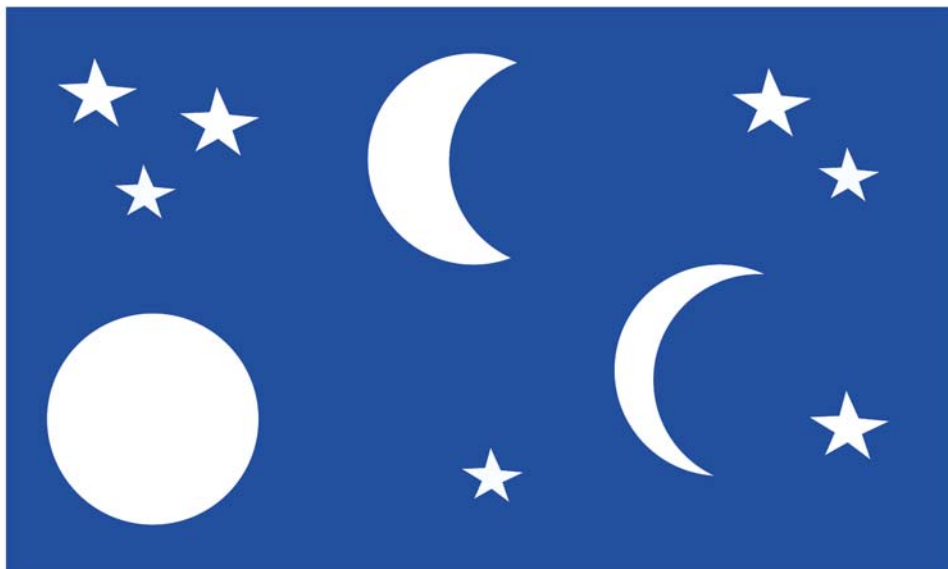


# Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,  
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

**VdK**

Fachverband Schlafapnoe -  
Chronische Schlafstörungen



**18**

**Oktober 2003**

# Inhalt

---

Impressum	4
Schlafwandeln hat viele Ursachen	5
Achterbahn-Rekord bringt Schlafforschung voran	7
Erfolgreich durch Schlaf	8
Vergrößerte Mandeln können bei Kindern Schlafapnoe auslösen	9
50 Prozent der Schlaganfallpatienten leiden unter Schlafapnoe	11
Schlafstudie um Auswirkung von Mobilfunkmasten geht weiter	13
Sekundenschlaf	14
„Liebling, du schnarchst“	15
Tag des Schlafes	17
Personalie	18
Neue Therapie gegen Schnarchen	19
Ambulante Schlafschule	20
Jeder zweite Schlafapnoe-Patient hat hohen Blutdruck	20
Zu wenig Schlaf reduziert die Leistungsfähigkeit	22
Psyche und Schlaf	23
Vollmond und Schlaf	23
Schlafstörungen bei Schichtarbeitern	24
Depressionen und Schlafstörungen	24
Schnarcher-Weste	25
Homöopathikum gegen Schlafstörungen	25
Das Letzte	26
Der immermüde Manfred	27
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	32
„Schnittstellen müssen klar definiert werden“	36

## Inhalt

---

Nicht erholsamer Schlaf	39
„Schlafmedizin in der heutigen Zeit“	41
Modafinil macht bei Schlafapnoe munter	42
Neues Medikament lindert Symptome bei unruhigen Beinen	43
Schlafsack für Säuglinge soll „Plötzlichen Kindstod“ verhindern	44
Termine 2004	46
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](http://www.vdk-schlafapnoe.de), [info-schlafapnoe@vdk.de](mailto: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 ande-  
res Material wird keine Gewähr übernommen. · Für Anzeigen ist die  
Zeitschrift nur Werbeträger. Eine Sachempfehlung des Herausgebers ist  
mit der Veröffentlichung der Anzeigen nicht verbunden.

## Schlafwandeln hat viele Ursachen

Die Nacht ist nicht nur zum Schlafen da: 88 verschiedene Schlaf-Wach-Störungen unterscheiden Mediziner heute nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) in Marburg.

Die meisten Betroffenen wälzen sich vor Sonnenaufgang im Bett hin und her, andere klettern dem Mond entgegen, ohne sich später erinnern zu können.

„Schlafwandeln ist gar nicht so selten“, sagt Andreas Karmeier, Leiter des Schlaflabors am Krankenhaus Jerusalem in Hamburg. Häufig seien Kinder betroffen. Studien zufolge liege der Anteil der Schlafwandler bei den Vier- bis Achtjährigen bei rund einem Zehntel, so der Schlafmediziner. Mit dem Beginn der Pubertät lege sich das Problem meist. Untersuchungen, die auch bei Erwachsenen von bis zu zehn Prozent Schlafwandlern ausgehen, bezweifelt Karmeier zwar. Fest stehe aber: „Fast alle erwachsenen Schlafwandler waren es auch als Kinder schon.“

Medizinisch betrachtet handelt es sich beim Schlafwandeln um eine Form der Aufwachstörung, die Somnambulismus oder auch Nachtwandeln genannt wird. „Es gibt zwei Sorten des Schlafwandeln“, erklärt Professor Thomas Penzel, Schlafmediziner am Klinikum der Universität Marburg. Beginnt es während des Tiefschlafs, sei eher stereotypes Verhalten die Folge: Die Betroffenen setzen sich beispielsweise für ein paar Minuten auf die Bettkante und legen sich anschließend wieder ins Bett.

Nimmt der nächtliche Ausflug dagegen während der leichteren Traumschlafphase seinen Anfang, sind Penzel zufolge durchaus komplexe Handlungen möglich. „Das kann dann als ein Ausleben der Träume gedeutet werden“, so der Mediziner. Betroffene geistern dann mit offenen Augen und starrem Blick durch die Wohnung, versuchen aus dem Fenster zu klettern oder plündern den Kühlschrank. Später schlafen sie ein, irgendwo in der Wohnung. Am Morgen wachen sie dann verwundert abseits ihres Bettes auf. Wie sie dahingekommen sind, wissen sie nicht. Diese ausgeprägte Form des Schlafwandeln ist nach Penzels Einschätzung allerdings sehr selten.

Schlafwandeln sei in den meisten Fällen eine harmlose Störung, so Schlafmediziner Karmeier. Auch mit Blick auf schwere Fälle beruhigt er: „Es ist keine psycho-pathologische Auffälligkeit.“ Die Betroffenen sind also weder psychisch krank, noch drohen ihnen langfristige gesundheitliche Schäden – es sei denn, sie stürzen die Treppe herunter oder fallen bei nächtlichen Kletterpartien aus dem Fenster. Denn mit der sprichwörtlichen traumwandlerischen Sicherheit ist es dem Experten zufolge bei Schlafwandlern nicht weit her. Verletzungen durch Stolpern oder Anstoßen sind daher nicht selten. Meist laufen die Betroffenen einfach geradeaus – auch wenn eine Wand folgt oder ein Geländer.

Auf Grund der erhöhten Unfallgefahr rät die DGSM, bei Aufwachstörungen zur Vorbeugung von Verletzungen Hindernisse im Kinder- oder Schlafzimmer zu beseitigen. Auch das Austauschen des Bettes gegen eine auf dem Boden liegende Matratze sollte der Organisation zufolge in Erwägung gezogen werden, ebenso wie das Einbauen von Alarmglocken an Fenstern und Türen. Angehörigen rät Karmeier, einen Schlafwandler möglichst nicht aufzuwecken, denn während des Aufwachens sind die Betroffenen besonders gefährdet. „Am besten ist es, ihn zurück ins Bett zu führen.“

Machen die Familienangehörigen aber regelmäßig kein Auge zu oder klagt ein Schlafwandler über Tagesmüdigkeit und Leistungsabfall, rät Karmeier zu einer Therapie. Der DGSM zufolge müssen Schlafstörungen behandelt werden, wenn sie zu Verletzungen, aggressivem Verhalten oder übermäßigem Essbedürfnis führen. Als Medikamente kommen dem Arzt zufolge beruhigende Psychopharmaka wie Benzodiazepine oder auch Antidepressiva in Frage. Mögliche weitere Therapieformen sind laut DGSM aber auch Hypnose und Entspannungsübungen.

Das Spektrum der Behandlungsformen ist so breit, weil als mögliche Ursache für das spektakuläre Schlafphänomen auch verschiedene Faktoren diskutiert werden: Alkohol, Medikamente oder Stress könnten Schlafwandeln fördern, so Karmeier – ebenso wie hohes Fieber bei Infekten und Schlafmangel. Die Tatsache, dass besonders häufig Kinder betroffen sind, erklären viele Fachleute allerdings mit biologischen Ursachen: Das Zentrale Nervensystem sei bei ihnen noch nicht ausgereift und bestimmte Gehirnstrukturen unreif, so eine gängige Theorie. Mit der Pubertät wachse sich das Problem meist aus.

Und auch der Mond – der dem Phänomen den Namen Mondsüchtigkeit eintrug – wurde verdächtigt, weil Schlafwandler sich oft an Lichtern orientieren und ihnen zustreben: „Klare Beweise, dass er Schlafwandeln tatsächlich begünstigt, gibt es aber nicht“, sagt Karmeier.

(Quelle: Lausitzer Rundschau, 17.09.03)

## **Achterbahn-Rekord bringt Schlafforschung voran**

---

Richard Rodriguez hat mit seinem Weltrekord in der Achterbahn den Schlafforschern neue Erkenntnisse gebracht. Der 44-jährige Amerikaner verbrachte die erste Nacht nach Beendigung seines siebenwöchigen Achterbahn-Marathons im Schlaflabor der Mannheimer Universitätsklinik. Der Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Professor Karl Hörmann, erklärte danach, Rodriguez habe wieder eine „nahezu normale Schlafstruktur aufgebaut“ und sei in einen gesunden Tiefschlaf gefallen.

Rodriguez war 49 Tage und Nächte lang Achterbahn gefahren. Dabei sei er minütlich eingeschlafen und beim Halt wieder aufgewacht. Der normale Tiefschlaf sei dabei nicht möglich, sagte Hörmann. „Ich verstehe nicht, wie ein Mensch das aushalten kann.“ In zwei Nächten ließ sich der Achterbahnfahrer für Messungen verkabeln. Gemessen wurden seine Hirnströme, Traum- und Tiefschlafphasen sowie Reaktionen seines zentralen Nervensystems.

Die Schlafforscher fanden heraus, dass Rodriguez keine Träume beim Schlafen im Fahren hatte, aber sobald die Achterbahn „Looping Bahn Superwirbel“ hielt, der Traumschlaf begann. Dieses Messverfahren sei eine elektronische Meisterleistung, sagte der Professor.

Als der Weltrekordler am Donnerstagabend im Mannheimer Schlaflabor erschien, habe er „völlig fertig“ gewirkt, sagte Hörmann. Rodriguez habe nur mit künstlichem Wind einschlafen können. Deshalb habe man einen Ventilator an sein Bett gestellt. Er habe sieben Stunden mit einer Unterbrechung geschlafen, vier

Tiefschlafphasen gehabt und ein Drittel der Schlafzeit geträumt. Der Arzt Alexander Baisch erklärte: „Normal sind nur zehn bis höchstens 20 Prozent Traumphasen.“ Rodriguez sagte selbst auf einer Pressekonferenz im Mannheimer Klinikum: „Ich hatte einen unendlich langen, total chaotischen Traum.“

Professor Hörmann erklärte: „Träumen ist eine Form von psychischer Hygiene des Gehirns.“ Rodriguez habe mit der Rekordfahrt sein Gehirn äußerstem Stress ausgesetzt. Um 07.45 Uhr wurde er am Freitag geweckt. „Sonst würde er jetzt noch schlafen“, sagte Hörmann.

Der Amerikaner sei ein einmaliger Fall für die Schlafforscher. „Wir konnten durch Herrn Rodriguez eine weltweit einmalige Antwort auf die Frage erhalten, wie der Mensch mit einer ununterbrochen erlebten, siebenwöchigen Stress-Situation umgeht“, sagte Hörmann. Vergleichbar sei die Anforderung mit dem Stress in der Pilotenkanzel eines Kampffjets: „Aber der Pilot einer ‚Phantom‘ hat diesen Stress nur für einige Stunden auszuhalten. Bei Herrn Rodriguez waren es 49 Tage.“

Für Rodriguez geht es nun darum, seinen Gleichgewichtssinn wiederzufinden: „Es schwankt alles noch ein bisschen. Ich komme mir außerhalb der Achterbahn jetzt vor wie auf einem Schiff in einem schweren Orkan“, sagte er. Als Nächstes wollen die Mannheimer Ärzte sein Gleichgewichtssystem untersuchen.

(Quelle: Yahoo Schlagzeilen, 29. August 2003)

## **Erfolgreich durch Schlaf**

Wissenschaftler der Salzburger Universität haben in neuesten Forschungen festgestellt, dass sich bei Nervenzellen von Ratten im Schlaf dasselbe Aktivitätsmuster beobachten lässt wie während eines am Tag vorangegangenen Labyrinthlaufs. Die Tiere erleben die Tageserfahrungen sozusagen als „Replay“. Offensichtlich dient der Schlaf nicht nur zur Erholung, sondern auch als eine Art Lernprozess, berichtet die Universität.

„Ähnlich scheint die Situation auch beim Menschen zu sein“, so Wolfgang Klimesch, Leiter des Instituts für Psychologie der Universität Salzburg. Der Forscher arbeitet mit den Wiener Universitätskliniken der Neurologie und Psychiatrie zusammen. Dem Schlaf komme neben dem Erholungswert auch eine Funktion im Lernprozess zu. „Gelerntes wird am nächsten Morgen oft sogar besser wiedergegeben als unmittelbar nach dem Lernen“, führt der Experte aus. Mit Hilfe eines Neuroscan-Bioverstärkers wird registriert, wie bei schlafenden Testpersonen gelernte Informationen im Gehirn kodiert und gespeichert werden. Dabei werden 23 EEG-Kanäle, fünf Augenkanäle, die Muskelaktivität von Bein und Kinn, EKG, Atmung und Sauerstoffsättigung im Blut gemessen und aufgezeichnet. „Zusätzlich werden auch Schlafgewohnheiten, Tagesrhythmus und Befindlichkeit der Versuchspersonen erfasst“, erklärt Manuel Schabus, der als Forschungsassistent im Projekt tätig ist. „Die Interpretation der Messergebnisse lässt Schlüsse darauf zu, welche Rolle die unterschiedlichen Schlafphasen für die Gedächtnisfunktion spielen“, führt Schabus aus. Nach dem Lernen zeige nun auch das menschliche Gehirn abhängig vom Lernerfolg eine dem „Replay“ bei Ratten ähnliche Aktivität. Der Forscher meint, dass sich leidenschaftliche Nachtschwärmer, auch unter Studenten, dieser Lernfunktion des Schlafes bewusst sein sollten.

(Quelle: Yahoo Schlagzeilen, 2. September 2003)

## **Vergrößerte Mandeln können bei Kindern Schlafapnoe auslösen**

Sie sind bei Kindern wichtig für das entstehende Immunsystem und fangen durch den Mund eindringende Krankheitserreger ab. Sind die Gaumenmandeln oder Tonsillen jedoch ständig entzündet, verlieren sie ihre Schutzfunktion und werden selbst zu einem Infektionsherd, der unter Umständen auf andere Körperteile abstrahlt. Dann können sie schwere Probleme verursachen, von rheumatischen Gelenksbeschwerden bis hin zu Entzündungen der Nieren oder des Herzmuskels.

Bis das Immunsystem im Alter von etwa vier Jahren ausreift, haben die Mandeln eine besonders wichtige Funktion. Durch den Mund eindringende Keime müssen das lymphatische Gewebe passieren, das im hinteren Mundraum Luft- und Speiseröhre umlagert. Die in dem Gewebe enthaltenen Lymphozyten fangen körperfremde Stoffe wie Viren oder Bakterien ab und machen sie unschädlich. Doch nicht für alle Menschen sind die Mandeln ein Segen. Sie können viele Probleme verursachen, entweder wenn sie oft oder chronisch entzündet sind, aber auch allein durch ihre Größe.

Wenn Kinder lautstark schnarchen, sind oft neben vergrößerten Polypen zu große Mandeln die Ursache. Dann werden die Mandeln allein schon durch ihren Umfang zu einem mechanischen Hindernis und verengen die Atemwege. Rutschen sie im Schlaf nach hinten, produziert die durchstreifende Atemluft die typischen Schnarchlaute. In drastischen Fällen kommt es sogar zu kurzen Atemaussetzern, der so genannten Schlafapnoe. Die Folgen des schlechten Schlafes äußern sich auch am Tag: Die Kinder sind am nächsten Morgen unausgeschlafen, tagsüber sind sie oft unkonzentriert oder überdreht.

Studien belegen, dass Kinder, die schnarchen, in der Schule schlechtere Leistungen bringen. Die vergrößerten Mandeln bereiten Kindern auch Schwierigkeiten beim Schlucken. Sie essen dann entweder ungern oder bevorzugen Lebensmittel, die sich relativ problemlos schlucken lassen, wie Nudeln. Die Folge: Die Kinder leiden an Gedeihstörungen, sie nehmen nicht richtig zu. Zudem würgen Kinder mit vergrößerten Mandeln auffallend oft, etwa beim Zähneputzen.

Sind die Mandeln entzündet, können ebenfalls Schluckbeschwerden auftreten, häufig verbunden mit Erkältungen und Fieber. Mitunter wird die Mandelentzündung chronisch, und die Entzündung schwellt oft ohne größere Beschwerden und daher unbemerkt vor sich hin. Dabei sondert das Organ Bakterien ab, die verschiedene Körperteile belasten können – von Mittelohrentzündung über rheumatische Gelenkbeschwerden bis hin zu Nieren- oder Herzerkrankungen. Haben Eltern den Verdacht auf Mandelprobleme, sollten sie den Kinderarzt oder im Zweifel einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt hinzuziehen.

Die meisten Ärzte machen die Entscheidung darüber, ob die Mandeln entfernt werden sollten, von den Beschwerden und vom Alter des Patienten abhängig. „Bis zum Alter von vier Jahren würde ich die Mandeln nur in Ausnahmefällen entfernen“, sagt Stefan Dazert, leitender Oberarzt an der HNO-Klinik Bochum. Etwa wenn sie jährlich viermal oder öfter entzündet sind oder bei einem Abszess. Bei vergrößerten Mandeln sollte man dagegen laut Dazert möglichst noch abwarten, bis die Kinder schon älter sind.

Müssen die Mandeln dann tatsächlich heraus, rät Dazert zu einer beidseitigen vollständigen Entfernung. Von dem in manchen Kliniken praktizierten Verfahren, vergrößerte Mandeln ambulant per Laser abzuschaben, den Mandelkern aber stehen zu lassen, der so genannten Elektro-Tonsillotomie, hält der Mediziner wenig. „Dabei kann man in das Organ reichende Schleimhauttunnel verschließen und Entzündungen auslösen.“

Als geradezu gefährlich kritisiert der Mediziner jedoch die Angebote mancher Ärzte, die Mandeln ambulant zu entfernen. Denn das größte Risiko der Operation sind Nachblutungen, die in etwa einem Prozent der Fälle auftreten – oft auch nach mehreren Tagen – und die tödlich enden können. „Das sollte man niemals ambulant machen lassen, sondern immer stationär und die Kinder anschließend nachbeobachten“, betont der Mediziner.

(Quelle: Yahoo Nachrichten, 22.08.03)

## **50 Prozent der Schlaganfallpatienten leiden unter Schlafapnoe**

---

Nächtliche Atemaussetzer erhöhen das Risiko von Bluthochdruck und Schlaganfällen beträchtlich. Neue Untersuchungen zeigen, dass bis zu 50 Prozent der Schlaganfallpatienten unter dem so genannten Schlafapnoe-Syndrom leiden, wie der Regensburger Schlafmediziner Jürgen Zully anlässlich des „Tags des Schlafes“ am 21. Juni mitteilte. Patienten mit dem Syndrom haben den Angaben zufolge ein zehnfach erhöhtes Risiko von Bluthochdruck.

Insgesamt leiden den Angaben zufolge mehr als zehn Prozent der Deutschen unter behandlungsbedürftigen Schlafstörungen, mehr als vier Prozent haben nächtliche Atemaussetzer. Eine Schlafapnoe findet sich bei neun Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer im Alter zwischen 30 und 60 Jahren.

Bei den Patienten setzt mehrmals in der Nacht der Atem für mehr als zehn Sekunden aus. Dabei kollabieren die Weichteilstrukturen um die oberen Luftwege und verschließen sie. Die Folgen sind unruhiger Schlaf und Müdigkeit am Tag, Leistungseinbußen bis hin zu Persönlichkeitsveränderungen sowie depressive oder gereizte Stimmung. Wegen des wenig erholsamen Schlafes besteht laut Zulley zugleich ein siebenfach erhöhtes Risiko für übermüdungsbedingte Unfälle. Die Schlafapnoe werde von Betroffenen wie Ärzten häufig nicht bemerkt.

Dabei sei die Behandlung der Apnoe relativ einfach und bei rechtzeitiger Diagnose lasse sich der Bluthochdruck wieder auf Normalwerte einstellen und somit das Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt senken, erklärte Zulley, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums an der Universität Regensburg. Helfen könne eine so genannte Überdruckmaske, die den Blutdruck normalisiere, Atemaussetzer verhindere und das Schnarchen reduziere.

(Quelle: Yahoo Schlagzeilen, 20. Juni 2003)

## **Schlafstudie um Auswirkung von Mobilfunkmasten geht weiter**

---

Die möglichen Auswirkungen von Mobilfunk-Sendern auf den menschlichen Schlaf bleiben weiter auf dem Prüfstand. Nach einer Vor-Studie in der ostfriesischen Ortschaft Flachsmeer (Kreis Leer) gebe es jetzt Entwürfe für eine umfangreiche bundesweite Untersuchung, teilt das Niedersächsische Landesgesundheitsamt in Hannover mit. Völlig offen sei weiter, wie die Ergebnisse einer solchen Studie aussehen könnten.

Im November und Dezember vergangenen Jahres hatten 100 Flachsmeerer unterschiedlichen Alters jeweils zwölf Nächte lang ihren Schlaf wissenschaftlich beobachten lassen. Dabei sollten die Untersuchungsmethoden und die Instrumente getestet werden. Heute unterrichteten Forscher und das Landesgesundheitsamt die Teilnehmer über die Ergebnisse des Testlaufs.

In der Ortschaft gibt es eine Mobilfunk-Basisstation. Besorgte Einwohner hatten sich bei der damaligen SPD-Landesregierung für eine Untersuchung stark gemacht. Sie wollten mehr Gewissheit in der Frage, ob der Sender schädliche Wirkungen auf die Gesundheit von Menschen im Umfeld habe, sagte die Sprecherin einer Bürgerinitiative gegen den Sender, Gerda Bunker.

Nach den Angaben der Leiterin des wissenschaftlichen Projekts, Professorin Heidi Danker-Hopfe von der Freien Universität Berlin, gab es Schlaf-Studien bisher nur mit jungen und gesunden Menschen im Labor. In Flachsmeer sei jetzt erstmals erfolgreich ein Beobachtungsverfahren getestet worden, das auch für die Normalbevölkerung im Lebensalltag passe.

Zum Beobachtungs-Instrumentarium gehört neben Fragebögen auch ein Messgerät, mit dem die Testpersonen im Schlaf verbunden blieben. Das neu entwickelte Gerät schließe eine Lücke im wissenschaftlichen Instrumentarium, teilt das Landesgesundheitsamt mit. Jetzt seien objektive Messungen in diesem Bereich möglich.

(Quelle: Niedersächsisches Landesgesundheitsamt / heise online)

## **Sekundenschlaf**

---

Etwa jeder vierte Verkehrsunfall geht nach Angaben des Automobilclubs von Deutschland (AvD) auf Übermüdung und Sekundenschlaf zurück. Das Phänomen ist bekannt: Auf langen monotonen Strecken, die nicht regelmäßig durch Pausen unterbrochen werden, nickt der Wagenlenker kurz ein. Die Folgen sind oft verheerend.

In der Forschung gibt es nach Angaben von Verkehrsexperten noch großen Nachholbedarf zum Sekundenschlaf am Steuer. In medizinischen Nachschlagewerken taucht der Begriff kaum auf. Fest steht aber laut AvD, dass Sekundenschlaf eine „Notreaktion des Organismus“ ist. Hintergrund seien Schlafstörungen, die durch Umwelteinflüsse, veränderte Lebensgewohnheiten und Stress dramatisch zugenommen hätten.

Vorboten des Sekundenschlafs sind demnach Augenbrennen, schwere Augenlider, Gähnen und Frösteln. Auch Verschalten oder Schwierigkeiten beim Spurhalten gelten als alarmierende Zeichen für nachlassende Aufmerksamkeit. Das Gefährliche dabei: „Müdigkeit wirkt wie Alkohol, sie führt zu Wahrnehmungsausfällen und Selbstüberschätzung“, warnt Prof. Jürgen Zulley, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums in Regensburg.

Müdigkeitsattacken treten nach Erkenntnissen von Forschern nicht nur bei kurzfristigem Schlafmangel auf. Eine wachsende Zahl von Menschen finde nachts keine Ruhe, weil die Betroffenen – ohne es zu wissen – an chronischen Schlafstörungen wie etwa Apnoe (Atemstillstand) leiden. Dadurch steige nicht nur das Risiko für Herzkrankheiten und Schlaganfall – sondern auch die Tagesmüdigkeit nehme Besorgnis erregend zu.

Verkehrsexperten vom ADAC und der Deutschen Verkehrswacht (DVW) raten, schon bei ersten Anzeichen von Müdigkeit zu rasten und etwas zu schlafen. Der Versuch, sich mit Kaffee oder Tabletten aufzuputschen, könne fatale Folgen haben: Die Müdigkeit komme dann umso plötzlicher und heftiger. Nachtfahrten zwischen 2.00 und 5.00 Uhr sollten vermieden werden – „da ist der Körper auf Ruhe eingestellt“.

(Quelle: Yahoo Schlagzeilen, 26.08.03)

## „Liebling, du schnarchst“

Über schnarchende Menschen werden häufig Witze gemacht. Dabei ist lautes Schnarchen durchaus nicht komisch, sondern kann vielmehr ein ernst zu nehmender Hinweis auf schlafbezogene Atmungsstörungen sein. Aus diesem Grund stand das weit verbreitete Problem des Schnarchens im Blickpunkt des diesjährigen Tag des Schlafes. Beim Schnarchen handelt es sich um eine Verengung der Atemwege, die das Atemholen während des Schlafs erschwert. Die typischen Schnarchgeräusche entstehen bei der Anstrengung, Luft zu holen. Nach groben Schätzungen wird in deutschen Schlafzimmern heftig geschnarcht. Rund 10 – 30% der Erwachsenen sind davon betroffen. Schnarchen kann die Lautstärke eines Presslufthammers erreichen. Der Geräuschpegel reicht häufig über mehrere Räume hinweg und ist zuweilen auch noch in der benachbarten Wohnung zu hören.

Schnarchende Menschen haben Partner, die durch die typischen Geräusche des Schnarchens in ihrer Nachtruhe empfindlich gestört werden. Aufgrund der millionenfachen Belästigung kann Schnarchen mit einer Volkskrankheit verglichen werden, zumal die Folgen ein breit gefächertes Spektrum abdecken.

Unausgeschlafene Menschen leiden nach gestörtem Nachtschlaf unter Tagesmüdigkeit. Sie führt zu gravierenden Belastungen im Privat- und Berufsleben. Liegt darüber hinaus eine Schlafapnoe vor – Apnoe stammt aus dem Griechischen und bedeutet Atemstillstand – steigt die Unfall- und Verletzungsgefahr. Die Wahrscheinlichkeit von Verkehrsunfällen ist bei Schlafapnoeikern wesentlich höher als bei ausgeschlafenen Verkehrsteilnehmern. Zudem werden Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Zerstreutheit, auch Angstzustände und Depressionen durch Schlafapnoe festgestellt. Manche Betroffene klagen über morgendliche Kopfschmerzen und nachlassendes sexuelles Interesse, wenn sich der schleichende Prozess einer Schlafapnoe fortsetzt und das „Nach-Luft-Ringen“ in der Nacht zur Regel wird.

Ogleich die Ursachen und Zusammenhänge noch nicht endgültig geklärt sind, wird der gefürchtete plötzliche Kindstod (Sudden-Infant-Death-Syndrom= SIDS) mit einer Schlafapnoe in Verbindung

gebracht. Schlafapnoe kann bei Kindern mit Übergewicht und vergrößerten Mandeln oder Polypen auftreten. Die Kinder schnarchen aufgrund der Schwierigkeiten beim Luftholen und haben einen unruhigen Schlaf. Ältere Kinder, die unter Schlafapnoe leiden, werden wegen ihrer schlechten Schulleistungen als „faul und langsam“ diffamiert.

Auch wenn in vielen Fällen Schnarchen harmlos ist, so kann es doch auch Hinweis auf eine ernst zu nehmende Krankheit sein, und diese sollte dringend behandelt werden. Dies ist dann der Fall, wenn es während des Schlafens zu Atemaussetzern kommt, da dann eine Schlafapnoe vorliegen kann. Die während des Schlafens auftretenden Atemaussetzer sind nicht das eigentliche Problem, sondern die hierdurch bedingten reflexhaften Weckreaktionen und der Sauerstoffabfall im Blut. Die Weckreaktionen, die nicht zum Erwachen führen müssen, verhindern einen erholsamen Schlaf und führen zu ausgeprägter Tagesmüdigkeit. Diese kann sehr ausgeprägt sein und führt zu einer siebenfach erhöhten Wahrscheinlichkeit für übermüdungsbedingte Unfälle bei der Schlafapnoe. Nicht nur deswegen kann Schnarchen gefährlich sein, denn der Sauerstoffabfall bei Atemstillständen kann auch zu Bluthochdruck führen. Patienten mit Schlafapnoe haben ein zehnfach erhöhtes Risiko für Bluthochdruck.

Die Atemaussetzer können zu erhöhter Tagesmüdigkeit und Bluthochdruck führen.

Unbehandelt kann Bluthochdruck zu Herzinfarkt oder Schlaganfall führen. Internationale Studien konnten zeigen, dass bei bis zu 50% der Schlaganfallpatienten eine Schlafapnoe vorliegt. In diesen Fällen wurde offenbar der den Schlaganfall verursachende Bluthochdruck nicht mit einer möglichen Schlafapnoe in Verbindung gebracht. Die Schlafapnoe wurde nicht rechtzeitig diagnostiziert.

Eine wichtige Ursache des Bluthochdrucks wird häufig übersehen und völlig unterschätzt, da die Schlafapnoe unzureichend diagnostiziert wird.

Die relativ einfache Behandlung der Schlafapnoe, vor allem mittels einer Überdruckmaske, normalisiert den Blutdruck, verhindert die Atemaussetzer und reduziert das Schnarchen. Somit kann die

Entstehung des Bluthochdrucks und seiner Folgeerkrankungen in vielen Fällen verhindert werden. Das Risiko eines vorzeitigen Todes reduziert sich deutlich. Eine Behandlung der Schlafapnoe reduziert die Tagesmüdigkeit, normalisiert den Blutdruck und verhindert die Folgeerkrankungen.

Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Ergebnisse wird empfohlen, dass Patienten mit Bluthochdruck auf Schlafapnoe untersucht werden sollen.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen)

## **Tag des Schlafes:**

---

*VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen fordert verbesserte Versorgung bei Schlafapnoe-Patienten*

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen stellt in seiner täglichen Arbeit nach wie vor fest, dass viele Schlafapnoe-Patienten eine Odyssee bei Ärzten durchlaufen müssen, bis bei ihnen die richtige Diagnose gestellt und die notwendige Behandlung eingeleitet wurde. Auch werden die Folgen dieser Erkrankung weiterhin deutlich unterschätzt.

Die Selbsthilfegruppen leisten deshalb über den VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen zielgerichtete Aufklärungsarbeit, um auf die Ursachen und Folgen der Schlafapnoe hinzuweisen und eine bessere Versorgung zu erreichen.

Besorgt beobachten die Selbsthilfegruppen, dass viele Schlafapnoe-Patienten bereits mit Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen konfrontiert sind und unter den daraus entstehenden Folgeerkrankungen leiden.

Deshalb fordert der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen eine rechtzeitige Diagnostik der Schlafapnoe, um die Entwicklung eines Bluthochdrucks und weiterer Folgeerkrankungen einzudämmen sowie die Durchführung präventiver und begleitender Maßnahmen. Es kommt entscheidend darauf an, dass die Schlafstörung rechtzeitig erkannt und den Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung geholfen wird.

Wir versprechen uns von einer solchen Vorgehensweise eine bessere Qualität in der Versorgung für den einzelnen Betroffenen, eine höhere Lebensqualität und mittelfristig sehen wir durchaus hier die Möglichkeit, dass die gesetzlichen Krankenkassen gerade wegen besserer Versorgung Finanzmittel einsparen können. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Folgen dieser häufig zu beobachtenden komplexen Erkrankungen reduziert und damit Kosten vermieden werden können.

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen fordert deshalb aus Anlass des Tags des Schlafes eine verbesserte rechtzeitige Diagnostik und Behandlung der Schlafapnoe.

Reinhard Müller, Sprecher des VdK-Fachverbands Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

## **Personalie**

---

In der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand im Raum Kassel hat es einen Wechsel an der Spitze gegeben. Neuer Sprecher des Vorstandes ist Otmar Möller, der am 01.08.2003 sein Amt angetreten hat. Er folgt Andreas Bensch nach, der jedoch weiterhin als einer der beiden Landessprecher der Selbsthilfegruppen in Hessen aktiv sein und auch als Ansprechpartner des VdK-Fachverbandes in Bonn mitarbeiten wird.

## Neue Therapie gegen Schnarchen

Wissenschaftler des Göttinger Universitätsklinikums haben eine neue Therapie gegen Schnarchen entwickelt. Das Konzept basiert auf einer Art Verhaltenstraining der Zunge.

Die Patienten tragen einige Wochen lang zu Hause mehrere Stunden täglich eine weiche Plastikschiene mit einer Druckanzeige im Mund. Dabei trainieren sie, die Lippen geschlossen zu halten und in der Mundhöhle durch Schlucken einen Unterdruck zu erzeugen. Dadurch wird der Zungengrund in festen Kontakt mit dem Gaumensegel gebracht. Diese Zungenposition hat zur Folge, dass der Rachen erweitert und das Schnarchen unterbrochen wird.

Mit der Schiene können sich die Patienten diese so genannte „Zungenparkposition“ so antrainieren, dass das Tragen der Schiene nach einigen Wochen nicht mehr notwendig ist. Professor Winfried Engelke von der Abteilung Zahnärztliche Chirurgie des Göttinger Universitätsklinikums berichtet, dass bisher mehrere hundert Patienten mit der Methode behandelt wurden und dass sich bei 80 Prozent von ihnen die Schnarchsymptomatik verbessert habe.

Das Training mit der Schiene bewirkt zum einen, dass die Zunge in einer festen Position am Gaumensegel liegt und nicht nach hinten fällt. Dadurch erweitert sich der Rachen. Zum anderen bleibt der Mund durch das Tragen der Schiene geschlossen. Die Patienten üben dabei einen Mechanismus ein, der bei jedem Schlucken abläuft. Beim Schluckvorgang liegt die Zunge am Gaumensegel und dadurch entsteht eine Art von Ventileffekt, der die Schließung des Mundes bewirkt. Das systematische Training soll den Patienten helfen, nach einiger Zeit diese Position auch nach dem Schluckvorgang beizubehalten. Die Schiene wird dazu zunächst zwei Stunden abends und während der Nacht getragen. Sie sieht wie ein Schnuller aus und ist im vorderen Bereich mit einem Membrantrichter versehen. Vor dem Spiegel können die Patienten beobachten, welchen Unterdruck sie durch ihre Schluckbewegungen erzeugen. Die vom Zahnarzt anzupassende Schiene ist zu groß, als dass man sich an ihr verschlucken könnte. Sprechen könne man aber nicht beim Tragen der Schiene.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Ambulante Schlafschule**

---

Das Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen in Hamburg startet die nach seinen Angaben erste bundesweite ambulante Schlafschule. Neben Informationen über Grundlagen und biologische Rhythmen erhalten die Patienten in der Schlafschule einen Überblick über therapeutische Möglichkeiten und erlernen Entspannungsübungen.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Jeder zweite Schlafapnoe-Patient hat hohen Blutdruck**

---

Die bei obstruktiver Schlafapnoe immer wieder auftretenden Hypoxämien und Aktivierungen des Sympathikotonus schädigen die arteriellen Gefäße. Die Patienten, die zugleich Hypertoniker sind, eine Apoplexie hatten oder unter Herzinsuffizienz leiden, sollten demnach als Risikopatienten eingestuft werden. Schlaf und Wachsein wirken modulierend auf die Organe; Krankheiten von Herz und Lunge stören diese Funktion. Daran erinnert jetzt wieder der Pneumologe, Intensiv- und Schlafmediziner Professor Ulrich Koehler vom Klinikum der Philipps-Universität Marburg. Er hat die nach seiner Ansicht noch immer unterschätzten Zusammenhänge von der schlafbezogenen Atmungsstörung (OSA) und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems aufgelistet.

So hat einerseits etwa die Hälfte der OSA-Patienten arteriellen Bluthochdruck. Andererseits wird bei etwa einem Drittel der Hypertoniker eine OSA diagnostiziert. Die schädigende Wirkung von unzureichendem nächtlichem Blutdruck auf das arterielle Gefäßsystem bei geschwächtem Wach-Schlaf-Rhythmus belegen mehrere Untersuchungen bei Patienten mit essentieller Hypertonie.

Danach haben – je nach Studie – zwischen 44 bis 74 Prozent der Patienten mit Schlaganfall (Apoplexie) eine schlafbezogene Atmungsstörung. Bei arterieller Hypertonie, unklarer linksventrikulärer Hypertrophie sowie im Schlaf oder frühmorgens auftretenden zerebralen Ischämien sollte daher, wie Koehler empfiehlt, OSA als mögliche Ursache berücksichtigt werden. Gleiches gelte bei vorwiegend im Schlaf auftretenden bradykarden und tachykarden Herzrhythmusstörungen sowie bei Angina pectoris, so Koehler. Koehler berichtet auch von einer Untersuchung mit 41 Herzinfarkt-Patienten, die ergab, dass bei 9 von 41 (22 Prozent) das Ereignis im Schlaf eintrat; sechs Patienten hatten mehr als zehn Apnoe- oder Hypnoephasen pro Stunde. Bei einer nächtlichen Angina pectoris besteht OSA-Verdacht. OSA-Patienten mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen und nächtlicher Angina pectoris seien in einer Studie stets dann symptomatisch gewesen, wenn es zu ausgeprägten Hypoxämien mit Sauerstoffsättigungen unter 50 Prozent gekommen sei. Ihnen half, wie meistens bei OSA, die nasale Beatmungstherapie. Apnoen, Hypoxämien und myokardiale Ischämien wurden wirksam beseitigt.

Schließlich macht Koehler auf die Herzinsuffizienz bei OSA aufmerksam. Einer der verursachenden Faktoren sei der bei OSA erhöhte und verlängerte Sympathikotonus, der zunehmend eine unökonomische Herzarbeit hervorriefe. Auch hier sei die nicht-invasive nasale Beatmungstherapie Mittel der Wahl. Nykturie und Ödeme als Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz gingen mit kurzen Therapieintervallen in ein bis drei Nächten zurück.

Koehlers Tipp: Die einfache zielgerichtete Anamnese mit Fragen nach der Tagesempfindlichkeit wie Schläfrigkeit und Leistungsabfall, nach Schnarchen und Atemstillständen im Schlaf kläre bereits über 90 Prozent der Verdachtsfälle.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Zu wenig Schlaf reduziert die Leistungsfähigkeit**

---

Nach 14-tägigem Schlafmangel ist das Hirn so leistungsfähig wie nach zwei Tagen ganz ohne Schlaf. Chronischer Schlafmangel ist schädlicher als weithin angenommen. Wer über 14 Tage nur bis zu sechs Stunden pro Nacht schläft, hat dadurch kognitive Funktionsstörungen, so wie Menschen, die zwei Tage überhaupt nicht geschlafen haben. Dies ist das Ergebnis einer Untersuchung von Forschern der University of Pennsylvania in Philadelphia. 50 gesunde Personen mittleren Alters mit gleichem Schlafbedürfnis schliefen für die Studie entweder über 14 Tage pro Nacht acht, sechs oder vier Stunden oder aber insgesamt drei Nächte überhaupt nicht. Während der wachen Phasen wurden alle zwei Stunden Vigilanz, Reaktionszeit und die kognitiven Fähigkeiten überprüft. Das Ergebnis: Chronischer Schlafentzug mit nur bis zu sechs Stunden Schlaf pro Nacht führte zu einer signifikanten Abnahme der kognitiven Fähigkeiten im Vergleich zur Abnahme bei den Personen, die acht Stunden schlafen, berichteten der Psychiatrie-Professor Hans P. A. van Dongen und seine Kollegen (Sleep 26, 2003, 117). Dabei fühlten sich die Testpersonen fit. Die subjektive Schläfrigkeit nahm nach Beginn des Schlafmangels kurzzeitig zu, änderte sich aber im Verlauf der weiteren Tage nur noch wenig. Bei Personen mit Schlafbeschränkung auf lediglich vier Stunden pro Nacht war die Aufmerksamkeit nach 14 Tagen nur noch so ausgeprägt wie bei Personen nach zwei schlaflosen Nächten. Der Schlafentzug wirkte sich zudem bei den Personen, die normalerweise am längsten schliefen, am stärksten aus.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Psyche und Schlaf**

---

Psychische Belastungen führen nach Angaben der Universität Leipzig bei immer mehr Menschen zu Schlafstörungen. Der Anteil der Patienten, die nicht vom Alltag abschalten können, steigt, sagt der Direktor der Universitätsklinik Leipzig Professor Joachim Schauer. Zu den Auslösern der Schlafstörungen gehören Existenzängste, Berufsstress und zu viel Fernsehkonsum. Schlafstörungen seien längst eine Zivilisationskrankheit.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Vollmond und Schlaf**

---

Viele Menschen sehen dem Vollmond furchtsam entgegen, denn sie glauben, dass er unseren Schlaf beeinflusst. Der Anteil der Deutschen, die das glauben, beträgt nach einer Umfrage des Allensbach-Instituts 39 Prozent. Bei dieser Umfrage sei aber auch bekannt geworden, dass 40 Prozent der Deutschen an die Glück bringende Wirkung eines vierblättrigen Kleeblatts, 35 Prozent an jene von Schornsteinfegern und 32 Prozent an die Existenz von Engeln glauben. Professor Zulley, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums der Universität Regensburg, sprach dazu auf einer Veranstaltung eines Arzneimittelherstellers und räumte mit der weit verbreiteten Vorstellung auf, dass ein gestörter Schlaf auf die Kräfte der Gravitation zurückzuführen sei. Viele glauben an einen solchen Einfluss des Vollmondes, da der Mensch ja zu 70 Prozent aus Wasser besteht. „Binnenseen kennen ja auch keine Ebbe und Flut. Nur sehr große Wassermassen wie die Ozeane sprechen auf die Gravitation an.“ Bleibt das Licht. Laut Zulley sei bekannt, dass Helligkeit ein Störfaktor für den Schlaf sei. Allerdings messe man bei Vollmond nur eine Helligkeit von 0,2 Lux, wohingegen Wirkungen auf das menschliche Hormonsystem erst bei mindestens 180 Lux belegt seien. Der Vollmond als Störfaktor für den Schlaf – alles nur Aberglaube? Immerhin wurden in der Vergangenheit bereits viele solcher Mythen widerlegt, etwa dass der Vollmond Einfluss auf Geburten hätte, die Aggression steigerte, die Depressionsrate hochschnellen ließe oder

die Haltbarkeit gepflückter Pflanzen beeinflusste. All diesen Studien zum Trotz bestätigt Zulley: „Das Licht einer klaren Vollmondnacht kann sich tatsächlich negativ auf den Schlaf auswirken. Die subjektive Einstellung des Einzelnen zum Schlaf ist entscheidender, als wir glauben.“

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Schlafstörungen bei Schichtarbeitern**

Schlafstörungen bei Schichtarbeitern lassen sich oft durch allmählich im Uhrzeigersinn wechselnde Schichten bessern. Sinnvoll ist die Reihenfolge Frühschicht, dann Spätschicht und als nächstes Nachtschicht. Auch einzelne, unregelmäßig eingestreute Nachtschichten helfen die Situation zu verbessern. Einigen Betroffenen nutzten auch kurz wirksame Schlafmittel, wenn sie nur in den ersten ein bis maximal drei Tagen eingenommen wurden.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Depressionen und Schlafstörungen**

Vier von fünf depressiven Menschen haben eine Schlafstörung als Leitsymptom. Umgekehrt haben nach Angaben von Professor Göran Hajak aus Regensburg Patienten mit Insomnien, die nicht behandelt werden, ein fünffach erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. In diesem Zusammenhang ist es erwähnenswert, dass bei Depressionen Johanniskraut-Extrakte wirksam eingesetzt werden können und dass diesen auch bei der Einnahme bei chronischem Müdigkeitssyndrom eine Besserung dieses Syndroms nachgesagt wird.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Schnarcher-Weste**

---

Seit einiger Zeit wird eine so genannte RLV-Weste angeboten, die den Schlaf in der Rückenlage verhindern soll und die vor allem Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe, die vorzugsweise in der Rückenlage schlafen, die Seitenlage aufzwingen soll. Eine Studie an einer kleinen Anzahl leicht übergewichtiger Patienten in der Uniklinik Mannheim hat Folgendes ergeben: Zwölf Männer mit Rückenlage-assoziiertes obstruktiver Schlafapnoe wurden zwei Nächte im Schlaflabor beobachtet, eine Nacht ohne, die zweite Nacht mit der Weste. Während der Nacht wurden Parameter wie EEG, oronasaler Atemfluss und Körperlage erfasst, wie Dr. Maurer und seine Kollegen von der HNO-Klinik berichten. Eine Rückenlage-assoziierte Schlafapnoe wurde dann diagnostiziert, wenn die Patienten einen Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von zehn solcher Störungen pro Stunde, gemessen über die Gesamtschlafzeit, hatten und der AHI in der Rückenlage doppelt so hoch wie in der Seitenlage war. Ohne Weste hatten die Patienten über die ganze Nacht einen AHI von 26,5/h. Durch das Tragen der Weste sank der AHI signifikant auf durchschnittlich 7/h. Bei 75 Prozent der Patienten konnte mit der Weste die Rückenlage-assoziierte Apnoe beseitigt werden. Schlafqualität und respiratorische Parameter besserten sich in gleichem Maße. Fazit des Autors: „Die RLV-Weste ist eine ungefährliche und effektive Therapiealternative bei Patienten mit Rückenlage-assoziiertes obstruktiver Schlafapnoe.“

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Homöopathikum gegen Schlafstörungen**

---

Ein neues homöopathisches Komplexmittel hilft bei leichteren bis mittleren Schlafstörungen und Un-Ruhezuständen. Es fördert den erholsamen Schlaf und baut Stressempfinden ab. Im Gegensatz zu den bisher bei Schlafstörungen eingesetzten Benzodiazepinen macht das Mittel nicht abhängig und hat keine unerwünschten Wirkungen, wird berichtet. Das Präparat wird unter dem Namen Neurexan® vertrieben. Es enthält Passionsblume, Hafer, Kaffee

sowie Zinkvalerat und wurde vor kurzem in Form von Tabletten und Tropfen von der Firma Heel eingeführt. Das Medikament erzeuge keinen Gewöhnungseffekt und sei gut verträglich, berichtete der Allgemeinmediziner Dr. Richard Schrader aus Prien bei einer Präsentation der Firma Heel in Helsinki. Dr. Schrader führte an, dass Patienten damit besser schlafen und sich ausgeglichener fühlen. Ein solches Mittel käme dem Wunsch vieler Patienten nach „natürlich wirkenden Arzneimitteln“ entgegen. Sie würden es synthetischen Schlafmitteln und Psychopharmaka vorziehen. Nach seinen Angaben werden die Einzelsubstanzen des neuen Präparats seit langem erfolgreich bei Schlafstörungen eingesetzt. Es sind bereits Anwendungsbeobachtungen und eine Vergleichsstudie mit schulmedizinischen Mitteln geplant. Schrader empfiehlt, das Präparat anfangs stündlich einzunehmen und nach einigen Tagen auf die Standarddosierung von dreimal täglich eine Tablette oder fünf Tropfen zu wechseln. Die beruhigende und schlaffördernde Wirkung setze allmählich ein und sollte nach zwei bis vier Wochen deutlich spürbar sein, so Schrader. Das Mittel könne langfristig angewendet werden und schränke die Reaktions- und Leistungsfähigkeit nicht ein, betonte Schrader weiter. Allerdings sollten die Patienten bei der Verordnung des Medikaments auch allgemeine Ratschläge zur Verbesserung des Schlafs mit auf den Weg bekommen. Der Mediziner empfiehlt außer einer guten Schlafhygiene Joggen und Saunagänge mit warmen Fußbädern.

(Quelle: Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main/Ärztezeitung online)

## **Das Letzte**

---

„Immer mehr Senioren verschwinden im Internet, weil sie aus Versehen die Tasten „Alt“ und „Entfernen“ drücken.“

(Quelle: Der Kabarettist Günter Grünwald, zitiert von der Zeitschrift „Der Kassenarzt“)

## Der immermüde Manfred

„Ich habe eine... Schlaf... Ab... äh was? Nö“?

Noch bevor ich unfallfrei aussprechen konnte, an welcher Krankheit ich leide, hatte ich auch schon meine CPAP-Therapie. Ahhh... wass'n dass'n?

Der Reihe nach: Herbst/Winter 1997: Eine Stressphase jagt die nächste. Neben meiner normalen Arbeitsbelastung einer 35-Stunden-Woche und den Hausarbeiten, von denen ich mich in unserer WG schlechterdings nicht ausklinken kann, basteln wir an unserem dritten Kabarettprogramm: „Quattro Stagioni: amnesy national – Wie es euch entfällt“.

Manchmal weiß ich nicht, wo mir der Kopf steht. Abends Bierchen trinken, wobei der Abend auch schon am frühen Nachmittag beginnen kann. Wenn ich einen Text auswendig lernen will, dann rutscht der mit Bier besser in Leib, Seele und Leber. Und in der Küche gibt's dann abends noch mal ein Bierchen. Verwundert registriere ich die hohe Fluktuation an Bierkästen in der WG und frage mich, ob ich in einer Säufer-WG gelandet bin. Ein Blick auf die Bierliste macht mir mit Schrecken klar, dass ich die Frage bejahen muss: Ein Säufer in der WG.

Erschreckt und verwundert bin ich aber auch über meine Müdigkeit. Da sitze ich so gegen 22:00 Uhr in der Küche, was für mich, der ich üblicherweise nicht vor 2:00 Uhr nachts schlafen gehe, wahrlich noch keine Zeit ist, bin im Gespräch, und während ich zuhöre, da fallen mir die Augen zu. Oder ich selbst erzähle etwas, und mitten im Satz schlafe ich für einige Sekunden ein, um danach wieder aufzuwachen und den Satz zu beenden. Dabei habe ich genügend geschlafen, gut geschlafen, eben so wie ich in der Regel gut schlafe.

Auch das Problem, morgens den Wecker im Tran auszuschalten und weiter zu schlafen, habe ich einigermäßen im Griff. Einerseits habe ich nicht nur einen Wecker, sondern acht, andererseits postiere ich meine acht Wecker so im Zimmer, dass ich notwendigerweise aufstehen muss, um sie auszustellen. Und ich habe hartnäckige Wecker, so hartnäckige Wecker, dass bis zu vier biologische Wecker

in Gestalt genervter MitbewohnerInnen zusätzlich eingeschaltet werden können.

Aber dass ich einfach so im Gespräch wegratze...? Nicht nur mir ist meine Müdigkeit aufgefallen, auch meine WG lästert schon über mich: „Nicht mehr lange, dann schläft er im Gehen ein!“ Ich bin überarbeitet.

Angst machen mir Situationen am Steuer meines Autos. Ich spüre deutlich die Schwere meiner Augenlider, den dringenden Drang, einschlafen zu wollen, während ich mit 30 – 120 km/h durch ein Wohngebiet, die Stadt oder auf der Autobahn fahre. Und diese Tendenz zum Einschlafen habe ich auch bei kurzen Strecken.

Nein, am Steuer eingeschlafen bin ich nicht, aber etliche Male war ich kurz davor. Allerdings bedurfte es eines umfangreichen Hilfsprogramms, um nicht einzuschlafen: Radio einschalten – Radio ausschalten – Fenster aufmachen – Fenster zumachen – Selbstgespräche – mich selbst ohrfeigen – Gymnastikpausen nach 20 km Fahrt – und so weiter. „Aber eigentlich“, denke ich mir, „darfst du so nicht Auto fahren. Du bist ein Sicherheitsrisiko.“ Ich bekomme Angst, wenn ich mich ans Steuer setzen muss. Mai/Juni 1998: Die schlimme Stressphase ist vorbei. Die Premiere von „amnesy national“ war erfolgreich. Die Arbeitsbelastungen haben sich normalisiert. Was sich aber nicht normalisiert hat, das sind meine massiven Einschlafendenzen beziehungsweise sind diese Tendenzen zum Normalzustand geworden. Ich besuche meinen Hausarzt, weil mir so viel Müdigkeit nicht mehr koscher vorkommt. Mein Gott, ich bin doch gesund, grade mal 37 Jahre alt.

Ich schildere meinem Hausarzt mein Problem, und wie aus der Pistole geschossen sagt er „Schlaflabor“. Er habe früher selbst im Schlaflabor gearbeitet, kenne von daher die Symptome dieses Krankheitsbildes nur zu gut und rate mir dringend, möglichst schnell zu einem Termin im Schlaflabor.

Am 17. Juli 1998 gehe ich als ambulanter Patient in das Schlaflabor der Marburger Uniklinik. Brutto vier Stunden, netto 45 Minuten, das heißt 45 Minuten werde ich von Ärzten und Krankenschwestern befragt, belastet, angezapft, durchleuchtet, durchgecheckt, aber

vier Stunden bin ich in Räumen des Krankenhauses. 3 Stunden 15 Minuten hänge ich auf diversen Stühlen und warte darauf, dass jemand meinen Namen aufruft, immer in der Angst, ihn nicht zu hören, weil ich gerade in diesem Moment eingeschlafen bin.

Die Wartezeit dadurch zu überbrücken, indem ich ein Buch herausnehme und darin lese, erweist sich als unpraktikabel. Ich schlafe über dem Buch ein, das Buch gleitet mir aus den Händen, fällt mit einem Schlag auf den Boden und weckt mich – und die anderen Schlafapnoiker im Warteflur.

Am Ende dieses langweiligen, langwierigen und doch anstrengenden Vormittages bin ich verkabelt, soll ich mit einem Aufzeichnungsgerät meine Nachtruhe teilen, mich völlig normal verhalten (also zwischen 2 und 3 Uhr nachts schlafen gehen) und – so die Vorgabe – morgens um acht wieder im Schlaflabor sein. Wenn ich also nicht verschlafe, dann wird's 'ne kurze Nacht. Am 18. Juli, fast pünktlich, gebe ich das Gerät nebst den Aufzeichnungen meiner Daten, die ich dem Gerät vorgeschnarcht habe, ab. Später empfängt mich in der Schlaflaborabteilung eine Ärztin und teilt mir freudestrahlend mit: „Tja, Herr Bentsche, Sie haben die goldene Ananas gewonnen! Sie haben eine sehr ausgeprägte Schlafapnoe und erhalten eine B-CPAP-Therapie.“ Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich mich ihrer Freude, dass ich einen Hauptgewinn gezogen habe, so unbedingt anschließen soll. Aber ihre liebevolle Unverschämtheit, mit der sie mir diese Nachricht übermittelt hat, amüsiert mich doch sehr.

Schon fünf Tage später beginnt mein dreitägiger stationärer Aufenthalt im Schnarchlabor (wie ich das Schlaflabor despektierlich nenne) der Uniklinik. Am Vormittag des 23. Juli bekomme ich nach meiner Anmeldung in der Klinik ein schickes Bett mit ganz viel Besuch. Na ja, eher Laufkundschaft, weil sich mein Bett auf dem Flur befindet. So lege ich mich hin und harre der Dinge, die da kommen mögen, schnarche ein, wache wieder auf und erkundige mich, wie das hier jetzt weiter geht. Von der Krankenschwester erhalte ich keine wirklich erschöpfende Auskunft, aber sie kümmert sich darum, dass ein Arzt vorbei kommt und mir Folgendes erklärt:

Es wurde mir Blut entnommen für ein kleines Blutbild, ein Blutprofil und eine Schilddrüsenhormonbestimmung. Nun soll noch ein EKG

geschrieben werden. Aufgrund dieser Ergebnisse wird dann entschieden, ob noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Abends erfolgt dann die Polysomnographie im Schlaflabor. In der ersten Nacht schlafe ich noch einmal ohne Hilfsmittel, wobei ich unter ständiger Beobachtung stehend vorschnarchen werde. Am zweiten Abend soll die Therapie beginnen, indem der Luftdruck des mir zur Verfügung gestellten CPAP-Gerätes individuell auf mich eingestellt wird. Die dritte Nacht dient dann der Kontrolle des Luftdrucks.

Zu meinen Terminen, vor allem den Untersuchungen, den Visiten, den Essenszeiten, möge ich mich hier oder an anderen Orten im Krankenhaus einfinden. Ansonsten dürfe ich selbstverständlich auch nach draußen gehen, möge mich dann aber bitte abmelden und aus versicherungsrechtlichen Gründen das Gelände des Krankenhauses nicht verlassen.

Wusste ich es doch: Ich bin nicht krank. Das bisschen Müdigkeit, das bisschen Schnarchen, die paar Atemaussetzer... je nu! – Ein wenig irritiert bin ich allerdings wegen des Ortes, an dem ich mich gesund fühle...

Am Nachmittag melde ich mich ab und lasse mir sagen, dass ich in drei Stunden wieder hier sein soll. Draußen ist es sommerlich warm. Jetzt bekomme ich sogar ein Urlaubsfeeling. Während eines kleinen Spazierganges erinnere ich mich, dass ich mich möglichst normal verhalten soll, also so, wie ich mich in meinem Alltag verhalte. Zu meinem Alltag gehört Alkohol, den ich heute Abend im Krankenhaus wohl mangels Möglichkeit nicht werde trinken können. Im Augenblick würde ich zwar lieber kein Bier trinken, aber wenn es die Wissenschaft von mir verlangt, dann opfere ich mich – und trinke zwei Flaschen. Und da das Mittagessen mengenmäßig doch eher bescheiden ausfiel (von sooo wenig soll sich ein Mensch ernähren können?), schiebe ich zum Bier ein Schnitzel mit Pommes rein. Das Abendessen im Krankenhaus ist die erwartete kleine Portion, die noch locker in meinen Magen passt. Meine 120 Kilo Lebendgewicht wollen versorgt sein.

Dann, so gegen 20:00 Uhr, soll ich mich mit geputzten Zähnen und angezogenem Schlafanzug für meine Verkabelung bereithalten. Um

20:00 Uhr! Wie soll das gehen? Ich kann mich nicht daran erinnern, wann ich mich zuletzt vor Mitternacht zur Nachtruhe begeben habe. Ziemlich pünktlich werde ich in ein abgedunkeltes Einzelzimmer geleitet, werde verkabelt... und zähle noch nicht einmal fünfzig Schäfchen, bevor ich wegratze. Stimmt. Da war was. Ich habe eine Schlafapnoe und kann eigentlich zu jedem beliebigen Zeitpunkt einschlafen. Sone Krankheit kann Vorteile haben.

Der zweite Tag verläuft im Wesentlichen wie der erste. Draußen ist es sommerlich warm. Ich bin im Krankenhaus und habe ein Urlaubsfeeling. Wenn ich im Flur in meinem Bett liege, schlafe ich. Am Nachmittag gehe ich nach draußen und verhalte mich normal. Abends werde ich wieder recht bald nach dem Sandmännchen von einem mir bis dato unbekanntem Arzt verkabelt. Er befeuchtet einige Stellen meines Oberkörper mit Wasser, legt Sonden an, verklebt Klebestreifen... Irgendwann spricht er mich recht laut an: „Herr Bentsche! Nicht einschlafen! Wir müssen noch die Tests machen!“

Bei allen guten Geistern, jetzt bin ich doch geschockt! Da fingert ein mir wildfremder Mensch an mir herum – und ich schlafe, noch während er mich betastet, unter seinen Händen ein. Wenn es noch eines Beweises bedurft hatte, dass ich krank bin: Hier ist er!

Für diese Nacht zum ersten Mal habe ich eine CPAP-Maske angelegt bekommen. Das ist eine Nasenmaske, die mit Bändern über die Stirn und an den Ohren vorbei am Hinterkopf befestigt ist. Ein ständiger Luftstrom wird in meine Nase geblasen. Atme ich durch den Mund ist so weit alles in Ordnung. Atme ich aber durch die Nase, so habe ich das Gefühl, ich werde aufgeblasen wie ein Luftballon, bis er platzt. Ich habe Angst vor dem Einschlafen, weil ich dann durch die Nase atme und panikartig wieder aufwache. Dann liege ich wach, versuche mich daran zu gewöhnen, durch die Nase zu atmen, was allmählich geht. Ich schlafe wieder ein, werde wach, Luftballon. Irgendwann habe ich jedes Zeitgefühl verloren. Ich muss geträumt haben, ich läge wach und würde wie ein Luftballon aufgeblasen. Wie soll ich nur diese Nacht überstehen?

Und dann, scheinbar im nächsten Augenblick, wache ich auf. Einen Moment später kommt der Arzt in mein Zimmer, informiert mich, dass es jetzt 6:00 Uhr sei. Ich bin total überrascht. Bis ein Uhr,

zwei Uhr muss ich mich gewehrt, muss ich gegen die Therapie angekämpft haben, danach hatte mich die CPAP-Maske gezähmt. Vielleicht vier Stunden habe ich geschlafen, aber ich fühle mich so erholt, wie schon lange nicht mehr und erinnere mich daran, dass ich dieses Gefühl, ausgeschlafen zu sein, kenne, aber dass ich es heute, am Morgen des 25. Juli 1998 zum ersten Mal nach langen, langen Jahren wieder erlebe.

Mein dritter und letzter Tag dieses stationären Aufenthaltes beginnt, und den ganzen Tag über freue ich mich auf die Nacht und meinen erholsamen Schlaf.

(Fortsetzung folgt)

Manfred Bentsche (SHG-Marburg)

## **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin**

„Schlaf und Lebensalter“ – diesem Thema widmete sich die 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, die vom 25. bis 27. September 2002 in Cottbus stattfand. Die Tagung richtete sich vor allen an Fachmediziner, aber auch an Techniker, Pflegekräfte und nicht zuletzt die Betroffenen selbst. Für den VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen nahmen auch Helmut Himmighofen und Reinhard Müller teil, deren Bericht wir im Folgenden dokumentieren:

Das wissenschaftliche Programm umfasste im Hauptsymposium Vorträge zu verschiedenen Stadien von Schlaf und Lebensalter. Extrakte aus diesen Vorträgen sind in der DGSM-Zeitschrift „Somnologie“ Heft 7 (Supplement 1) Seiten 9 und 10 nachzulesen. Außerdem sind dort Kurzfassungen aller weiteren Vorträge enthalten.

Die anwesenden Vertreter der Selbsthilfegruppen trafen sich, um über die Gründung eines von der DGSM angeregten Selbsthilfeforum

zu sprechen. Diese Idee entstand in den Reihen der DGSM, die Herrn Dr. Josef Wirth aus Alfeld/Leine zum Vorsitzenden dieses Forums bestimmt hat. Herr Dr. Wirth erklärte den versammelten SHG-Vertretern, dass jetzt seit Jahren über die Bildung eines Dachverbandes diskutiert würde, ohne dass man einen Schritt weitergekommen sei. Die DGSM habe deshalb die Initiative ergriffen und wolle dieses Forum aus je einem Vertreter der drei Verbände VdK-Fachverband, BSD und Fachverband Schlafapnoe und je einem Vertreter der Deutschen Narkolepsie-Gesellschaft und des RLS-Verbandes sowie fünf besonders versierten Schlafmedizinerinnen aus verschiedenen Teilen der Bundesrepublik plus dem Vorsitzenden, Dr. Wirth, bilden.

Dr. Wirth überzeugte die Anwesenden, dass dies unwiederbringlich die letzte Chance ist, ein solches Forum zum Wohle der uns allen gemeinsamen Sache zu gründen. Die Selbsthilfegruppen, die bis dato noch nicht in einem Verband organisiert sind, wurden aufgefordert sich einem der drei bestehenden Verbände anzuschließen oder ohne Teilnahme am Forum in ihrer Selbstständigkeit zu verbleiben und damit auch nicht die Möglichkeit der Teilnahme an gemeinsamen Beschlüssen und Aktionen des Forums zu haben.

Dr. Wirth teilte ferner mit, dass von ihm innerhalb der nächsten zwei Wochen alle Selbsthilfegruppen angeschrieben und über die Bildung dieser Kommission informiert werden. Die bereits erwähnten Verbände sind dann aufgefordert, ihren jeweiligen Vertreter zur Entsendung in das Forum zu benennen. Die Kommission soll mehrmals im Jahr tagen und die Ergebnisse ihrer Treffen in ihren Verbänden veröffentlichen.

### **Resümee:**

Die Tagung verlief in bewährter Form, was die wissenschaftlichen Vorträge betraf. Erstaunlicherweise entwickelte sich auch das Treffen der Selbsthilfegruppen zu einem harmonischen Ende, da es gegen die Vorschläge von Dr. Wirth, die am 27. 9. nochmals durch Professor Fischer vorgestellt und erläutert wurden, letztlich keine schwerwiegenden Einwände gab. Der endgültigen Gründung der Kommission steht nunmehr erfreulicherweise nichts mehr entgegen.

## Besuche in der Industrieausstellung

### *Firma Weinmann, Hamburg*

Bei Weinmann gibt es wenige Neuigkeiten. Das bisherige, bewährte Programm wird weitergeführt und nach Bedarf ergänzt. Jetzt wurde ein neues Maskenmodell unter dem Namen „SomnoPlus“ mit integriertem Ausatemventil vorgestellt, welches der bisher bekannten „SomnoMask“ sehr ähnlich ist.

Unbestätigten Meldungen zufolge wird Weinmann das CPAP-Gerät „SomnoSmart“ in etwas verkleinerter Form, ähnlich dem „SomnoComfort“, auf den Markt zu bringen.

### *Firma tyco Healthcare Deutschland GmbH, Neustadt / Donau*

tyco hat ein neues AutoCPAP-Gerät auf den Markt gebracht, welches in Größe und Gewicht dem bereits eingeführten Gerät „Good Knight 420 S“ entspricht. Dieses Gerät hat die Bezeichnung „Good Knight 420 E“ und ist nur unwesentlich teurer als das 420 S, kann aber den Druck bei Flusslimitationen automatisch regulieren.

Auf meine Nachfrage nach der Situation bezüglich der Erteilung von Hilfsmittelnummern für die Beatmungsmasken Dream Seal und Breeze sagte mir Herr Fehse, dass er zur Zeit wegen anderer Aufgaben nicht darauf eingehen kann, die Beantragung aber zu einem späteren Zeitpunkt durchführen und mich über das Ergebnis auf dem laufenden halten wird.

### *Firma Heinen + Löwenstein GmbH, Bad Ems*

Das Gesamtprogramm von Heinen + Löwenstein ist nach wie vor undurchsichtig, was die Vielfalt an verfügbaren Gerätemodellen und Atemmasken betrifft. Die derzeit angebotenen Gerätemodelle sind,

- a) bei CPAP-Ausführung:
  - Phönix mit C-Flex Expirationsdruckabsenkung,
  - Viva
- b) bei Bilevel-Ausführung:
  - Prisma
  - Synchrony AVAPS mit Druckanpassung
  - Melody ST 20 mit 2 Druckniveaus.

Für die Masken gab es keine gedruckten Informationen. Ein neuer Katalog, der auch die verfügbaren Maskenmodelle enthält, ist in Vorbereitung.

*Firma Sunrise Medical GmbH, Malsch/Heidelberg (DeVILBISS)*

Es werden zwei CPAP-Geräte angeboten, das Horizon 9001 und das Horizon LT Plus, ein AutoCPAP-Gerät.

Bei den Maskenmodellen gibt es bald eine neue Maske unter dem Namen Flex Aire, deren besondere Attraktivität eine Nachjustierung des Auflagedrucks auf dem Gesicht mittels einer eingebauten Luftpumpe ist. Daneben gibt es noch die bereits bekannte Maske unter dem Namen „Serenity“, die neuerdings mit verschiedenen Maskenpolstern, nach Wunsch aus Gel oder Silikon, geliefert wird.

*Firma RESMED GmbH & Co. KG, Mönchengladbach*

Nichts Neues in der Gerätetechnik. Dafür hat RESMED die Ultra Mirage Activa-Maske herausgebracht, deren besondere Konstruktion einen neu entwickelten Maskeneinsatz beinhaltet, der mit dem Luftstrom an das Gesicht gepresst wird und auch bei Lagewechsel keine Leckagen zulassen soll. Außerdem gibt es eine neue Ultra Mirage Vollgesichtsmaske.

*Firma Hoffrichter GmbH, Schwerin*

Die Firma Hoffrichter stellt in der TREND-Serie die Geräte Typ 110 und 200 als CPAP-Geräte und Typ 300, 400 und 500 als Bi-Level-Geräte vor. Hoffrichter ist nur Hersteller. Der Vertrieb erfolgt über Vertriebspartner wie Vital Aire, Norderstedt und take air medical Handels-GmbH, Achim.

*Firma Fisher & Paykel Healthcare GmbH +Co. KG, Welzheim*

Bei Fisher & Paykel ist zum bisherigen Lieferprogramm nichts Neues hinzugekommen. Das von der Firma kürzlich vorgestellte CPAP-Gerät HC 220 hat jetzt eine Hilfsmittelnummer erhalten. Herr Reins bestätigt, dass er sich, sobald es seine Zeit erlaubt, auch um die Beantragung der Hilfsmittelnummern für die Maskenmodelle Aclaim und Oracle kümmern will und den VdK-Fachverband informieren wird, wenn diese erteilt wurden.

### *Firma Viasys Healthcare GmbH, Hoechberg*

Viasys stellt zwei CPAP-Geräte vor, nämlich das Dorado und das Delphinus, Letzteres ein AutoCPAP-Gerät. Es wird zurzeit versucht, die Geräte bei Schlaflaboren unterzubringen. Da Viasys auch Schlaflabora-ausrüstungen liefert, erhofft man sich zunehmendes Interesse auch an den CPAP-Geräten.

### *Firma MAP*

Bei Beatmungsgeräten und Masken gibt es nichts Neues. MAP stellte lediglich unter dem Namen microMesam ein neues Diagnosegerät für noch nicht therapierte Schlafapnoe-Patienten vor.

### **Resümee:**

Bei den Geräten gibt es bei fast allen Herstellern wenig Bewegung zu verzeichnen. Es sind jedoch einige neue interessante Maskenmodelle gezeigt worden. Leider wurde von einigen Betroffenen bemerkt, dass bisher nur ein Hersteller die Ausblasung der Atemluft durch eine spezielle Luftstromverteilung zufrieden stellend gelöst hat. Bei allen anderen sind die Geräuschentwicklung an den Ausatemöffnungen zu laut, und die Luft wird noch immer in Richtung des Bettpartners ausgeblasen, was diesen meistens erheblich stört.

Auch der VdK-Fachverband war auf der Ausstellung mit einem Stand präsent, der im Wechsel von sieben Mitgliedern der Selbsthilfegruppe betreut wurde.

## **„Schnittstellen müssen klar definiert werden“**

---

### *Interview mit Chefärztin Dr. Burman-Urbaneck*

Das Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich im Umbruch. Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung, Vorrang der ambulanten Behandlung und mehr Patientensouveränität sind nur einige der Stichworte, die in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte Konjunktur haben. Umstritten ist der Verleih von Hilfsmitteln, um Wirtschaftlichkeitsreserven auf diesem Gebiet zu

heben. Von diesen Maßnahmen sind Schlafapnoe-Patienten besonders betroffen. Der VdK-Fachverband sieht es deshalb als seine Aufgabe an, über die gesundheitspolitischen Entwicklungen aufzuklären und die Debatte kritisch zu begleiten. Der Fachverband hat deshalb Experten gebeten, zu aktuellen Fragen Stellung zu beziehen. Im Folgenden dokumentieren wir ein Interview mit Frau Dr. Burman-Urbaneck, Chefärztin der Haranni Clinic in Herne.

#### 1. Frage:

Mit Hilfe von Disease-Management-Programmen (Chroniker-Programme) will die Bundesregierung dafür sorgen, dass es in Zukunft für bestimmte Erkrankungen eine qualitativ bessere Versorgung gibt. Zur Zeit gibt es die Programme für Diabetes-Erkrankte und bei Brustkrebserkrankungen. Für Bluthochdruck- und Herz-Kreislauf-Erkrankte sollen weitere Programme folgen. Schlafapnoe-Patienten haben häufig mit Diabetes-Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen beziehungsweise Bluthochdruck zu tun. Halten Sie es für sinnvoll, für diese multimorbiden Patienten ein entsprechendes Programm zur vernetzten Versorgung zu starten?

#### Antwort:

Disease-Management-Programme (DMP) sehen strukturierte Behandlungsprogramme nach evidence based medicine Kriterien vor. Die Teilnahme an den Programmen ist freiwillig. Das Problem ist die Koppelung an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen. Diese Koppelung führt nicht dazu, dass mehr Geld zur Verfügung steht, sondern anders zwischen den Kassen verteilt wird. DMP sollen für guten Informationsfluss sorgen, eine erhöhte Professionalität zeigen und kosteneffektiv sein. Kooperationen sollen gefördert werden, was gerade bei den schlafbezogenen Atmungsstörungen, aber auch bei vielen anderen Schlafstörungen im Hinblick auf Diagnostik und Therapie förderlich ist. Patienten werden von informierten Ärzten versorgt sowie präventiv und eventuell schneller behandelt. Das Behandlungsspektrum könnte jedoch eingeschränkt werden, gerade wenn man an eine apparative oder operative Therapie denkt. Es könnte zu einem Spannungsfeld zwischen aktuellem Stand des Wissens und der Technik und den vorgeschriebenen Behandlungsschemata kommen. Zu bedenken ist auch, dass leitlinienorientiert gehandelt werden soll und in Deutschland zu wenig

evidence based medicine betrieben wird. Aus den DMP ergibt sich auch die Frage nach erforderlichen Studien, da nachträgliche Änderungen des DMP nur schwer durchzusetzen sind, also auch Behandlungspläne schwer abänderbar sind. Zu bedenken ist auch, dass DMP Pflege und Rehabilitation betreffen, aber diese eigentlich nicht ausreichend berücksichtigt sind. Für andere Erkrankungen werden die Ressourcen geringer werden. Zu berücksichtigen ist, inwieweit DMP bei schlafbezogenen Atmungsstörungen erfolgreich sein können in Abhängigkeit der jetzt anlaufenden DMP Diabetes mellitus-, Asthma-bronchiale- und Herz-Kreislaufferkrankungen.

### 2. Frage:

Mit dem Kompetenz-Netz Schlafmedizin NRW e. V. wird unter anderem das Ziel verbunden, mit einer integrativen Behandlung eine bessere Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Warum sind die Vertreter der Patientenverbände in diesem Kompetenznetz nicht mit eingebunden?

### Antwort:

In den Statuten der Satzung ist eine Mitgliedschaft von Patientenverbänden nicht vorgesehen. Es ist jedoch möglich, als Gast an den Sitzungen teilzunehmen. Der Verein wendet sich vorwiegend an medizinische/psychologische Berufe. Es soll primär die Vernetzung innerhalb der Behandler und Diagnostiker optimiert werden. Des Weiteren sollen gemeinsame mutizentrische Studien und Forschungsprojekte eingeleitet werden.

### 3. Frage:

Halten Sie den Trend, ambulante Versorgung bei Schlafapnoe-Patienten vorrangig zu betreiben, für richtig?

### Antwort:

Unter Kostengesichtspunkten ist eine ambulante Versorgung von Schlafapnoe-Patienten bei unkompliziertem Verlauf in einem ambulanten Setting sicherlich denkbar und sinnvoll. Geklärt sein muss die Qualifizierung der ambulanten Einrichtungen, deren ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern und die Kostenerstattungsfrage. Da es aber bei der ambulanten Erbringung schlafmedizinischer Leistungen nicht nur um Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen

geht, scheint die ambulante Versorgung bei Polysomnografien und deren diagnostischer und therapeutischer Relevanz zum Teil nicht ausreichend zu sein. Schnittstellen müssen klar definiert werden.

#### 4. Frage:

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass die gesetzlichen Krankenkassen gebrauchte Geräte, die zwar entsprechend gereinigt sind, aber nicht steril, den Schlafapnoe-Patienten zur Verfügung stellen?

#### Antwort:

Aus Sicht der Kostenträger erscheint es sinnvoll auch gebrauchte Geräte, die entsprechend gereinigt und aufgearbeitet und technisch einwandfrei funktionsfähig sind, zu verwenden. Zu achten ist jedoch auf den technologischen Fortschritt, der bei der Vergabe von Gebrauchtgeräten unbedingt zu berücksichtigen ist. Der Behandler sollte in jeden Fall Einfluss auf die Verordnung der Geräte haben, da jeder Patient und dessen Therapie individuell zu betrachten ist. Kein n-CPAP oder Bilevel-Gerät ist steril, weder von außen noch von innen, auch nicht als Neugerät.

## **Nicht erholsamer Schlaf**

---

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) hat in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und verschiedenen Experten eine Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf“ erarbeitet. Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine individuelle, angemessene Therapie ermöglichen sollen. Bei der DGSM-Leitlinie handelt es sich um eine Leitlinie, die der Stufe 2 des Dreistufenkonzeptes der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) zur Leitlinienentwicklung entspricht, das heißt: die Leitlinie wurde in einem formalen Konsensusverfahren beraten und als Leitlinie der Stufe 2 verabschiedet. Das angewandte Verfahren für diese Entwicklung der Leitlinie war ein nominaler Gruppenprozess.

Im Rahmen der Leitlinie wird zuerst ein Überblick über Leitlinienentwicklung generell und bereits bestehende Leitlinien

in der Schlafmedizin gegeben. **Nicht erholsamer Schlaf** wurde als Titel der Leitlinie gewählt, da diese Beschwerde allen intrinsischen und extrinsischen Schlafstörungen und Störungen des zirkadianen Rhythmus gemein ist. Aufgrund der zunehmenden Mechanisierung und Automatisierung der Arbeitswelt wird Ausgeschlafen- und Erholtsein über das subjektive Empfinden und das Lebensgefühl hinaus zu einer gesundheitlichen Grundlage für die Leistungsfähigkeit und die Beanspruchbarkeit der Bevölkerung in den Industriestaaten. Epidemiologische Untersuchungen zu den Insomnien und Hypersomnien belegen vielfach, dass es sich dabei um in der Allgemeinbevölkerung sehr häufige Beschwerden und Symptome handelt. Es wird angenommen, dass etwa ein Prozent der Bevölkerung in Deutschland unter so ausgeprägten schlafmedizinischen Beschwerden leidet, dass nur eine Diagnostik mit Hilfe der kardiorespiratorischen Polysomnographie und/oder des Tagschlaftests im Schlaflabor bei ihnen die Beschwerde des nicht erholsamen Schlafs adäquat abklären kann.

Im Mittelpunkt der Leitlinie „**Nicht erholsamer Schlaf**“ steht ein klinischer Algorithmus, der die diagnostischen und therapeutischen Schritte bei der Beschwerde eines Patienten über nicht erholsamen Schlaf festlegt. Der Algorithmus gibt vor, dass bei der Beschwerde des nicht erholsamen Schlafs bei Ein- und/oder Durchschlafstörungen und/oder Tagesschläfrigkeit, wenn zusätzlich eine erhebliche Leistungsminderung vorliegt, zuerst folgende Fragen geklärt werden müssen:

- Besteht ein adäquater Umgang mit Schlaf – Schlafhygiene?
- Besteht eine Störung des zirkadianen Rhythmus – Schichtarbeit?
- Werden schlafstörende Substanzen eingenommen?
- Ist der nicht erholsame Schlaf das Symptom einer psychiatrischen und/oder anderen organischen Erkrankung?

Ist dies der Fall, so bestehen auf der jeweiligen Stufe des Algorithmus entsprechende therapeutische Interventionsmöglichkeiten, zum Beispiel Vermittlung von Regeln der Schlafhygiene, Prävention, Verhaltensberatung, bei Einnahme von schlafstörenden Substanzen Maßnahmen zur Umsetzung, Abstinenz und Entwöhnung oder bei symptomatischem, nicht erholsamem Schlaf eine weiterführende

Diagnose und Behandlung der Grunderkrankung. Die ausführliche kardiorespiratorische Polysomnographie im akkreditierten, qualitätsgesicherten schlafmedizinischen Zentrum sollte in erster Linie den intrinsischen Dyssomnien vorbehalten bleiben, die ohne eine solche Untersuchung nicht adäquat diagnostiziert beziehungsweise dann auch nicht adäquat behandelt werden könnten. In erster Linie handelt es sich dabei um schlafbezogene Atmungsstörungen, die Narkolepsie, therapierefraktäre chronische Insomnien und eine Teilgruppe der Parasomnien.

Neben der ausführlichen Beschreibung des klinischen Algorithmus zum nicht erholsamen Schlaf beinhaltet die Leitlinie noch ausführliche Kapitel zu qualitätsbezogenen Aktivitäten in der deutschen Schlafmedizin, die von der DGSM getragen werden, wie etwa eine genaue Beschreibung des Akkreditierungsprozesses schlafmedizinischer Zentren, eine Beschreibung des Projekts zur Prozess- und Ergebnisqualität, zum Qualifikationsnachweis Somnologie und zur Zusammensetzung und Qualifikation der DGSM-Mitglieder und ihrer wissenschaftlichen Aktivitäten.

(Quelle: DGSM)

## **„Schlafmedizin in der heutigen Zeit“**

250 von Schlafstörungen betroffene Menschen, ihre Angehörigen und andere Interessierte kamen auf Einladung der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Südpfalz zur Informationsveranstaltung „Schlafmedizin in der heutigen Zeit“ ins Pfalzkrankenhaus nach Klingenstein.

Alle anwesenden politisch Verantwortlichen von der Landrätin des Kreises Südliche Weinstraße (Schirmherrin der Veranstaltung) bis zum Staatssekretär im Sozialministerium Rheinland-Pfalz, Dr. Auernheimer, brachten in Klingenstein ihre hohe Wertschätzung für ehrenamtliches Engagement in der Selbsthilfebewegung zum Ausdruck. Dr. Auernheimer sagte zu, dass er das Anliegen der Selbsthilfegruppe, die Wartezeiten in den Schlaflaboratorien zu verkürzen, in den Landtag einbringen will. Der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Edenkoben, Olaf Gouasé, sowie der

Ortsbürgermeister Helmut Buchert von Kleinfischlingen waren ebenfalls bei dieser Veranstaltung anwesend und konnten sich ein Bild von der in Kleinfischlingen ansässigen Selbsthilfegruppe machen. Der Fachvortrag von Prof. Dr. Fischer, Vorsitzender der DGSM, bot einen Überblick über das Thema Schlafstörungen.

Allein die große Resonanz auf die Veranstaltung zeigt, wie viele Menschen an Informationen zum Thema „Schlafapnoe bzw. -störungen“ interessiert sind, weil sie professionelle Hilfe im Umgang mit den Ärzten, Krankenkassen und auch in der Benutzung der Atemtherapiegeräte brauchen.

Die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Südpfalz e. V. hat sich vor drei Jahren aus ca. zehn Betroffenen formiert. Aufgrund verschiedener Tatsachen und Faktoren wurde dann am 06. März 2001 ein gemeinsamer eingetragener Verein mit 31 Gründungsmitgliedern aus der Taufe gehoben. Bis zum heutigen Tage können fast einhundert Mitglieder aus derzeit rund 300 registrierten Betroffenen sowohl aus der Region Südpfalz als auch aus der näheren Umgebung verzeichnet werden. Weitere Informationen über die Selbsthilfegruppe Südpfalz können interessierte Leser der Homepage [www.schlafapnoe-suedpfalz.de](http://www.schlafapnoe-suedpfalz.de) entnehmen.

Peter Allspach, Vorsitzender der SHG Schlafapnoe Südpfalz

## **Modafinil macht bei Schlafapnoe munter**

Die Erweiterung der Zulassung von Modafinil bei obstruktivem Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom (OSAHS) hat nach eigenen Angaben das Unternehmen Cephalon eingereicht. Der Antrag bei der deutschen und österreichischen Arzneimittelbehörde stützt sich dabei auf zwei Studien zur Wirksamkeit gegen Tagesschläfrigkeit bei OSAHS-Patienten unter nCPAP-Therapie. Die Daten führten in Großbritannien bereits zur Zulassungserweiterung.

(Quelle: Ärztezeitung, 25.08.03)

## **Neues Medikament lindert Symptome bei unruhigen Beinen**

---

Die zwanghafte, unkontrollierbare Unruhe in den Beinen, das so genannte Restless Leg Syndrom (RLS), tritt meist unmittelbar vor dem Einschlafen auf. Daher suchen solche Patienten einen Arzt oft wegen Schlafstörungen auf, wie der britische Allgemeinarzt Dr. Paul Stillman bei einer Veranstaltung von Glaxo-SmithKline in Helsinki berichtet hat. Bei etwa 80 Prozent der Betroffenen komme es auch während des Schlafs oder beim Aufwachen wiederholt zu unwillkürlichen, ruckartigen Bewegungen der Extremitäten, die als PLMS (periodic limb movements of sleep) bezeichnet werden.

Als Ursache für die unruhigen Beine wird eine Störung des dopaminergen Systems diskutiert. Ein RLS kann aber auch durch einen Eisenmangel – in Zusammenhang mit einer Nierenerkrankung oder während einer Schwangerschaft – entstehen. So haben etwa 20 Prozent der Schwangeren RLS-Symptome, die nach der Geburt jedoch gewöhnlich wieder verschwinden.

Für die Behandlung bei RLS liegen die meisten Erfahrungen mit Levodopa vor. Bei einigen Patienten komme es jedoch nach einiger Zeit mit L-Dopa zu einer Verstärkung oder zu einer Verschiebung der Symptome in den Tag hinein, so die Erfahrungen von Dr. Diego Garcia-Borreguero aus Madrid.

Eine neue Behandlungsoption sei nun der Dopamin-Agonist Ropinirol (ReQuip®). In zwei Studien mit über 500 Patienten besserte nach Angaben des Neuroendokrinologen eine Ropinirol-Therapie über zwölf Wochen im Vergleich zu Placebo die RLS-Symptome deutlich. Mit dem Agonisten – die tägliche Dosis betrug 0,25 bis 4 mg – hätten die Patienten im Schnitt pro Nacht 45 Minuten länger geschlafen. Die häufigsten unerwünschten Effekte waren leichte bis moderate Kopfschmerzen und Übelkeit.

In einer dritten Studie mit 55 RLS-Patienten wurde zudem eine signifikante Reduktion der PLMS-Symptomatik durch Ropinirol im Vergleich zu Placebo belegt, wie Garcia-Borregueros sagte. Die Patienten bestätigten die Besserung der Beschwerden.

## **Vier wichtige Kriterien zur RLS-Diagnose**

Es besteht der zwanghafte Drang, die Beine zu bewegen, verbunden mit unangenehmen Gefühlen in den Waden, die als Kribbeln und Krabbeln, als Brennen oder Ziehen (jedoch nicht als Krampf) beschrieben werden.

Eine Linderung ist durch intensives Strecken oder Beugen, durch Reiben der Beine, durch Wälzen im Bett oder durch Aufstehen und Herumlaufen oft möglich.

Die Symptome treten meist am Abend oder in der Nacht auf.

Der Bewegungsdrang beginnt oder verstärkt sich in Ruhephasen, etwa beim Liegen oder Sitzen.

(Quelle: Ärztezeitung, 25.09.03)

## **Schlafsack für Säuglinge soll „Plötzlichen Kindstod“ verhindern.**

---

Eltern von Neugeborenen erhalten im Städtischen Klinikum Solingen eine kostenlose Beigabe: Spezielle Schlafsäcke, die den Plötzlichen Kindstod verhindern helfen sollen.

Im Gegensatz zu einer Bettdecke kann sich ein Baby das Schlafsäckchen nicht über das Gesicht ziehen und sich so nicht seine Atemwege blockieren, weil die Säuglings-Schlafsäcke Ausschnitte für die Arme haben und auf die passende Größe geachtet wird. In den breit geschnittenen Schlafsäcken können sich die Kinder auch nicht so leicht auf den Bauch drehen. Zudem sorgen die Baumwollsäcke für ein gleich bleibendes Wärmeniveau und verhindern Überwärmung. Alle drei Faktoren gelten als mögliche Ursachen für den Plötzlichen Kindstod.

Während in den Niederlanden durchschnittlich nur noch eines von 10 000 Babys dem Phänomen zum Opfer fällt, sind es in Deutschland noch sechsmal und in Nordrhein-Westfalen sogar achtmal so viele, berichtet Oberarzt Volker Soditt. Deswegen habe man sich in Solingen zum Handeln entschieden. Die Eltern seien „überrascht und erfreut“ über die Gratisgabe der Klinik. „Die Verwendung der Schlafsäcke sollte aber nur eine von mehreren Maßnahmen sein“, mahnt der Mediziner.

Eltern sollten sicherstellen, dass ihre Kinder in rauchfreien, nicht zu warmen Räumen, ohne Tücher und Kuscheltiere in Kopfnähe und vor allem auf dem Rücken schlafen. „Von rund 500 Todesfällen in Deutschland pro Jahr könnten 300 vermieden werden“, sagt Soditt. Ein Säuglings-Schlafsack koste weniger als 20 Euro.

Der Plötzliche Kindstod, auch Krippentod oder SID (Sudden Infant Death Syndrome) genannt, ist die häufigste Todesart im Säuglingsalter. Er tritt ohne Vorzeichen im Schlaf ein und ist der Albtraum junger Eltern. Nicht nur nachts, auch beim Mittagsschlaf oder beim Spaziergang mit dem Kinderwagen sterben viele Babys im Alter bis zu einem Jahr.

Besonders häufig trifft es Säuglinge zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Im Winter häufen sich die Fälle. Inzwischen gibt es viele Theorien über die Todesursache – eine beweisbare Erklärung des Phänomens aber nicht.

Einige Risikofaktoren sind jedoch bekannt: Babys sollten nicht auf dem Bauch schlafen und nicht zu warm angezogen werden. Das Risiko ist erhöht, wenn die Mütter in der Schwangerschaft geraucht haben oder den Nachwuchs nicht stillen. Auch Rauchen in der Umgebung des Babys ist gefährlich. Die Eltern sollten Überwärmung auch durch überheizte Räume und schlecht gelüftete Autos vermeiden. Beim Zusammentreffen mehrerer Faktoren erhöht sich das Risiko um das bis zu Zehnfache. Der Tod ist bei Jungen und Zweitgeborenen etwas häufiger.

(Quelle: Rheinische Post, 30.09.03)

## **Termine 2004**

---

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

*Freitags, 19:00 Uhr*

Dorfgemeinschaftshaus Baunatal-Großenritte, Alte Schule im Grünen Weg, 1. Stock

#### **Ansprechpartner**

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

30.01.2004

26.03.2004 Bitte bringen Sie Ihre Geräte mit

28.05.2004 mit Arzt oder Firma

27.08.2004

29.10.2004 mit Arzt oder Firma

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

#### **Neuer Treffpunkt:**

In den Räumen des Nachbarschaftshilfevereins „Hand in Hand e.V.“, Zentgrafenstr. 86, 34130 Kassel, Straßenbahnhaltestelle Teichstr.

*Dienstags, 19:00 Uhr*

#### **Ansprechpartner:**

Otmar Möller, Bardelebenstr. 6 A, 34130 Kassel, Tel. 0561 – 6 57 59

24.02.2004 mit Arzt oder Firma

27.04.2004

29.06.2004 mit Arzt oder Firma

27.07.2004 bitte bringen Sie Ihre Geräte mit

28.09.2004 mit Arzt oder Firma

14.12.2004

Der 8. Kasseler Kreis für Schlafmedizin findet am 24.11.2004 in der Baunataler Stadthalle statt. Bitte merken Sie sich diesen Termin schon vor.

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

---

## ***Dresden***

Wolfgang Unterainer, SHG Dresden,  
Mansfelder Str. 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

## ***Hildesheim***

Karl Uwe Katzur, Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Hildesheim,  
Dresdener Straße 5, 30982 Pattensen  
Fon 0 50 69/9 61 64

## ***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

## ***Bad Münster***

Rolf Mund, Geschäftsführer, SHG Schlafapnoe Bad Münster e.V.,  
Brunnenweg 2, 31832 Springe  
Fon 0 50 41/51 50

## ***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](mailto:bensch@schlafapnoe-kassel.de)  
[www.schlafapnoe-kassel.de](http://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](mailto:mueller@schlafapnoe-kassel.de), [www.schlafapnoe-kassel.de](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 11/9 26 91 70, Fax 02 11/27 36 70

### ***Hilden***

Friedel Hafner, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand  
Hilden e.V., Wilhelmine-Fliegener-Straße 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,  
Erichstraße 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

### ***Duisburg***

Josef Köhler, Vorsitzender, Schlafapnoe Duisburg e.V.,  
Fischerstraße 44, 47055 Duisburg,  
Fon 02 03/77 42 66, Fax 02 03/73 92 1 46  
Jupp.Koehler@t-online.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

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,  
AugustastraÙe 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, 1.Vorsitzender,  
SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V.,  
Am Kissel 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 M¼nster/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, 1.Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen,  
KettelerstraÙe 54, 58099 Hagen  
Fon 0 23 31/6 65 03, Fax 0 23 31/6 67 90,  
Handy: 01 78/9 23 53 08, SchlafapnoeHagen@web.de  
www.schlafapnoe-online.de/hagen

## **Meinerzhagen**

Peter-Max Engelbert, SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafst¼rungen, 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

### ***Darmstadt***

Rainer Schmitt, 1. Vorsitzender,  
Verein Gestörter Schlaf Darmstadt e.V.,  
Im Wesner 8k, 64401 Groß-Bieberau,  
Fon 0 61 62/45 59, Fax 0 61 62/91 15 85  
r.i.schmitt@t-online.de

### ***Zweibrücken***

Lothar Weber, 1. 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

### ***Südpfalz***

Peter Allspach, SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V.,  
Niedergasse 3, 67483 Kleinfischlingen,  
Fon 0 63 41/95 06 80, Fax 0 63 41/95 06 81  
Peter.Allspach@t-online.de, www.schlafapnoe-suedpfalz.de

### ***Freudenstadt***

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

### ***Bodensee***

Adolf Knoll, Überregionale VdK-Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe Gruppe Bodensee,  
Am Kalkofen 16, 72514 Inzigkofen  
Fon 0 75 71/5 12 47, Fax 0 75 71/6 11 00  
Mobil 01 71/7 37 77 74 und 01 75/5 95 62 39

### ***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

### ***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 15, 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

### ***Berchtesgadener Land/Salzburg***

Ilse Rothstein, SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/  
Salzburg, Peilsteinstraße 6, 83435 Bad Reichenhall  
Fon 0 86 51/81 88, rallymeister@t-online.de

# 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