

Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

VdK

Fachverband Schlafapnoe -
Chronische Schlafstörungen



17

Juni 2003

Inhalt

Schlafapnoe und Herz-Kreislaufkrankungen	5
Beatmungsmaske macht Schluss mit Sodbrennen und Schnarchen	8
Patientenrechte	8
Bamberger Arzt hat die lange Geschichte des Schnarchens erforscht	9
Nasen- oder Ganzgesichtsmaske?	11
Andere Therapie als die Überdruckbeatmung	12
Deutsche Beamte schlafen besonders gut	13
Anspruch der Versicherten auf Hilfsmittel	14
Nervenkern im Zwischenhirn bestimmt Tag-Nacht-Rhythmus	15
Leitlinie zu Bluthochdruck	16
Falten im Magenausgang stoppen sauren Reflux	17
Narkoleptiker schlafen plötzlich ein	18
Guten Noten für Schlaflabor Knappschaft	19
Patienten mit Schlafapnoe akzeptieren CPAP-Therapie sehr gut	20
Notfallpäckchen - kleiner Aufwand aber große Wirkung	21
Schlafstörungen - Führerschein weg	22
Fahrtüchtigkeit und Unfallhäufigkeit	23
Tag des Schlafes	26
Was können Selbsthilfegruppen bei der Betreuung schlafmedizinischer Patienten leisten?	27
Neue Studie belegt: CPAP-Therapie senkt Blutdruck von Schlafapnoe-Patienten	31
Bildschirmarbeit nur in Maßen	32

In Nordrhein-Westfalen wollen niedergelassene Ärzte und Schlaflabore in Zukunft besser zusammenarbeiten	33
Resmed und die Notfallversorgung	35
Schnarchstopper statt Rippenstoß	36
Erektile Dysfunktion bei Schlafapnoe	37
Bei Schlafstörungen drohen Depressionen	41
Bei zu viel oder zu wenig Schlaf können vermehrt Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten	42
Lachen und lernen	43
Selbsthilfegruppen im VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen	47

Impressum

Herausgeber: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Fon 02 28/8 20 93-0, Fax 02 28/8 20 93-46, **www.vdk-schlafapnoe.de**, **info-schlafapnoe@vdk.de**,
Verantwortlich:Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer,
Redaktion: Jens Kaffenberger, 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.

Schlafapnoe und Herz-Kreislauferkrankungen

Anhand großer Bevölkerungsstudien wurde ein gehäuftes Auftreten von Bluthochdruck, Verengung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Schlaganfall und Gefäßverkalkung bei Schlafapnoepatienten nachgewiesen. Letztlich führt das zu einer erhöhten Sterblichkeitsrate. Allerdings wurden auch bekannte Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei diesen Patienten festgestellt, wie Zucker und Fettstoffwechselerkrankungen, Übergewicht und Zigarettenrauchen. Im Schlaflabor zeigte sich, dass die charakteristischen, wiederholt auftretenden Atemstillstände (Apnoen), unmittelbare Auswirkungen auf das vegetative Nervensystem und den Blutdruck haben. Daher vermuten Schlafmediziner seit langem eine kausale Beziehung zwischen dem Schlafapnoe-Syndrom und Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Die verminderte Sterblichkeitsrate bei CPAP-Therapie unterstützt diese Vermutung.

Ungeklärt war bisher allerdings die Frage, wie die akuten Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem im Schlaf zu einer chronischen Herz- und Kreislauferkrankung führen können. Die Arteriosklerose („Gefäßverkalkung“) ist die Endstrecke einer Gefäßerkrankung und zugleich die Vorstufe vieler Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems. Sie beginnt zunächst als funktionelle Störung, bei der die Zellen der innersten Gefäßschicht (Endothelzellen) geschädigt werden. Diese funktionelle Störung der Endothelzellen (endotheliale Dysfunktion) wird als Frühstadium der Arteriosklerose betrachtet. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Zellen vielleicht auch die Brücke vom Schlafapnoe-Syndrom zu den Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bilden.

Wir untersuchen deshalb die Funktion der Gefäßendothelzellen bei Schlafapnoepatienten vor und unter CPAP-Therapie mit einer speziellen Handvenen - Messtechnik (Handvenen-Compliance-Messtechnik), In die Untersuchungen einbezogen wurden Schlafapnoepatienten im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren, wobei Raucher, Diabetiker, Patienten mit erhöhten Blutfettwerten, Bluthochdruck, einer Erkrankung der Herzkranzgefäße, der gehirnversorgenden Gefäße oder anderen bekannten Risikofaktoren für eine

Arteriosklerose ebenso ausgeschlossen wurden wie Patienten, die einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten hatten. Das Schlafapnoe-Syndrom wird im Schlaflabor diagnostiziert.

Um die Gefäßweitenregulation zu überprüfen, das heißt die Fähigkeit der Gefäße, sich auszudehnen und wieder zu verengen, verwenden wir zwei Substanzen: das körpereigene Hormon Bradykinin und Nitroglycerin. Bradykinin wirkt über die Endothelzellen, während Nitroglycerin direkt auf die Gefäße einwirkt, sie spontan erweitert. Für die Gefäßerweiterung selbst ist in beiden Fällen der Botenstoff NO (Stickstoffmonoxid) verantwortlich. Bradykinin fördert die Freisetzung von NO aus den Endothelzellen, während im Nitroglycerin selbst NO gebunden ist. Wenn sich mit Hilfe von Nitroglycerin die Gefäße nicht mehr erweitern lassen, dann liegt ein ausgeprägtes, vom Schlafapnoe-Syndrom unabhängiges Gefäßverhalten vor.

Wie elastisch die Gefäße sind, lässt sich mit Hilfe einer speziellen Messtechnik an den Handvenen prüfen: Zunächst wird die Handvene gestaut (100% Gefäßweite), anschließend mit Adrenalin verengt und schließlich mit dem körpereigenen Hormon Bradykinin in steigender Dosierung wieder erweitert.

Die Patienten mit einem Schlafapnoe-Syndrom zeigten nach Bradykiningabe eine deutlich herabgesetzte Gefäßreaktion. Als Vergleich diente eine gesunde Patientengruppe von entsprechender Geschlechtsverteilung, Alter, Körpergröße und Körpergewicht. Nach Bradykiningabe erweiterten sich die Venen bei Schlafapnoe-Patienten lediglich auf rund 60 Prozent, während die gleiche Stimulation bei den gesunden Kontrollpersonen eine Gefäßerweiterung von circa 95 Prozent des Normalwertes (gestaute Vene) bewirkte. Dies spricht für eine funktionelle Störung der Endothelzellen. Da die Gefäßreaktion nach Gabe von Nitroglycerin uneingeschränkt funktionierte, wurde die Gefäßweite nicht etwa durch eine Verkalkung fixiert. Unsere Ergebnisse weisen auch auf eine Abhängigkeit zwischen der Funktionsstörung der Endothelzellen und dem Schweregrad, sowie der Krankheitsdauer bei Schlafapnoe-Syndrom hin. Daraufhin wurde bei allen Patienten eine CPAP-Therapie (ca. 8,5 mbar) eingeleitet, die bei einer Kontrolle nach sechs Monaten die Funktion der Endothelzellen deutlich verbessert hatte.

Nach rund 190 Nächten unter CPAP-Therapie erweitern sich die Gefäße nach Bradykinin-Gabe auf 103 Prozent. Vor der Therapie wurden nur 60 Prozent erreicht. Die CPAP-Therapie wurde durchschnittlich fünf Stunden je Nacht angewandt. Die Funktion der Endothelzellen konnte damit wieder vollständig hergestellt werden. Unsere Untersuchungen weisen erstmals die Endothelzellen der Gefäßwand als Bindeglied in der kausalen Kette von der Schlafapnoe zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus. Zugleich wird deutlich, dass es noch sehr viel zu erforschen gibt: Es bleibt zu klären, wie es zu der Schädigung der Zellen kommt. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen einem nächtlichen Atmungsstress der Betroffenen und dem Einwirken mechanischer Kräfte (Scherkräfte) auf die Endothelzellen: Mechanische Signale könnten dann in biochemische Signale umgewandelt werden und die Endothelzellen schädigen. Eine andere Hypothese bezieht sich auf den Abfall und Anstieg des Sauerstoffgehaltes. Dabei können sich gefährliche Radikale bilden, die die Endothelzellen direkt angreifen. Eine Therapie der Schlafapnoe-Erkrankung ist entscheidend für die Prophylaxe von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die CPAP Technik hat sich dafür als Mittel der Wahl erwiesen. Wenngleich sie die Ursachen der Erkrankung nicht beseitigt, kann eine frühzeitige und konsequente Therapie die kausale Kette hin zu drohenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterbrechen und letztlich die Sterblichkeitsrate senken. Eine Alternative zur CPAP-Therapie kann die Beseitigung anatomischer Ursachen der Erkrankung durch Operation oder Behandlung sein -und auch hier gilt, ein gesunder Lebensstil mit entsprechender Ernährung und sportlicher Betätigung kann Prophylaxe sein.

Wie unsere Untersuchungen jetzt belegen, besteht bei der Schlafapnoe-Erkrankung ein extrem erhöhtes Unfallrisiko, das eine individuelle und kollektive Gefahr darstellt - von den Kosten ganz zu schweigen. Das ist der Gesellschaft noch nicht bewusst. Da die Dunkelziffer bei dieser Erkrankung vermutlich hoch ist, muss sich die ärztliche Versorgung zukünftig viel mehr dem „Erkennen und Behandeln“ des Schlafapnoe-Syndroms widmen. Nicht zuletzt würde dies enorme Kosteneinsparungen mit sich bringen.

(Quelle: Frau Dr. Maritta Orth, Dr. Hans-Werner Duchna, Prof. Dr. Gerhard Schultze-Werninghaus, PD Dr. Kurt Rasche, PD. Dr. Sylvia Kotterba, Universitätsklinik Bochum/SHG Schlafapnoe Marburg)

Beatmungsmaske macht Schluss mit Sodbrennen und Schnarchen

Eine Beatmungsmaske, die Extremschnarchern gegen häufige Atemaussetzer hilft, eignet sich auch zur Bekämpfung von Sodbrennen. Wie Gastroenterologen und Wissenschaftler des Schlafstörungszentrums der University of South Alabama herausfanden, reduzierte die Maske nicht nur das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (Zufallen der Atemwege), sondern auch das Zurückschwappen der Magensäure in die Speiseröhre. Den doppelten Nutzen der Beatmungsmaske stützen sie auf die Ergebnisse bei 331 Patienten mit einem Schlafapnoe-Syndrom. Rund zwei Drittel der Probanden litten gleichzeitig an einer nächtlichen Refluxkrankheit, die durch ständiges Sodbrennen ausgelöst wird und den Schlaf zusätzlich behindert. Die Überdruck-Maske bewährte sich nicht nur als Mittel gegen Extremschnarcherei, bei drei Viertel der Patienten halbierte sie auch die Reflux-Symptome, schreiben die Wissenschaftler im Fachblatt Archives of Internal Medicine. Die Wirkung beruht vermutlich auf dem Überdruck der Maske, der die Magensäure am Aufsteigen hindert. Wie sich zeigte, verbesserte sich das Sodbrennen mit zunehmender Druckeinstellung der Maske. Wurde die Maskenbeatmung abgebrochen, reduzierte sich die Chance einer Linderung des sauren Aufstoßens auf 30 Prozent.

(Quelle: Archives of Internal Medicine 63)

Patientenrechte

Das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) hat zusammen mit dem Bundesjustizministerium eine neue Broschüre herausgegeben, in der sich Ärzte und Patienten über ihre Rechte und Pflichten informieren können. Es geht dabei nicht um neues Recht, sondern darum, über bestehende Rechte verständlich zu informieren.

Die Broschüre umfasst 20 Seiten und kann entweder unter der Telefon-Nr. 0800-1515159 angefordert oder aus dem Internet unter www.bmgs.bund.de heruntergeladen werden.

(Quelle: BMGS)

Bamberger Arzt hat die lange Geschichte des Schnarchens erforscht

Überwältigend laut. 92,3 Dezibel. So laut ist in etwa eine aufheulende Polizeisirene oder ein beschleunigendes Motorrad. Lauter, als ein Mensch schreien kann. 92,3 Dezibel sind allnächtlich im Schlafzimmer des britischen Taxifahrers Mel Switzer zu messen, denn Mel Switzer schnarcht in weltweit einmaliger Lautstärke. Viele Jahre lang konnte er mit dieser Lautstärke seinen Platz im Guinness-Buch der Rekorde unangefochten behaupten.

Auch wenn das Schnarchen nicht solch ohrenbetäubende Ausmaße wie bei Mel Switzer annimmt und ganz gleich, ob es rasant wie Bäumessägen oder im gleichmäßigen Takt wie ein Uhrwerk geschieht: Wer davon geweckt wird oder deshalb nicht einschlafen kann, verspürt bisweilen insgeheim Mordgelüste und zückt vielleicht das eine oder andere Mal das Kissen, um dem Schnarchen des Partners ein Ende zu setzen.

Manchmal endet die nächtliche Ruhestörung sogar in einem tatsächlichen Mord, wie 1871 im amerikanischen Bundesstaat Kansas, als der berüchtigte Outlaw John Wesley Hardin einen schnarchenden Hotelgast durch die Wand erschoss und durch diese Tat unsterblichen Ruhm erlangte. Johannes Brahms verewigte sich zwar durch seine Musik, zu Lebzeiten war er manchmal jedoch als Schnarcher weitaus berühmter - oder besser berüchtigt. Ob im Kaffeehaus oder bei Abendeinladungen, Brahms schlief überall sofort ein, um alsbald in lautes Schnarchen zu verfallen. Selbst ein Konzert seines geschätzten Kollegen Gustav Mahler konnte ihn nicht wach halten; es wurde jäh von Brahms Geräuschen unterbrochen. Ein Fauxpas, den die Konzertkritiker in ihren Zeitungen nicht unerwähnt ließen.

Der Bamberger Facharzt für Innere Medizin Berndt Rieger hat in seinem bunten „Buch vom Schnarchen“ eine ganze Reihe solcher Anekdoten rund um das sägende Geräusch zusammengetragen - von schnarchenden Göttern, Präsidenten und Künstlern wie Johannes Brahms oder Orson Welles. Angereichert ist es mit literarischen Fundstücken zum Thema - unter anderen von Miguel de Cervantes, Leo Tolstoi, Emile Zola und Mark Twain. Und natürlich hat der Mediziner Rieger auch über die lange Geschichte des

Schnarchens geforscht. Galt das Schnarchen im Altertum noch als Ausdruck der wenig heldenhaften Pflichtvergessenheit, wurde es im Mittelalter zum Zeichen von Seligkeit und Lebensgenuss. Mit vollem Bauch schnarcht es sich bekanntlich besonders gut.

Wissenschaftler versuchen immerhin, der ganzen Schnarcherei noch etwas Gutes abzugewinnen. Der Schweizer Franz Theiler sieht darin ein Überbleibsel aus jenen Tagen, als die Menschen noch im Freien und unter wilden Tieren lebten. Das laute Schnarchen habe die Raubtiere abgeschreckt. Es gibt aber auch einen gegenteiligen Erklärungsversuch. Die Evolution habe älteren, schwachen Menschen ein größeres Gaumenzäpfchen für geräuschvolleres Schnarchen wachsen lassen, so dass die hungrigen Raubtiere zuerst auf die Schnarcher aufmerksam wurden und diese sich unfreiwillig für den Rest des Stammes aufopferten.

Dass der Mensch überhaupt schnarcht, hat tatsächlich etwas mit der Evolution zu tun. Im Vergleich zum Menschenaffen ist der Mittelgesichtsbereich des Menschen deutlich zurückgewichen, womit der Platz im Nasenrachenraum vergleichsweise deutlich eingeschränkt ist. Im Liegen kann es dort schon mal eng werden, die Schleimhäute geraten aneinander und mittels des besonderen Resonanzkörpers ertönen die bekannten Geräusche.

Erstaunlicherweise sind Frauen davon weit weniger betroffen. Schnarchen ist vor allem eine männliche Angelegenheit - und eine rein menschliche, sieht man einmal von überzüchteten Hunderassen wie etwa der englischen Bulldogge und dem einen oder anderen Pferd ab. Die Schnarcheule hat ihren Namen übrigens zu Unrecht bekommen, ihre heiser-grunzende Stimme hat sie auch im Wachzustand.

Das Schnarchen des Ehepartners ist nicht nur in den USA seit 1971 ein gesetzlich anerkannter Scheidungsgrund, auf Dauer ist es sogar gesundheitsschädlich. Eine wissenschaftliche Untersuchung kam unlängst zu dem Ergebnis, dass der nichtschnarchende Partner jede Nacht rund eine Stunde kostbaren Schlafs verliert und durchschnittlich dreiundzwanzigmal pro Stunde von den lauten Nebengeräuschen aufgeweckt wird.

Wie hat es die Ehefrau von Mel Switzer vierzig Jahre lang neben ihrem Schnarch-Weltmeister ausgehalten? „Es ist ganz einfach: Meine Frau Julie und ich lieben uns, und sie ist auf einem Ohr taub.“

Inzwischen ist Herr Switzer seinen Titel wieder los. Bei Kare Walkert aus Schweden wurden 93 Dezibel gemessen. Das entspricht dem Lärm, der auf einer stark befahrenen Straßenkreuzung gemessen werden kann. Über Gehörschäden in der Familie Walkert ist im Übrigen nichts bekannt. Noch nicht.

(Quelle: Berliner Zeitung, 27.2.03)

Nasen- oder Ganzgesichtsmaske?

Studie untersucht Therapiezufriedenheit

Komfortable und gut angepasste Masken haben für die Compliance der Patienten mit obstruktiv bedingter schlafbezogener Atmungsstörung bei Nutzung der nasalen CPAP-Therapie einen hohen Stellenwert. Schlafmediziner des Krankenhauses Kloster Grafschaft gingen in einer aktuellen Studie der Frage nach, welchen Stellenwert die Ganzgesichtsmaske beim Beginn der nasalen CPAP-Therapie hat, wie viele Patienten mit der zuerst zugeteilten Maske zufrieden waren und bei welchen Patienten nach Ablauf von sechs Wochen ein Maskenwechsel erforderlich war.

Es zeigte sich, dass es bei 68 Prozent der Patienten möglich ist, bereits in der Therapieanleitungphase eine für den Patienten zufriedenstellende Maske anzupassen. Davon sind der überwiegende Anteil (86 Prozent) Nasenmasken. Bei den Patienten, die mit der 1. Maske nicht zufrieden waren (32Prozent), war der Anteil der Nasenmasken in etwa gleich. Etwa ein Drittel dieser Patienten wechselten dann auf eine Ganzgesichtsmaske und waren damit zufrieden.

(Quelle: Dokumentation der Jahrestagung 2003 der Sektion nächtliche Atmungs- und Kreislaufstörungen)

Andere Therapie als die Überdruckbeatmung

Bei leichter Apnoe kann eine Zahnschiene hilfreich sein

Während es für Patienten mit schwerer obstruktiver Schlafapnoe (OSAS) keine Alternative zur nasalen Überdrucktherapie gibt, kann die Behandlung von Patienten mit leichter OSAS oftmals durch eine Zahnschiene in Verbindung mit einer veränderten Schlafposition erfolgreich behandelt werden. Eine echte Alternative ist das aber nicht, wie Dr. Martin Held vom Klinikum Kempten kürzlich auf einem Symposium darlegte. Die verschiedenen ein- und mehrteiligen Schienen sind weniger effektiv als die Geräte zur CPAP-Therapie, bei denen dem Patienten die Luft mit einem geringen Überdruck über die Nase zugeführt wird. Auch die bekannten operativen HNO-Eingriffe wie die laserassistierte Uvulopalatoplastik (LAUB) sind nur für Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Schlafapnoe anzuraten.

Es bleibt jedoch unumstritten, dass die Therapie der Wahl bei allen schweren Formen der Schlafapnoe die kontinuierliche Überdruckbeatmung durch die Nase ist. Dabei wird der Rachen offen gehalten, es treten keine oder nur wenige Apnoen auf, und das Schnarchen hört auf oder wird stark reduziert. Dr. Held empfahl besonders solche Beatmungsgeräte, die Unregelmäßigkeiten der Atmung erkennen und den Therapiedruck entsprechend anpassen. Der Vorteil solcher Geräte ist, dass der dabei angewandte Therapiedruck niedriger als bei anderen Geräten sein kann, was die Compliance für die Patienten erhöht.

(Quelle: Ärztezeitung)

Deutsche Beamte schlafen besonders gut

Beamte schlafen besonders gut, Hausfrauen hingegen besonders schlecht: Nur rund elf Prozent der deutschen Staatsdiener klagen über Probleme beim Ein- oder Durchschlafen, wie die erste bundesweite repräsentive Schlafstudie ergab. Beamte erfreuen sich damit einer weit besseren Nachtruhe als der Bevölkerungsdurchschnitt: Denn insgesamt leidet der Befragung zufolge fast jeder fünfte Bundesbürger an Schlafproblemen. Von den Hausfrauen klagt sogar fast jede Dritte über kurze oder unterbrochene Nächte. Außer dem Beruf entscheiden auch Geschlecht, Bildung und Einkommen mit über die Qualität der Nachtruhe.

Von einer „schlaflosen Gesellschaft“ sei die Bundesrepublik jedoch weit entfernt, sagte die Familienforscherin Uta Meier von der Universität Gießen bei der Vorstellung der Studie. Mehr als zwei Drittel der Deutschen schlafen laut der Umfrage wochentags immerhin sechs bis acht Stunden. Nur zwei Prozent stuften sich als notorische Kurzschläfer an, die auf Dauer mit weniger als fünf Stunden Bettruhe auskommen.

Männer klagten in der Umfrage generell weit seltener über schlechten Schlaf als Frauen: Nur 13 Prozent von ihnen räumten eine gestörte Nachtruhe ein, verglichen mit 24 Prozent der Frauen. Unruhig im Bett wälzten sich vor allem Frauen, die im Haushalt rotieren und sich um die Familie sorgen, erklärte Meier: „Das kreist ihnen nachts im Kopf und fördert das Ein- und Durchschlafproblem.“ Der unkündbare Beamtenstatus mit geregelten Arbeitszeiten und festem Einkommen sei hingegen „das ideale Ruhekitzen“.

Auch von Schulabschluss und Kontostand hängt die Nachtruhe ab: „Menschen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen leiden deutlich häufiger an Ein- und Durchschlafproblemen als solche mit höherer Bildung und höherem Einkommen“, erklärte Meier: Wer ständig um die Ausbildung der Kinder oder die nächste Ratenzahlung für das Auto fürchten müsse, könne auch nachts nicht so einfach zur Ruhe kommen.

Um den erhofften ruhigen Schlaf zu finden, praktizieren zwei Drittel der Bundesbürger laut der Studie ein bestimmtes Einschlafritual:

Jeder fünfte Befragte liest vor dem Einschlafen. Auf Platz zwei der Hitliste steht ein Glas Bier oder anderer Alkohol. „Wir vermuten aber, dass dieses Ergebnis nur die Spitze des Eisberges ist“, sagte Meier. Mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit sei bei der Frage zum Alkohol geschummelt worden. Die Studie spreche nämlich für eine „Normalisierung des Alkoholkonsums als Einschlafdroge“. Vor dem Fernseher schlummern der Studie zufolge besonders gern die Ostdeutschen ein - immerhin jeder fünfte benutzt den TV als Schlafmittel.

(Quelle: Yahoo Schlagzeilen, 7.2.03)

Anspruch der Versicherten auf Hilfsmittel

Gerade hat das Frankfurter Sozialgericht wieder ein Urteil (Aktenzeichen S 20 KR 2240/02) zum Wohle der gesetzlich Krankenversicherten gefällt. Die 20. Kammer des Sozialgerichts hatte über den grundsätzlichen Anspruch einer 62jährigen Klägerin auf eine Sitz- und Stehhilfe wegen erheblicher Beschwerden beim Aufstehen aus der Sitzposition, bedingt durch Muskelschwäche und Arthrose in beiden Knien, zu entscheiden. Die Krankenkasse hatte trotz ärztlicher Verordnung die Übernahme der Kosten in Höhe von 222,72 Euro mit der Begründung abgelehnt, bei der Sitz- und Stehhilfe handele es sich nicht um ein Hilfsmittel, sondern um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens.

Die Frankfurter Sozialrichter waren jedoch der Auffassung, dass Geräte, die für spezielle Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt sowie ausschließlich oder überwiegend von diesem Personenkreis benutzt werden, nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände anzusehen sind.

(Quelle: Ärztezeitung)

Nervenkern im Zwischenhirn bestimmt Tag-Nacht-Rhythmus

Ein reiskornkleiner Nervenkern im Zwischenhirn - auf der Höhe des Nasenrückens über der Kreuzung der Sehbahnen - ist das zentrale Uhrwerk im Organismus. Das zirkadiane System steuert Körpertemperatur, Blutdruck und Hormonhaushalt. Wehe, wenn das Tageslicht als Kontaktgeber ausfällt - dann spinnt die innere Uhr und sorgt für schlaflose Nächte. Die innere Uhr der Säugetiere - auch der Menschen - besteht aus drei Komponenten, die räumlich voneinander getrennt, aber über Nervenbahnen miteinander verbunden sind.

Die Schaltstelle ist der suprachiasmatische Nucleus, eine unscheinbare Ansammlung von Nervenzellen im Hypothalamus. Dort lokalisierte Zellen (Uhrenzellen) produzieren verschiedene Neuropeptide in wechselnden Konzentrationen. Die Zu- und Abnahme der Stoffmenge ist genetisch festgelegt und folgt einem eigenen Rhythmus. Mit der Geburt wird dieser endogene Oszillator mit dem Tageslicht synchronisiert. Photorezeptoren in der inneren Körnerschicht der Retina - also nicht die uns bekannten Stäbchen und Zäpfchen in der äußeren Netzhautschicht - leiten die Lichtimpulse an den Nucleus weiter, der dann über neuronale und neuroendokrine Mechanismen den Stoffwechsel reguliert. Das Signal „Hell“ vermittelt Aktivität, das Signal „Dunkel“ legt die Ruhephasen fest.

Ist diese Feinabstimmung gestört, kommt die innere Uhr aus dem Takt. Das ist vom Jetlag beim raschen Überfliegen verschiedener Zeitzonen bekannt, es lässt sich aber auch wissenschaftlich belegen. Forscher am Max-Planck-Institut für experimentelle Endokrinologie in Hannover haben die Aktivität von Mäusen im Laufrad unter wechselnden Lichtverhältnissen gemessen. Der Rhythmus der Mäuse - obwohl nachtaktiv - beträgt wie beim Menschen 24 Stunden. Wird die Tag-Nacht-Phase künstlich verändert, passt sich die Aktivität der Tiere langsam den neuen Bedingungen an. Dabei haben die Uhren-Gene eine wichtige Funktion, ähnlich jener des Stellrädchens an der Uhr. Transgene Mäuse mit defekten Uhren-Genen nutzen das Laufrad unabhängig von der Tageszeit.

Zahl und Funktion der zirkadian aktiven Gene seien erst teilweise erforscht, wird von den Forschern berichtet. So funktioniert das Uhr-Gen „Period“ wie eine Wasseruhr. Kontinuierlich setzen die Zellen die Geninformation in Proteine um, bis sie überlaufen. Dann blockieren die Proteine sich selbst und werden abgebaut - ein Kreislauf der unter normalen Lichtverhältnissen 24 Stunden dauert. Erst kürzlich konnten Mutationen im menschlichen Period-Gen nachgewiesen werden. Sie scheinen Grund für ein ungewöhnliches Schlafverhalten zu sein. Die Patienten schlafen trotz normaler Lichtverhältnisse am frühen Abend ein und wachen morgens etwa vier Stunden eher auf als Menschen mit normalem zirkadianen Rhythmus, berichten die Forscher. Die Forschungsergebnisse der Chronobiologie dienen aber nicht nur der Aufdeckung seltener Erbkrankheiten. Vielmehr hofft man, so neue Therapiemöglichkeiten für Menschen mit verstellter innerer Uhr zu finden. Das sind außer den Vielfliegern mit Jetlag vor allem Berufstätige im Schichtdienst und Patienten mit Winterdepressionen.

(Quelle: Ärztezeitung)

Leitlinie zu Bluthochdruck

Wissenschaftler der Universität Witten/Herdecke haben die erste evidenzbasierte Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung des Bluthochdrucks für Hausärzte und Allgemeinmediziner im Internet veröffentlicht. Sie behandelt unter anderem Themen wie „Bluthochdruckbehandlung bei älteren Patienten“, „Vorgehen bei Therapieresistenz“ und „Notfallbehandlung der hypertensiven Krise“.

Die Mitarbeiter des „Wissensnetzwerks“ der Hochschule haben neben der Leitlinie für Ärzte, die unter www.evidence.de abgerufen werden kann, auch eine Patientenleitlinie ins Netz gestellt, die Laien unter www.patientenleitlinien.de abrufen können. Beide sind kostenlos.

(Quelle: Ärztezeitung)

Falten im Magenausgang stoppen sauren Reflux

Im Zusammenhang mit der Erkrankung an Schlafapnoe klagen viele Betroffene über nächtlichen sauren Reflux. Diese Erkrankung wurde jetzt erstmalig von irischen Medizinerinnen am St. James Hospital in Dublin erfolgreich behandelt indem man per Endoskop durch zwei Nähte Gewebefalten in der Kardia gebildet habe, die den Reflux von Mageninhalt verhindern.

Die Mediziner berichten über ihre Erfahrungen bei 22 Patienten im mittleren Alter von 39 Jahren, die wegen einer hartnäckigen Refluxerkrankung langfristig Protonenpumpenhemmer (PPI) einnehmen oder operiert werden mussten. Als Alternative bot sich das endoskopische Verfahren mit Bildung von Kardia-Falten an, dem die Patienten zustimmten. Die Behandlung war so erfolgreich, dass die sofort nach dem Eingriff festgestellte Verbesserung auch nach einem Jahr noch genauso wirksam war. Häufigkeit und Ausprägung von Sodbrennen waren innerhalb des ersten Jahres nach der Therapie konstant signifikant geringer gewesen als vor der Behandlung. Auch der Bedarf an PPI war ein Jahr nach dem endoskopischen Eingriff noch immer 64 Prozent niedriger als vor der Therapie.

Zwölf Monate nach der Behandlung benötigten nur 35 Prozent der beteiligten Patienten überhaupt noch das säurehemmende Medikament. Weiterhin stellte man fest, dass der positive Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten, bewertet wurden hier etwa Schlafstörungen oder Einschränkungen im sozialen Bereich, gleichmäßig erhalten blieb.

Für eine endgültige Bewertung der endoskopischen Therapie sind nach Meinung der irischen Mediziner noch längere Nachbeobachtungszeiten nötig, aber auch prospektive Studien, in denen die neue Therapieform mit der medikamentösen und der chirurgischen Standardtherapie verglichen wird. Die neue endoskopische Therapie wird in Deutschland derzeit auch in einer Multizenterstudie geprüft, berichtet PD Dr. Karel Caca von der Universitätsklinik in Leipzig.

(Quelle: Ärztezeitung)

Narkoleptiker schlafen plötzlich ein

Etwa 0,1 Prozent aller Deutschen leiden unter einer Störung der inneren Uhr, der so genannten Narkolepsie. Damit kommt Narkolepsie ebenso häufig vor wie die Multiple Sklerose. Die eigentlichen Ursachen der Krankheit, die sich zu vererben scheint, sind noch ungeklärt, berichtet der Gesundheitsdienst im Internet www.lifeline.de. Ist die Krankheit erst einmal erkannt, können die Beschwerden deutlich verbessert werden.

Narkoleptiker leiden unter einem plötzlich auftretenden unwiderstehlichem Schlafbedürfnis. Die Betroffenen fallen bei der typischen Narkolepsie auch bei großer Freude oder einem Schrecken in sekunden- bis minutenlangen Schlaf. Nach jeder Schlafattacke fühlen sich die Narkoleptiker erfrischt und ausgeruht. Nachts dagegen kommen sie kaum zur Ruhe. Besonders die Einschlaf- und Aufwachphasen sind von quälenden Halluzinationen begleitet. Als extrem ängstigend erleben Narkoleptiker die so genannten Schlaf lähmungen, ein Phänomen, das beim Gesunden verhindert, dass Menschen im Schlaf um uns schlagen oder den geträumten Wettlauf im Schlafzimmer mitlaufen. Narkoleptiker erleben diese Starre bei vollem Bewusstsein.

Nicht jeder, der tagsüber schläfrig ist, hat Narkolepsie. Auch Menschen, die unter dem so genannten Schlafapnoe-Syndrom leiden, sind am Tage oft bleiern müde. Um sicherzugehen, dass es sich wirklich um Narkolepsie handelt, müssen Störungen an der Schilddrüse oder Gehirnerkrankungen ebenso ausgeschlossen werden wie Alkohol- oder Tablettenmissbrauch.

Um die Beschwerden zu mildern, ist ein geordneter Tagesrhythmus, kohlenhydratarms Essen und Bewegung an der frischen Luft wichtig. Ein Arzt kann verschiedene, gut aufeinander abgestimmte Medikamente verschreiben, die den Nachtschlaf verbessern und die Tagesmüdigkeit mindern. Auch die psychosoziale Betreuung der Patienten und der Angehörigen darf nicht fehlen. Weitere Infos und Hilfe bietet die Internetseite der Deutschen Narkolepsie Gesellschaft: <http://www.dng-ev.de>

(Quelle: Yahoo, 24.02.03)

Guten Noten für Schlaflabor Knappschaft

Das Schlaflabor des Knappschaftskrankenhauses Recklinghausen unter der Leitung von Professor Dr. Loos, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, hat sich von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) überprüfen lassen. Ergebnis: Das Recklinghauser Labor liegt deutschlandweit in der Spitzengruppe.

Von der DGSM wurden seit Frühjahr diesen Jahres 5580 Patienten in insgesamt 181 Schlaflaboratorien befragt und medizinische Daten ausgewertet. Die Ergebnisse wurden verglichen und dann gegenübergestellt, so das jedes Krankenhaus sehen kann, wo es im Vergleich mit allen anderen Häusern liegt. Für das Schlaflabor von Prof. Dr. Loos zeigte sich ein erfreuliches Ergebnis, in den verschiedenen Kategorien (Patientenzufriedenheit/Befinden seit Therapiebeginn) konnten sehr gute Noten erzielt werden. Einzig der Bereich Wartezeiten wies Schwachstellen auf. Durch den Neubau und die Erweiterung des Schlaflabors um zwei Plätze zeigte sich aber schon jetzt, so das Knappschafts Krankenhaus in einer Mitteilung, dass bei der nächsten Qualitätsprüfung auch dieser Bereich deutlich besser abschneiden wird.

Ein positiver Unterschied zu anderen Schlaflaboren ist sicherlich auch, dass auf der Station in Recklinghausen immer ein Arzt anwesend ist und ein Spezialist das Labor leitet. Im Knappschafts Krankenhaus Recklinghausen sind sowohl Prof. Dr. Ulrich Loos als auch der Leitende Arzt des Schlaflabors, Oberarzt Dr. Sastry, ausgewiesene Spezialisten für Schlafstörungen. Im Schlaflabor der Knappschaft werden circa 1500 Patienten pro Jahr behandelt. Neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung existiert eine enge Kooperation mit der Selbsthilfegruppe „Schlafapnoe“, die, so Dr. Sastry, viele Punkte auffangen kann, die in der klinischen Betreuung nicht mit abgedeckt werden können. Die Selbsthilfegruppe trifft sich jeden zweiten Dienstag im Monat ab 18 Uhr zum Informationsaustausch im Knappschafts Krankenhaus. Die Gruppe ist über die Jahre auf circa 80 Mitglieder gewachsen und steht für alle Interessierten offen.

(Quelle: RZ, 17.12.2002)

Patienten mit Schlafapnoe akzeptieren CPAP-Therapie sehr gut

Für Patienten mit ausgeprägter obstruktiver Schlafapnoe ist die kontinuierliche Überdruckbeatmung durch die Nase nach wie vor die Behandlung der Wahl. Die Nasenmasken werden relativ gut toleriert und regelmäßig getragen, wenn der Atemdruck stimmt und die Maske gut angepasst wurde.

In Deutschland ist nur etwa jeder zehnte der 3,2 Millionen Menschen mit obstruktiver Schlafapnoe in Behandlung. Von der Diagnose bis zur Therapie ist es ein weiter Weg. Und die Zahl der Ärzte, die die Schlafapnoe diagnostizieren können, ist noch immer gering. Bestätigt sich bei einer ambulanten Polygraphie der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung, wird der Patient in eines der 350 deutschen Schlaflabore eingewiesen.

Wie eine Umfrage ergeben hat, beträgt die Wartezeit auf einen Platz im Schlaflabor im Schnitt vier Monate. Ein auf Dauer unhaltbarer Zustand. Nachdem der Patient therapiert wurde, kann die Nachsorge meist ambulant mit dem Polygraphen erfolgen. Ein stationärer Aufenthalt mit polysomnographischer Untersuchung der Schlafqualität ist nur dann notwendig, wenn der Patient trotz CPAP-Therapie über Tagesmüdigkeit klagt, an Gewicht zugenommen hat oder ein neues Therapiegerät benötigt. Das Schlaflabor ist außerdem weiterhin für die Erstdiagnose der obstruktiven Schlafapnoe wichtig. Zwar kann ein Polysomnogramm auch zu Hause aufgezeichnet werden, aber die damit abgeleiteten EEG's sind oft nicht auswertbar. Nur Kinder haben einen so ruhigen Schlaf, dass die „Heimdiagnose“ einer schlafbezogenen Störung gerechtfertigt ist.

(Quelle: Ärztezeitung)

Notfallpäckchen - kleiner Aufwand aber große Wirkung

Erfahrungsbericht eines Betroffenen

Für uns Betroffene ist es wichtig, dass wir im Schlaf richtig therapiert werden. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn unsere Geräte richtig funktionieren. CPAP-Gerät und Maske mit den dazugehörigen Teilen wie Schlauch, Combi-flex et cetera dürfen nicht defekt sein. Störungen treten in den meisten Fällen (merkwürdigerweise) immer außerhalb der Öffnungszeiten von Geschäften auf. Aus diesem Grunde habe ich mir ein Notfallpäckchen zusammengestellt. Die Betonung liegt auf Notfall. Es darf nie und nimmer die Reparatur durch das Fachpersonal ersetzen. Mir ist vor längerer Zeit der Steg einer Maske (über der Nase unterhalb des Abstandhalters) gebrochen. Ohne Sekundenkleber und dem Isolierband hätte ich die Nacht nicht erholsam verbringen können. Am nächsten Tag wurde sofort die Maske erneuert und zwei Wochen später die Kontrolle im Schlaflabor durchgeführt. Um Sie vor Schaden zu bewahren, habe ich Ihnen meine Zusammenstellung des Päckchens in einer Tabelle zusammengefasst:

Inhalt	zu verwenden	austauschen
Isolierband	zum Abdichten von Schlauch, Maske und Gerät	jährlich
Leukoplastband	wie oben, jedoch für Körperkontakt geeignet (dichtet nicht ab)	jährlich
Durchzuggummi	zum Befestigen der Bandagen bei Bruch (Kopfbänder)	zweimal im Jahr
ein Stück Draht	zum Befestigen von Teilen oder als Nadel zu verwenden	nur wenn rostig
zwei Sicherungen	als Ersatz für das CPAP-Gerät bei Stromschwankungen/Kurzschluss	nach Verwendung
EU-Stecker	für andere Steckdosen (extra verpacken)	nur wenn defekt
Salbe für Druckstellen	kleiner Salvenvorrat für Wunden und Druckstellen „bewährte Salbe“	jährlich
ein Stück Küchenschwamm	zum Abdichten der Maske (zwischen Haut und Maske)	nur wenn defekt

3 bis 4 verpackte Alkoholtücher	zur Desinfektion	jährlich
Sekundenkleber für Plastik	zum Kleben von Plastikteilen	jährlich
Plastiksprengring der Maske	Befestigungsring für das beweglich Ein- und Auslassteil der Maske	bei Maskenwechsel oder Bruch
Anschriften und Telefonnummern	Gerätehersteller und Servicestellen - auch im Ausland VdK-Selbsthilfegruppen, VdK Fachverband in Bonn, DGSM geprüfte Schlaflabore	bei Gerätewechsel nach Wechsel der Schlafapnoe Aktuell

Es sei noch einmal darauf hingewiesen: Das Notfallpäckchen ist nur für den Notfall gedacht und ersetzt nicht die Reparaturen durch den Fachmann.

Günter Nickert

Schlafstörungen - Führerschein weg

Menschen mit Schlafapnoe-Syndrom haben ein siebenfach erhöhtes Unfall-Risiko im Straßenverkehr. Viele von ihnen überschätzen jedoch ihre Fahrtüchtigkeit. Das hat jetzt ein internationales Ärzteteam herausgefunden. Wie der britische Sender BBC berichtet, fordern Mediziner der European Respiratory Society als Konsequenz ihrer Studie verbindliche Regeln für die EU. In Frankreich, den Niederlanden und Großbritannien etwa verlören Apnoe-Patienten ihren Führerschein, wenn sie sich nicht in ärztliche Behandlung begäben.

(Quelle: Ärztezeitung)

Fahrtüchtigkeit und Unfallhäufigkeit

Etwa 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung leiden an Schlafstörungen und 10 bis 20 Prozent an Tagesmüdigkeit. Das bedeutet: Etwa 8 bis 12 Millionen Menschen in Deutschland sind nicht ausgeruht und fühlen sich tagsüber müde, „kaputt“ und unausgeruht.

Schlafentzug, unregelmäßige Schlafzeiten, Schlaf-Fragmentation und auch Sauerstoffmangel werden ursächlich für Tagesmüdigkeit angesehen. Normalerweise unterliegt die Leistungsfähigkeit des Menschen tageszeitlichen Schwankungen. Ein Leistungstief liegt zwischen 3.00 bis 4.00 Uhr (für „Nachtarbeiter“) und ein weiteres zwischen 13.00 bis 16.00 Uhr, für die Menschen, die tagsüber arbeiten. Unsere moderne Leistungsgesellschaft fordert Flexibilität und Fitness. Produktions- und Service-Prozesse müssen zur Auslastung teurer Maschinen rund um die Uhr funktionieren, um die Nachfrage des täglichen Bedarfs ständig und überall verfügbar zu machen. Maschinen funktionieren nonstop, aber der Mensch hat seine biologischen Grenzen. Er wird müde. Wird das normale Schlaf- und Ruhebedürfnis missachtet, hat das oft fatale Folgen.

Reduzierte Leistungsfähigkeit und Tagesschläfrigkeit bergen sozialmedizinische Probleme. Fast jeder kennt die Situation, aber die Gefahren werden leider unterschätzt. Wenn bei langen oder nächtlichen Autofahrten die Augenlider zufallen, Augenbrennen, Frösteln und Gähnanfälle auftreten und die letzten Kilometer kaum noch erinnert werden, steigt die Gefahr eines schweren und vielleicht tödlichen Unfalls. Müdigkeit wirkt wie Alkohol, sie führt zu Wahrnehmungsveränderungen und Selbstüberschätzung. Neben einer gewissen Basis-Müdigkeit gibt es für den Sekundenschlaf noch weitere Auslöser. Hierzu gehören: monotone Fahr situation, Dunkelheit, geringe Verkehrsdichte. Neben langen Fahrzeiten ist auch ein schlafender Beifahrer ein Risikofaktor. Sekundenschlaf tritt aber nicht nur bei kurzfristigem Schlafmangel auf, sondern eine wachsende Anzahl von Menschen leidet - oft ohne es selbst zu wissen - an chronischen Schlafstörungen, wie etwa den schlafbezogenen Atmungsstörungen. Bekannt ist die Schlaf-Apnoe. Der nichterholbare Schlaf der Betroffenen kann neben Leistungsknick und Tagesmüdigkeit zu schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Starke Müdigkeit fördert die Unfallhäufigkeit, verändert den

Gesundheitsstatus, die Lebensqualität und erhöht möglicherweise die Mortalität. Man weiß, dass Menschen mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung an einer vermehrten Tagesmüdigkeit leiden und diese ursächlich für eine erhöhte Unfallhäufigkeit zu sein scheint.

Bereits beim starken Schnarchen ohne Nachweis von Atmungspausen ist das Risiko mindestens einen Unfall in fünf Jahren zu verursachen um das 3,5-fache erhöht. Untersuchungen zur Reaktionsfähigkeit bei schläfrigen Menschen zeigen, dass Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung eine verlängerte Reaktionszeit haben. Es sind in mehreren Studien eine zwei- bis siebenfach erhöhte Unfallhäufigkeit nachgewiesen worden. Mit Betriebs- und Autounfällen durch Sekundenschlaf muss gerechnet werden: 25 bis 60 Prozent sind auf organische Schlaf-Wach-Störungen zurück zu führen. Im Jahr 1988 wurden in den USA die Kosten für müdigkeitsbedingte Verkehrs- und Arbeitsunfälle auf 43 bis 54 Milliarden Dollar geschätzt. Jährlich entstehen in Deutschland zehn Milliarden Euro Folgekosten durch Arbeits- und Verkehrsunfälle infolge von Übermüdung. Nach einer Untersuchung aus den USA und Teilen Deutschlands liegen Zahlen vor, dass 30 Prozent aller Unfälle auf Fernstraßen durch Einschlafen am Steuer verursacht werden. Im Jahr 1991 war nach einer Untersuchung des HUK-Verbandes das Einschlafen am Steuer für fast ein Viertel aller tödlichen Unfälle (24 Prozent) auf bayrischen Autobahnen verantwortlich. Die Untersuchung betraf 204 Unfälle mit 242 Toten. Auslösende Kriterien waren reduzierte Aufmerksamkeit mit 38 Prozent, Fehleinschätzung mit 45 Prozent, unvorhersehbares Verhalten bei 11 Prozent und technische Mängel bei 5 Prozent. Auch andere Erkrankungen und Umstände, die mit Tagesschläfrigkeit einhergehen, führen zu einem erhöhten Unfallrisiko. Eine Schwierigkeit in der Einschätzung der wirklichen Unfallrate durch Müdigkeit liegt darin, dass es bei einschlafbedingten Unfällen häufig zu Todesfällen kommt und retrospektiv oft die Ursachen nicht sicher geklärt werden konnten.

Auch bei der Narkolepsie, einer Schlaferkrankung, die mit ausgeprägter Tagesschläfrigkeit und Einschlafattacken einhergeht, haben 25 Prozent der Betroffenen mit Führerschein einen oder mehrere müdigkeitsbedingte Unfälle verursacht. Besonders zu erwähnen ist noch die Gruppe der Berufskraftfahrer, die eine erhöhte Prävalenz der Schlafapnoe haben und eine erhöhte Unfallrate vorweisen.

Deshalb gibt es als einen Schritt der Prävention in Skandinavien und in einigen US-Bundesstaaten beim Abkommen von der Spur Warnsignale auf der Fahrbahn. Aber auch Müdigkeit am Arbeitsplatz kann zu Situationen von Selbst- und Fremdgefährdung führen. Man denke an Tschernobyl: Hier war Übermüdung die Ursache für diese Kernkraftwerkkatastrophe, und auch die Havarie des Öltankers Exxon Valdez war durch Müdigkeit als Hauptfaktor bedingt. Aus Angst vor Sanktionen verschweigen etwa zwei Drittel der Patienten beim ersten Arztkontakt die Angaben über verursachte Unfälle. Aber auch Ärzte denken nicht immer an eine schlafbezogene Atmungsstörung als Ursache. Bei adäquater Therapie der zugrunde liegenden Schlafstörungen ist das Führen eines Fahrzeuges erlaubt, ebenso gilt dieses für berufliche Tätigkeiten mit Personenbeförderung, Umgang mit Gefahrgut, Arbeitsplätze mit hoher Unfallträchtigkeit.

Menschen, die mit Tagesmüdigkeit kämpfen, sollten sich auf Schlafstörungen und schlafbezogene Atmungsstörungen untersuchen lassen.

Aber auch andere Erkrankungen wie zum Beispiel Herz- Kreislauf- oder neurologische Erkrankungen, Depressionen, eine Schilddrüs enunterfunktion oder eine Blutarmut sollten dringend abgeklärt werden.

Für alle Autofahrer gilt: Durch eine verantwortungsvolle Fahrweise lassen sich Unfälle vermeiden.

Meiden Sie Marathon-Autofahrten und planen Sie rechtzeitige Pausen und gegebenenfalls einen Fahrerwechsel ein. Setzen Sie sich nicht müde ans Steuer. Suchen Sie beim ersten Anzeichen von Müdigkeit einen Rastplatz auf und legen Sie eine Pause ein (gegebenenfalls Rückenlehne zurückstellen und circa 30 Minuten schlafen, nicht länger jedoch als eine Stunde frische Luft „tanken“). Sorgen Sie vor der Fahrt und in Pausen durch Bewegung für Kreislaufanregung. Schlafen Sie 48 Stunden vor einer längeren Autofahrt wenigstens pro Nacht neun Stunden. Sorgen Sie dafür, dass im Fahrzeug die Temperatur nicht zu hoch ist und ausreichend Frischluft zugeführt wird. Gefährlich für müde Autofahrer sind die Nachtstunden zwischen 23.00 Uhr und 5.00 Uhr und die Nachmittagsstunden

zwischen 13.00 Uhr und 16.00 Uhr. Trinken Sie ausreichend Mineralwasser und Fruchtsäfte. Coffeinhaltige Getränke bringen nur subjektiv Besserung, die Müdigkeit bleibt. Meiden Sie vor und während längerer Autofahrten ausgiebige Mahlzeiten. Achten Sie bei der Einnahme von Medikamenten auf mögliche schläfrig machende Nebenwirkungen. Überschätzen Sie sich nicht selbst, sonst haben Sie und vielleicht andere Menschen das Nachsehen.

(Quelle: Referat von Dr. med. Marion Burmann-Urbaneck, HARANNI CLINIC, Herne, im Rahmen des 1. Symposiums Interdisziplinäre Schlafmedizin 2003)

Tag des Schlafes

Unter dem Motto „Liebling, Du schnarchst! Schnarcher leben gefährlich“ findet am 21. Juni der diesjährige bundesweite Tag des Schlafes statt. Initiatoren sind unter anderem die Barmer Ersatzkasse und die Deutsche Akademie für Gesundheit und Schlaf. Die zentrale Abendveranstaltung findet in diesem Jahr im Museum für angewandte Kunst in Frankfurt am Main statt. Referenten sind Prof. Dr. Holger Hain vom Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie in Großhansdorf, Reinhard Müller vom VdK-Fachverband Schlafapnoe, Gerhard Potuschek, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse Hessen und Prof. Dr. Jürgen Zulle, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums in Regensburg und Vorstand der Deutschen Akademie für Gesundheit und Schlaf. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Nähere Informationen und die Möglichkeit einer elektronischen Anmeldung erhalten Sie unter www.tag-des-schlafes.de.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen)

Was können Selbsthilfegruppen bei der Betreuung schlafmedizinischer Patienten leisten?

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen ist der größte Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen im Bereich der Schlafapnoe. Wir geben regelmäßig für Betroffene, aber auch Ärzte und andere Interessierte, wie zum Beispiel Krankenkassen, die Fachzeitschrift Schlafapnoe Aktuell heraus, in der zu fachlichen Entwicklungen berichtet wird, aber auch die Betroffenen mit Darstellungen ihrer Probleme und Lösungsansätzen zu Wort kommen.

Regelmäßig führt der VdK-Fachverband mit allen Vorsitzenden oder Vertreterinnen oder Vertretern der Selbsthilfegruppen Zusammenkünfte durch, in denen wir uns austauschen, Entwicklungen absprechen und so dafür sorgen, dass die Schlafapnoe-Patienten bundesweit entsprechend qualitativ gut betreut und informiert werden.

Wir helfen neuen Selbsthilfegruppen beim Aufbau der Arbeit und wir wollen auch dafür sorgen, dass in diesem Bereich mehr Transparenz entsteht.

Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen ist in § 20 des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) verankert. Bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen wird nach den derzeitigen politischen Vorstellungen ihre Bedeutung stärker hervorgehoben. Unstreitig ist, dass Selbsthilfegruppen im gesamten Rahmen der Betreuung von Patienten wichtige Arbeit leisten können.

Wir sind quasi das Auffangbecken, in dem sich Betroffene bei den Zusammenkünften der Selbsthilfegruppen informieren, Probleme austauschen und Erfahrungen sammeln können. Die Betroffenen und ihre Angehörigen, darauf legen wir besonderen Wert, brauchen keine Angst oder Scham zu zeigen. Sie wissen, sie befinden sich unter gleich Betroffenen und dies ist ein ganz wichtiges Moment, damit sich Menschen öffnen, um ihre Sorgen darzustellen.

Dabei stellen wir immer wieder fest, dass mit den Betroffenen die Angehörigen beziehungsweise Lebenspartner bei den Selbsthilfegruppentreffen mit anwesend sind, um sich zu informieren. Sie tauschen sich mit anderen aus und erfahren so den einen oder anderen Lösungsansatz. Dies gehört nach unserer Auffassung mit zu einer umfassenden Betreuung.

Die Arbeit in unseren Selbsthilfegruppen erstreckt sich zunächst einmal auf regelmäßige Aufklärung. Es mag zwar banal klingen, in allen Selbsthilfegruppen informieren wir regelmäßig über die notwendige Reinigung der Hilfsmittel. Dies fängt bei der Atemmaske an, geht über den Schlauch und umfasst auch das Einhalten der Termine zur Wartung/Instandsetzung der Beatmungsgeräte. Es ist immer wieder erstaunlich festzustellen, dass viele Betroffene ihre Maske oder ihren Atemschlauch nicht regelmäßig reinigen. Ich will dies nicht weiter vertiefen, aber es ist manchmal schon verwunderlich, mit welcher ungepflegten Gerätschaften die Betroffenen zu uns kommen.

Damit habe ich einen weiteren Punkt angesprochen: Wir bitten die Mitglieder der Selbsthilfegruppe, ihre Maske und ihren Schlauch mitzubringen, weil wir die Betroffenen auf die hygienischen Notwendigkeiten aufmerksam machen wollen.

Wir können aber auch wichtige Hilfestellungen leisten, wenn beispielsweise die Maske nicht richtig sitzt, wenn die Ventile anders gestellt werden müssen. Hier sind eben die praktischen Erfahrungen einer nunmehr zehn Jahre währenden Selbsthilfegruppenarbeit, die betroffene Menschen nutzen können.

Wir informieren darüber hinaus in so genannten Steckbriefen über die auf dem Markt befindlichen Masken, zeigen Vor- und Nachteile auf und geben Hinweise, wie sie zu verwenden sind beziehungsweise welche leichten Änderungen vorgenommen werden können, damit die Maske besser sitzt.

Dieser Bereich ist einer der zentralen Punkte, die in allen Selbsthilfegruppenbesprechungen immer wieder zur Sprache kommen. Die Menschen haben Schwierigkeiten im Umgang mit der Maske. Sie wollen so gut es geht versorgt werden mit möglichst wenig

Komplikationen und deshalb sind Informationen und Austausch von Erfahrungen in den Selbsthilfegruppen hier auch sehr wichtig.

Es ist mittlerweile allgemein bekannt, dass natürlich viele Schlafapnoe-Patienten nach Möglichkeiten suchen, von der Benutzung des Beatmungsgerätes mit Maske wegzukommen. Sie lesen immer wieder in Zeitungen oder hören im Rundfunk oder sehen in Fernsehsendungen, dass es verschiedene Methoden gibt, mit denen das Schnarchen beseitigt werden kann. Häufig wird dann auch der Hinweis gegeben, dass damit die Schlafapnoe beseitigt werden kann. Da wir in engem Erfahrungsaustausch mit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin stehen, wissen wir, wie solche Angebote zu bewerten sind und klären darüber unsere Patienten auf. Gleiches gilt für operative Methoden, an die Betroffene teilweise große Hoffnungen knüpfen, die sich vielfach aber nicht erfüllen. Dies zeigt die leidvolle Erfahrung vieler Menschen, die sich solchen Operation unterzogen haben.

Hier sehen wir unsere Aufgabe darin, entsprechend aufzuklären und zu informieren, den Patienten auch zu raten, eine Zweitarztmeinung einzuholen, bevor sie Eingriffe machen lassen.

Wir helfen Betroffenen aber auch, wenn es Auseinandersetzungen mit den gesetzlichen Krankenkassen bezüglich der Reparatur oder Neuanschaffung eines Beatmungsgerätes gibt.

Ein Punkt, der auf unseren entschiedenen Widerstand stößt, ist die zum Teil zu beobachtende Weitergabe von gebrauchten Geräten an neue Schlafapnoe-Patienten. Wir halten dies für äußerst bedenklich. Die Krankenkassen sind hier nicht bereit, eine Unbedenklichkeitsbescheinigung auszustellen. Denken Sie nur daran, wenn ein Beatmungsgerät von einem starken Raucher vorher benutzt wurde; für den „Neubutzer“ ist dies eine Zumutung. Damit wird der Behandlungserfolg gleich reduziert, weil viele Betroffene ein gebrauchtes Gerät nicht annehmen, vor dem sie sich ekeln. Deshalb sind wir der Auffassung, dass gebrauchte Geräte aus einem Pool nicht weitergegeben werden dürfen. Zu berücksichtigen ist auch, dass es sich hier teilweise um Geräte handelt, die dem neuesten Stand der Entwicklung nicht entsprechen.

Hier informieren wir die Betroffenen über ihre Rechte, über Möglichkeiten, mit der Krankenkasse zu sprechen, um Lösungen herbeizuführen. Wir sehen uns hier als eine Art Mittler und wollen Hilfestellung leisten, auch um Auseinandersetzungen mit Krankenkassen zu vermeiden.

Der VdK ist bei den Krankenkassen als Ansprechpartner und Interessenvertreter der Patienten anerkannt.

Unabhängig davon steht aber der VdK mit seiner Sozialrechtsvertretung vor Sozialverwaltungen und Sozialgerichten zur Verfügung, wenn eben einmal Streitigkeiten vor den Sozialgerichten ausgetragen werden müssen.

Wir stellen dabei auch immer wieder fest, dass verschiedene Krankenkassen versuchen, die Betroffenen auf bestimmte von ihnen ausgewählte Leistungserbringer zu verpflichten. Dies ist nicht sachgerecht und ich kann hier auf die Entscheidung des Sozialgerichts Hamburg vom 17. Februar 2003 verweisen, die der beklagten Betriebskrankenkasse verboten hat, den Versicherten aufzufordern, eine konkrete Leistung von einem anderen als dem vom Versicherten selbst ausgewählten Leistungserbringer durchführen zu lassen. Damit wird unsere Auffassung bestätigt.

Wir haben im Zusammenhang mit anderen Verfahren auch über den Austausch in unseren Selbsthilfegruppen erreichen können, dass von bestimmten Praktiken Abstand genommen wurde. Dies sind einige Beispiele aus unserer Selbsthilfegruppenarbeit.

Wie gesagt, die flächendeckende Information, der gleiche Stand an Kenntnis über neuere Entwicklungen und die Möglichkeiten der Betreuung stehen im Vordergrund unserer Arbeit.

Wir sind dabei auf sehr engagierte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer angewiesen. Es zeigt sich, dass immer wieder Betroffene auch mit technischen Kenntnissen bereit sind, sich in diesen Selbsthilfegruppen zu engagieren und anderen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Viele Verbesserungen bei den Masken sind auf die Erfahrungen und die Experimente von Betroffenen zurückzuführen, die damit einfach bessere Lösungen für die Betroffenen erreicht haben.

Zum Schluss lassen Sie mich anfügen, dass wir uns als Partner der Ärzte und der Schlaflaborbetreiber verstehen. Wir wollen in einem Gesamtspektrum von vernetzter Betreuung diesen Part einnehmen und dafür sorgen, dass auch unter schwieriger werdenden finanziellen Bedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Betroffenen die notwendige Versorgung erhalten, die dazu führt, dass ihre Lebensqualität wieder steigt.

(Referat von Reinhard Müller, Sprecher der Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/ Chronische Schlafstörungen, anlässlich des 1. Symposiums Interdisziplinäre Schlafforschung 2003)

Neue Studie belegt: CPAP-Therapie senkt Blutdruck von Schlafapnoe-Patienten

Eine neue wissenschaftliche Studie weist nach, dass die CPAP-Therapie den Blutdruck von Schlafapnoe erheblich senkt. Die Studie, die von Heinrich Becker und Kollegen von den Universitäten Marburg und Sidney erstellt wurde, bestätigt und erweitert damit die Ergebnisse früherer Forschung.

In der aktuellen Studie wurde der durchschnittliche Blutdruck durch nCPAP wirksam um 10mm Quecksilber (mit einer Standardabweichung von 11mm) bei einer Gruppe von Patienten mit Schlafapnoe verglichen mit einer Gruppe von Patienten gesenkt, die mit einer nicht wirksamen nCPAP-Therapie behandelt wurden. Obwohl der Schlafapnoe-Index der Patienten in der nicht wirksamen nCPAP-Therapiegruppe halbiert wurde, gab es bei einer Behandlung über eine gewisse Zeitdauer keine Veränderung des Blutdrucks. Daraus kann gefolgert werden, dass keine entsprechende Verbesserung bei der kardiovaskulären Morbidität eintritt, wenn der CPAP-Spiegel nicht ausreichend ist. Die Behandlungsdauer war länger als in früheren Studien und die Senkung des Blutdrucks innerhalb der wirksam behandelten nCPAP-Gruppe war höher als zuvor gezeigt. „Frühere Studien ergaben nur geringe Behandlungseffekte aufgrund methodischer Beschränkungen. Mit Hilfe einer Dauer-

messung des Blutdrucks konnten wir eine große und klinisch hoch signifikante Auswirkung auf den Blutdruck beweisen. Diese Ergebnisse sind wirklich sehr eindrucksvoll,“ sagte Dr. Becker über die Studie.

Dieser Studie ist ein weiterer wichtiger Meilenstein auf dem Gebiet der Auswirkung von Schlafapnoe auf kardiovaskuläre Erkrankungen und zeigt, wie eine Behandlung dieses Syndroms sich positiv auf das Herzkreislaufsystem auswirken kann. In der Studie wird geschätzt, dass die gemessene Senkung des Blutdrucks das Risiko koronarer Herzerkrankungen um 37 Prozent und das Risiko eines Schlaganfalls um 56 Prozent reduzieren könnte - ein enormer Vorteil sowohl für die Patienten als auch für die Kosten im Gesundheitswesen. Nach Informationen der American Heart Association leiden 50 Millionen Amerikaner unter Bluthochdruck. Ungefähr 15 Prozent dieser Patienten leiden unter einer medikamentenresistenten Hypertonie. Außerdem wird geschätzt, dass 45 Prozent der Menschen mit Hypertonie unter Schlafapnoe leiden, während bei 83 Prozent der Patienten mit Medikamenten resistentem Bluthochdruck dieses Symptom auftritt.

(Quelle: ResMed Pressemeldung 15.01.03)

Bildschirmarbeit nur in Maßen

Wenn Patienten in die Praxis kommen und über Beklemmungen und Schlaflosigkeit klagen, sollten Hausärzte auch danach fragen, ob diese Patienten vorwiegend am Bildschirm arbeiten. Das legt eine medizinische Studie nahe, von der das „American Journal of Industrial Medicine“ (Ausgabe 42/2002) berichtet. Tetsuya Nakazawa und Kollegen von der Chiba Universität in Japan haben über 25.000 Bildschirmarbeiter drei Mal pro Jahr über einen Zeitraum von drei Jahren nach körperlichen und psychischen Beschwerden sowie Schlafproblemen befragt und dies mit der Dauer ihrer täglichen Bildschirmarbeit verglichen. Probanden, die mehr als fünf Stunden pro Tag am Bildschirm arbeiteten, klagten signifikant häufiger über mentale Probleme und Schlaflosigkeit als solche, die weniger Zeit vor dem Bildschirm verbrachten.

(Quelle: Ärztezeitung)

In Nordrhein-Westfalen wollen niedergelassene Ärzte und Schlaflabore in Zukunft besser zusammenarbeiten

Obwohl die Schlafmedizin zu den sehr jungen medizinischen Fachgebieten zählt, ist es wissenschaftlich unbestritten, dass sie nahezu mit allen anderen medizinischen Disziplinen Berührungspunkte hat - auch mit der Zahnmedizin.

In Deutschland praktizieren heute zwar bereits über 200 Schlaflabore, diese decken aber bei weitem weder den bestehenden diagnostischen noch den therapeutischen Bedarf. Die Wartezeiten für einen Aufenthalt im Schlaflabor betragen zur Zeit zwischen vier und sechs Monate.

Die frühzeitige Erkennung von Krankheitsursachen, die oftmals auf unerkannten Schlafstörungen basieren, leistet einen wesentlichen Beitrag zur frühzeitigen Behandlung. Denn die vielen Millionen der sogenannten „harmlosen“ Schnarcher sind nicht nur für ihre Umwelt - genauer gesagt für den Schlafpartner - eine Qual, Schnarchen bedeutet auch eine potenzielle Gefahr für sie selbst.

Gerade für diese Menschen stehen heute alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung, die nur von Zahnärzten - mit intraoralen Geräten - oder von HNO-Ärzten - durch minimalinvasive Eingriffe - durchgeführt werden können.

Auch für die Behandlung der Schlafapnoe stehen diese Therapiemethoden als Alternativen zur klassischen nCPAP-Überdruckbehandlung mit der Gesichtsmaske zur Verfügung. Häufig können dadurch die Behandlungskosten erheblich vermindert werden.

Um der interdisziplinären Behandlung mit den diversen medizinischen und zahnmedizinischen Disziplinen gerecht zu werden, bereitet die HARANNI CLINIC derzeit das „Kompetenznetz Schlafmedizin NRW“ vor. An diesem Netzwerk werden sich niedergelassene Ärzte ebenso beteiligen wie bereits etablierte Schlaflabore.

Die Praxis- und Klinikvernetzung wird ein regionaler Verbund zur konzeptionellen und organisatorischen Zusammenarbeit unter Qualitätskriterien, die den Patienten zu Gute kommen. Im Gegensatz zu einer losen Kooperation soll

- die Vernetzung institutionalisiert, das heißt festen Regeln unterworfen werden
- eine optimale Koordination zwischen ambulanten und stationären Behandlungen ermöglichen und so
- die Voraussetzungen für eine integrative Versorgung optimieren.

Das Kompetenznetz steht für

- das Ineinandergreifen verschiedener Arbeitsformen
- eine auf Problemverständnis aufbauende Zusammenarbeit
- das Zusammenspiel von personellen und sachlichen Ressourcen unterschiedlicher Einrichtungen beziehungsweise Praxen.

Als zentrale Aufgaben stehen Schulung und Fortbildung der Ärzte einschließlich ihrer Praxisteams sowie gemeinsame Forschungsprojekte durch multizentrische Studien an. Eine wesentliche Rolle wird die elektronische Datenübertragung spielen, um auf der Basis der Befunderhebung und tagesaktueller Dokumentation patientenindividuelle Informationssysteme zu errichten.

Den Start des Kompetenznetzes werden sowohl PR-Maßnahmen in Richtung breite Öffentlichkeit als auch nach „innen“ für die einzelnen Arztgruppen begleiten. Das Internet als Informationsmittler wird dabei ebenso genutzt wie auch patientenverständliche Informationsbroschüren, um alle Bevölkerungsschichten zu erreichen.

(Quelle: Referat von Prof. Dr. med. dent. Rolf Hinz, Herne, im Rahmen des I.Symposiums Interdisziplinäre Schlafforschung 2003)

Resmed und die Notfallversorgung

Ein Erfahrungsbericht

Neulich stellte ich nach dem Anlegen der CPAP-Maske und dem Zubettgehen ungewohnte Geräusche fest und bemerkte einen Druckabfall in der Maske. Schnell war die Störung entdeckt. Der Atemtherapieschlauch wies an zwei Stellen Einrisse auf, durch die doch eine erhebliche Menge notwendiger Atemluft entwich.

Ein zweiter Schlauch war nicht vorhanden (wer hat schon einen Atemschlauch in Reserve), sodass ich den Schlauch mittels Heftpflaster und Isolierband notdürftig flicken musste, wollte ich diese Nacht nicht untherapiert verbringen.

Seit gut vier Jahren werde ich von der Firma Resmed in Mönchengladbach betreut und glaubte, aufgrund dieser langjährigen Verbindung, dass man eine schnelle Lösung finden würde. Erwähnen muss ich noch, dass zwischen meiner Krankenkasse und Resmed kein Vollversorgungsvertrag für mich besteht. Bisher hat meine Krankenkasse alle notwendigen Ersatzteile oder Wartungen ohne einen Vorbehalt übernommen. Vor diesem Hintergrund rief ich also Resmed an und bat um Zusendung eines neuen Atemtherapieschlauches. Dort teilte man mir mit, selbstverständlich schicken wir ihnen den Schlauch, aber nach Anweisung der Resmed-Geschäftsleitung muss erst die Verordnung des Arztes vorliegen. Auch der Einwand von mir, dass ich dann möglicherweise drei Nächte nicht therapiert bin, änderte nichts an der mir unverständlichen Aussage dieser Dame. Ich nahm dann von der Bestellung Abstand, bat aber um Rückruf. Das ist, warum auch immer, nicht geschehen. Ich habe mich dann an Heinen&Löwenstein gewandt und wengleich ich dort nicht Kunde bin, hat man mir in kürzester Zeit einen Schlauch zugesandt.

Doch damit endet die Geschichte nicht. Am nächsten Tag wurde mir dann von Resmed ein Schlauch per Post zugestellt. Auf meinen Anruf hin erklärte man mir, ich hätte das doch so gewollt. Wenn ich denn den Schlauch nicht wollte, sollte ich ihn zurückschicken. Das habe ich dann auch unfrei getan und glaubte die Sache erledigt.

Doch als ich aus dem Weihnachtsurlaub zurückkam, lag eine Mahnung auf meinem Tisch, dass ich die fehlende Verordnung umgehend schicken sollte. Daraufhin habe ich mich telefonisch beschwert, aber kein Wort der Entschuldigung gehört.

Erwähnen sollte ich noch, dass man mir bei dem ersten Anruf nahelegte, mit der ärztlichen Verordnung zu Resmed nach Mönchengladbach zu kommen, um dort den Schlauch abzuholen. Circa zwei Stunden Fahrzeit hin und zwei Stunden Fahrzeit zurück.

Die Konsequenz aus dieser Geschichte ist, dass ich nicht mehr bei Resmed bestellen werde.

Norbert Rother

Schnarchstopper statt Rippenstoß

60 bis 80 Prozent der über 50jährigen schnarchen, die meisten davon sind Männer. Ein Schnarchstopper unter dem Kopfkissen soll nun für Abhilfe sorgen. „Ein sanftes Vibrieren ersetzt den Knuff in die Rippen oder die Fliegenklatsche“, sagt Wolfgang F. Butz von der Firma Petra Elektronik. Wenn der Schläfer zu schnarchen beginnt, schaltet sich ein Sensor ein, der Schnarchstopper - ein flaches Gerät aus Kunststoff, das unter einem Kopfkissen platziert werden kann - beginnt zu vibrieren, der Schläfer wechselt unwillkürlich die Schlafposition. Das reicht oft schon aus. „Die Menschen sollen nicht aufgeweckt werden“, sagt Butz. „Dreht sich der Schläfer vom Rücken auf die Seite, straffen sich die Rachensegel, das Schnarchen hört auf.“ Der Stopper wird von einem Mikroprozessor gesteuert. Umweltgeräusche können herausgefiltert werden, ein Sensor stellt sich auf die Schnarchtöne ein. „Manche pfeifen, andere röcheln“, sagt Butz. Das Gerät ist nicht zu überlisten. Auch die Vibrationsstärke kann verändert werden. Das Gerät kostet nach Händlerangaben 79,99 Euro.

(Quelle: Ärztezeitung)

Erektile Dysfunktion bei Schlafapnoe

Erektile Funktionsstörungen sind bei Männern mit obstruktiver Schlafapnoe (OSAS) mindestens vierfach häufiger als in der alterssprechenden männlichen Gesamtbevölkerung. Die Ursachen sind vielfältig. Nur das offene Ansprechen der Problematik, die gezielte Anamnese und Diagnostik ermöglichen den therapeutischen Zugang, der mit vielen wirksamen Behandlungsmöglichkeiten den Betroffenen wieder ein erfülltes Sexualleben ermöglicht und damit zu ihrer Gesundheit und zu ihrem Wohlbefinden beiträgt.

Die obstruktive Schlafapnoe ist mit einer Prävalenz von 2 bis 4 Prozent der Bevölkerung eine häufige Erkrankung in modernen Industrienationen. Sie tritt mit Symptomen wie Tagesmüdigkeit, Befindlichkeitsstörungen, Leistungseinbußen und Persönlichkeitsveränderungen auf und führt durch Herz- und Kreislauf-Folge- und Begleiterkrankungen zu einer deutlich erhöhten Mortalität.

Betroffen sind überwiegend Männer mittleren Alters, deren Gesundheit und Lebensqualität erheblich belastet wird. Ein Symptom, über das mehr als die Hälfte der betroffenen Männer klagt, ist die Störung der erektilen Funktion. Die körperliche, seelische und soziale Integrität des Betroffenen, durch die OSAS ohnehin beeinträchtigt, wird durch die erektile Dysfunktion zusätzlich reduziert.

Eindeutige Definitionen zum Begriff der Potenzstörungen fehlen und sind stark subjektiv geprägt: Was dem einen als erhebliche Einschränkung seiner Manneskraft erscheint, bedeutet für den anderen ein erfülltes Sexualleben. Darüber hinaus haben Patienten oft Hemmungen, dieses Thema anzusprechen. Zur Diagnostik der OSAS werden in Kliniken standardisierte Fragebogen eingesetzt, in denen auch nach Potenzstörungen gefragt wird. In einer retrospektiven Analyse von 850 männlichen Patienten, bei denen polygraphisch eine OSAS diagnostiziert wurde (Apno-/Hypopnoe-Index >10/Stunde), beantworteten 487 (57,3 Prozent) diese Frage positiv. Die Patienten waren im Mittel 53,2 Jahre alt. In der Bevölkerung liegt die Häufigkeit von Potenzstörungen bei Männern im mittleren bis höheren Lebensalter (40 bis 70 Jahre) bei 9,6 bis 20 Prozent. Zieht man in der Fragebogenanalyse eine Dunkelziffer durch unvoll-

ständige Angaben in Betracht, so ist die Häufigkeit der erektilen Dysfunktion bei OSAS-Patienten mindestens viermal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung.

Erektionsstörungen haben vielfältige Ursachen: Neben genetischen, endokrinen, vaskulären, neurogenen und psychogenen Ursachen spielen psychische Faktoren zweifellos eine große Rolle. Heute wird der überwiegende Teil der Fälle als organisch bedingt angesehen. Psychische Gründe können Depressionen, unterschiedlich geartete Ängste oder Angsterkrankungen sowie Partnerkonflikte sein. Organische Ursachen sind in erster Linie die Arteriosklerose, der Diabetes mellitus sowie verschiedene neurologische und endokrinologische Erkrankungen.

Schlafapnoepatienten leiden im Laufe ihrer Krankengeschichte signifikant häufiger als gleichaltrige Vergleichspersonen an endokrinen und Störungen des Herz-Kreislauf-Systems. Arteriosklerotische Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Schlaganfälle sind um ein Vielfaches höher, und die Hälfte der Schlafapnoepatienten leiden unter Bluthochdruck. Auch der Diabetes mellitus tritt gehäuft auf. Hirnschädigungen, Arteriosklerose und die Müdigkeit am Tage können Wegbereiter erektiler Funktionsstörungen sein.

Die Schlafapnoe und die häufig auftretenden Begleiterkrankungen machen nicht selten die breite medikamentöse Behandlung notwendig. Einige der zum Einsatz kommenden Pharmaka können wieder Potenzstörungen auslösen oder verstärken. Bei Betablockern ist diese Nebenwirkung auch in der Bevölkerung weithin bekannt, aber auch andere Blutdruckmedikamente, Lipidsenker, Diabetes- und Herz-Kreislaufmedikamente können diese Nebenwirkungen haben.

Neben organischen können auch psychische Ursachen Erektionsstörungen verursachen. Die für den Patienten subjektiv bedeutsamste Folge der nächtlichen Atmungsstörung ist die Tagesmüdigkeit, die durch die Zerstückelung des Schlafes hervorgerufen wird. Ebenfalls ist bewiesen, dass es durch die Sauerstoffentsättigungen zu einer bleibenden Schädigung des zentralen Nervensystems kommen kann. Durch beide Faktoren leiden Patienten mit Schlafapnoe häufig unter depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsveränderungen. Alle drei Faktoren können einen

Libidoverlust und Störungen der erektilen Funktion zur Folge haben. Chronische organische Erkrankungen gehen, auch unabhängig von nächtlichen Atmungsstörungen, häufig mit seelischen Störungen in Form von Ängsten, Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen einher, die sich ebenfalls negativ auf die sexuelle Funktion auswirken können.

Der Goldstandard für die Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe ist die nasale CPAP-Therapie. Hiermit gelingt in fast allen Fällen eine gute Einstellung der nächtlichen Atmungsstörung. Die nCPAP-Therapie hat aber ihrerseits Nebenwirkungen. Lokale Druckstellen und Hautunreinheiten im Gesicht durch die Nasenmaske können zu einem Attraktivitätsverlust des Patienten führen. Auch die unumgängliche Geräusentwicklung der nCPAP-Therapie kann die Ruhe im Schlafzimmer stören, was für den Schlafpartner zwar in der Regel erheblich angenehmer ist als das Schnarchen, aber dennoch Partnerschaftskonflikte auslösen kann. Das nCPAP-Gerät stellt außerdem ein äußeres, nicht zu übersehendes Zeichen der schweren Erkrankung dar, das zudem dort eingesetzt werden muss, wo sexuelle Kontakte meistens stattfinden. Wenn Patienten ihre Krankheit als Makel empfinden, kann dies, gerade bei jungen Partnerschaften, zu seelischen Konflikten führen, in deren Folge sich Potenzprobleme einstellen.

Die Diagnostik umfasst neben der klinischen Grunddiagnostik und Anamnese zusätzliche Laboruntersuchungen, Untersuchungen des kardiovaskulären Systems und eine neurologisch-psychiatrische Diagnostik sowie Ultraschalluntersuchungen. Die Untersuchung im Schlaflabor unterscheidet sich prinzipiell nicht von OSAS-Patienten ohne erektile Funktionsstörung. Eine spezielle Methode zur Analyse der erektilen Funktion im Schlaflabor ist die Phallometrie, die aus einer quantitativen Messung der Erektionsfähigkeit während des Schlafes besteht. Am exaktesten gelingt die Diagnose mit Dehnungsmessstreifen beziehungsweise mit einer abends auf den Penis aufgeklebten Briefmarke, die im Falle intakter nächtlicher Erektionen am folgenden Morgen Reißspuren aufweist. Gesunde Männer haben im REM-Schlaf regelmäßig Erektionen. Mit Hilfe der Phallometrie kann zwischen einer organischen und psychischen Ursache einer Potenzstörung unterschieden werden.

Aufgrund der kausalen Verknüpfung zwischen obstruktiver Schlafapnoe und erektiler Dysfunktion ist eine optimale Behandlung der Grunderkrankung die unabdingbare Basis eines therapeutischen Erfolges. Eine begleitende psychologische Therapie sollte immer in Erwägung gezogen werden, da sie für Patienten mit OSAS und erektiler Dysfunktion sehr hilfreich sein kann. Das Ziel einer solchen, gegebenenfalls in Form einer Partnertherapie durchgeführten Behandlung ist der Abbau von Ängsten und Frustrationen sowie das offene Ansprechen der Problematik zwischen den Partnern. Auch eine Therapie beim Sexualtherapeuten kann in Erwägung gezogen werden.

Wenn trotz optimaler Therapie der Grund- und Begleiterkrankungen keine zufrieden stellende Wiederherstellung der erektilen Funktion erreichbar ist, bestehen weitere Therapieoptionen - zum Beispiel mit Pharmaka wie Viagra oder Yohimbin. Eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Schlafmediziner und Urologen ist hier die Voraussetzung des Erfolges.

(Quelle: Referat von Prof. Dr. med. Martin Konermann, Marienkrankenhaus Kassel, im Rahmen des 1. Symposiums Interdisziplinäre Schlafmedizin 2003)

Bei Schlafstörungen drohen Depressionen

Schlafstörungen können die Ursache für Depressionen sein. „Wer lange Zeit zu wenig schläft, wird viermal so oft depressiv wie ein guter Schläfer“, warnt der Schlafforscher Prof. Jürgen Zulley von der Uni Regensburg in der Zeitschrift „VITAL“. „Gefährlich für die Gesundheit wird es, wenn der Mensch Monate oder gar Jahre zu wenig schläft“, sagt der Experte.

Häufige Folgeerscheinungen seien vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Probleme, Infektionsanfälligkeit und Frühdiabetes. Die Zahl der Menschen mit Schlafproblemen hat sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt. 41 Prozent der Deutschen leiden an einer leichten bis mittelschweren, 4 Prozent an einer schweren Schlafstörung. „Die Hauptgründe dafür liegen in unserem modernen Leben mit seinem zunehmenden Zeit- und Leistungsdruck“, erklärt Zulley.

Auch Krisen mit dem Partner, Arbeitslosigkeit und Angsterkrankungen machen für viele die Nacht zum Tag. Zudem leben Menschen mit dauerhaftem Schlafmangel laut Zulley kürzer als andere. Das gilt aber auch für diejenigen, die ständig zu viel schlafen. „Nur rund fünf Stunden Tiefschlaf reichen aus, damit wir am nächsten Morgen fit und erholt aufwachen“, erklärt der Experte. Entscheidend sei aber nicht die Dauer, sondern die Qualität des Schlafes. Behandlungsbedürftig wird eine Schlafstörung, wenn man länger als 30 Minuten zum Einschlafen benötigt, nachts oft aufwacht und nur schwer wieder einschlafen kann. Hinzu kommen müssen eine starke Müdigkeit am Tag und generelles Unwohlsein. Wer vier Wochen lang mit diesen Problemen zu tun hat, sollte zum Arzt gehen.

Bei leichteren Fällen helfen oft pflanzliche Schlafmittel. „Besonders effektiv wirken hoch dosierte Baldrianpräparate“, sagt Zulley. Aber auch Hopfen und Präparate aus der Passionsblume, dem kalifornischen Mohn und dem Piscidiabaum sind wirksame Mittel bei Schlafstörungen.

(Quelle: VITAL)

Lachen und lernen

Das Alfelder Schnarch-Museum soll amüsieren und informieren

Millionen fühlen sich vom Schnarchen geplagt. Da sägt es und raselt es, da scheinen nachts im Schlaf ganze Urwälder zerlegt zu werden. „Im Prinzip schnarcht jeder Mensch“, sagt der Alfelder Arzt Josef Wirth: „Rauchen, Alkohol, Übergewicht, Stress oder Erbanlagen können das Schnarchen allerdings begünstigen.“ Der Internist und Schlafmediziner hat das nächtliche Sägen zu seiner Forscherleidenschaft gemacht. Er betreut nicht nur rund 500 Patienten mit schweren Schlafstörungen pro Jahr, sondern betreibt auch seit April 2000 im Alfelder Stadtteil Langenholzen das nach seinen Angaben weltweit einzige „Schnarch-Museum“.

Schon von außen ist zu erkennen, worum es geht: An den großen Fenstern neben der Eingangstür prangen Schilder des schnarchenden „Onkel Fritz“ mit Zipfelmütze, Kopfkissen und riesigen Nasenflügeln - eine Zeichnung von Wilhelm Busch aus Max und Moritz. Auch sonst sitzt Museumsleiter Wirth der Schalk im Nacken: Betritt man den Raum, fängt automatisch ein „Schnarchzwerger“ an zu sägen und begrüßt die Besucher mit den Worten „Herzlich willkommen im Schnarch-Museum. Der Zwerg ist zugleich eine Anspielung auf das Märchen von Schneewittchen, das in der Gegend um Alfeld seinen Ursprung haben soll.

In mehreren Vitrinen hat Wirth rund 400 Geräte ausgestellt, mit denen in den vergangenen 150 Jahren das Schnarchen bekämpft wurde. So konnten sich starke Schnarcher um 1870 nachts einen Mundkorb aus Leder um das Kinn schnallen, um den Mund geschlossen zu halten. Über solche Erfindungen kann der 50-jährige Wirth heute nur witzeln: „Man muss schon eine masochistische Ader haben.“ Wer den Mundkorb nicht mochte, konnte später zu einer Mundblende greifen. Die Plastikscheibe wird zwischen Lippen und Zähne geschoben und soll zum Atmen durch die Nase zwingen. „Beim Schnarchen flattern die Weichteile in Hals und Gaumen beim Aus- und Einatmen im Windstrom“, erläutert Wirth.

Schnarchern wurde deshalb auch eine Mundprothese angeboten, die den Unterkiefer nach vorne schiebt und so für mehr Platz im Rachen sorgt - auf Wunsch auch mit beweglichem Bügel, der die

Zunge herunterdrückt. „Und damit soll man schlafen können“, merkt Wirth sarkastisch an.

Die Nasenspange dagegen versucht, die Nasenflügel zu weiten, damit der Schnarcher mehr Luft bekommt. Sie wird auf die Nasenscheidewand geklemmt, zwei Bügel drücken die Flügel auseinander. Wirth besitzt davon ein exklusives Modell aus 585er Gold. Denselben Effekt soll das Nasenpflaster leisten, das vor Jahren sogar eine Zeit lang bei Fußballprofis in Mode war.

Für eine elegantere Lösung sorgt das Schnarchkissen: Der schnarchgefährdete Ehemann legt seinen Kopf zwischen zwei aufgeblasene Luftkammern aus Kunststoff. Fängt er an zu sägen, bläst die Ehefrau mit einem Schlauch die dritte, mittlere Kammer auf, lässt seinen Kopf auf die Seite nicken und beendet so das Schnarchen, während er selig weiterschläft.

Wesentlich rabiater gehen die Stör-Geräte zur Sache, die dem Schläfer ein Signal geben, wenn er wieder einmal sägt. Einfachste Variante ist der „Schnarch-Stopper“, ein Holzstab mit einer Schaumstoffkugel, mit dem genervte Mitschläfer dem Schnarcher einen sanften Hieb auf den Kopf verpassen können. Nach der Legende hat sich schon der griechische Gott Dionysos, ein kräftiger Schnarcher, auf diese Weise wecken lassen, wenn er zwischen jungen Frauen wieder einmal eingeschlafen war. Doch es geht auch ohne fremde Hilfe. So wurde im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg manchen Soldaten eine Kanonenkugel in die Rückseite der Uniform genäht, damit sie sich im Schlaf nicht auf den Rücken drehten und die Truppe durch Schnarchen verriet. Eine solche alte Kugel hat Wirth für 120 Mark auf dem Flohmarkt erstanden. Heute kann man sich nach dem gleichen Prinzip mit Hilfe eines elastischen Gürtels Marke „Sweet Dreains“ ein hartes Schaumstoffkissen mit Kunststoffeinklebung auf den Rücken schnallen.

Aber auch High-Tech-Geräte werden eingesetzt: Ein auf den Bauch geschnallter Sensor erkennt die Rückenlage und sendet dem Schnarcher über Kopfhörer Pieptöne ins Ohr. Am Kragen befestigte Mikrofone erkennen das Schnarchgeräusch und lassen auf die Nase gesteckte rote Lämpchen leuchten. Andere Geräte, bis zu 1000 Mark teuer, aktivieren einen ans Hand- oder Fußgelenk geschnallten Vibrator oder senden mit Hilfe eines Stroboskops Lichtblitze durch das Schlafzimmer.

Manchmal ist der Weg zur Scharlatanerie nicht weit. So kann man sich in Seitlage eine mit „Ohrkerze“ ins Ohr stecken, ein brennbares Hohlröhrchen aus Wachs, Gaze und ätherischen Ölen, dessen Dämpfe in die Atemhöhlen ziehen und das Schnarchen beseitigen sollen. „Wirkt hundertprozentig“, sagt Wirth ironisch. „Ich habe noch nie jemanden mit einer brennenden Kerze im Ohr schlafen sehen. Und wer nicht schläft, schnarcht nicht.“

Viele Geräte hat Wirth von seinen Patienten bekommen. Sie brachten sie in die Praxis mit dem Hinweis, das helfe alles nichts, ob er nicht etwas Besseres wisse. „Irgendwann hatte ich den Keller damit voll“, erzählt Wirth, „Ich stand vor der Alternative: wegschmeißen oder ausstellen?“ Andere Geräte fand er durch Werbung in der Regenbogenpresse oder beim Surfen im Internet - Stichwort „Snoring“.

Auch Patienten halfen bei der Suche. „Bei Familien, in denen schon Generationen geschnarcht haben, liegt manches einfach auf dem Dachboden herum.“ Er selbst rät notorischen Schnarchern, sich die flatternden Weichteile im Gaumen operativ entfernen oder härten zu lassen. Bei Apnoe-Patienten allerdings, bei denen es nachts neben ausgeprägtem Schnarchen zu gefährlichen Atemstillständen kommt, geht es auch bei ihm nicht ohne moderne Technik: Ihnen empfiehlt Wirth eine Atemmaske, die während des Schlafes Luft in die Nase bläst und so die Atmung stabil hält.

Viele solcher Masken sind in einer eigenen Vitrine zu sehen, und am Schluss des Rundgangs informiert ein Film wissenschaftlich über die Apnoe-Krankheit, die zu Bluthochdruck und Konzentrationschwierigkeiten führt und die Patienten anfällig für Herzinfarkte und Schlaganfälle macht. Wirths Devise: „Man soll lachend in das Museum hineingehen und belehrt wieder hinaus.“ Und ermutigt, denn in einer Vitrine zeigt Wirth durch schnarchende Nikolaus- und Comic-Figuren, dass Schnarchen heute ein gesellschaftlich akzeptiertes Phänomen ist. Zum Trost für alle Betroffenen hat er auch Büsten berühmter Persönlichkeiten aufgestellt: „Napoleon und Churchill waren große Schnarcher“.

(Quelle: Evangelische-Zeitung Online)

*Kommst du in ein Schlaflabor
nimm dir nächtelang nichts vor.
Kabel fest ans Bett Dich binden,
sollen Schlafprobleme finden.*

*In dem Überwachungsraum
registriert man jeden Traum.
Du denkst, Du hast genug geschlafen,
EKG's Dich Lügen strafen.*

*Body-, Bein und Mikrowerte
führen langsam auf die Fährte.
Atemstillstand hundert Mal,
so wird jede Nacht zur Qual.*

*Morgens kommt dann der Beweis,
per Datenblatt und schwarz auf weiß:
obstruktive Schlafapnoe,
konstruktiver Schlaf ade.*

*Doch schon in der zweiten Nacht
wird die Maske angebracht.
Überdruck die Luft lässt fließen,
Atemwege nicht verschließen.*

*Du erreichst die Tiefschlafphase,
reichlich Luft durchströmt die Nase.
Sauerstoff ist immer da
und kein Schnarchen wunderbar.*

*Du verlässt das Schlaflabor,
nichts ist mehr so wie zuvor.
Jetzt beginnt der Karneval,
jede Nacht ist Maskenball*

(Quelle: Evk-Eichel)

Selbsthilfegruppen im VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

Dresden

Wolfgang Unterainer, SHG Dresden, Mansfelder 68,
01309 Dresden, Fon 03 51 /3 10 85 40, unterainer@web.de

Großhansdorf

Monika und Torsten Görndt, SHG Schlafapnoe Großhansdorf,
Hauptstraße 6b, 23858 Wesenberg, Fon 0 45 33/12 05

Oldenburg und Umland

Hans-Hermann Töpken, Sprecher, Schlafapnoe-SHG Oldenburg
und Umland, Eugen-Richter-Straße 4, 26133 Oldenburg,
Fon 04 41/4 73 73

Heiner Duden, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Tannenstraße 21, 26203 Wardenburg, Fon 0 44 07/92 29 70

Heino Melchers, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Tiniburg 1, 26434 Wangerland, Fon 0 44 63/51 99

Emden/Ostfriesland

Dieter Kamps, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Ost-Friesland, Hievestraße 22, 26725 Emden,
Fon 0 49 21/97 97 95

Celle

Walter Klingeberg, Celler-Schlafapnoe-SHG Heideschläfer, Alte
Straße 11, 29303 Bergen/Offen, Fon privat 0 50 51/72 70,
Fon dienstl. 05 31/2 89 97 49, Fax dienstl. 05 31/2 89 97 51

Alfeld

Karl-Heinz Hennecke, Vorsitzender, Alfelder-Schlafapnoe-
Gesellschaft e.V., Ostdeutsche Straße 28, 31061 Alfeld,
Fon 0 51 81/80 50 80, Fax 0 51 81/80 69 977

Josef A. Wirth, SHG Alfeld, Wiegandstraße 1, 31061 Alfeld,
Fon 0 51 81/12 03

Lothar Stolpmann, 1. Vorsitzender, Alfelder Schlafapnoe
Gesellschaft e.V., Gruppe Hameln-Pyrmont, Reherweg 42,
31855 Aerzen, Fon 0 51 54/89 97

Kassel

Andreas Bensch, Hessischer Landessprecher, SHG Schlafapnoe/
Atemstillstand, Zum Vogelrain 1a, 34225 Baunatal, Fon/Fax privat
0 56 01/8 68 06, bensch@schlafapnoe-kassel.de, www.schlafapnoe-
kassel.de

Kassel und -Land

Reinhard Müller, Bundessprecher 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@schlafapnoe-
kassel.de, www.schlafapnoe-kassel.de

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 und Fax 0 64 07/78 14,
ernst.wagner.rabenau@t-online.de

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

Gießen

Ursula Gheorghiu, Sprecherin, SHG Gießen, Schützenstraße 18,
35398 Gießen, Fon/Fax 06 41/87 01 70

Fulda

Roland Scholz, Arndtstraße 5, 36098 Künzell, Fon 06 61/9 33 89 92,
roscho.fd@web.de

Rotenburg

Erich Barthel, 1. Vorsitzender, SH Schlafapnoe/chronische
Schlafstörungen Rotenburg e.V., Stölzingerstraße 1, 36219
Cornberg, Fon 0 56 50/92 12 13, Fax 0 56 50/92 12 14,
erich.barthel@web.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, H.u.U.L.@t-online.de

Düsseldorf

Klaus Hillebrand, Vorsitzender, SHG Düsseldorf, Kamper Weg
290, 40627 Düsseldorf, Fon 02 11/926 91 70, Fax 02 11/27 36 70

Hilden

Friedel Hafner, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand
Hilden e.V., Wilhelmine-Fliegenerstraße 1, 40723 Hilden, Fon/Fax 0
21 03/6 21 09, Schlafapnoe-Hilden@t-online.de

Solingen

Hartmut Rentmeister, SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Solingen, Postfach 12 02 12, 42677 Solingen, Fon/
Fax 02 12/2 64 30 94

Ingrid Hohnrath, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen
Solingen, Erfer Straße 41, 42657 Solingen, Fon/Fax 02 12/4 32 65

Wanne-Eickel

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

Herne

Heinrich Frost, Vorsitzender, SHG Herne, Erichsstraße 51, 44579
Castrop-Rauxel, Fon 0 23 05/8 33 57

Dorsten

Klaus Beckmann, Stellv. Vorsitzender, SHG Dorsten, Lippertweg
71, 45770 Marl, Fon 0 23 65/3 57 15

Recklinghausen

Werner Lueg, 1. Vorsitzender, SHG Recklinghausen, Albertstraße
29, 45739 Oer-Erkenschwick, Fon 0 23 68/8 13 01 oder 8 13 34,
Fax 0 23 68/8 13 34

Niederrhein

Gabriele Kaenders, 1. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Niederrhein e.V., Im Kämpken 3, 47443 Moers,
Fon 0 28 41/50 55 04

Hans-Dieter Kremmers, 2. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/
Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V., Münchenstraße 30,
47441 Moers, Fon 0 28 41/3 15 53

Gronau

Karl-Friedrich Soyke, Vorsitzender SHG Gronau, Graf-Luckner-
Straße 23, 48527 Nordhorn, Fon 0 59 21/99 27 71

Köln

Hans Haas, 1. Vorsitzender, SHG Köln und Umgebung e.V.,
Ferdinand-Stücker-Straße 42, 51067 Köln, Fon/Fax 02 21/69 73 35

Aachen

Rosemarie Tenhaeff, SHG Aachen, c/o Sozialverband VdK-
Kreisverband Aachen-Stadt, Augustastraße 77, 52070 Aachen, Fon
02 41 / 9 03 96 47, Fax 02 41 / 53 77 71, kv-aachen@vdk.de

Alzey und Umgebung

Ernst Baldauf, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V., Am Kessel 12, 55237 Bornheim, Fon 0 67 34/3 54, Fax 0 67 34/63 45, Schlafapnoe-Alzey@gmx.de, 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/Ebernburg, Fon/Fax 0 67 08/34 92, owichter@t-online.de

Siegen

Helmut Wied, Vorsitzender, SHG Siegen e.V., Am Siegenstein 31, 57080 Siegen, Fon 02 71/38 21 76, Fax 02 71/38 51 04 (nach Anruf), hwied@t-online.de

Hagen

Siegward H. Grahner, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen, Kettelerstraße 54, 58099 Hagen, Fon 0 23 31/6 65 03, Fax 0 23 31/6 67 90, Handy: 0177/6491782

Meinerzhagen

Peter-Max Engelbert, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, Heidehang 17, 58549 Meinerzhagen, Fon/Fax 0 23 58/6 26, maxp38@hotmail.com

Halver

Alois Peter Nirwing, Vorsitzender, SHG Halver, Waldweg 6, 58553 Halver, Fon/Fax 0 23 53/26 78

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

Zweibrücken

Lothar Weber, I. Vorsitzender, Thierystraße 4, 66482
Zweibrücken, Fon 0 63 32/176 97, Fax 0 63 32/90 33 28,
RA.L.Weber@t-online.de

Ansprechpartner Werner Madle, Jägerstraße 6, 66440 Blieskastel,
Fon 0 68 42/75 76, Fax 0 68 42/89 12 02

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

Freudenstadt

Karl Heinz Lampart, SHG Schlafapnoe Freudenstadt, Immenweg
15, 72250 Freudenstadt, Fon 0 74 41/41 01, Fax 0 74 41/41 02

Südpfalz

Peter Allspach, SHG Südpfalz e.V., Fichtenstraße 41, 76829
Landau in der Pfalz, Fon 0 63 41/95 06 80, Fax 0 63 41/95 06 81,
Peter.Allspach@t-online.de, www.schlafapnoe-suedpfalz.de

Ortenau

Rudi Mischke, VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Ortenau, Westendstraße 12, 77974 Kürzell,
Fon/Fax 0 78 24/13 64

Günter Nickert, VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Ortenau, In der Gifiz 44, 77656 Offenburg,
Fon privat 07 81/5 65 17, Fon dienstl. 07 81/9 32 47 40, Fax
dienstl. 07 81/9 32 47 39, G.Nickert@kanzlei.nickert.de

Bodensee

Joachim Trefs, Überregionale VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe
Gruppe Bodensee, Hörstraße 46, 78315 Radolfzell, Fon 0 77 32/
23 04 (ab 18.00 Uhr)

Südbaden/Freiburg

Andrea Biehler, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Südbaden Sitz Freiburg, c/o Sozialverband VdK Südbaden,
Bertoldstraße 44, 79098 Freiburg, Fon 07 61/5 04 49-0

Markgräferland/Mülheim

Klaus-Dieter Sippel, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/
Atemstillstand Gruppe Markgräferland Sitz Mülheim, Eckstraße
24, 79283 Bollschweil, Fon 0 76 33/80 19 14,
Fax 0 76 33/80 19 16

Markgräferland/Hochrhein

Friedrun Holzer, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Hochrhein/Markgräferland, Gretherstraße 17, 79539 Lörrach, Fon
0 76 21/93 96 39-0, Fax 0 76 21/93 96 39-20

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 ihn an die in Ihrer Nähe befindliche Selbsthilfegruppe weiter.

Beitrittserklärung

ja, ich möchte Mitglied werden.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Fax

Datum, Unterschrift