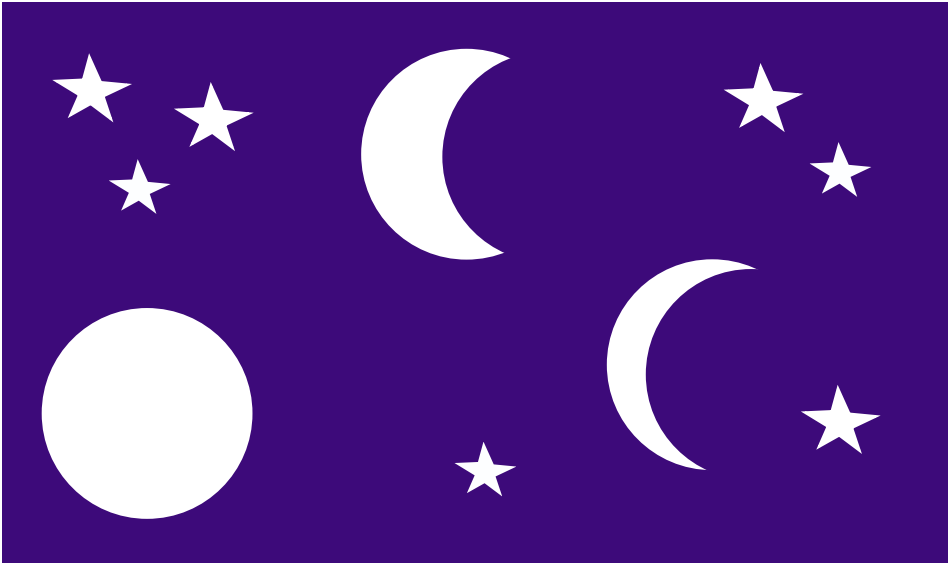


# Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,  
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

# Inhalt

---

Stichworte zur Schlafapnoe	5
Beurteilung der Schlafapnoe im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung	9
Was ist eigentlich Herzinsuffizienz	10
Qualitätsansprüche	11
Einschlafen am Steuer	13
Männer brauchen Schönheitsschlaf	14
Adipositas und Schlafapnoe	15
Cerebrovaskuläre Erkrankungen und schlafbezogene Atemstörungen	17
Kardiovaskuläre Folgeerkrankungen schlafbezogener Atemstörungen	18
Schlafbezogene Atmungsstörungen und Unfallneigung	19
Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom	21
Schlafbezogene Atemstörungen Hohe Prävalenz nach Schlaganfall	22
Abnehmen und Gewicht halten	23
Der Schlaganfall	25
Berichte von Betroffenen	27
Internationales Jahr der Freiwilligen	41
Zink lindert Schnupfen	43
Radiowellen gegen Schnarchen	44
Fusion MAP/ResMed	44
Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen	45
Musterbrief: Anfrage an Hausratversicherung	47
Sozialverband VdK greift PKV an	48
Adressen der Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband	49
Impressum	53



# Stichworte zur Schlafapnoe

---

## **Arten:**

1. Obstruktive Schlafapnoe
2. Zentrale Schlafapnoe
3. Gemischte Schlafapnoe

Die Schlafapnoe ist ein altes Leiden. Aus Erzählungen weiß man aufgrund der dort geschilderten Auffälligkeiten und Verhaltensweisen einiger Figuren, dass es sich um Symptome der Schlafapnoe gehandelt haben muss. Mitte der 70er Jahre begann man in Marburg und fast gleichzeitig auch in Würzburg mit der Erforschung des Problems Schlafapnoe. Einige Erfahrungen und Berichte aus Australien lagen zu dieser Zeit bereits vor.

Bei der zentralen Schlafapnoe vergisst das Gehirn, Befehle zum Atmen bereitzustellen. Am häufigsten kommt die obstruktive bzw. die gemischte Schlafapnoe vor. Die nachfolgenden Erläuterungen betreffen vorwiegend die obstruktive Schlafapnoe.

## **Definition Schlafapnoe:**

Wenn während des Schlafs der Atem wenigstens zehn mal pro Stunde für zehn Sekunden oder länger still steht (ausbleibt), spricht man von Schlafapnoe.

## **Häufigkeit:**

Rund 3 % der Bevölkerung leiden darunter. Ärzte schätzen, dass etwa drei Millionen Menschen in Deutschland noch nicht therapiert sind bzw. noch nicht wissen, dass sie an Schlafapnoe leiden. Männer sind weit häufiger betroffen als Frauen. Mindestens jeder zehnte Mann im Alter zwischen 30 und 60 Jahren könnte betroffen sein. Über die Häufigkeit bei Kindern sind keine Zahlen bekannt. Sehr viele Menschen werden wegen aus der Schlafapnoe resultierender Folgeerkrankung bzw. Symptomen behandelt, ohne dass das eigentliche Problem erkannt wird. Wir stellen aber zunehmend fest, dass die bis vor nicht allzu langer Zeit unter der Ärzteschaft belächelte "Marburger Krankheit" zunehmend bekannter und effizient thera-

piert wird. Wenn in der Selbsthilfegruppe (SHG) Erfahrungen ausgetauscht werden, hört man fast immer abenteuerliche Berichte über alle möglichen Diagnosen und Therapien. Es dauert oft lange, bis die richtige und erlösende Diagnose "Schlafapnoe" vorliegt.

Es bedarf noch einiger Forschungsarbeit, bis die Ursachen der Schlafapnoe bekannt sind. Wenn einige Betroffene in den SHG's über ihre Erinnerungen aus ihrer Kinder- und Jugendzeit berichten, muss man annehmen, dass sich etliche Lernprobleme und Verhaltensweisen bei Kindern auf die Schlafapnoe zurückführen lassen dürften. Viele Betroffene meinen, die Anlage zu ihrer Schlafapnoe ererbt zu haben, weil Eltern oder Großeltern unter der gleichen Symptomatik gelitten haben wie sie selbst und meistens früh verstorben sind.

### **Was passiert bei der Schlafapnoe?**

Schlafapnoeiker sind zu fast 100 % Schnarcher. Während des Schlafs entspannt sich beim Menschen, wie bei fast allen Lebewesen, die gesamte Muskulatur. Bei Menschen mit obstruktiver Apnoe führt dies zu einer zu starken Erschlaffung der Gaumen- und Rachenmuskulatur während des Schlafs. Das heißt, die Atemwege fallen zu, der Betroffene bekommt keine Luft mehr. Der Sauerstoffgehalt im Blut sinkt rapide ab. Alle Organe leiden unter der Unterversorgung, insbesondere das Gehirn. Dieses reagiert und setzt Notfallhormone im Blut ab, die den Schläfer so weit aus seinem Schlaf zurückholen bis die Muskelspannung das Atmen wieder zulässt. Der Schläfer bemerkt davon in der Regel nichts und ist am Morgen seiner Meinung nach gut ausgeschlafen. Und das, obwohl sein Schlaf dauernd unterbrochen wurde, während der Nacht nicht selten bis über 400 mal. Die dabei ins Blut abgegebenen Botenstoffe gehören zu der Familie der Stresshormone. Es wird dadurch ein regelrechtes nächtliches Kreislauf-Jojo inszeniert. Es übertrifft die Belastung am Tage noch bei weitem. Hinzu kommt die Zerstückelung der natürlichen Schlafstruktur. Der für die körperliche Erholung wichtige Tiefschlaf fehlt bzw. ist stark reduziert. Ebenso fehlt der für die geistige Erholung wichtige REM-Schlaf. Auch die Rezeptoren, die das Herz-Kreislaufsystem steuern, können sich nicht erholen. Neuere Untersuchungen haben ergeben: Bereits starkes Schnarchen macht Herz und Kreislauf krank!

## **Symptome und Warnzeichen:**

- Der Bettnachbar beobachtet das laute unregelmäßige Schnarchen, die Atempausen und den unruhigen Schlaf. Morgendliche Abgeschlagenheit, Kopfdruck ("Döskopp"), Kopfschmerz, Alpträume, trockener Mund beim Aufwachen.
- Langfristig Nachlassen geistiger Fähigkeiten, Konzentrationsprobleme.
- Persönlichkeitsveränderungen, wenig Ausdauer, Schwitzen schon bei geringen Anstrengungen, verminderte Leistungsfähigkeit (körperlich und geistig), Nervosität, Gereiztheit, Depressionen.
- Vermehrtes nächtliches Wasserlassen, nächtliches Schwitzen, sexuelle Funktionsstörungen.
- Einschlafneigung am Tag bei monotonen Tätigkeiten (beim Autofahren Sekundenschlaf), Übergewicht.

Bei Kindern treten meist noch etwas anders geartete Symptome auf. Kinder können sogar zu Hyperaktivität neigen.

## **Folgen:**

Bluthochdruckerkrankung, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Herzschwäche, plötzlicher Herztod (insbesondere nach Alkoholgenuss), Schlaganfall, Hirninfarkt, Stoffwechselstörungen, Depressionen und Angst (Platzangst), häufige Arbeitsunfähigkeit, Unfälle.

Die Schlafapnoe hat direkt oder wegen ihrer Folgeerkrankung eine verringerte Lebenserwartung zur Folge. Wissenschaftler sagen: Schlafapnoe wird um so bedrohlicher, je mehr Atemstillstände auftreten und je länger sie anhalten. Langzeitstudien belegen: Bei unbehandelter Schlafapnoe und mehr als 20 Atemstillständen pro Stunde leben nach neun Jahren noch 63 % der Betroffenen. Nach Überschreitung des 50. Lebensjahres sinkt unter gleichen Voraussetzungen die Überlebensrate nach neun Jahren auf nahezu 50 %.

## **Wie wird die Schlafapnoe diagnostiziert?**

Bei hinreichendem Verdacht wird eine ambulante Diagnose mittels eines kleinen Rekorders (ähnlich dem Langzeit-EKG) vorgenom-

men. Dabei werden während der Nacht zuhause im eigenen Bett wichtige Daten aufgezeichnet und am nächsten Tag über einen Computer in der Arztpraxis bzw. im Schlaflabor ausgewertet. Wenn erforderlich, wird eine eingehende Diagnostik im Schlaflabor durchgeführt und anschließend mit dem Patienten die notwendige Therapie besprochen.

### **Welche Therapien gibt es?**

1. Bei leichtem Befund genügt es oft, ein paar Kilogramm abzunehmen, auf Alkohol, Nikotin sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel zu verzichten. Auch das Medikament Theopyllin oder eine Gebisschiene können helfen.
2. Bei einem schwerem Befund wird mit der nCPAP-Therapie behandelt. Hierbei wird über eine Nasenmaske und Schlauch dem Rachenraum ein leichter Überdruck zugeführt. Die erforderliche Druckhöhe wurde im Schlaflabor ermittelt. Erzeugt wird der Druck von einem mikroprozessorgesteuerten Gerät. Es gibt den im Schlaflabor eingestellten Wert konstant an die Maske ab. Der Druck wirkt wie eine Schiene für die Muskulatur im Rachenraum und hält diesen offen. Der Schläfer kann wieder frei atmen und sich im Schlaf erholen. Bereits eingetretene leichtere Folgen und Symptome bilden sich wieder zurück.

Weitere Behandlungsmethoden wie etwa ein Schrittmacher befinden sich in der Entwicklung bzw. Erprobung.

Jeder Patient mit Herzinfarkt (35 % der Schlafapnoepatienten haben koronare Herzerkrankungen), jeder Patient mit Bluthochdruck (bei Patienten mit medikamentös schlecht einstellbarem Blutdruck liegt meistens eine Schlafapnoe vor) und jeder Patient mit Schlaganfall (jeder 4. Patient mit Schlaganfall leidet unter Schlafapnoe) muss auf schlafbezogene Atemstörungen untersucht werden. Dies muss zumindest durch Befragung bzw. Fragebogenanamnese geschehen.

Wird ein Patient mit nächtlichen Herzrhythmusstörungen nicht auf schlafbezogene Atemstörungen (SBAS) untersucht, liegt nach heutigem Wissensstand ein Kunstfehler vor.

Noch eine Warnung: Wenn Ihnen jemand rät, eine wie auch immer geartete Operation im Rachen gegen ihr Schnarchen vornehmen zu

lassen, sprechen sie zuerst mit einem erfahrenen Schlafmediziner darüber. Derartige Korrekturen können schlimme Folgen haben, sollte später eine nCPAP-Therapie nötig werden. Außerdem ist bekannt, dass der Erfolg solcher Operationen, wenn überhaupt, nur von kurzer Dauer ist.

## Beurteilung der Schlafapnoe im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung von Fahr- und Steuertätigkeit

---

Typische Symptome einer obstruktiven Schlafapnoe sind unkontrollierte Einschlafneigung am Tage, verminderte Leistungsfähigkeit, Kopfschmerzen sowie lautes, unregelmäßiges Schnarchen mit Atempausen, welches von mit dem Patienten lebenden Partnern gemeldet wird. Häufig liegen zeitgleich eine Hypertonie oder kardio-vaskuläre Erkrankungen vor. Durch die unkontrollierte Einschlafneigung wird das Unfallrisiko um das bis zu Siebenfache erhöht. Die Ursache ist in fehlendem erholsamen Schlaf zu suchen - ein Patient mit einer obstruktiven Schlafapnoe verbringt ca. 80 % der Nacht in oberflächlichem Schlaf und nur 10 bis 20 % in den notwendigen Tief- und REM-Schlafphasen.

Während die Prävalenz dieser Erkrankung in der Gesamtbevölkerung auf ca. 3 % geschätzt wird, bedroht sie bis zu 10 % der Männer zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr. Eine erhöhte Prävalenz schlafbezogener Atemstörungen (SBAS) ist für bestimmte Berufe, z. B. Berufskraftfahrer, anzusetzen. In einer noch laufenden Studie zur Untersuchung solcher Atemstörungen bei Berufskraftfahrern wird Arbeitnehmern eines großen Autoherstellers im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ein Fragebogen zur Schlafapnoe-Diagnostik vorgelegt. Weist die Auswertung dieses Fragebogens auf einen Verdacht auf SBAS hin oder ergibt einen abklärungsbedürftigen Befund, wird eine ambulante Apnoe-Registrierung mit einem Mesam IV - Messgerät durchgeführt. Erhärtet sich der Verdacht danach, so folgt eine differentialdiagnostische Abklärung und ggf. Therapieeinleitung in einem Schlaflabor.

Aufgrund der bisherigen Untersuchungsergebnisse lässt sich bei den untersuchten Kraftfahrern kein gehäufter Verdacht einer SBAS feststellen, wohl jedoch ein zum Kontrollkollektiv signifikant erhöhter Body-Mass-Index (BMI) und eine erhöhte Prävalenz einer Hypertonie - beides Parameter, die als Risikofaktoren einer SBAS gelten. Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sind ein Instrument, spezifische Bevölkerungsgruppen auf eine SBAS zu screenen, obwohl für den Arbeitsmediziner sinnvolle Screeningmethoden nicht definiert sind. Daneben ist die Beratung und Begleitung eines Arbeitnehmers mit einer Schlafapnoe durch den Betriebsarzt aber entscheidend für die erfolgreiche langfristige berufliche Rehabilitation. (Quelle: RWTH Aachen und Fordwerke Köln)

## Was ist eigentlich Herzinsuffizienz?

---

Herzinsuffizienz ist der wissenschaftliche Ausdruck für Herzschwäche.

Das Herz besteht aus Muskelgewebe. Bekanntlich ist der Herzmuskel nichts anderes als eine Pumpe, die aus verschiedenen Kammern besteht. Diese Kammern ziehen sich zusammen und erweitern sich. Der Blutfluss zwischen den Kammern wird von sich öffnenden und schließenden Klappen reguliert. Bei Herzinsuffizienz ist das Gewebe so erschlafft, dass das Herz nicht mehr richtig pumpen kann. Es kann also nicht genügend Blut durch den Kreislauf befördern, so dass den Organen Sauerstoff fehlt. Eine Herzschwäche macht sich zuerst durch Atemnot unter größerer körperlicher Anstrengung bemerkbar.

Bleibt die Krankheit unbehandelt, dann verschlechtert sich der Zustand und die Atemnot tritt unter immer geringerer körperlicher Anstrengung auf.

# Qualitätsansprüche

---

Welche medizinischen Auswirkungen haben diese auf die nCPAP-Therapie?

Fragestellung und Stand der Entwicklung:

Wenn man die Entwicklung der letzten Jahre hinsichtlich der Qualitätsansprüche verfolgt, so muss man mehrere medizinische Auswirkungen auf die nCPAP-Therapie nach ihren Kategorien unterscheiden:

## 1. Therapiesicherheit

Druckeinbrüche und Druckspitzen zu vermeiden war ein Hauptziel der Qualitätsentwicklung. Diese haben zu großer therapeutischer Sicherheit bei gleichzeitiger Minimierung der Nebenwirkungen geführt. Diese Entwicklung ist weitgehend abgeschlossen. Qualitätsstandards wurden von den Herstellern in extrem kurzer Zeit realisiert.

## 2. Indikation

Die Entwicklung von Konstant-Druck-, BiLevel- und automatisch adaptierten Systemen hat erstmals ein weites Spektrum von unterschiedlichen Krankheitsbildern für eine Heimbeatmungs-Dauertherapie behandelbar gemacht. Das hat es zuvor nie gegeben. Dies gilt auch für die Unabhängigkeit vom Lebensalter und schließt daher die Pädiatrie und die Geriatrie gleichermaßen mit ein. Ebenso gilt es für die unterschiedlichen Formen von obstruktiver Schlafapnoe und chronischer Hypoxämie (OSAS, Heavy Snorer, HNO-Indikation, Chron. Obstr. Atemwegserkr. u.a.m.). Auch für die automatische Titration in der Ersteinstellung unter bestmöglicher Anpassung an die individuellen Erfordernisse des Patienten konnten hinsichtlich der bestehenden Grunderkrankung in Typ, Schweregrad, Folgewirkung und Akzeptanz immense Fortschritte in den letzten Jahren erreicht werden.

## 3. Patientenkomfort

Die meisten Anstrengungen hinsichtlich Qualitätsansprüchen sind zweifellos in die Entwicklung der Gerätemerkmale Form, Gewicht, Bedienbarkeit, Lautstärke, Maskenkomfort, Maskenvielfalt, Minimierung der Nebenwirkungen,

Befeuchtungsproblematik u. a. m. eingeflossen. Diese Entwicklung befindet sich nach wie vor in der Hauptdiskussion um die Verwirklichung von Qualitätsansprüchen, ihre Festlegung und Weiterentwicklung.

#### 4. Patientencompliance

Die Patientencompliance ist hoch. Sie ist der aus der pharmakologischen Verabreichung von Medikamenten ebenbürtig, wenn nicht überlegen, insbesondere hinsichtlich der Nebenwirkungsfreiheit bei Dauerapplikation. Die Anstrengungen aus Punkt 3. zum Patientenkomfort haben naturgemäß auch die Patientencompliance der letzten Jahre verändert. Langfristige Daten, die diese Weiterentwicklung belegen könnten, liegen allerdings nur anekdotisch vor. Wir wissen hingegen, dass die mittleren (!) Druckwerte, die im Labor eingestellt werden, noch vor zehn Jahren um 0,6 bis 1,2 mbar höher lagen. Ein belegter Trend, der zeigt, dass die Therapie trotz geringer Dosis offenbar effektiver geworden ist.

### **Methoden, Ergebnisse und Weiterentwicklungsmöglichkeiten:**

Die vier genannten Qualitätsansprüche werden in ihrer Entwicklung erläutert und Negativfolgen bei Nichtbeachtung aufgezeigt. Zukünftige Entwicklungen werden als Vision skizziert und ihre Auswirkungen charakterisiert. Dies sieht allerdings nicht nur positiv für Patienten aus, vor allem angesichts der sozio-ökonomischen Gesamtentwicklung, von der das Gesundheitsversorgungssystem in besonderer Weise betroffen ist. Bis diese Ziele verwirklicht sein werden, sind daher noch erhebliche Anstrengungen aller beteiligten Leistungserbringer erforderlich. Dies betrifft zunächst die Kostenträger und ihre Bewilligungsstrategien, weiterhin die Hersteller mit ihrer Marktpolitik, ferner die Entwicklungsabteilungen mit ihrer Nähe zu klinischen Anforderungen. Aber auch die Clearing-Stellen der Qualitätssicherung mit dem Gültigkeitsbereich ihrer normativen Entscheidungskompetenz und schließlich auch die Normenentwicklung auf europäischer bzw. globaler Ebene hinsichtlich ihrer Abstimmungsfähigkeit erfordern erheblichen Abgleichungsbedarf. Ein besonderer Punkt ist schließlich die Patientengeduld, die angesichts dieser Interessenvielfalt erforderlich sein wird. Und dies,

obwohl angenommen werden kann, dass sämtliche Beteiligten sich in erster Linie darum bemühen, das gleiche, gemeinsame Ziel - die größte Patientenzufriedenheit und die Minimierung der Krankheitsrate in der Gesamtbevölkerung - kurzfristig zu erreichen. Dies setzt beispielsweise klinisch, methodisch und ethisch saubere Studien voraus, die - wie die internationale Entwicklung zeigt - in Zukunft nur mit einem noch erheblich größerem Aufwand durchgeführt werden können.

### **Schlussfolgerung:**

Wünschenswert wären aus diesem Grunde gemeinsam erarbeitete Strategien, um all diesen Problemen zu begegnen und sie schnellstmöglich weiter zu entwickeln, damit die im Vortrag dargestellten Visionen schon in naher Zukunft Wirklichkeit werden können.

(Priv. Doz. Dr. F. Raschke, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Universität Witten/Herdecke)

## **Einschlafen am Steuer**

---

Konzentrationsmangel und Übermüdung zählen zu den häufigsten Unfallursachen im Straßenverkehr. Statistisch haben Personen mit Schlafapnoe eine siebenmal höhere Unfallrate als der Durchschnitt aller motorisierten Verkehrsteilnehmer. Unfälle, die auf ein Einschlafen am Steuer zurückzuführen sind, haben deshalb besonders schwere Folgen, weil die Kollision ohne jede Verzögerung erfolgt.

Im Strafrecht wird der auf Einschlafen zurückzuführende Unfall einem alkoholbedingten Verkehrsunfall gleichgestellt. Derjenige, der im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er dieses wegen Alkoholkonsums oder infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht sicher führen kann, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft, sofern durch sein Verhalten andere Personen oder Sachen konkret gefährdet werden. Regelmäßig wird bei einem solchen Verstoß die Fahrerlaubnis für mindestens zehn Monate entzogen. Wer erste Anzeichen einer Ermüdung ignoriert und bei der Weiterfahrt einen Unfall verursacht, handelt fahrlässig.

Derjenige, der dagegen eine diagnostizierte Schlafapnoe unbehandelt lässt, begeht bei einem darauf zurückzuführenden Unfall eine vorsätzliche Straftat, was sich - ebenso wie Personenschäden - strafverschärfend auswirkt. Bei den zivilrechtlichen Folgen eines müdigkeitsbedingten Unfalls muss zwischen den fremden und dem eigenen Sachschaden unterschieden werden. Ein Regress der eigenen Kraftfahrzeug-Haft-pflichtversicherung für regulierte Fremdschäden ist - anders als bei Alkoholunfällen - nicht möglich. Selbst wenn der Unfall nachweislich auf Einschlafen zurückzuführen ist, wird der Fahrer des Fahrzeuges von erhobenen Fremdansprüchen freigestellt.

Anders verhält es sich bei den selbst erlittenen Fahrzeugschäden. Diese werden von der Vollkaskoversicherung übernommen, sofern nicht eine grob fahrlässige Herbeiführung des Unfalls nachgewiesen wird. Gelingt der Versicherung dieser Nachweis, so ist sie von der Zahlungsverpflichtung befreit; der Betroffene bleibt dann trotz Bestehens einer Vollkaskoversicherung auf dem eigenen Schaden sitzen. Wegen dieser straf- und zivilrechtlichen Folgen sollte nach einem Unfall unbedingt ein Rechtsanwalt aufgesucht werden. Da dem Beschuldigten ein gesetzliches Aussageverweigerungsrecht zusteht, sollten gegenüber der Polizei keinerlei Angaben zur Sache gemacht werden, insbesondere keine eigenen Vermutungen zur Unfallursache, gemacht werden.

(Rechtsanwalt Dr. Markus Schäpe, anlässlich der 7. Jahrestagung der Vorsitzenden der Selbsthilfegruppen)

## Männer brauchen Schönheitsschlaf

---

Wenn Männer zu wenig oder zu schlecht schlafen, drohen ihnen Doppelkinn und Speckrollen. Wie Forscher der Universität Chicago herausfanden, stehen schwindende Muskeln bei älter werdenden Männern mit einem Mangel an männlichem Wachstumshormon in Verbindung. Genau dieses Hormon wird vor allem im Tiefschlaf produziert. Bei über 35jährigen sinkt der Anteil des Tiefschlafs von ehemals 20% auf weniger als 5% und die Ausschüttung des Wachstumshormons nimmt dadurch um etwa 75% ab.

## Adipositas und Schlafapnoe

---

Adipositas (überhöhtes Körpergewicht) ist der Schrittmacher für eine Vielzahl von Folgeerkrankungen - wie Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus Typ II, degenerative Gelenkerkrankungen, Schlafapnoe und psychosozialer Leidensdruck. Dies bedeutet, dass Adipositas sowohl zu überhöhter Morbidität als auch zu erhöhter Mortalität beiträgt. Die entscheidende kausale Therapie besteht deshalb in der Reduktion des Körpergewichts. Die ausschließliche Diagnostik und Therapie einzelner Folgeerkrankungen - ohne Berücksichtigung der Adipositas - ist bestenfalls eine mehr oder weniger effektive symptomatische Palliation, ohne jedoch am Grundproblem etwas zu bewegen. Durch das Fortbestehen des Übergewichts können, trotz Besserung einer Einzelerkrankung (z. B. Hypertonus), andere Folgeerkrankungen sogar noch gefördert werden (z. B. degenerative Veränderungen an den Gelenken, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom).

Für eine erfolgreiche Primär- bzw. Sekunderprävention muss eine Gewichtsreduktion nicht nur kurzfristig, sondern andauernd über mehrere Jahre - und im Idealfall lebenslang - erzielt werden.

Hinsichtlich der Regulation der Nahrungsaufnahme wissen wir, dass Sättigungssignale bei Menschen durch Füllung und Dehnung des Magens entstehen. Diese Information wird über die Fasern des Nervus vagus den übergeordneten Regelzentren im Hypothalamus zugeleitet. In diesem Bereich des Gehirns werden hemmende, aber auch stimulierende Neurontransmitter aktiviert. Das Verhältnis von hemmenden zu stimulierend wirksamen Neurotransmittern entscheidet über Sättigung oder Nahrungsaufnahme.

Dieser Regulationskreislauf zwischen Magen und Gehirn kann sehr leicht durch kognitive und sensorische Faktoren überspielt werden. Unsere Kenntnis über die Nahrung sowie Geruch, Aussehen und Geschmack überspielen die Basisregulation und führen zu übermäßigem Konsum. Des weiteren gibt es keinen Regulationsmechanismus, welcher die Kalorienzufuhr nach oben begrenzt. Dies war auch im Laufe der Jahrtausende der Entwicklung nie notwendig, da bisher immer zunächst Energieverbrauch angesagt war, um Nahrung zu finden, bevor

Energieaufnahme erfolgen konnte. Dieses Prinzip ist seit ca. 40 Jahren in den industrialisierten Ländern der Erde dahingehend verändert, dass Nahrungsaufnahme ständig garantiert ist und Bewegung nur noch vielleicht stattfindet, woraus zwangsläufig eine entsprechend positive Energiebilanz resultieren muss und zu den bekannten Fettdepots führt.

Auf dem Boden dieser Erkenntnis geht man heute von einem multimodalen Therapieansatz in der Behandlung der Adipositas aus. Notwendig sind 1. die Reduktion der Energiezufuhr, 2. die Modifikation des Essverhaltens und 3. die Steigerung der Bewegung: Diese unverzichtbare Basistherapie kann medikamentös unterstützt werden. - Medikamente ohne die entsprechende Basistherapie sind allerdings wirkungslos.

Die Energieaufnahme muss um 500 bis 700 kcal unter den täglichen Energieverbrauch abgesenkt werden, um zur Deckung dieses Energiedefizits das körpereigene Fett heranzuziehen. Fett ist mit 9 kcal/g das energiedichteste Nahrungssubstrat und deswegen hat es sich in der Praxis als nützlich erwiesen, die Fettzufuhr im Auge zu behalten.

Parallel zur Reduktion der Kalorienaufnahme muss, insbesondere für eine dauerhafte Reduktion des Körpergewichts, das Essverhalten modifiziert werden.

### **Der Grundsatz muss lauten:**

Weniger Energie bei gleichbleibendem oder größerem Volumen und Bewahrung der individuellen Essgewohnheiten.

Als Sättigungsfaktoren dienen komplexe Kohlehydrate in Form von Brot, Nudeln, Reis und Kartoffeln. Besonders wichtig ist es, das individuelle Essverhalten durch Modifikation in kleinen Schritten gebührend zu berücksichtigen. Generelle Verbote führen erfahrungsgemäß zu keinem langfristigen Erfolg und geben häufig Anlass zu übermäßigem Konsum und vorprogrammierten Fehlschlägen.

Körperliche Bewegung sollte vor allem im Alltag verstärkt werden durch Treppensteigen, Radfahren, Fußmärsche etc. In der Praxis

hat sich sehr das Walking (strammes Spaziergehen) bewährt, was unabhängig von Geräten, speziellen Einrichtungen, Wetterlagen, durchgeführt werden kann. Besonders günstig ist auch Schwimmen, da es sämtliche große Muskelgruppen stark aktiviert und vor allem die Gelenke entlastet.

## Cerebrovaskuläre Erkrankungen und schlafbezogene Atemstörungen (SBAS)

---

Das Risiko cerebrovaskulärer Folgeerkrankungen bei SBAS ist in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand klinischer Untersuchungen geworden. Auch bei Gesunden zeigt die Hirndurchblutung bereits in den einzelnen Schlafphasen eine unterschiedliche Durchblutung. Bei der obstruktiven Schlafapnoe besteht eine besondere Belastung der Hirngefäße infolge von ständiger Veränderung von Druck und Strömungsgeschwindigkeit in den cerebralen Gefäßen. Es kann somit bei Stress und Druckanstieg zu einem Schlaganfall oder auch zu einer sogenannten transitorischen (kurzzeitigen) Ischämie (Minderdurchblutung) kommen. Eine ebenso große Rolle spielt der Hirninfarkt (thrombosierende, gefäßverschießende Prozesse). Eine hohe Blutviskosität und ein krankhaftes Verhalten der Thrombozyten sind insbesondere im letzten Fall entscheidend. Unabhängig von der Entstehung cerebrovaskulärer Folgeerkrankungen bei SBAS kann es auch bei Patienten mit cerebrovaskulären Durchblutungsstörungen, die nicht die Folge von SBAS sind, sekundär zu bedeutsamen Störungen der Atmung kommen. Sie beruhen in erster Linie auf einer gestörten Arbeit des Atemzentrums mit Entstehung zentraler Atempausen und schwerwiegender Atemregulationsstörungen.

Die Diagnose und Behandlung dieser Fälle ist von ebenso großer Bedeutung und wir müssen ihnen mehr Beachtung schenken.

(Auszug aus Vortrag von Frau Dr. med. Krecklow, ITZ-Klinik Amsee anlässlich des MAP SHG-Sprecher-Treffens am 10.11.00)

## Kardiovaskuläre Folgeerkrankungen schlafbezogener Atemstörungen

---

Die schlafbezogenen Atemstörungen (SBAS) sind häufige Erkrankungen. Allein die obstruktive Schlafapnoe betrifft etwa 3 % der erwachsenen Bevölkerung. Es ist bekannt, dass diese Erkrankungen nicht nur zu einer erhöhten Tagesmüdigkeit, sondern sogar zum vorzeitigen Tod führen können.

Die Ursache für diese verringerte Lebenserwartung sind Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, die häufig begleitend oder als Folge einer SBAS eintreten. Es sind dies Durchblutungsstörungen des Herzens bis zum Herzinfarkt, Erkrankungen der rechten und linken Herzkammer, Bluthochdruck im großen und kleinen Kreislauf, Herzrhythmusstörungen und Schlaganfälle. Zum Teil sind diese Erkrankungen Begleiterscheinungen der SBAS aufgrund ähnlicher Risikofaktoren oder die Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems werden unmittelbar durch die SBAS hervorgerufen oder verschlechtert. Viele Zusammenhänge bei den Krankheitskomplexen sind heute bereits bekannt, andere bedürfen noch der Ergründung.

Die Konsequenz dieser Zusammenhänge besteht in einer sorgfältigen Diagnostik und Behandlung, sowohl der nächtlichen Atemstörungen als auch der begleitenden Herz-Kreislauserkrankungen. Hier ist die enge Zusammenarbeit von Schlafmedizinern, Herz-Kreislaufspezialisten, Hausärzten und Selbsthilfegruppen notwendig, um mit einer kontinuierlichen Betreuung der Erkrankten eine möglichst große Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung zu erreichen.

(Auszug aus Vortrag von PD Dr. med. Konermann anlässlich des MAP SHG-Sprecher-Treffen am 10.11.00 in Kassel)

## Schlafbezogene Atmungsstörungen und Unfallneigung

---

Schlafbezogene Atmungsstörungen zählen zu den am häufigsten vorkommenden Schlafstörungen. Nach verschiedenen Untersuchungen beträgt das Vorkommen in der Allgemeinbevölkerung zwischen zwei und neun Prozent. Wesentliches Merkmal schlafbezogener Atmungsstörungen ist das Auftreten einer mehr oder minder ausgeprägten Tagesmüdigkeit, die sich in einer erhöhten Einschlafneigung am Tage manifestieren kann. Untersuchungen an Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen belegen, dass der biologische Schlafdruck am Tage pathologisch erhöht sein kann. Tests, die zur Diagnose dieser erhöhten Einschlafneigung eingesetzt werden können, wurden in den frühen siebziger Jahren an der Stanford Universität, USA, entwickelt.

Untersuchungen der Reaktionsfähigkeit bei schläfrigen Menschen zeigen, dass es bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen zu einer verlängerten Reaktionszeit kommen kann. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen haben demnach eine signifikant erhöhte Verkehrsunfallrate bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen beschrieben. Dabei wurden zwei- bis siebenfach erhöhte Unfallhäufigkeiten beobachtet. Da als Ursache der erhöhten Schläfrigkeit bei diesen Patienten eine Störung der Schlafkontinuität mit häufigen kurzzeitigen Weckphasen während des Schlafes bestehen, kann natürlich auch eine erhöhte Unfallneigung bei Patienten mit anderen Schlafstörungen, die zu einer Störung der Schlafkontinuität führen, nachgewiesen werden. Es wird angenommen, dass ca. 30 % aller Unfälle auf Fernstraßen durch Einschlafen am Steuer verursacht werden.

Die Schätzungen der wirklichen Unfallrate und wissenschaftliche Erhebungen werden jedoch dadurch erschwert, dass der Unfallhergang bei einschlafbedingten Unfällen oft zu tödlichen Unfällen führt und damit diagnostische Erhebungen nicht mehr möglich sind. Aus diesem Grunde sind Algorithmen entwickelt worden, um typische Unfallmuster dem Einschlafen am Steuer zuzuordnen. Dazu zählt insbesondere ein Unfallmuster mit Abkommen von der Fahrbahn und Unfälle, die als "single vehicle accidents" bezeichnet werden, d. h. keine Beteiligung eines weiteren Fahrzeuges.

Untersuchungen zeigen, dass insbesondere in Berufsfahrergruppen wie z. B. Fernkraftfahrern eine erhöhte Prävalenz von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei gleichzeitig erhöhter Verkehrsunfallrate bestehen. Es wurde daher angenommen, dass eine erfolgreiche Behandlung der zugrundeliegenden Schlafstörung in einer Reduktion der Unfallhäufigkeit Ausdruck finden müsste.

Ebenso konnte kürzlich nachgewiesen werden, dass die Prävalenz von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Verunfallten, die in die Notaufnahme eingewiesen werden, erhöht ist.

Diese Tatsachen belegen, dass eine großflächige Aufklärung der Bevölkerung über diese Zusammenhänge stattfinden muss und dass Vorsichtsmaßnahmen, die in einer Auslösung von Warnsignalen auf der Fahrbahn bei Abkommen von der Spur, wie sie z. B. in Skandinavien und einigen US-Staaten bestehen, implementiert werden müssen.

(Prof. R. A. Stoohs, Zentrum für Schlafmedizin, Dortmund Stanford Sleep Research Center, Palo Alto, CA, USA)

## Stromkosten für Atemtherapiegeräte

---

Die AOK Hessen hat ihre bisherige Ablehnung Stromkosten für Beatmungsgeräte zu übernehmen aufgegeben und ist jetzt bereit pro Monat 5 DM auf besonderen Antrag hin zu übernehmen. Wer bisher bei seinen Bemühungen noch keinen Erfolg hatte, sollte jetzt unter Hinweis auf das Schreiben der Hauptabteilung Gesundheitspartner Pflege, Abteilung Hilfsmittel, der AOK Eschborn vom 26. 2. 2001 einen neuen Antrag stellen. Bei Rückfragen bitte Frau Gärtner, Tel.: 0 61 96-40 62 08 ansprechen.

Herr Bensch berichtet, dass die DAK und die Techniker-Krankenkasse inzwischen auch dazu übergegangen sind, monatlich 5 DM für Stromkosten zu erstatten. Man sollte sich dagegen nicht wehren, auch wenn die Kostenerstattung eher an der Untergrenze anzusiedeln ist.

# Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom

---

## Langes Intervall zwischen Symptombeginn und Behandlung

Die Befragung von Patienten mit Allergien in Kalifornien ergab einen unerwartet hohen Prozentsatz an Personen, die regelmäßig schnarchten. Viele von ihnen wiesen ein zuvor undiagnostiziertes obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom auf, das meist durch eine adenotonsilläre Hypertrophie verursacht wurde.

Von 352 dieser Patienten, die nach der Diagnose des obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms mit einer Tonsillektomie und/oder Adenotomie behandelt worden waren, wurden 45 in eine retrospektive Studie eingeschlossen. In den Telefoninterviews ergab sich, dass fünf Patienten mittelschwer und 40 schwer geschnarcht und alle die Befindlichkeit beeinträchtigende Symptome gezeigt hatten. Im Einzelnen wurden u. a. über eine chronische Mundatmung (84 %), häufige Mittelohr- (64 %), Nebenhöhlen- (56 %) und Halsentzündungen (51 %) sowie Schläfrigkeit tagsüber (42 %) berichtet.

Die Beschwerden hatten seit der Geburt bestanden oder sich bis zum Alter von neun Jahren entwickelt (Durchschnitt: zweites Lebensjahr). In 76 % der Fälle gaben die Eltern an, wegen der nächtlichen Atemstörungen sehr besorgt gewesen zu sein. Das Intervall zwischen dem Beginn wahrnehmbarer Symptome und der Operation betrug zwischen sechs Monaten und 13 Jahren (Durchschnitt: 3,3 Jahre). Die Verzögerung zwischen Symptombeginn und Operation war länger als ein Jahr bei 82 % der Patienten, über zwei Jahre bei 51 %, über vier Jahre bei 31 % und über sechs Jahre bei 13 % der Patienten. 40 % der Patienten hatten sich selbst an einen HNO-Arzt gewendet, da der Hausarzt untätig geblieben war.

Fazit: Bei diesen Patienten mit obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom ging der Behandlung eine lange Krankheitsphase voraus. Verantwortlich für den verzögerten Behandlungsbeginn waren neben der Passivität der Eltern häufig auch Ärzte, die trotz Kenntnis der Symptome keine geeigneten Maßnahmen veranlassten und Kostenträger, die die Kostenübernahme scheuten.

(Richards, W. Ferdman, RM: Prolonged morbidity due to delays in the diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea in children.)

# Schlafbezogene Atemstörungen

---

## *Hohe Prävalenz nach Schlaganfall*

In einem deutschen Rehabilitationszentrum wurden in einer Studie bei Patienten mit erstem Hirninfarkt Prävalenz und Typ schlafbezogener Atemstörungen untersucht.

Im Rahmen der Querschnittstudie wurde bei 147 Patienten durchschnittlich 46 Tage nach dem Schlaganfall eine umfassende Polysomnographie durchgeführt. Mit Cut-off-Werten des Respiratory Disturbance Index (RDI) von 5, 10, 15 und 20 Hypopnoen/Apnoen pro Stunde lag die jeweilige Prävalanz von Atemstörungen bei 61 %, 44 %, 32 % und 22 %. Meist handelte es sich um ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom. Nur 6 % der Patienten wiesen eine Apnoe mit dominierender zentraler Komponente auf, zumeist von Cheynes-Stokes-Typ.

Patienten mit einem RDI von 20 oder mehr wiesen einen geringeren REM-Schlafanteil, einen größeren Halsumfang sowie ein eher zentrales Fettverteilungsmuster auf als diejenigen ohne nächtliche Atemstörungen. Der Patientenanteil mit Bluthochdruck (85 % vs. 60 %) und KHK (48 % vs. 25 %) unter ihnen war signifikant größer.

Bei einem RDI von mehr als 20 war die subjektive Tagesmüdigkeit nach der Epworth Sleepiness Scale (7,7 vs. 5,5) nur geringfügig höher als bei Personen mit RDI-Werten > 5. Die Anamnese des Schnarchens und die anthropometrischen Befunde legen nahe, dass die Atemstörungen bei bis zu 88 % der Patienten bereits vor dem Schlaganfall vorhanden waren.

Fazit: Schlafbezogene Atemstörungen haben bei Patienten nach Schlaganfall eine höhere Prävalenz und liegen häufig gemeinsam mit Bluthochdruck und koronarer Herzkrankheit vor. Sie sollten aus diesem Grund in das Screening einbezogen werden.

(Wessendorf TE et al.: Sleep-disordered breathing among patients with first-ever stroke. *Neurol* 247 (2000) 41-47, Bestellnummer der Originalarbeit ND 000623)

## Abnehmen und Gewicht halten

---

Seit zwei Jahren ist das ursprünglich als Antidepressivum entwickelte Sibutramin in Deutschland zugelassen, um adipösen Patienten das Abnehmen und die Stabilisierung des verminderten Gewichts zu erleichtern. Auf einer Pressekonferenz in München haben Experten jetzt eine Zwischenbilanz zur Therapie gezogen. Weltweit haben bisher 3,75 Millionen Menschen das neue Präparat eingenommen, wie Thomas König vom Hersteller Knoll in Ludwigshafen berichtete. In Deutschland wird die Zahl der Anwender im letzten Jahr auf 250 000 geschätzt.

Das Präparat dämpft zentral das Hungergefühl und steigert zugleich den Energieverbrauch des Körpers. Wie Professor Alfred Wirth aus Bad Rothenfelde berichtete, haben klinische Studien mit weltweit über 8000 Patienten gezeigt, dass das Medikament seiner Indikation gerecht wird.

Ende letzten Jahres wurden in der Zeitschrift "Lancet" die Ergebnisse der bisher längsten auf zwei Jahre angelegten placebokontrollierten und randomisierten Doppelblind-Studie, der sogenannten STORM-Studie veröffentlicht. Dazu berichtete Professor Wirth, dass an dieser Studie 605 Patienten mit einem Body-Mass-Index von 30 bis 45 kg/m<sup>2</sup> teilgenommen haben. In einer initialen Gewichtsreduktionsphase über sechs Monate bekamen alle Patienten eine kalorienparende Diät und täglich 10 mg Sibutramin verordnet, was zu einem mittleren Gewichtsverlust von 11,3 kg pro Patient führte.

467 Teilnehmer hatten dabei in der halbjährigen Vorbereitungsphase mindestens 5 % ihres Ausgangsgewichts abgespeckt. 352 dieser Patienten erhielten nun in den restlichen 18 Monaten täglich 10 bis 20 mg Sibutramin und 115 von ihnen Placebo, wobei nun keine Kalorienbeschränkung mehr vorgegeben war.

In diesen 18 Monaten hatten 43 % der Verumgruppe, aber nur 16 % der Patienten der Placebogruppe mindestens 80 % des in der halbjährigen Reduktionsphase erreichten Gewichtsverlustes aufrechterhalten können. Im Mittel waren am Ende der insgesamt zweijährigen Studienphase die Verumpatienten um 10,2 kg und die Placebopatienten um 4,7 kg leichter als zu Beginn der Studienphase.

Parallel zum Gewichtsverlust war eine deutliche Verbesserung kardiovaskulärer Risikofaktoren zu verzeichnen: Gesamtcholesterin-, Triglycerid- und Insulinblutwerte fielen deutlich ab.

(Quelle: Ärzte-Zeitung)

## Fast jeder zweite Patient hat Schlafstörungen

---

Aus einer Stichprobe von 20 000 zufällig ausgewählten Hausarztpatienten beklagten 42 % Schlafstörungen. Nur bei etwa 70 % der therapiebedürftig Betroffenen war die Schlafstörung den Ärzten bekannt.

Dies sind die Ergebnisse der weltweit bislang größten Schlafforschungsstudie NISAS (Nationwide Insomnia Screening and Awareness Study) 2000, die auf einer Pressekonferenz der Max-Planck-Gesellschaft in München vorgestellt worden ist. Wie Studienleiter Professor Hans-Ulrich Wittchen aus Dresden sagte, waren in die vom Unternehmen Sanofi-Synthelabo geförderte Studie bundesweit 539 Hausarztpraxen einbezogen worden. Bei möglichst allen Patienten, die am Stichtag 11. Juli 2000 eine dieser Praxen konsultiert hatten, wurde unabhängig vom Anlass des Arztbesuches und von der ärztlichen Untersuchung mit einem Fragebogen gezielt nach Schlafstörungen gefahndet. Gleichzeitig wurden mit einem gesonderten Arztfragebogen zu jedem Patienten Diagnose und Therapieempfehlung des Hausarztes erfasst.

Laut Patientenfragebogen litten 41,8 % aller Befragten an Schlafbeschwerden, wobei Insomnien mit Ein- und/oder Durchschlafstörungen mit einer Prävalenz von 32,7 % am häufigsten waren. 15 % gaben Tageschläfrigkeit, 8 % Schlafattacken und 7 % Schnarchen mit und ohne Schlafapnoe an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Lediglich 70 % aller Patienten mit Schlafstörungen waren ihren Ärzten aufgefallen, und noch seltener war eine klare Diagnose, sagte Wittchen.

(Quelle: Ärzte-Zeitung)

# Der Schlaganfall - Plötzlich und unerwartet

---

Der Schlaganfall (lat. Apoplex) ist die dritthäufigste Todesursache nach den koronaren Herzkrankheiten und Krebs. In Deutschland erleiden jährlich mehr als 200.000 Menschen einen Schlaganfall, täglich also ca. 500 Personen.

Symptome des Schlaganfalls sind charakteristische, plötzlich einsetzende Funktionsausfälle, die auf eine Durchblutungsstörung im Gehirn zurückzuführen sind. Die WHO (World Health Organisation) definiert den Apoplex als Krankheitsbild, bei dem sich die Symptome einer partiellen oder generalisierten Störung der Hirnfunktion sehr schnell bemerkbar machen, mindestens 24 Stunden anhalten oder gar zum Tode führen.

Wie beim Herzinfarkt kommt es durch Gefäßverengungen oder Verschlüsse zu einer mangelnden Blutversorgung bestimmter Areale. Seltener ist der Riss (Ruptur) einer Ader die Ursache eines Schlaganfalls. Je nach Dauer und Ausbreitung der Mangel durchblutung wird das Gewebe inklusive der entsprechenden Nervenzellen geschädigt.

Viele Folgen des Hirninfarktes bilden sich ganz oder zumindest teilweise wieder zurück, manche aber sind trotz bestmöglicher Therapie irreversibel und hinterlassen eine bleibende Behinderung. Plötzlich und meistens unerwartet werden so die Betroffenen zu Patienten, die sich aufgrund ihrer Krankheit mit mehr oder weniger ausgeprägten körperlichen Einschränkungen auseinandersetzen müssen.

Es ist daher von allgemeinem Interesse, sich mit diesem Krankheitsbild näher zu befassen. Kommt der Schlaganfall wirklich so unerwartet? Wer ist gefährdet und vor allem: wie kann man sich davor schützen?

Heute weiß man, dass sich ein Schlaganfall häufig vorher ankündigt. Ohrensausen, kurze Seh- und Gleichgewichtsstörungen oder vorübergehende Sensibilitätseinschränkungen können Zeichen einer vorangegangenen transitorisch ischämischen Attacke (TIA) sein. Bei der TIA kommt es zu einer kurzzeitigen Minderdurchblutung

im Gehirn. Die dadurch verursachten Symptome werden oft kaum wahrgenommen. Sie verschwinden innerhalb von Sekunden bis maximal 24 Stunden nach dem Ereignis und werden danach nicht selten vergessen. Wer bereits eine TIA hatte, trägt jedoch ein vielfach höheres Risiko, einen manifesten Schlaganfall zu erleiden.

Einen sicheren Schutz vor dem Hirninfarkt gibt es nicht, man kann aber die Zahl der bekannten Risikofaktoren reduzieren. Hohe Cholesterinwerte im Blut, Übergewicht, Bewegungsmangel und Nikotin begünstigen den Bluthochdruck, der erwiesenermaßen eine der Hauptursachen für den apoplektischen Insult darstellt.

Seit einiger Zeit wird der Zusammenhang zwischen schlafbezogenen Atemstörungen und Schlaganfall diskutiert. So findet man in der Fachliteratur Untersuchungen, die sowohl eine deutliche Verbindung von SBAS und dem erhöhten Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden herstellen, als auch das Auftreten schlafbezogener Atemstörungen nach erlittenem Apoplex beobachten. Unbehandelte schlafbezogene Atemstörungen, von ständigem Schnarchen bis hin zu obstruktiven Schlafapnoen (OSA), stören den Schlaf und setzen den Körper nachts in vielerlei Hinsicht unter Stress, was unter anderem in einem Bluthochdruck resultiert, der mit dem Schweregrad der SBAS korreliert.

Da sowohl nach einer TIA als auch einem manifesten Schlaganfall die nervale Versorgung der Mund/Rachenmuskulatur kurz- oder langfristig beeinträchtigt sein kann, kann es im Liegen und ganz besonders im Schlaf zu Verengungen (Obstruktionen) der oberen Atemwege kommen. Es entwickelt sich möglicherweise eine schlafbezogene Atemstörung, deren frühzeitige und fachgerechte Behandlung wiederum das Risiko reduziert, einen weiteren Schlaganfall zu erleiden.

(Quelle: RESMEDIA Journal 2/2001)

## Berichte von Betroffenen

### Im Schlaf setzte sein Atem aus...

---

*(Marga Haas, SHG Köln und Umgebung e. V.)*

Schon als wir jung verheiratet waren, bemerkte ich, dass mein Mann im Schlaf immer wieder den Atem anhielt. Und das manchmal recht lange.

Ich war darüber sehr erschrocken, denn ich dachte oft, dass er ersticken könne. Anfangs rüttelte ich ihn dann wach, erzählte ihm von seinen Atemaussetzern. Er hatte nie etwas bemerkt, war fast etwas ungläubig bei meiner Schilderung. Ich gewöhnte mir an, während der Atempausen zu zählen. Manchmal kam ich bis 70.

Das Ganze war mir schleierhaft, fast unheimlich. Ich fragte im Verwandten- und Freundeskreis, ob es da auch solch ein Phänomen gebe. Nein, niemand kannte das, konnte sich das vorstellen.

Na ja, sagten die meisten, das ist eben so, musst Du hinnehmen. Er holt letztlich ja immer wieder Luft und es geschieht nichts weiter Schlimmes mit ihm. Da musst Du mit leben. Du schläfst ja auch ein und dann kannst Du ihn sowieso nicht wachrütteln.

Sicher, man hatte nicht unrecht. Zumal mein Mann selbst gar nicht erbaut war von dem ständigen Wachrütteln, wenn er gerade eingeschlafen war. Also ließ ich es sein. Aber geheuer war mir die Sache all die Jahre nicht.

Bis ich dann schließlich im "Readers Digest" auf einen Artikel stieß, in dem von diesem Phänomen die Rede war. Da waren wir aber schon in den 80er Jahren. Hier las ich auch, dass dieses Atem-Anhalten durchaus eine Erkrankung sei. Ich kann mich aber nicht erinnern, dass auch eine Therapie genannt wurde.

Ende der 80er Jahre dann brachte eine Nachbarin mir die "Kölnische Rundschau", eine Kölner Tageszeitung. Und darin war die Krankheit, die den Namen Schlafapnoe erhalten hatte, genau geschildert. Und ich musste feststellen, dass meine Befürchtungen und Ängste ganz und gar nicht unbegründet gewesen waren. Man verwies auf eine notwendige Untersuchung in einem Schlaflabor.

Es war gar nicht einfach zu dieser Zeit, ein Schlaflabor aufzutun. Und es war auch gar nicht einfach, unseren Hausarzt-Internisten dazu zu bewegen, dass er eine Einweisung für eine Klinik zu diesem Zweck ausschrieb. Er belächelte unser Vorhaben.

Wir hörten dann von der Klinik Grafschaft/Schmallenberg im Sauerland. Wir nahmen mit der Klinik Kontakt auf, und erhielten, wenn auch erst nach einem halben Jahr, einen Untersuchungstermin in der Klinik. Mein Mann fuhr hin und ich sehe ihn noch wie heute bei der Rückkehr in der Tür stehen, eine schwarze Behältertaste in der Hand: Das nCPAP-Gerät.

Mit der Nutzung des nCPAP-Gerätes verschwand die scheußliche Tagesmüdigkeit, unter der mein Mann jahrzehntelang gelitten hatte. Ja, wirklich gelitten. Denn es war eine Qual, im Beruf, bei Besprechungen vor allem, immer Angst zu haben, dass man einschläft!

Die ewige Not, beim Anhören einer Ansprache oder Rede einzunicken! Die Angst vor der Blamage, wenn es doch geschehen sollte!

Was haben wir alles versucht: Starker Kaffee, "Hallo-Wach"-Tabletten und als das nichts half, auch stärkere Sachen.

Er ging, wie wir hier sagen "Mit den Hühnern zu Bett", also sehr, sehr zeitig. Es nützte nichts. Es war eine schlimme Sache.

Wir besuchten eine Oper. Ich war stolz, noch Karten erhalten zu haben und voller Erwartung. Aber bereits im ersten Akt schlummerte mein Mann. Den Rest der Vorstellung war ich damit beschäftigt, ihn zu beobachten und immer wieder anzuschubsen.

Nicht nur, dass der ganze Abend verdorben war; mein Mann hatte auch noch ein schlechtes Gewissen, obwohl er ja gar nichts dafür konnte. Derartige Begebenheiten könnte ich am laufenden Band erzählen. Aber Leidensgenossen werden sich da auskennen.

Abendliche Veranstaltungen zu besuchen war bei uns tabu.

Immer schlimmer wurde es beim Autofahren. Bleierne Müdigkeit befahl ihm immer wieder. Auch im Auto lagen Wachhalte-Tabletten immer griffbereit.

Mit Beginn der Nutzung des nCPAP-Gerätes war das alles anders. Die Lebensqualität war eine ganz andere, viel bessere.

Es gab zwar noch mancherlei Schwierigkeiten mit der Nutzung des Gerätes. In den zehn Jahren, die mein Mann das Gerät hat, haben wir alles Mögliche erlebt. Aber umso mehr können wir aus der Erfahrung heraus anderen Patienten, die am Beginn der Nutzung des Gerätes stehen, beratend helfen.

Mit Unterstützung des internistischen Chefarztes einer Kölner Klinik haben wir schon vor einigen Jahren eine Selbsthilfegruppe gegründet, die wir gründlich, und wie ich denke, mit viel Engagement betreuen. Mein Mann ist Vorsitzender und ich die Schriftführerin. Gemeinsam mit dem stellvertretenden Vorsitzenden und der KassiererIn können wir eine ganze Menge ausrichten, glauben wir.

Sehr wichtig sind wir beide als Telefon-Kontaktstelle.

Wie dankbar die beratenen Menschen für die Hilfe sind, durften wir jetzt wieder zum Jahreswechsel erleben, als viele Grußschreiben und Anrufe eingingen.

Wir freuen uns darüber. Es motiviert uns, weiterzumachen!

Was unseren Hausarzt betrifft, so erzählte er erst kürzlich meinem Mann, dass er inzwischen eine ganze Reihe von Schlafapnoe-Patienten betreut und froh ist, dass es bereits fünf Schlaflabore in Köln gibt. Schwierigkeiten mit dem Ausstellen einer Einweisung für eine Nachuntersuchung in der Klinik mit Schlaflabor haben wir bei ihm nun nicht mehr.

## Zungenmuskulaturtraining

---

*(Siegfried Hohnrath, SHG Schlafapnoe Solingen)*

Bereits 1989 wurde im Schlaflabor der Philips-Universität in Marburg ein Schlafapnoe-Syndrom bei mir festgestellt (Apnoe-Index 39 Phasen/Stunde durch 277 Apnoen bei einer mittleren Dauer von 47 Sekunden). Eine Therapie mit einem CPAP-Gerät der ersten Generation musste ich abbrechen, das dann verordnete Theophyllin brachte auch nur negative Auswirkungen.

Es folgten Jahre des Herumexperimentierens ohne Ergebnis. Im Juni 1998 wurde mir dann ein modernes Gerät verordnet mit einem Druck von 8 mbar. Dieses Gerät verhalf mir zu gesunderem Schlaf, verursachte aber auch Fließschnupfen, der sich mit einem Luftbefeuchter besserte. Den allabendlichen inneren Widerstand gegen die Maske konnte ich jedoch auch mit aller Vernunft nicht abbauen.

In den folgenden Monaten höre ich vom Zungenmuskeltraining und bat im PIB Schlaflabor in Duisburg um ein Gespräch. Herr Dr. Geßmanns Argumente überzeugten mich und es wurde eine Kontrollnacht im Schlaflabor vereinbart. Die Auswertung ergab, dass ein Versuch mit dem Zungenmuskeltraining erfolgversprechend war und so wurde ich in die Handhabung des Stimulationsgerätes eingewiesen. Dabei handelt es sich um ein Gerät, das mit schwachem elektrischen Strom, der durch den Unterkiefer fließt, das Zungenmuskelgewebe anregt und stärkt. Dadurch fällt die Zunge im Schlaf nicht mehr nach hinten. Die Atemwege werden nicht mehr blockiert.

In den folgenden fünf Wochen setzte ich also das Gerät zweimal täglich für je eine halbe Stunde (morgens und abends) ein, das heißt: ich legte eine Elektrode unter die Zunge und eine Elektrode wurde unter dem Kinn befestigt. Die Stromstärke musste ich nach und nach so stark einstellen, wie ich es vertragen konnte. Natürlich schlief ich noch jede Nacht mit meinem Beatmungsgerät. Nach Ablauf der Übungszeit folgte wieder eine Nacht im Schlaflabor, diesmal zur Kontrolle ohne CPAP-Gerät. Das Ergebnis war verblüffend: meine Werte waren die eines Gesunden. Ich konnte ohne Maske erholsam schlafen und fühlte mich total erleichtert.

Meine Frau war sehr erstaunt, dass sie mich nicht mehr schnarchen hörte. Seit dieser Zeit können wir wieder in einem Raum schlafen. Die guten Werte wurden einige Monate später nochmals von meinem Hausarzt überprüft und bestätigt. Nach erfolgreicher Therapie mit dem Stimulationsgerät sollte ich so oft wie möglich die Zunge fest unter den Gaumen drücken - was ich oft vergesse. Sonst war für mich keine weitere Therapie notwendig.

Inzwischen sind 18 Monate vergangen und es geht mir immer noch gut. Kleinere Schnarchphasen in Rückenlage haben keinen Einfluss auf die Schlafqualität. Das beweisen auch die Aufzeichnungen eines Screening-Gerätes Mitte Januar 2001.

Das Zungemuskeltraining hat mich - wenigstens bis zum heutigen Tag - vom Schlafapnoe-Syndrom befreit und mir damit ein großes Stück Lebensqualität zurückgegeben.

Das PIB Schlaflabor in Duisburg ist eine private schlafmedizinische Ambulanz. 80 bis 90 % der privaten Krankenkassen übernehmen die Behandlungskosten. Man sollte das aber vorher abklären. Gesetzliche Krankenkassen beteiligen sich unter Umständen an den Kosten. Auch da sollte verhandelt werden. Die Kosten für die Verordnung einer mietweisen Überlassung des Gerätes werden auch von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (Hilfsmittel). Wenn keine Kostenbeteiligung erreicht werden kann, kann mit dem PIB Schlaflabor ein Privatkostensatz vereinbart werden. Mit einer Pauschale von 2.000 DM sind zwei Nächte im Schlaflabor mit der Verordnung des Stimulationsgerätes und eine ausführliche Ergebnisanalyse abgegolten.

## Die Maske ist meist gar nicht undicht

---

*(Karl Heinz Lampart, SHG Schlafapnoe Freudenstadt)*

Ich habe gerade vor ein paar Tagen eine erstaunliche Entdeckung gemacht.

Die ausströmende Luft an der Auslassöffnung am Kniestück der Maske reißt die Raumluft mit sich und es entsteht nachfolgend ein Säuseln auf Gesichtspartien unterschiedlich in Richtung des Atemschlauchs.

### **Wie habe ich das festgestellt?**

Während ich in einem Wachzustand mitten in der Nacht meinen Gedanken nachhing, drehte ich unbewusst das Kniestück mit dem angeschlossenen Atemschlauch mal nach links, mal nach rechts und auch mal kreisrund. Plötzlich konzentrierte ich mich auf das Luftsäuseln in verschiedenen Richtungen beim Drehen des Kniestücks. Ohne die Maske zu verziehen und in Rückenlage des

Kopfes spürte ich, dass jeweils die Gesichtspartien parallel zur Schlauchrichtung durch unangenehme Zugluft berührt wurden. Kein Zweifel, die Maske ist dicht, es stört die angezogene Raumluft und hier um so mehr, je tiefer die Raumtemperatur geregelt ist.

Mögliche Abhilfe: In der kalten Jahreszeit durch höhere Zimmertemperatur, mindestens 19 Grad. Oder durch eine zugeschnittene Gesichtsmaske, wie von MAP aus "Vileda" empfohlen, welche nun nicht die Maske abdichtet, sondern die Haut außerhalb der Maske gegen Zugluft schützt. Genauso schätze ich die Anwendung von Melkfett ein, nach der Empfehlung einer SHG in Bayern zum Abdichten der Maske.

Auch das von "Schlafapnoe Aktuell" empfohlene Stumpfmittel "PC 30 V" gegen Druckstellen - nun etwas großflächiger angewandt - kann hier im vorliegenden Fall etwas helfen.

## Meine Meinung: Auch Krankenkassen-Mitarbeiter sind nur Menschen

---

*(Andreas Bensch, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Kassel)*

Vielen Dank, dass Sie nicht gleich widersprechen. Viele Erkrankte haben scheinbar so ihre Erfahrungen mit der Krankenkasse gemacht.

Durch die nötigen Kosteneinsparungen und die Gesundheitspolitik waltet der Sachbearbeiter als Mensch an der "Front" und hat gesetzlich vorgegebene Interessen zu vertreten. Täglich den vielen Fragen über unverständliche gesetzliche Regelungen ausgesetzt und teilhabend an dem Krankheitsleid der Versicherten. Zum Teil zwischen den Stühlen sitzend als Repräsentant der Gesundheitspolitik und andererseits Anlaufstelle für viele Hilfesuchende und Kranke.

Und dann kommt jemand vorbei, der schlecht schläft und irgendeinen Filter für irgend-so-ein Gerät braucht.

Auch in diesem Beruf nimmt die Arbeit zu und die wöchentliche Arbeitszeit und die Kollegenzahl stetig ab. Natürlich steckt in den meisten Kollegen ein gut geschulter und fürsorglicher Mensch. Aber erwarten Sie nicht, dass jeder Krankenkassenmitarbeiter Ihr Problem sofort versteht, ein CPAP-Gerät schon gesehen hat oder gar Ahnung über eine Wartung oder den Filter hat. Die Sozialversicherung ist vielfältiger, als viele Versicherte glauben und die Ausbildung wird als die umfangreichste in Deutschland beurteilt.

Und hier können Sie persönlich ansetzen. Ziehen Sie Ihren Sachbearbeiter mit Freundlichkeit und Charme auf Ihre Seite.

Nehmen Sie Ihr CPAP-Gerät mit zur Krankenkasse und zeigen Sie es. Erzählen Sie kurz von Ihrem Leidensweg vorher und den jetzigen Erfolgen durch die Therapie. Beschreiben Sie aber auch die weitere Problematik mit Gerät und Maske. Erwähnen Sie die guten oder schlechten Leistungen des Schlaflabores und nehmen Sie die Telefonnummer Ihres Gerätelieferanten mit. Bei einem vertrauensvollen Umgang miteinander wird nach einem Lächeln dieser vorher unwissende Mensch der Krankenkasse vielleicht sogar mit einem Telefonat Ihr "Filter-Problem" sofort regeln. Schaffen Sie bei Ihren Krankenkassen ein Bewusstsein für Ihre spezielle Problematik durch gezielte Aufklärungsarbeit. Laden Sie die Mitarbeiter zu Ihren SHG-Treffs ein. Fragen Sie doch mal nach, ob CPAP-Geräte wie alle anderen Hilfsmittel genau registriert werden. Bisher kann noch keine Krankenkasse auf Knopfdruck die genaue Anzahl der ausgegebenen CPAP-Geräte feststellen.

In einer Krankenkasse sind weniger Daten erfasst als viele Versicherte vermuten. Weder ist der einzelne Arztbesuch noch die letzte Medikamentenverordnung in der EDV gespeichert.

Deshalb nutzen Sie die Möglichkeit des persönlichen Kontaktes mit Ihrer Krankenkasse. Sollte trotzdem eine Ablehnung erfolgen, bestehen Sie auf die schriftliche Form der Leistungsverweigerung. Erst dann lässt sich der Vorgang weiter verfolgen. Und bitte haben Sie Verständnis für alle Krankenkassen-Menschen mit ihren "Lücken und Tücken", auch sie sind nur Menschen.

Vielleicht sogar auch mit einem CPAP-Gerät.

# Meine Patientenerfahrung

---

*(Andrea Hammer, Neuholdgause 152/2/6, A-8010 Graz)*

Hiermit möchte ich Ihnen meinen Leidensweg als Patientin darstellen, damit Sie sich einmal vorstellen können, was es heißt, mit Schlafapnoe zu leben, ohne es zu wissen. Seit meinem 20. Lebensjahr bin ich als nächtliches Sägewerk bekannt, was aber eher der Belustigung meiner Umgebung diene, und nicht weiter ernst genommen wurde. Zur Plage wurde meine nächtliche Aktivität für meine Zimmerkollegin, mit welcher ich mir ein Zimmer während meines Kuraufenthaltes teilen musste. Jedoch bekam ich damals vom Kurarzt zur Antwort, da könne man halt nichts machen.

Mit 30 Jahren hatte ich leider eine Totaloperation, die der Beginn meines Martyriums war: Gewichtszunahme von 65 kg auf 112 kg, also 47 kg in knapp drei Jahren, wobei es im ersten Jahr 12 kg waren und mir der Arzt erklärte, dies käme vom künstlichen Wechsel, in dem ich mich jetzt befände. Mein Hormonstatus war aber komischerweise in Ordnung.

Sämtliche Diäten und Bemühungen, mein Gewicht zu reduzieren, blieben erfolglos, wenn ich mir von ärztlicher Seite Hilfe holen wollte, bekam ich nur zur Antwort, ich sollte mich nicht selbst belügen, denn dick wird man nur vom Fressen und nicht vom Essen. An dieser Stelle möchte ich auch meinen Frust erwähnen, der sich unwillkürlich in mir aufstaute, was mir sicher 5 bis 7 kg einbrachte, da ich eine absolute Frustesserin bin!

Seit Oktober 1997 ist bei mir hoher Blutdruck bekannt, welcher auch fast nicht in den Griff zu bekommen ist. Im Frühjahr 1998 häuften sich meine Migräneanfälle, ich verkroch mich in meiner Wohnung, die ich total verdunkelt hatte. Von Monat zu Monat konnte man mir beim dicker werden zusehen. Bluthochdruckattacken von 240 zu 145 mmHG und dergleichen gehörten für mich genauso zum Tagesablauf wie mein ständiger Puls um 120 bpm. Meine ständige Müdigkeit am Tag beherrschte mich soweit, dass ich sogar einmal im Stehen beim Tratschen mit dem Briefträger eingnickt bin. Je mehr ich im Schlaf Erholung suchte, umso müder wurde ich.

Mein gehäufter Einschlafzwang tagsüber ließ mich zum Stammgast bei meiner Hausärztin werden. Aber es wurde nichts unternommen, außer mal ein paar Tabletten für den Blutdruck. Seit dieser Zeit war es auch nichts Neues mehr, fast täglich mit Kopfschmerzen wach zu werden, mein erster Griff galt am Morgen einer Schachtel Aspirin.

Wenn ich den Verdacht aussprach, meine täglichen Kopfschmerzen am Morgen könnten mit meinem Schnarchen zusammenhängen, wurde dies von ärztlicher Seite übergangen oder belächelt. Jede Nacht drei- bis viermal mal auf die Toilette gehörte genauso zu meinen Nächten wie die Alpträume, in denen ich ständig aus meinem Körper ausstieg oder vom Ersticken träumte und anschließend mit Herzrasen und Schweißausbrüchen wach wurde.

29. April 1998: Ich war gerade zu Bett gegangen und auch sofort eingeschlafen, als ich bald darauf wieder mal mit Herzrasen wach wurde. Doch hoppla! Irgendetwas war anders an mir: Ich konnte weder meinen linken Fuß noch meine linke Hand bewegen, denn meine ganze linke Seite war tot! Während ich noch mit meiner inneren Panik kämpfte, stand plötzlich meine Nachbarin vor mir. Ich hatte vergessen meine Wohnungstür abzuschließen - Glück im Unglück! - und ohne viele Worte verständigte sie den Notarzt!

Im Spital die Diagnose: SCHLAGANFALL!!! Nach sämtlichen Untersuchungen wurde aber keine Ursache gefunden, mir wurde nur erklärt, es wäre ein vorübergehender Sauerstoffmangel im Gehirn gewesen. Die Lähmungserscheinungen bildeten sich relativ rasch wieder zurück und ich konnte nach knapp drei Wochen das Spital mit Tabletten für die Durchblutung und gegen den hohen Blutdruck etc. verlassen. Ich hatte mich auch schon daran gewöhnt, dass ab und zu meine linke Seite ausfiel und erst nach ein paar Minuten wieder da war.

Auch die Doppelbilder, die immer wieder auftraten, waren nichts Neues mehr für mich - bis zum 16. Juli 1998. Es war ein heißer Tag und den täglichen Kampf gegen meine Tagesmüdigkeit verlor ich gegen 14.30 Uhr. Ich hielt einen unnatürlich langen Mittagsschlaf bis ca. 18.30 Uhr. Als ich erwachte und aufstehen wollte, musste ich leider feststellen, dass meine linke Seite wieder absolut tot war und ich nur noch Doppelbilder sah. Ab ins Spital - Schlaganfall Nr. 2. Am 19. Juli "feierte" ich meinen Geburtstag, 33 Jahre bin ich alt

geworden. Ich hatte an diesem Morgen einen kleinen Moralischen, denn mein Geburtstag wäre der Abreisetag für den Meeresurlaub gewesen, auf den ich mich sehr freute. So kam es, dass ich mal kurz vor mich hinweinte.

Wo es doch immer heißt, man soll seinen Kummer nicht hinunterschlucken, sondern ihn rauslassen. Als dies vom Pflegepersonal bemerkt wurde, verständigte man sofort den diensthabenden Professor.

Er kam sofort, aber anstatt mir zu gratulieren, wurde ich depressiv genannt und bekam eine dementsprechende Tablette, die bewirkte, dass ich drei Stunden später nicht einmal meinen Bruder erkannte, so high war ich für den Rest des Tages. Ich verschief ihn fast zur Gänze. Von da an sollte ich diese Tablette täglich zweimal schlucken, was ich natürlich verweigerte, womit bei mir nur mehr von Depression gesprochen wurde.

Ich hatte auch wieder die selben Untersuchungen wie im April, dazu gehörten CT, MR, EEG, 24 Stunden EKG und 24 Stunden Blutdruckmessungen, Labor etc., es war fast identisch zum ersten Schlaganfall im April, nur dass sich diesmal die Lähmungen im Arm nicht zurückbildeten und die Doppelbilder ständig blieben, auch das Sprachzentrum fiel immer wieder aus. Trotz dieser zehntägigen Untersuchungen wurde wieder nichts gefunden, und ich sollte kurzerhand auf die Psychiatrische Station im LNKH verlegt werden. Ohne es mit mir vorher zu besprechen, wurde alle Vorkehrungen getroffen.

Ich wusste, dass ich keine Depressionen hatte und auch nicht krankhaft hyperaktiv bin und somit auf der Psychiatrischen Station fehl am Platz gewesen wäre - so suchte ich noch einmal das Gespräch mit der diensthabenden Assistenzärztin, welches nur mit einer Auseinandersetzung endete, da sie meinte, ich würde mir alles nur einbilden. Dazu kommt noch, dass sie mir erklärte, als Alleinerzieherin einer zwölfjährigen Tochter wäre ich mit der Situation überfordert.

Daraus folgte natürlich meine vorzeitige Entlassung, denn ich wollte je keine fachgerechte Hilfe annehmen und so könne man mir nicht helfen! Egal zu welchem Arzt ich anschließend kam und Hilfe suchte, jeder Neurologe erklärte mir nach Durchsicht der

Klinikbefunde, ich gehöre auf die Psychiatrie. Sogar meine Hausärztin nahm mich nicht ernst und erklärte mich zum Hypochonder! Die nächsten Monate waren eher eine absolute Tal- und Bergfahrt. Die Migräneanfälle wurden immer häufiger, tägliche Tagesschlafattacke, nächtelang ging ich wegen Schlaflosigkeit spazieren, konnte ich mal schlafen, waren dann immer diese irren Alpträume da, Schweißausbrüche, Herzrasen etc. Ich konnte mich auf nichts mehr konzentrieren, vergaß immer öfter irgendwelche Dinge und eigentlich wurde es mir immer mehr bewusst, dass ich regelrecht verfallende: körperlich, trotz irrer Gewichtszunahme, und geistig, weil ich einfach "dumm" wurde.

Mein Allgemeinzustand verschlechterte sich bis 31.12.1998 so sehr, dass ich mit Lungenentzündung ins Spital musste, wo auch noch der Verdacht eines Lungeninfarktes auftrat, weiter wurde mir dann auch noch Verdacht einer Schlafapnoe ausgesprochen. Ich hatte zuvor noch nie etwas von dieser Krankheit gehört.

Da schlief ich eine Nacht auf Überwachung, und siehe da, am nächsten Morgen war bereits alles klar. Man klärte mich über meine neue Krankheit "Schlafapnoe" auf.

Am selben Tag noch bekam ich meinen CPAP-Einstelltermin für Eisenerz (Schlaflabor). Ich musste erfahren, dass meine Schlafapnoe so hochgradig ist, dass ich in jeder Minute in absoluter Lebensgefahr war, in der ich schlief. Es ist ein Wunder, dass ich noch lebe. Es kann sich niemand vorstellen, was es für mich geheißen hat, als ich nach der ersten Nacht mit einer CPAP-Maske in Eisenerz ohne Kopfschmerzen wach wurde!

Ich war neugeboren, denn mit meinem Gerät (mein neuer Hausfreund), begann mein neues Leben. Auch wenn es anfangs sehr problematisch war, die richtige Maske zu finden bzw. die Druckstellen, welche immer wieder auftraten, in den Griff zu bekommen, ist mein Leben jetzt lebenswerter geworden. Als ich durch die Selbsthilfegruppe an einer Maskenschulung teilnehmen konnte, wurde mir klar, dass es auch für mich die passende Maske gibt.

Die laufenden Kontrollnächte im Schlaflabor nehme ich gerne in Kauf, da ich in Eisenerz nicht unbedingt das Gefühl habe, nur Patient zu sein, sondern in erster Linie ein Mensch und als solcher dort auch behandelt werde.

## Jetzt erst weiß ich, was es heißt, ausgeschlafen zu sein

---

*(Ernst Wagner, SHG Schlafapnoe Marburg)*

Chronische Schnarcher leben gefährlich: Während nachts un bemerkt die Atmung aussetzt, verfallen sie tagsüber in einen Sekundenschlaf - zum Beispiel beim Autofahren.

Ärzte nennen diesen krankhaften Zustand "Schlafapnoe". Die Marburger "Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand" trifft sich seit 1994 im Uni-Klinikum Lahnberge. "Wir wollen andere Schnarcher darauf aufmerksam machen, dass auch sie ein Problem haben könnten", sagt Ernst Wagner, ein Ansprechpartner der Gruppe.

"Jahrelang war ich kaum noch leistungsfähig", erinnert sich der heute 60jährige: "Tagsüber sind mit die Augen zugefallen, und körperlich war ich ziemlich am Ende." Zu der allgemeinen Müdigkeit gesellten sich bei Wagner Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck und ein gesteigerter Drang, nachts Wasser zu lassen. "Das ist typisch für Apnoeiker", sagt Margrit Fritze, ebenfalls Ansprechpartnerin der Selbsthilfegruppe.

Im Gegensatz zu Gesunden ist bei Apnoeikern die Entspannung während des Schlafes tiefer. "Dadurch fällt der Schlund zu, und man kriegt keine Luft mehr", erklärt Wagner. Als Folge schickt das Hirn Stresshormone aus, um die Atmung wieder anzuregen: Der Kranke schreckt auf, holt mit einem lauten Schnarcher Luft und beginnt wieder zu atmen - bis zur nächsten Atempause. Dadurch wird die Tiefschlafphase, die Bedingung für einen erholsamen Schlaf, nachhaltig gestört. "Der Kranke merkt davon nichts. Er glaubt, er schläft, doch im Grunde ist er die ganze Nacht wach", sagt Wagner.

Dass der Atem stockt, merken zuerst die Ehepartner. So auch bei Margit Fritze, einer der wenigen Frauen unter den Apnoeikern. "Mein Mann schickte mich schon vor 22 Jahren zu einem Arzt, weil er Angst hatte, ich erstickte."

Die Sorge ist nicht unbegründet: Schreitet die Erkrankung fort, ist es möglich, dass der Erkrankte keine Luft mehr holt.

Hilfe fanden Fritze und Wagner erst vor wenigen Jahren bei Marburger Schlafmedizinerinnen. Nach einer ambulanten Untersuchung war ihre Diagnose klar: Schlafapnoe. Doch auch die Therapie ließ nicht auf sich warten. Um die Erschlaffung des Gaumensegels zu verhindern, schlafen Erkrankte unter einer Nasenmaske. In Verbindung mit dem sogenannten "CPAP-Gerät" baut diese Maske einen gewissen Überdruck auf, wodurch die Gaumenmuskulatur quasi geschient wird.

"Nach der ersten Nacht mit dem Gerät habe ich erst gewusst, was es heißt, wach und ausgeschlafen zu sein. Das war wie ein Wunder", erinnert sich Fritze: "Früher war jede Autofahrt für mich eine Qual, denn zwei Mal hatte ich hinter dem Steuer einen Sekundenschlaf: Ein Mal am Giessener Ring, das andere Mal in der Frankfurter Straße."

Vier Mal im Jahr treffen sich die 13 Mitglieder der Marburger Selbsthilfegruppe mit weiteren Interessenten. Die meisten sind 50 Jahre oder älter. "Doch schon Vierjährige können erkranken", warnt Wagner. Bei den Treffen ist in der Regel ein Arzt dabei, der über Forschungsergebnisse berichtet und Fragen klärt.

## Schlafapnoe - eine unbekannte Krankheit?

---

*(Rudolf Plücker, SHG Schlafapnoe Solingen)*

Heute ist diese Krankheit weitaus besser bekannt als noch vor einigen Jahren. Auch die Ärzteschaft befasst sich mehr mit den Symptomen und viele Krankenhäuser besitzen sogenannte Schlaflabore, ein erfreulicher Fortschritt in der Medizin. Nun aber zum Anlass meiner Ausführungen.

Im Sommer 1994 machte ich eine Rekonvaleszenz-Kur nach einer Prostata-Operation. Als starker Schnarcher und im Traum Sprechender war ich im Freundes- und Bekanntenkreis bekannt, doch keiner erkannte darin ein Syndrom. Erst ein Mitkurender im

Nachbarzimmer machte mich auf die Schlafstörungen aufmerksam. Er war nämlich selbst ein Betroffener und besaß ein Schlafapnoe-Gerät. Sein Rat, den Hausarzt zu konsultieren, habe ich nach Beendigung des Kuraufenthaltes sofort befolgt und im Krankenhaus Bethanien, einer Klinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen, Solingen, Behandlung erfahren.

Kurzum, diese sofort eingeleitete Behandlung hatte alsbaldigen Erfolg. Schnell verspürte ich trotz ungewohnter, nächtlicher Duldung einer Maske Wohlergehen. Atemstillstände von Sekundendauer wurden weniger, die Tagesmüdigkeit durch die teilweise nachts nicht selbst bemerkten unterbrochenen Schlafphasen verringerten sich. Damit unterblieb das häufige Einnicken im Kreise von Fremden, zu häufiges nächtliches Wasserlassen (bis halbstündlich), das Autofahren ohne Zwangspausen bei nur kurzer Fahrtdauer wurde besser und auch sicherer, das Nuscheln beim Sprechen unterblieb, die Schlafdauer nachts von sechs bis sieben Stunden genügt, dadurch entfällt der Mittagsschlaf, mit anderen Worten, ich bin ein anderer Mensch geworden und kann ohne das Schlafgerät nicht mehr auskommen. Durch Gewichtsabnahme und Erzielung besserer Werte (festgestellt im Schlaflabor) fühle ich mich heute "sauwohl" und bin froh, diese Therapie angewandt zu haben. Auch meine Freunde und Bekannte finden anerkennende Worte für diese positiven Veränderungen. Meine Empfehlung lautet deshalb: Bei Störungen geschilderter Art entsprechende Maßnahmen zum eigenen Wohlergehen vornehmen. Ratschläge geben auch die Selbsthilfegruppen Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, die in vielen Städten existieren.

# "Internationales Jahr der Freiwilligen"

---

**Auftaktveranstaltung am 5. Dezember 2000 im internationalen Kongresszentrum, Bundeshaus Bonn**

*von Marga Haas, SHG Köln und Umgebung e. V.*

Mein Mann und ich erhielten eine Einladung zur Auftaktveranstaltung des "Internationalen Jahres der Freiwilligen".

Eingeladen hatte das Bundesfamilienministerium. Es nahmen etwa 1.200 Vertreter aus Politik, Wirtschaft, von Verbänden, Initiativen und Stiftungen teil.

Der 5. Dezember war der Tag des Ehrenamtes. Er wurde weltweit von den Vereinten Nationen zum Tag der Eröffnung des "Internationalen Jahres der Freiwilligen" erklärt.

Zentrale Ziele des Internationalen Jahres der Freiwilligen sind

- Mehr Menschen für bürgerschaftliches Engagement begeistern
- Freiwilliges Engagement aufwerten
- Stärkere Unterstützung des freiwilligen Engagements durch Gesellschaft, Staat und Institutionen
- Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement verbessern, d. h. rechtliche und institutionelle Voraussetzungen wie z. B. steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Regelungen sowie der Zugang zu Informationen und Fortbildung, sollen so weiter entwickelt werden, dass sie die Freiwilligenarbeit besser fördern und unterstützen.

Aus der Rede von Bundespräsident Johannes Rau, der die Schirmherrschaft über das "Internationale Jahr der Freiwilligen" übernommen hat, darf ich hier einige bemerkenswerte Sätze zitieren:

"Sie, Frau Ministerin Bergmann, haben darauf hingewiesen, wie viele Aktivitäten in Deutschland auf Bundes- und auf Landesebene, in den Gemeinden und in vielen Organisationen und Vereinen geplant sind... Alle diese Aktivitäten haben drei wesentliche Ziele:

- Mehr Anerkennung für die Arbeit Freiwilliger
- Stärkere Unterstützung durch Staat und Gesellschaft und
- bessere Vernetzung und besseren Wissensaustausch, damit die freiwillige Arbeit neue Impulse bekommt und noch effektiver wird."

Der Bundespräsident führt weiter aus:

"Es gibt viele gute Beispiele, wie staatliches und bürgerschaftliches Engagement sich ergänzen:

Ich denke an die Selbsthilfegruppen, die mittlerweile ein wichtiger Bestandteil des kommunalen Gesundheitswesens sind. Sie vermitteln Wissen und Kompetenz, aber auch Mitgefühl und das Gefühl, verstanden zu werden. Sie schaffen Kontakte zwischen Betroffenen und vertreten deren Interessen..."

Ich zitiere aus der Rede von Bundespräsident Rau etwas, was, wie ich denke, auch einmal interessant zu wissen ist:

"Rund 22 Millionen Menschen sind in Deutschland ehrenamtlich tätig - rund jeder dritte erwachsene Bundesbürger. Und es sind überwiegend Frauen, die sich in Bereich mit relativ hohen Anforderungen und Belastungen engagieren.

Weiter sagte der Bundespräsident:

"Lassen Sie mich einige Herausforderungen, vor die uns dieser Wandel stellt, kurz benennen:

- Ehrenamtliches Engagement braucht eine zeitgemäße Infrastruktur. Wer seine Zeit und oft auch Geld einsetzt, um sich für andere zu engagieren, darf erwarten, dass ihm zumindest seine Aufwendungen erstattet werden und dass er hinlänglich versichert ist.
- Die Effizienz freiwilliger Arbeit lässt sich sicher verbessern, wenn ehrenamtlich tätige Bürgerinnen und Bürger für die Aufgabe, die sie sich selber gestellt haben, qualifiziert und im Laufe ihres Engagements weitergebildet werden.
- Möglicherweise ließe sich freiwilliges Engagement auf eine Rentenanwartschaft anrechnen. Das sollte zumindest geprüft werden."

Der Bundespräsident beendete seine Rede mit folgenden Worten:

"Alle Programme und Vorhaben, alle Projekte und Pläne wären vergeblich, ließen sich nicht Menschen finden, die bereit wären mitzuhelfen, eine humane, solidarische und lebenswerte Gesellschaft zu bauen:

- Menschen, die ein großes Projekt verwirklichen - oder ganz einfach dort anpacken, wo sie gerade stehen, mit den Mitteln, über die sie verfügen und, die denjenigen helfen, denen sie begegnen.
- Menschen, die nicht sagen: "Man kann doch nicht allen helfen" - und deshalb keinem helfen.
- Menschen, die spüren, dass wir nicht nur für das verantwortlich sind, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun.

Alle diese Menschen sind Vorbilder. Ihnen schulden wir Dank und Anerkennung."

## Zink lindert Schnupfen

---

Mit Zinktabletten lassen sich die Dauer und die Intensität von Erkältungen erheblich verringern. Auf eine Studie US-amerikanischer Forscher mit diesem Ergebnis macht das Deutsche Grüne Kreuz in Marburg aufmerksam. Der im Fachmagazin "Annals of Internal Medicine" veröffentlichten Untersuchung zufolge nimmt Zink Einfluss auf Schnupfen-Symptome wie Niesen, Nasenlaufen, Husten, Heiserkeit sowie Muskel- und Kopfschmerzen: Patienten, die über diese Symptome klagten und Zink einnahmen, waren nach etwa vier Tagen wieder auf den Beinen - ohne Zink erst nach acht Tagen. Wichtig sei, dass mit der Behandlung binnen 24 Stunden nach den ersten Symptomen begonnen wird.

(Quelle: General-Anzeiger Bonn vom 9. Dezember 2000)

## Radiowellen gegen Schnarchen

---

Rund zwei Millionen Bundesbürger leiden durch ihr Schnarchen an Atemaussetzern, die auf Dauer stark gesundheitsgefährdend sind. Erfolgreiche Therapien sind, so Ricardo Stoohs, der als Schlaf-forscher in Dortmund und Stanford (USA) arbeitet: Ein Laser-verfahren, bei dem die Weichteile im Mund entsprechend verformt würden. Das derzeit neueste Verfahren nutze "Radiowellen" in hoher Frequenz, die störende Zellen wegschmoren. Unter den nicht-operativen Verfahren haben sich die "nasale Überdrucktherapie" bewährt, bei der der Patient nachts eine Atemmaske trägt.

(Quelle: DIE WELT vom 25. Januar 2001)

## Fusion MAP / ResMed

---

Die Firmen MAP und ResMed haben am 19. Februar 2001 bekanntgegeben, dass ResMed alle freien Anteile der MAP Medizin-Technologie München übernehmen wird. Damit wird ResMed, eines der weltweit führenden Unternehmen für Entwicklung, Fertigung und Vertrieb medizintechnischer Systeme für die Diagnose und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen mit MAP, dem Marktführer in Deutschland, Österreich und der Schweiz fusionieren und damit seine europäische Marktführerschaft festigen. Für Patienten mit entsprechenden Geräten wird sich zunächst nichts ändern, da die beiden Unternehmen zunächst weiterhin mit eigenständigen Organisationen am Markt präsent sein werden.

(Quelle: Pressenotiz)

# Wie machen wir den Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen zu einer beachteten Größe

---

*in der Medizin, Medizinindustrie, Politik, bei Krankenkassen und anderen Leistungsträgern?*

Der Sozialverband VdK Deutschland unterhält einen Fachverband, der sich neben dem Engagement bei anderen Selbsthilfegruppen besonders um die Belange der an Schlafapnoe und chronischen Schlafstörungen erkrankten Patienten kümmert. Im Vordergrund steht dabei immer der Patient und wir haben es uns zum unveränderlichen Ziel gemacht, unsere ganze Kraft zum Wohl der Patienten einzusetzen.

Dies vorausgeschickt, möchten wir an dieser Stelle hervorheben, dass der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen der derzeit größte Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen für die von Schlafapnoe oder chronischen Schlafstörungen betroffenen Patienten in Deutschland ist. Er fasst unter seinem Dach gegenwärtig 40 Selbsthilfegruppen (mit aufsteigender Tendenz) zusammen, deren Anliegen auf Bundesebene von einem übergeordneten Gremium wahrgenommen werden und die von dort eine intensive Betreuung erfahren. Besonders alle Betroffenen angehende Probleme werden gemeinschaftlich angegangen, um die gleiche Wirkung für alle zu erzielen. Dabei kommt es den im VdK-Fachverband zusammengeschlossenen Selbsthilfegruppen zugute, dass der Sozialverband VdK aufgrund seiner Größe und Bedeutung natürlich sowohl in Politik als auch bei Medizinern, Medizinindustrie sowie Krankenkassen und anderen Leistungsträgern erfolgreich und mit Nachdruck wirken kann. Fachleute des Sozialverbands VdK sitzen in den Gremien, die von der Bundesregierung, den Krankenkassen oder anderen Institutionen einberufen werden und können somit auch im Interesse der Schlafapnoe-Patienten Einfluss auf deren Beratungsergebnisse nehmen.

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen ist anerkannter Partner von Fachmedizinern, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin und legt Wert

auf partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Ärzten und Personal in Schlaflaboren und fachärztlichen Vereinigungen.

Um den Ansprüchen seiner Mitglieder gerecht zu werden, beruft der Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen halbjährlich eine Sitzung der Vorsitzenden aller Selbsthilfegruppen ein, auf der jedes Mitglied wichtige Fragen zur Sprache bringen kann. Die Tagesordnung dieser Treffen hat ferner zum Ziel, über aktuelle Entwicklungen zu informieren, besonders brennende Probleme von allgemeinem Interesse aufzugreifen und sich gegenseitig Hilfestellung zu leisten sowie Informationen auszutauschen. Seitdem diese Art der Zusammenarbeit gepflegt wird, hat sich gezeigt, dass dieser Informations- und Gedankenaustausch für alle Beteiligten äußerst fruchtbar und gewinnbringend ist. Der Fachverband übernimmt auch in besonders wichtigen Fällen die rechtliche Klärung im Interesse der Patienten durch Musterprozesse. Darüber hinaus gibt er in regelmäßigen Abständen unter dem Titel "Schlafapnoe Aktuell" eine Fachzeitschrift heraus, die allen im Verband aufgenommenen Selbsthilfegruppen kostenlos und in ausreichender Zahl zur Weitergabe an ihre Mitglieder zur Verfügung gestellt wird. Es ist anzumerken, dass für die Mitglieder der einzelnen Selbsthilfegruppen kein Zwang zu einer Mitgliedschaft im Sozialverband VdK besteht. Eine solche Mitgliedschaft bietet aber bedeutende Vorteile für den Einzelnen. Er kann dann seinen Einzelfall gegebenenfalls durch die Anwälte des VdK vor den Sozialgerichten vertreten lassen.

Das Hauptanliegen des Fachverbandes Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen im Sozialverband VdK ist die Unterstützung der Selbsthilfegruppen vor Ort bis hin zu einzelnen Betroffenen. Für den VdK und seinen Fachverband ist es wichtig, dass der unmittelbar betroffene Patient möglichst umfassend Hilfestellung erhält und das unter Wahrung absoluter Neutralität, also ohne eine Empfehlung für bestimmte Produkte oder Leistungen auszusprechen.

Für diejenigen, die Zugang zum Internet haben, empfiehlt es sich unter <http://www.vdk-schlafapnoe.de> die Webseite des VdK aufzurufen, um dort weitere Informationen zu erhalten.

Helmut Himmighoffen, Mitglied des Fachverbandes Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen im Sozialverband VdK

## Musterbrief:

---

### Anfrage an Hausratversicherung wegen Versicherung eines CPAP-Gerätes

... Versicherung

.....

.....

Betr.: Hausratversicherung Versicherungsschein-Nr.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich besitze ein CPAP-Gerät, welches zur nächtlichen Beatmung bei Schlafapnoe dient, die auf Atemstillständen während des Schlafes beruht.

Dieses Gerät ist mir von meiner Krankenkasse zur Behandlung meiner Krankheit zur Verfügung gestellt worden und repräsentiert einen Wert von ca. 5.000 DM.

Ich habe dazu folgende Fragen:

1. Sind der Verlust oder Schäden an diesem Gerät in meiner bestehenden Hausratversicherung eingeschlossen?
2. Da ich das Gerät auch außer Haus benutzen muss, würde ich gerne wissen, ob es auch bei evtl. Diebstahl aus meinem oder dem Kfz eines Dritten versichert ist.
3. Ist das Gerät auch bei Beschädigung oder Verlust auf Urlaubsreisen versichert?

Ich bitte um baldige Rückäußerung.

Mit freundlichen Grüßen

...

## Sozialverband VdK greift PKV an

---

Der Sozialverband VdK Deutschland hat scharfe Kritik an den privaten Krankenversicherern geübt. Diese würden bei Schlafapnoe-Patienten die Kosten für ein Beatmungsgerät nicht übernehmen oder allenfalls auf Kulanzbasis einen Zuschuss gewähren. Damit gefährdeten die Privatversicherer die Gesundheit ihrer betroffenen Versicherten.

Nach Schätzungen des VdK-Fachverbands Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen sind mehr als 2,5 Millionen Bundesbürger von Schlafapnoe betroffen. Bei vielen Ärzten sei die Erkrankungsform unbekannt, so der VdK-Fachverband.

Mit einem Beatmungsgerät könne die Krankheit erfolgreich bekämpft werden. Die privaten Krankenversicherungen würden aber auf eine jahrzehntealte Hilfsmittelverzeichnis hinweisen, in dem Beatmungsgeräte nicht aufgeführt seien, kritisiert der VdK.

(Quelle: Ärzte-Zeitung)

## Zu guter Letzt

### Frau beißt Schnarcher

---

Vom Schnarchen ihres Bettgefährten um den Schlaf gebracht, hat eine 37jährige Frau im westfranzösischen Brest den Mann krankenhaushausreif gebissen. Um den Geräuschen ein Ende zu bereiten, schlug sie dem 42jährigen um drei Uhr morgens ihre Zähne in den Hals, in den Arm und den Schenkel. Das übel zugerichtete Opfer wurde ins Krankenhaus gebracht.

(Quelle: Mannheimer-Morgen 21. Februar 2001)

## Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

---

Charlotte und Uwe Otto SHG Schlafapnoe Großhansdorf Torfstieg 2 21502 Geesthacht Fon 0 41 52/7 03 26	Andreas Bensch Hessischer Landessprecher SHG Schlafapnoe/ Atemstillstand Kassel Zum Vogelrain 1a 34225 Baunatal Fon privat 05 61/8 68 06
Heiner Duden Vorsitzender SHG Schlafapnoe Oldenburg und Umland Tannenstraße 21 26204 Wardenburg Fon 0 44 07/53 59 Fax 044 07/92 29 70	Reinhard Müller Bundes- und Hessischer Landessprecher SHG Kassel und -Land Holzweg 22 34225 Baunatal Fon 0 56 01/84 89 Fax 0 56 01/9 69 00 46
Dieter Kamps Vorsitzender SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Ost-Friesland Hievestraße 22 26725 Emden Fon 0 49 21/97 97 95	Horst Hommel SHG Bad Wildungen Molkenpfad 34 34582 Borken Fon 0 56 82/7 11 14
Heinz Engler 1. Vorsitzender Alfelder-Schlafapnoe- Gesellschaft Kaiser-Wilhelm-Straße 15A 31061 Alfeld Fon 0 51 81/48 99 Fax 0 51 81/67 22	Wilfried Hassler SHG Bad Wildungen Frankfurter Straße 18 34590 Wabern Fon 0 56 83/71 65
Josef A. Wirth SHG Alfeld Wiegandstraße 1 31061 Alfeld Fon 0 51 81/12 03	Margrit Fritze Sprecherin SHG Marburg Haspelstraße 13 35037 Marburg Fon und 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

Ursula Gheorgiu  
Sprecherin SHG Gießen  
Schützenstraße 18  
35398 Gießen  
Fon und Fax 06 41/87 01 70

Herbert und Ursula Lückert  
SHG Bad Sooden-Allendorf  
Schützenstraße 9  
37215 Witzenhausen  
Fon und Fax 0 55 42/27 05

Klaus Hillebrand  
Vorsitzender  
SHG Düsseldorf  
Kamper Weg 290  
40627 Düsseldorf  
Fon 02 11/92 69  
Fax 02 11/27 36 70

Friedel Hafner  
Vorsitzender  
SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Hilden  
Wilhelmine-Fliegener-Straße 1  
40723 Hilden  
Fon/Fax 0 21 03/6 21 09

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

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

Therese Littmann  
SHG Wanne-Eickel  
Märkische Straße 17  
44652 Herne  
Fon 0 23 25/7 56 31

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

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

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

H.- Dieter Kremmers  
Vorsitzender  
SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Niederrhein  
Münchenstraße 30  
47441 Moers  
Fon 0 28 41/3 15 53

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

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

Helmut Wied  
Vorsitzender SHG Siegen  
Am Siegenstein 31  
57080 Siegen  
Fon 02 71/38 21 76

E. Baldauf  
1. Vorsitzender  
SHG Schlafapnoe Alzey und  
Umgebung  
Am Kissel 12  
55237 Bornheim  
Fon 0 67 34/3 54  
Fax 0 67 34/63 45

Siegward H. Grahner  
1. Vorsitzender  
SHG Schlafapnoe Hagen  
Kettelerstraße 54  
58099 Hagen  
Fon 0 23 31/6 65 03  
Fax 0 23 31/6 67 90

Peter-Max Engelbert  
SHG Schlafapnoe/Chronische  
Schlafstörungen Meinerzhagen  
Heidehang 17  
58549 Meinerzhagen  
Fon und Fax 0 23 58/6 26

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

Helmut Himmighoffen  
SHG Schlafapnoe/Atemstörungen  
Melemstraße 7  
60322 Frankfurt am Main  
Fon 0 69/59 58 02

Wolfgang Hautz  
Vorsitzender SHG Saar-Pfalz  
Rembrandtstraße 28  
66540 Neunkirchen  
Fon/Fax 0 68 21/5 72 15

Gruppen in:  
Homburg  
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33  
Saarbrücken  
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33  
Neunkirchen  
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33  
Kaiserslautern  
Fon/Fax 0 68 21/5 72 15  
Zweibrücken  
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33  
Hauenstein/Dahn  
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33  
und 0 63 92/76 78  
Merzig-Saarburg  
Fon/Fax 0 68 21/5 72 15  
Sulzbach  
Fon/Fax 0 68 21/5 72 15

Hermann Wüst  
SHG Schnarchen/Schlafapnoe  
Ludwigshafen/Vorderpfalz  
Brechlochstraße 44  
67063 Ludwigshafen  
Fon 06 21/69 85 17

Doris Schmitt  
SHG Schnarchen/Schlafapnoe  
Ludwigshafen/Vorderpfalz  
Hardenburgstraße 39  
67112 Altrip  
Fon 0 62 36/3 02 52

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

Peter Allspach  
SHG Südpfalz  
Fichtenstraße 41  
76829 Landau in der Pfalz  
Fon 0 63 41/95 06 80  
Fax 0 63 41/95 06 81

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

Günter Nickert  
VdK Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe/Atemstillstand  
Gruppe Ortenau  
In der Gifiz 44  
77656 Offenburg  
Fon 07 81/5 65 17

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

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

Hartwin Thielhorn  
VdK-Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe/Atemstillstand  
SHG Freiburg  
Starkenstraße 24  
79104 Freiburg  
Fon 07 61/3 31 73

Josef Kosiel  
VdK-Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe/Atemstillstand  
Gruppe Markgräflerland  
Sitz Mülheim  
Mittelweg 12  
79426 Buggingen  
Fon 0 76 31/166 68

VdK-Selbsthilfegruppe  
Schlafapnoe/Atemstillstand  
Hochrhein/Markgräflerland  
Gretherstraße 17  
79539 Lörrach  
Fon 0 76 21/93 96 39-0  
Fax 076 21/93 96 39-20

Manfred Strittmacher  
SHG Hochrhein  
Talstraße 35  
79639 Grenzach-Wyhlen  
Fon 0 76 24/58 61

Inge Otilige  
Vorsitzende SHG Erlangen  
Penzoldtstraße 9  
91054 Erlangen  
Fon 0 91 31/2 39 83

---

## 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,  
Layout und Satz: Julita K. Voigt, VdK Deutschland ·  
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.  
Diese Ausgabe wurde finanziell unterstützt von: AOK Bundesverband  
und Bundesknappschaft

# 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 \_\_\_\_\_