Breien 2, 58540 Meinerzhagen

Fon/Fax 0 23 58 / 6 26

## **Witten**

Margot Gutsche, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten,  
Dreesstraße 9, 58454 Witten

Fon 0 23 02 / 1 79 93 44

✉ shg.schlafapnoe.witten@web.de und

✉ **margot.gutsche@arcor.de**

Siegfried Weber, Sprecher, SHG Schlafapnoe Witten,  
Dompfaffweg 6, 58455 Witten

Fon 0 23 02 / 5 57 62

Ilse Patze, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten,  
Boltestraße 5, 58455 Witten

Fon 0 23 02 / 5 90 89

## **Halver**

Alois Peter Nirwing, Vorsitzender, SHG Halver,  
Waldweg 6, 58553 Halver

Fon/Fax 0 23 53 / 26 78

✉ shg-halver@glusa-net.de

➤ **<http://shg-halver.glusa-net.de>**

## **Frankfurt am Main**

Helmut Himmighoffen, SHG Schlafapnoe/Atemstörungen  
Rhein-Main, Melemstraße 7, 60322 Frankfurt am Main

Fon 0 69 / 59 58 02, Fax 0 69 / 5 97 41 72

✉ easysleeper@web.de

## **Kreis Bergstraße**

Arno Zillig, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand,  
Kreis Bergstraße – Bensheim

Schelmengasse 18, 64625 Bensheim-Zell

Fon 0 62 51 / 6 51 44

✉ arno.zillig@freenet.de

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand, Kreis Bergstraße – Lampertheim  
Rüdiger Bürkel, Ahornweg 15 A, 68623 Lampertheim

Fon 0 62 06 / 38 23

✉ shg.schlafapnoe@online.de

### **Zweibrücken**

Werner Madle, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Zweibrücken e.V.,  
Jägerstraße 6, 66440 Blieskastel

Fon 0 68 42 / 75 76, Fax 0 68 42 / 89 12 02

✉ [wernermadle@web.de](mailto:wernermadle@web.de)

📄 [www.schlafapnoe-zweibruecken.de](http://www.schlafapnoe-zweibruecken.de) oder

📄 [www.xn--schlafapnoe-zweibruecken-9lc.de](http://www.xn--schlafapnoe-zweibruecken-9lc.de)

### **Ludwigshafen/Vorderpfalz**

Hermann Wüst, Vorsitzender,

SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz,

Brechlochstraße 44, 67063 Ludwigshafen/Rh.

Fon/Fax 06 21 / 69 85 17

Doris Schmitt, SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/  
Vorderpfalz, Hardenburgstraße 39, 67122 Altrip

Fon 0 62 36 / 3 02 52

### **Mutterstadt**

Birgit Schmitt, I. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe Mutterstadt und  
Umgebung e.V., Fritz-Schalk-Straße 22, 67112 Mutterstadt

Fon 0 62 34 / 3 02 08 58, Fax 0 62 34 / 30 52 30

✉ [SHGMutterstadt@web.de](mailto:SHGMutterstadt@web.de)

📄 [www.shgmutterstadt.de](http://www.shgmutterstadt.de)

### **Freudenstadt**

Rolf Fleig, Vorsitzender SHG Schlafapnoe Freudenstadt,

Wilhelm-Hauff-Weg 7, 72280 Dornstetten

Fon 0 74 43 / 9 11 18

✉ [rolf.fleig@web.de](mailto:rolf.fleig@web.de)

### **Südpfalz**

Norbert Faul, Vorsitzender des Vorstands,

SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V., c/o Bethesda,

Bodelschwingstraße 27, 76829 Landau/Pfalz

Fon 0 63 23 / 98 04 05

Fax 0 63 23 / 98 98 23

✉ [SHGSuedpfalz@aol.com](mailto:SHGSuedpfalz@aol.com)

📄 [www.schlafapnoe-suedpfalz.de](http://www.schlafapnoe-suedpfalz.de)

Bernd Bechtold, Vorsitzender des Vorstands, SHG Schlafapnoe  
Südpfalz e.V., Hochgasse 40, 67483 Edesheim  
Fon 0 63 23 / 39 23

### **Saar-Pfalz**

Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz, Hauenstein-Dahn-Annweiler & Umgebung, Prälatsommerstraße 25, 76846 Hauenstein  
Fon/Fax 0 63 92 / 76 78

Mobil 01 75 / 3 89 57 63

✉ aleidner@wueto.de

📄 [www.schlafapnoe-saarpfalz.de](http://www.schlafapnoe-saarpfalz.de)

### **Die SHG Saar-Pfalz hat Gruppen in**

66901 Schönenberg-Kübelberg

Dieter Müller

Fon/Fax 0 63 73 / 89 17 94

✉ Dieschlaefer@aol.com

66540 Neunkirchen

Franz Junkes

Fon 0 68 21 / 5 87 56

✉ franzjunkes@t-online.de

66482 Zweibrücken

Hans Striegel

Fon 0 63 32 / 4 38 40

✉ hans.striegel@web.de

### **Ortenau**

Günter Nickert, VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/  
Atemstillstand Gruppe Ortenau, In der Gifiz 44, 77656 Offenburg

Fon privat 07 81 / 5 65 17, Fon dienstl. 07 81 / 93 24 70,

Fax dienstl. 07 81 / 9 32 47 39

✉ nickert.sen@t-online.de

### **Radolfzell**

Jochen D. Lentzsch, I. Vorsitzender Sozialverband VdK,

Ortsverband Radolfzell, Selbsthilfegruppe Schlafapnoe,

Gnadenseestraße 14, 78315 Radolfzell

Fon 0 77 32 / 1 02 22

### **Südbaden**

Willi Goppelsröder, VdK-Regionalgeschäftsstelle Karlsruhe,  
Karlstraße 53 – 55, 76133 Karlsruhe

✉ w.goppelsroeder@vdk.de

### **Markgräflerland/Müllheim**

Klaus-Dieter Sippel, Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/  
Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach,  
Eckstraße 24, 79283 Bollschweil

Fon 0 76 33 / 80 19 - 15

Dieter Träris, stellv. Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe/Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach,  
Fon 0 76 21 / 6 24 70

### **Berchtesgadener Land/Salzburg**

Ilse Rothstein, SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/  
Salzburg, Peilsteinstraße 6, 83435 Bad Reichenhall

Fon 0 86 51 / 81 88

✉ ilse.rothstein@t-online.de

### **Coburg-Oberfranken**

Ernst Franke, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen  
Coburg-Oberfranken, Am Weinberg 5, 96450 Coburg

Fon 0 95 61 / 2 97 85

# Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe

---

Die meisten Selbsthilfegruppen haben sich im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen als dem Dachverband zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Interessen der Betroffenen einzutreten.

Werden Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe.

Senden Sie bitte den ausgefüllten Antrag an den:

VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen  
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Telefax 02 28/ 8 20 93-46.

Wir leiten diesen an die in Ihrer Nähe befindliche Selbsthilfegruppe weiter.

## Beitrittserklärung



ja, ich möchte Mitglied werden.

---

Name

---

Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

---

Telefon/Fax

---

Datum, Unterschrift

