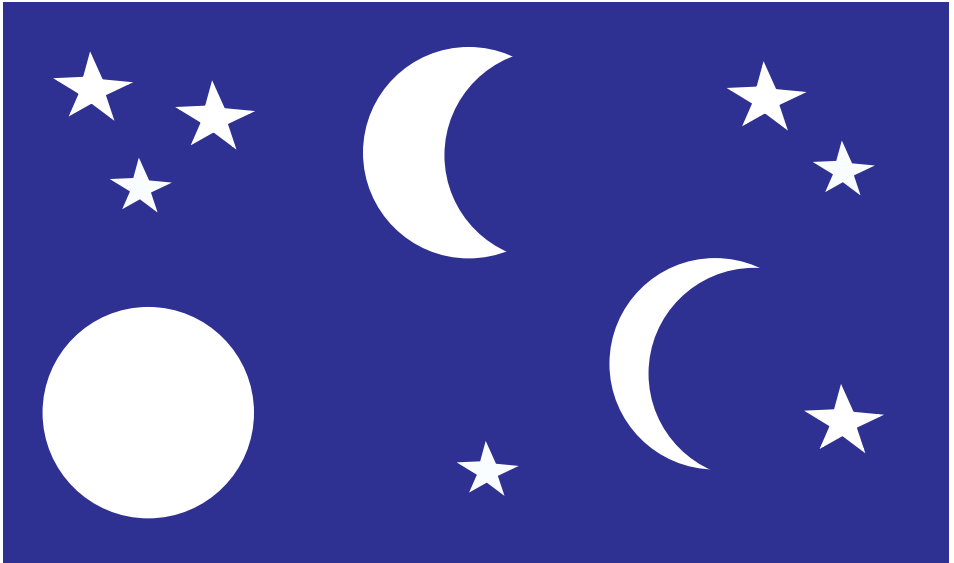


Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

VdK FACHVERBAND
Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

15
August 2002

Inhalt

Tag des Schlafes	5
Ausgeschlafen zum Erfolg	8
Einschlafrituale helfen Kindern mit Schlafstörungen	9
Kulturgeschichtliche Überlegungen zum Tag des Schlafes	11
Zähneknirschen ist dritthäufigste Schlafstörung	13
Schlafschule	15
Veränderung und Verwandlung: Schlafapnoe aus der Sicht des Lebenspartners	17
Höhere Ausgaben für Patienten	18
Wer schnarcht, verkalkt	19
Studien belegen Segnungen des Schlafes für Gehirn	20
Medizinische Untersuchung im Schlaf	21
Personalie	22
Erfahrungen eines Apnoikers mit einem Maskengerät	23
Der Horror-Trip zur HNO-Klinik	27
Schlafapnoe und sexuelle Dysfunktion, Depressionen, Auswirkungen auf die Lebensqualität bei Frauen	29
Krankenkasse zahlt Schlaflabor	32
Schlafapnoe bei Berufskraftfahrern	33
Die Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe	35
Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe	41

Impressum

Herausgeber: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Fon 02 28/8 20 93-0, Fax 02 28/8 20 93-46,
www.vdk-schlafapnoe.de, info-schlafapnoe@vdk.de,

Verantwortlich: Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer,

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

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung
des Fachverbandes wieder. Manuskripte ohne Rückporto werden nicht
zurückgesandt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und 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 Techniker Krankenkasse,
Kaufmännische Krankenkasse, Hamburg-Münchener Krankenkasse,
Hanseatische Krankenkasse, Krankenkasse für Bau- und Holzberufe,
Bühler Krankenkasse Solingen, Buchdrucker-Krankenkasse Hannover,
Krankenkasse Eintracht Heusenstamm

Tag des Schlafes

„Fit und erfolgreich durch gesunden Schlaf“

Zum dritten Mal fand am 21. Juni der bundesweite „Tag des Schlafes“ statt. Nach Bonn und München war die Bundeshauptstadt Berlin in diesem Jahr Veranstaltungsort. Im Mittelpunkt der Veranstaltungen standen in diesem Jahr die Auswirkungen des Schlafes auf unsere Leistungsfähigkeit am Tage. Denn: Wer gut schläft ist nicht nur gesünder, sondern auch erfolgreicher. Die zunehmenden Anforderungen unserer modernen Leistungsgesellschaft und des Internetzeitalters verändern gravierend unser Arbeits- und Freizeitverhalten. Die neuen Kommunikationsmedien gestatten es, ohne jede Zeitverzögerung rund um die Welt Waren und Informationen auszutauschen. Mehr Arbeit in kürzerer Zeit rund um die Uhr wird gefordert. Gleichzeitig steigt die Verantwortung des Einzelnen. Dagegen stehen unverändert die biologischen Grenzen des Menschen, die eine Neudefinition der Beziehung von Leistung und Ruhe erfordern. Untersuchungen aus den USA konnten zeigen, dass gute Schläfer eher befördert wurden im Vergleich zu schlechten Schläfern. Beruflich erfolgreiche Menschen scheinen daher ausgeschlafen zu sein. Ausgeschlafen ist derjenige, der einen erholsamen Schlaf hat. Zu einem erholsamen Schlaf gehört nicht nur das subjektive Gefühl des Ausgeschlafenseins, sondern auch eine erhöhte Leistungsfähigkeit und Beanspruchbarkeit am Tage. Das zum Ausgeschlafensein nicht nur der Nachtschlaf, sondern auch der Tag gehört, ist der neue Ansatz. In der Schlafmedizin wird diesem Aspekt jetzt Rechnung getragen. So betont die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM die Bedeutung des „Nicht-erholsamen Schlafs“, der über die reine Schlafstörung hinausgeht.

Das neue Ziel im Umgang mit dem gesunden und gestörten Schlaf ist es nicht mehr, nur ruhig und ungestört zu schlafen, sondern durch den Schlaf am nächsten Tag erholt und leistungsfähig zu sein. Dies entspricht nicht nur den sozialen Anforderungen, sondern auch dem wissenschaftlichen Ansatz in der Diagnose und Behandlung von Schlafstörungen. Hier findet sich eine Verbindung von einer Optimierung des Leistungsver-

haltens am Tage und des Schlafverhaltens in der Nacht. Über eine Neugestaltung des Arbeitsablaufes im Sinne des „Alertness Management“ („Aufmerksamkeits-Management“) ist eine gesteigerte Leistungsfähigkeit möglich. Gleichzeitig wird gestörter Schlaf im Zusammenhang mit dem Tagesgeschehen behandelt und nicht mehr nur als ein isoliertes Problem der Nacht. Eine Verbesserung des Schlafverhaltens führt dann zusätzlich zu einer optimaleren Tagesleistung. Auch bei der medikamentösen Behandlung sind neue Ansätze zu finden, die nicht so sehr auf einen verbesserten Nachtschlaf zielen, sondern auf den „nicht-erholsamen Schlaf“, um eine Verbesserung der Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit am Tage zu erreichen. Bisherige Schlafmittel erleichtern meist nur das Einschlafen, beeinträchtigen aber oft den Schlaf und versuchen nicht, den Erholungswert des Schlafes für den folgenden Tag zu verbessern.

Zur Zeit werden neue Melatonin-Präparate untersucht, die primär auf die Therapie des „nicht-erholsamen Schlafs“ abzielen. Präventive Maßnahmen im Sinne der „Schlafschule“, die neben den Bestandteilen eines Alertness Management auch einen besseren Umgang mit dem Schlaf fördern, sind geeignet, den neuen Ansätzen gerecht zu werden. In diesen wird neben dem wichtigen „timing“ von Ruhe und Aktivität auch auf falsche Erwartungshaltungen hingewiesen. So wird der reinen Schlafdauer zuviel Gewicht beigemessen, nächtliches Erwachen wird als Störung gesehen und die Bedeutung der individuellen Schlafzeiten unterschätzt.

Der neue Ansatz des „Alertness Managements“ bedeutet nicht, weniger zu leisten, sondern im Gegenteil, durch eine effektivere Gestaltung des Arbeitstages, mehr. Schließlich gibt nicht die Dauer der Anwesenheit am Arbeitsplatz Auskunft über die geleistete Arbeit (Stechuhrentalität), sondern die tatsächlich erbrachte Leistung. Ein effektiveres Arbeiten ist möglich, wenn die biologische Leistungskurve mit in Rechnung gestellt wird. Das bedeutet, konzentriert arbeiten im Leistungshoch, intensiv erholen im Leistungstief. Grundvoraussetzung für Leistung ist Erholung, daher ist es wichtig, nicht nur in der Nacht erholsamen Schlaf zu finden, sondern auch die Tagetiefs zu nutzen: mit Entspannung, Bewegung oder einem kurzen Tagschlaf. Vor allem ein kurzes Nickerchen entmüdet nicht nur, sondern steigert auch die anschließende

Leistungsfähigkeit. Ein kurzer Tagschlaf kann eingeübt werden. Nur im richtigen Rhythmus von Ruhe und Arbeit können wir leisten.

Eine Neuregelung von Arbeits- bzw. Lernleistung ist auch bei der Gestaltung des Schulunterrichts zu überdenken. Chronobiologen fordern einen späteren Schulbeginn, wie er in anderen europäischen Ländern üblich ist, um die Anforderungen an Jugendliche mit ihrer biologischen Leistungskurve abzustimmen. In den Zeiten des Pisa-Schocks und der Diskussion um eine Umgestaltung des Unterrichtsplans der auch den Ganztagsunterricht mit einschließt, sollte eine Anpassung an den zugrundeliegenden Ruhe-Aktivitätsrhythmus von Schulkindern möglich sein. Bisher wurde die Bedeutung der Schlafdauer überschätzt. Nicht die Dauer des Schlafes, sondern die Qualität ist bedeutsam für den Erholungswert. So ist es völlig natürlich, nachts zu erwachen und viele Menschen glauben, zu wenig zu schlafen — eine nächtliche Schlafdauer zwischen 5 und 10 Stunden ist normal. Nicht jeder muss, wie der durchschnittliche Deutsche 7 Stunden schlafen, von 23:04 bis 6:18 Uhr. Entscheidend ist die Tagesbefindlichkeit. Dass erholsamer Schlaf die Leistungsfähigkeit allgemein steigert, wird noch dadurch erhärtet, dass neuere Untersuchungen zeigen konnten, dass durch den Schlaf auch direkt die Lernfähigkeit gesteigert wird. Diese Untersuchungen wurden auf dem Tag des Schlafes vorgestellt.

Auch die Leistungsfähigkeit ist gemindert: Wir sind nicht nur müder und lustloser, sondern reagieren auch langsamer, sind weniger aufmerksam und unser Gedächtnis läßt nach.

Psychisch äußert sich nicht-erholsamer Schlaf in einer erhöhten Reizbarkeit und einer Anfälligkeit für Depressionen. Nicht-erholsamer Schlaf drückt sich in Tagesmüdigkeit aus. Dies kann auch ein Hinweis sein auf eine behandlungsbedürftige Schlafstörung. Neben dem häufig durch Stress bedingten Ein- und Durchschlafstörung (Insomnie) ist vor allem auch an die Atemstillstände während des Schlafes zu denken (Schlafapnoe).

Diese Erkrankungen bedürfen dringend einer fachgerechten Behandlung durch Schlafexperten bzw. einem Schlafmedizinischem Zentrum. Nicht-erholsamer Schlaf kann auch Ausdruck einer

falschen und ungesunden Lebensführung sein. Eine veränderte Gestaltung des Tages kann hier Abhilfe schaffen.

(Quelle: Deutsche Akademie für Gesundheit und Schlaf)

Ausgeschlafen zum Erfolg

*Wer im Beruf erfolgreich sein will, braucht einen guten Schlaf
- sagen Schlaf Forscher.*

Guter Schlaf ist eine wichtige Voraussetzung, um tagsüber im Beruf erfolgreich zu sein. Im Gespräch mit der Nachrichtenagentur AFP verwies Jürgen Zully von der Uni Regensburg auf entsprechende Studien aus den USA. Gleichzeitig betonte er die Bedeutung des Tagesablaufs für einen erholsamen Schlaf. Seinen Beobachtungen zufolge stehen vor allem jüngere Berufstätige „immer unter Hochspannung, vergessen die Pausen und kommen dann abends nicht runter“. Das Runterkommen sei aber Voraussetzung für einen erholsamen Schlaf und gelinge nur, wenn auch tagsüber genug Pausen gemacht würden. „Jeder sollte sich deshalb überlegen: was trägt mein Tagesablauf zum guten Schlaf bei.“ Zully warnte davor, sich bei der Beurteilung des eigenen Schlafes auf die Schlafdauer zu fixieren. „Die Dauer ist nicht das wesentliche Kriterium für den guten Schlaf. Entscheidend ist, wie erholt ich mich fühle.“ 40 Prozent der Deutschen leiden gelegentlich unter gestörtem Schlaf. Laut Zully haben zwischen zehn und 15 Prozent Schlafstörungen, die behandelt werden müssen. Durchschnittlich schläft der Deutsche sieben Stunden - von 23.04 Uhr bis 6.18 Uhr. Dabei gilt unter Experten eine Schlafdauer zwischen fünf und zehn Stunden als völlig normal. Natürlich ist es auch, zwischendurch nachts aufzuwachen.

(Quelle: Süddeutsche Zeitung vom 20.06.2002)

Einschlafrituale helfen Kindern mit Schlafstörungen

Kinder haben einen gesunden Schlaf - diese Ansicht ist weit verbreitet. Umso überraschender ist die Erkenntnis, dass 16 Prozent der Kinder im Einschulalter Schlafstörungen haben, wie die noch laufende Studie „Gesunder Schlaf für Kölner Kinder“ ergeben hat. Professor Gerd Lehmkuhl aus Köln ist einer der Studienleiter und sprach mit Reimund Freye von der „Ärzte Zeitung“ über Diagnostik und Therapie von Kindern mit Schlafstörungen.

„Ärzte Zeitung“: Was sind die häufigsten Ursachen der Schlafstörungen?

Lehmkuhl: Bei Kindern haben Schlafstörungen einen starken Bezug zu familiären Belastungen und äußeren Stressoren. Hierzu zählen beunruhigende Erlebnisse wie Trennung, Verlust von Bezugspersonen oder schulische und andere psychosoziale Belastungen. Aber auch entwicklungsbezogene Besonderheiten des Schlafes treten im Vorschulalter am häufigsten auf, wie etwa der Pavor nocturnus oder Alpträume. Eltern sollten wissen, daß dem nicht unbedingt eine hohe pathologische Bedeutung zukommt. Außerdem sollten Ärzte daran denken, ob vielleicht Medikamente, die das Kind aus anderen Gründen nimmt, sich auf den Schlaf auswirken können.

„Ärzte Zeitung“: Welche Symptome deuten auf eine Schlafstörung hin?

Lehmkuhl: Kinder berichten kaum von selbst über Schlafstörungen und empfinden diese im Unterschied zu Erwachsenen nicht unmittelbar als belastend. Meist werden daher nur ausgeprägte Schlafstörungen von den Eltern beobachtet, etwa wenn Kinder, die schon schlafen sollten, noch sehr oft zu den Eltern kommen. Auffällig ist natürlich auch der Pavor nocturnus, wenn Kinder mit lautem Schrei aus dem Tiefschlaf erwachen oder sie unter dauernden Alpträumen leiden. Ansonsten fallen die Kinder tagsüber eher dadurch auf, daß sie unruhig, überaktiv und unkonzentriert sind.

„Ärzte Zeitung“: Wann sind Schlafstörung ein ernstes Problem?

Lehmkuhl: Wenn sie über die Nacht hinaus das Verhalten des Kindes beeinträchtigen, etwa zu Tagesmüdigkeit führen, geringerer Belastbarkeit, Aggressivität. Auch wenn Geschwister und Eltern stark gestört werden.

„Ärzte Zeitung“: Welche diagnostischen Möglichkeiten gibt es?

Lehmkuhl: Wichtig ist eine genaue Anamnese mit einem Schlaftagebuch. Darin werden Schlafgewohnheiten und Aktivitäten erfaßt. Dazu gehören Zubettgehzeiten, Einschlafsituation, Einschlafrituale, zirkadiane Gewohnheiten der Eltern, die Zeit zwischen Löschen des Lichts und Einschlafen des Kindes, Interaktionsverhalten, somatische Ursachen und einschlafhemmende äußere Einflüsse sowie die morgendliche Aufwachzeit.

„Ärzte Zeitung“: Wann sollten Ärzte eingreifen?

Lehmkuhl: Die meisten Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind harmlos. Anders ist es, wenn die von den Eltern berichteten Beschwerden die Entwicklung und das Befinden des Kindes stark beeinträchtigen. Kinder mit Schlafstörungen, die länger als sechs Monate anhalten und häufiger als zwei- bis dreimal pro Woche auftreten, gelten als behandlungsbedürftig.

„Ärzte Zeitung“: Was ist dann zu tun?

Lehmkuhl: Zunächst sollten Ärzte versuchen mit Beratung und schlafhygienischen Maßnahmen die Symptomatik zu entschärfen, das heißt vor allem feste Zubettgehzeiten und Einschlafrituale. In der Phase vor dem Schlafen sollte möglichst noch mit dem Kind gesprochen werden. Aufregende Reize und Eindrücke sind zu vermeiden. Auch gilt es, auslösende Faktoren zu erkennen und eventuell Entspannungstechniken mit einzubeziehen. Schlaf- und Beruhigungsmittel sollten nur dann verordnet werden, wenn die Störungen sehr lang andauern und andere Maßnahmen nicht greifen. Und auch dann nur für möglichst begrenzte Zeit.

„Ärzte Zeitung“: Wann ist eine Untersuchung im Schlaflabor nötig?

Lehmkuhl: Eine Polisomnographie ist dann notwendig, wenn Verdacht besteht auf folgende Erkrankungen: obstruktives

Schlafapnoe-Syndrom, das heißt es liegen Atemwegsobstruktionen durch Adenoide oder Tonsillenhypertrophie vor, nächtliche zerebrale Anfälle, häufiges verletzungsgefährdendes Schlafwandeln und exzessive Tagesmüdigkeit.

(Quelle: Ärztezeitung vom 21.06.2002)

Kulturgeschichtliche Überlegungen zum Tag des Schlafes

Schlafen, träumen ... und immer wieder, Nacht für Nacht, die Frage, wie das Erwachen werden wird, ob es einen Morgen geben wird. Eine Vorstellung, die Furcht erzeugt, aber auch unerklärliche Lust. Das Mädchen Rosemarie hat sich Morpheus anvertraut, dem Gott der Träume. Sie liegt an der Schnittstelle von Prostitution und Phantasmagorie, wo die Träume des modernen Menschen auf die Gesetze der kapitalistischen Gesellschaft stoßen. Eine Inkarnation der Traum- Arbeit, wie sie wieder aktuell und evident wäre – von Bildern wie diesem muss man ausgehen, wenn man den Tag des Schlafes wirklich ernstnehmen wollte.

„An jedem Morgen“, schreibt Walter Benjamin, der Meister des Passagen- Werks, „halten wir, erwacht, meist schwach und lose, nur an ein paar Fransen den Teppich des gelebten Daseins, wie Vergessen ihn in uns gewoben hat, in Händen.“ Der Schlaf, der Traum als das eigentliche Leben, dessen Konsistenz wieder verloren geht im Moment des Erwachens – das ist eine der wesentlichen Erkenntnisse der menschlichen Kulturgeschichte. Freud hat sie in wissenschaftliche Sätze zu bannen versucht, die globale Leistungsgesellschaft will sie wieder reduzieren.

Power Napping ersetzt Kognak und Koks durch Kraftdrinks und macht den Schlaf wieder zum rekreativen Zwischenspur – Morpheus bringt verbrauchte Energie sofort zurück. Aber vielleicht desavouiert der Schlaf auch dieses merkwürdige Kosten- Nutzen- Denken. Denn Schlaf ist Power ganz eigener Art, ist subversiv.

Der Dichter bei der Arbeit, heißt ein berühmtes Foto aus den Zwanzigerjahren – es zeigt den Surrealisten Robert Desnos mit geschlossenen Augen und abwesendem Gesichtsausdruck. Den Seinen gibt's der Herr im Schlaf, haben neidische Alltagsmenschen gern die Gabe der dichterischen Inspiration beschrieben. Seit Freud sind wir alle Dichter geworden, Traumdichter zumindestens. Die Psychoanalyse sieht keinen Unterschied mehr zwischen den verschiedenen symbolischen Aktivitäten der menschlichen Psyche – es gibt keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Fehlleistungen im Alltag und den heftigen Träumen der REM-Phase.

Die Gesellschaft ist machtlos, wenn es an den Schlaf geht, der Mensch gibt die Kontrolle ab, die Verantwortung für sein Tun. Die Frage der Unschuld muss neu verhandelt werden. Das kann doch keine Sünde sein, sagt in einem alten Witz aus der Jugendzeit der Knabe zum Pfarrer, wenn man mit einem Mädchen schläft. Aber ihr schlaft's ja gar nicht, weist ihn der brave Geistliche zurecht. Ein derber Scherz, aber es ist nur ein kleiner Schritt von dort zum Schlaf und seinem großen Bruder Tod. „To die, to sleep“, grübelt der Prinz von Dänemark, „for in that sleep of death what dreams may come ...“ Ja, welche Träume wohl ... Ein Jahrhundert nach der Traumdeutung von Freud, achtzig Jahre nach seinem Buch vom Todestrieb hat auch Morpheus, der größte Zuhälter von allen, seinen schlechten Ruf und seinen Schrecken verloren.

(Quelle: Süddeutsche Zeitung)

Zähneknirschen ist dritthäufigste Schlafstörung

Nicht nur die Lebenspartner werden in ihrer Nachtruhe gestört, wenn Menschen mit den Zähnen knirschen. Das geräuschvolle Reiben und Schieben kann auch zu gesundheitlichen Problemen führen.

Ulli weiß oft schon beim Hinlegen, dass es eine „Knirsch-Nacht“ werden wird: „Wenn ich besonders angespannt oder gestresst bin, wache ich am Morgen regelmäßig mit schmerzendem Kiefer auf“, erzählt der Jungmediziner. Bewusst wurde ihm die nächtliche Knirscherei aber erst durch seine Freundin. „Sie ist manchmal total entnervt, weil sie neben mir nicht durchschlafen kann.“ Tatsächlich sind es meist die Lebenspartner, die zuerst auf das Problem aufmerksam machen: Die Betroffenen selbst nehmen das zum Teil beängstigend klingende Knirschen und Mahlen nicht wahr. Sehr wohl bemerken sie jedoch die Auswirkungen des vorwiegend nächtlichen Treibens: Kiefer-, Kiefergelenks- und Knochenschmerzen, Verspannungen, Kopfweg. Dazu kommen mit der Zeit abgeschürfte, durch das Reiben und den Druck empfindlich gewordene oder sogar gelockerte Zähne. Damit es nicht soweit kommt, sollte regelmäßiges Zähneknirschen ernst genommen werden. Denn Bruxismus, wie die weit verbreitete Störung in der Fachsprache heißt, kann behandelt werden.

Dass es sich um kein seltenes Phänomen handelt, zeigt eine neue Studie aus den USA. Maurice Ohayon von der Stanford University und sein Team untersuchten über 13.000 Menschen in Deutschland, England und Italien. Das Ergebnis, das kürzlich im Journal Chest erschienen ist, zeigt, dass mehr als acht Prozent der Befragten im Schlaf mindestens einmal pro Woche mit den Zähnen knirschen. Das macht Bruxismus zur dritthäufigsten Schlafstörung nach dem Schnarchen und der Schlafapnoe (kurzfristiger Atemstillstand während des Schlafs). Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet deswegen unter teils erheblichen Schmerzen oder Zahnschäden. „Oft wissen die Patienten nicht, woher ihre Gesichtsschmerzen kommen“, erzählt Ralf Schön,

Kieferchirurg an der Universität Freiburg, aus seiner Praxis. „Nur die wenigsten messen dabei dem Zähneknirschen Bedeutung bei.“ Doch die hat es: Wer knirscht, versucht ein Problem abzarbeiten – entweder ein mechanisches oder ein seelisches. Wie Ulli. Er wurde zum Bruxisten, als das zweite Staatsexamen bevorstand. „Das ist typisch“, bestätigt Schön. „Zu uns kommen sehr häufig Studenten, aber auch Schüler vor dem Abitur: Leute zwischen 16 und 25 bis 30, bei denen schwierige Entscheidungen, Prüfungen, Neuorientierungen anstehen.“ Die Chest-Studie bestätigt den Trend: Sie zeigt eine Häufung von Bruxismus in der Gruppe der 25- bis 44-jährigen mit einem geringen Überhang bei Frauen.

Weitere Zusammenhänge: Knirscher haben einen höheren täglichen Alkoholkonsum, trinken öfter vor dem Schlafengehen, sind eher Raucher und leiden vermehrt an anderen Schlafstörungen wie Schnarchen, Apnoe, Sprechen im Schlaf und wildem Um-sich-Schlagen. „Ich sage dann immer: Diese Menschen beißen sich durchs Leben“, bringt es Schön auf den Punkt. Die zugrunde liegenden seelischen Probleme können dabei unter Umständen beträchtlich sein: Bruxisten, so zeigt Ohayons Untersuchung, sind doppelt so oft manisch-depressiv oder depressiv, leiden unter Anpassungsschwierigkeiten und Angststörungen wie Normal-Schläfer. Freilich sind das höchstens zehn Prozent aller Betroffenen. „Für die meisten reicht es, Probleme anzusprechen und bewusst zu machen“, so Schön. Ist der Zusammenhang zwischen Psyche und Knirschen erst einmal erkannt, ist bereits ein wichtiger Schritt zur Problembewältigung getan. Psychotherapie benötigen dann nur noch wenige. Zumal die Störung auch durch ein rein mechanisches Problem ausgelöst worden sein kann: durch eine neue Zahnfüllung, eine Krone, einen falschen Aufbiss. Im Schlaf versuchen die Betroffenen dann durch ständiges Reiben, diese „Unebenheit“ auszugleichen – was die Situation aber nur verschlimmert. Hier ist jedenfalls der Zahnarzt der erste Ansprechpartner: „Patienten sollten beim Arztbesuch immer auf eine kürzer zurück liegende Behandlung aufmerksam machen“, empfiehlt Schön; außerdem kann an Schleifspuren oft gesehen werden, wo am Zahn etwas getan werden muss. Der Zahnarzt kann auch eine Aufbiss-Schiene verschreiben. Dabei handelt es sich um eine Art Kunststoffhaut, die über die Zähne gezogen wird und so das Abschaben von Zahnmaterial verhindert.

Meist sind solche Schienen weich; besonders kraftvoll zubeißende Bruxisten brauchen jedoch manchmal spezielle Hart-Schienen.

Doch Schön beruhigt: „Zähne halten viel aus.“ Nur wer sehr ausdauernd und fest knirscht, endet – unbehandelt – mit Zahnstummelchen. Hingegen belastet das Zähnenknirschen und starke Aufeinanderpressen der Kiefer Gesichtsmuskeln, Gelenkkapseln und -scheiben sowie die Bänder. „Nur etwa 15 Prozent der Knirscher kriegen Schmerzen – doch die können dann massiv sein“, erzählt Ralf Schön. Kein Wunder: Untersuchungen haben gezeigt, dass die Anspannungsphasen bis zu 45 Minuten dauern können und der Kaudruck um ein Vielfaches über der normalen Kaubelastung liegt. Neben psychischen Entspannungstechniken wie Autogenem Training, Yoga oder Biofeedback, die wieder zu innerer Ruhe verhelfen sollen, wird daher viel mit manueller Therapie gearbeitet. „Da kann es dann mitunter schon einmal nötig sein, die Mundöffnung wieder zu erweitern“, meint Schön – denn viele Knirscher haben eine total verhärtete „Aufhängung“. In speziellen Sitzungen bei Physiotherapeuten und Krankengymnastikern wird massiert, gelöst, entkrampft. Die Erfolgsrate ist hoch: Denn ist der Teufelskreis aus Knirschen, Schmerz und Anspannung erst einmal durchbrochen, wirkt die Therapie meist auch in die Nacht hinein – und verhilft endlich wieder zu einem lockeren Mundwerk.

(Quelle: Surfmed)

Schlafschule

Für alle, die etwas über den Schlaf und die Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit erfahren wollen oder Probleme mit Ihrem Schlaf haben, wurde ein neues Konzept für eine „Schlafschule für Jedermann“ entwickelt und umgesetzt.

Erholsamer Schlaf ist Voraussetzung für Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Gestörter Schlaf führt nicht nur zu Tagesmüdigkeit, sondern auch zu ernsthaften Folgerkrankungen. Aus diesem Grunde wirkt die Schlafschule auch präventiv und verhindert Schlafstörungen.

Viele haben verlernt, mit ihrem natürlichen Schlafbedürfnis vernünftig umzugehen. Die Folgen sind eine erhebliche Zunahme nicht nur an gestörtem Schlaf und Tagesmüdigkeit, sondern auch an ernsthaften Schlafstörungen. Um den natürlichen Umgang mit unserem Schlaf wiederzuerlernen und auch auf Schlafstörungen richtig zu reagieren, wird unter Leitung von Prof. Dr. Zulley eine Schlafschule durchgeführt. Neben Vorträgen und Diskussionen gibt sie auch Gelegenheit, in Einzelgesprächen mit Experten auf spezielle Probleme einzugehen.

In Gruppen- und Einzelgesprächen werden richtige und falsche Gewohnheiten zum Thema Schlaf aufgedeckt und mögliche Fehler erkannt. Der Umgang mit dem eigenen biologischen Rhythmus ist dabei ebenso Thema wie schlafhygienische Maßnahmen und Entspannungsverfahren. Tipps zur richtigen Schlafumgebung werden vermittelt und über Schlafstörungen und die Möglichkeiten medikamentöser Hilfen informiert.

In erster Linie richtet sich die Schlafschule an die breite Öffentlichkeit wie auch an bestimmte Personengruppen. Die Schlafschule möchte einen besseren Umgang mit dem Schlaf vermitteln, mit dem Ziel, Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit zu steigern. Dies betrifft praktisch jedermann, ob Manager oder Rentner, ob sie unter gestörtem Schlaf leiden oder problemlos schlafen, aber ihre Leistungsfähigkeit am Tage steigern wollen. Der jeweilige Kurs wird auf den besonderen Personengruppe zugeschnitten und findet in der Form von Wochen- und Wochenendkursen statt.

Namhafte Experten der Schlafmedizin führen sie durch:

Hierzu zählen Prof. Dr. Jürgen Zulley und Dr. Göran Hajak von der Universität Regensburg, international renommierte Schlafmediziner, und Dr. Florian Heiderich, der Leiter eines Instituts für die Untersuchung von Liegesystemen. Hierdurch wird gewährleistet, dass nur aktuelle und wissenschaftlich anerkannte Informationen, vermittelt werden.

Veränderung und Verwandlung: Schlafapnoe aus der Sicht des Lebenspartners

Es ist schon lange nach Mitternacht, und ich kann wieder einmal nicht einschlafen, wie so oft in letzter Zeit. Neben mir im Bett liegt mein Mann und schnarcht. Ich stupse ihn an, er dreht sich auf die Seite und schläft weiter. Kurze Zeit später geht die Schnarcherei wieder los. Es ist zum verrückt werden! Ich ziehe mir die Bettdecke über den Kopf, damit ich nichts mehr hören kann. Gegen Morgen wache ich auf, schweißgebadet und unausgeschlafen. Ich fühle mich, wie so oft in letzter Zeit, nicht wohl. Mir geht es nicht gut, auch meinem Mann geht es nicht gut. Jetzt bekomme ich auch noch Migräne. „Die Migräne hattest du schon lange nicht mehr“, sagt mein Mann, „lege dich doch ein wenig hin“. Ich tat es, kam aber nicht zur Ruhe. Ich dachte über alles Mögliche nach. Was ist bloß los mit uns? Habe ich mich so verändert, oder er? Ich bestimmt nicht. Nein, ihm war es immer schwindelig, er war immer müde, schläfrig, unausgeglichen und aggressiv. Er merkte nicht einmal, dass meine Augen rot waren. Ich hatte, wie so oft, geweint. Der Gute-Nacht-Kuss war selten, und das Kuschneln und Liebhaben hatten wir verlernt. Ja, nach über 40 Ehejahren wird das wohl so sein, dachte ich. Es lässt halt alles nach, oder doch nicht? Braucht er mich überhaupt noch, oder ich ihn? Wir steckten mitten in einer Beziehungskrise und wollten es nicht wahrhaben oder glauben.

Dann kam der 23. Oktober 2000, ich hatte eine Sprunggelenks-Fraktur und war 14 Tage im Krankenhaus. Nun war ich dran, ich brauchte Hilfe! Liebevoll wurde ich zu Hause von meinem Mann gepflegt und umsorgt. Das tat gut! Jetzt merkten wir wieder, wie schön es ist, wenn einer für den anderen da ist und ihm hilft. Während meines Aufenthaltes im Krankenhaus wurde bei meinem Mann eine Schlafapnoe festgestellt. Schlafapnoe, was ist das denn? Sicher wieder eine neue Modekrankheit. Ich wusste zu wenig darüber. Zwischenzeitlich habe ich mich über die Krankheit informiert, und ich bin nun etwas schlauer. Ein paar Monate später ging mein Mann für drei Tage in ein Schlaflabor. Als er zurück kam, brachte er ein Gerät mit Maske mit. Ich konnte wieder nicht einschlafen, es war so ein komisches Geräusch im Schlafzimmer. „Stell dich nicht

so an, so schlimm ist es doch nicht. An das Geräusch wirst du dich gewöhnen müssen, solange ich noch lebe“, sagte mein Mann. Ich überlegte, soll ich im Gästezimmer schlafen? Nein, ich tat es nicht! Soll er doch dort schlafen mit seinem Gerät. Gemeinsam suchten wir nach einem Weg und fanden ihn. Wir legten eine Styropor-Platte mit Tischmolton unter das Gerät, und siehe, es war leiser. Mein Mann hat die Maske angenommen, hat sich an sie gewöhnt und kommt sehr gut damit zurecht. Auch ich habe mich an das Gerät und das Geräusch im Schlafzimmer gewöhnt. Meinem Mann geht es wieder besser und mir auch. Ich kann wieder lachen und fröhlich sein. Wir müssen noch ein wenig daran arbeiten, dass alles wieder so wird, wie es einmal war, aber ich bin fest davon überzeugt, gemeinsam schaffen wir es. Auch der Herbst des Lebens hat noch goldene Tage, und ich liebe meinen Mann.

(Iris Lang aus Freiberg, betroffene Angehörige)

Höhere Ausgaben für Patienten

Nach Analysen des Statistischen Bundesamtes klettern die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland auf immer neue Rekordwerte. Im Rahmen dieser Analysen zeigt sich auch, dass Privathaushalte Gesundheitsleistungen zunehmend aus eigener Tasche bezahlen. Im Jahr 2000 beispielsweise beliefen sich die Ausgaben für Gesundheit auf insgesamt 218,4 Milliarden DM. Gegenüber 1992 bedeutet dies preisbereinigt einen Zuwachs von 12,3 %. Über die Hälfte dieses Anstiegs wurden privat bezahlt. Die Krankenkassen, die immer mehr ihre Leistungsbereitschaft einschränken, hatten dagegen einen deutlich geringeren Zuwachs. Insgesamt bleibt die gesetzliche Krankenversicherung jedoch der größte Ausgabenträger. Mehr als die Hälfte der Ausgaben wurde für ärztliche Leistungen sowie Arznei- und Hilfsmittel aufgewendet. Wenn diese Entwicklung sich kontinuierlich fortsetzt, kann dies nicht im Interesse der Patienten sein. Weil vor der nächsten Bundestagswahl keine grundlegenden Veränderungen im Gesundheitssystem, die die Situation der Patienten verbessern würden, mehr zu erwarten sind, liegt es an uns, die Wahlprogramme der Parteien in Bezug auf die nach der Bundestagswahl zu erwartende Gesundheitsreform genau zu studieren. (Quelle: Ärztezeitung online/Selbsthilfegruppe Rhein-Main)

Wer schnarcht, verkalkt

Dies wurde kürzlich unter diesem Titel unter anderem in der deutschen Presse gemeldet. Grundlage dieser Aussage waren die Studien einer israelisch-amerikanischen Gruppe von Medizinern, die sich dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Arteriosklerose und Schlafapnoe widmeten. Die Studie wurde unter Leitung von Dr. Lena Lavie von der medizinischen Fakultät des Technion-Israel Instituts für Technologie in Haifa durchgeführt.

Dr. Lavie erklärte dazu: „Wir entdeckten auf der Oberfläche der weißen Blutkörperchen von Apnoe-Patienten ungewöhnlich viele Adhäsionsmoleküle. Diese Moleküle sind für den arteriosklerotischen Prozess verantwortlich, der zur Verdickung der Aderwände führt. Außerdem konnten wir beobachten, dass die weißen Blutzellen freie Radikale produzierten, die die innerste, die Endothelauskleidung der Gefäße schädigen. Die Endothelschicht spielt nämlich eine zentrale Rolle für die Gesundheit der Blutgefäße. Ihre Schädigung begünstigt die Entwicklung der Arteriosklerose.“

Mit dieser Entdeckung ist erstmals eine Begründung dafür geliefert worden, warum Apnoe-Patienten unter Arteriosklerose und Herz-Kreislaufproblemen leiden. Prof. David White, Experte für Schlafstörungen an der Harvard-Universität, kommentierte begeistert: „Die Untersuchung ist ein wichtiger Schritt nach vorn, um die Veranlagung der Apnoiker für Gefäßkrankheiten auf zellulärem Niveau zu erklären. Alles deutet daraufhin, dass die Schlafapnoe eine Schädigung der Gefäße verursacht — bis hin zu Schlaganfall, Herzschwäche und Herzinfarkt.“

Bei den in Israel von Dr. Lavie durchgeführten Versuchen wurden künstlich gezüchtete Endothelzellen den weißen Blutkörperchen von Apnoikern im Labor beigegeben. Bereits nach kurzer Zeit hatten sich die Blutkörperchen fest an die Endothelzellen angelagert, ein Effekt, den die Wissenschaftler auf die übergroße Zahl von Adhäsionsmolekülen auf den Blutzellen zurückführen. Bei einem Versuch von Blutkörperchen gesunder Personen unterblieb die beobachtete Ablagerung. Ein dritter Versuch zeigte, dass dies kein Zufall war, denn wenn die verwendeten weißen Blutkörperchen von Schlafapnoe-Patienten stammten, die mit CPAP-Geräten

versorgt waren, unterblieb die Ablagerung an den Endothelzellen ebenfalls. Der durch Atemstillstände verursachte Sauerstoffmangel ist also der auslösende Faktor für das abnormale Verhalten der Zellen und die daraufhin eintretende Arteriosklerose mit den bekannten Schädigungen der Gefäßwände und den daraus folgenden Herz-Kreislaufkrankungen.

(Quelle: Welt am Sonntag)

Studien belegen Segnungen des Schlafes für Gehirn

Schlaf ist gut für das Gehirn. Das wird durch zwei neue Untersuchungen der Harvard-Universität in Boston bestätigt. Die erste Studie ergab, dass Menschen, die morgens gut ausgeschlafen sind, bestimmte motorische Fähigkeiten besser erlernen. Die zweite Untersuchung zeigte, dass der Mittagsschlaf das Gehirn erfrischt.

Frühaufsteher werden der ersten Studie zufolge um die entscheidende Schlafphase in den Morgenstunden gebracht, in der sich bestimmte motorische Abläufe besonders gut in das Gedächtnis einprägen. Dazu gehören etwa Sport, das Spielen eines Musikinstruments oder Tanzschritte. Die Studie zeigte, dass Spätaufsteher diese Fähigkeiten um 20 Prozent besser erlernen als Frühaufsteher, wie die US-Fachzeitschrift „Neuron“, in ihrer neuen Ausgabe berichtet.

In der zweiten Studie unterzogen die Forscher eine Gruppe von Testpersonen über den Tag hinweg einer Serie von vier visuellen Tests. Bei den Testpersonen ohne Siesta verschlechterten sich die Ergebnisse. Bei den Testpersonen, die einen 30-minütigen Mittagsschlaf einlegten, wurden die Ergebnisse zumindest nicht schlechter. Bei den Testpersonen mit einstündigem Schlaf verbesserten sich die Resultate, wie die britische Zeitschrift „Nature Neuroscience“ berichtete.

(Quelle: Yahoo)

Medizinische Untersuchung im Schlaf

„Das kann sich niemand vorstellen, wie das ist, wenn man ständig müde und abgeschlagen ist. Während der Lehre hat mir der Arzt empfohlen, einmal richtig Urlaub zu machen.“ Rafael M. wurde jahrelang falsch behandelt. Arbeitgeber unterstellten dem jungen Mann, er mache die Nacht zum Tag und sei daher ständig müde.

Noch keine Heilung, aber doch Hilfe fand der heute 30-jährige in einem so genannten Schlaflabor. „Narkolepsie“ lautete die Diagnose zunächst, später wurde das Krankheitsbild um „Schlafapnoe“ und „Katalepsi“ erweitert. Erfolgreiche Therapien bei Narkolepsie gibt es noch nicht, etwas Erleichterung durch Medikamente und vor allem eine höhere Akzeptanz bei Arbeitgeber und Familie haben Rafael M. durchaus geholfen.

„Am Anfang wurden unsere Ärzte auf Kongressen noch verspottet, Morbus Marburg nannten die Spötter die Schlafapnoe.“ Werner Cassel, Psychologe beim Marburger Schlaflabor berichtet von den Schwierigkeiten, die die Schlafforscher der 1983 gegründeten Einrichtung zu überwinden hatten. Die Marburger waren die ersten, die sich mit Schlafapnoe beschäftigten. „Stellen Sie sich die Luftröhre vor wie einen Staubsaugerschlauch, mit ringförmigen Versteifungen aus Knorpel. Die verhindern, dass durch den Unterdruck, der beim Einatmen entsteht, die Luftröhre zusammengezogen wird“, erläutert Cassel. Da die Knorpelringe im oberen Halsbereich enden, müssen dort Muskeln die Röhre offen halten. Funktioniert das nicht, klappt die Luftröhre zu und der Schlafende bekommt keine Luft mehr, beschreibt der Psychologe das Krankheitsbild. In der Mehrzahl der Fälle werde dies vom Körper geregelt, ohne dass der Betreffende erwache. „Die Belastung für Herz- und Kreislaufsystem sind allerdings enorm“, sagt Cassel. So komme es daher, dass der Patient auch nach zehn Stunden Schlaf nicht erholt sei.

Im Marburger Schlaflabor wird der Patient an Messgeräte angeschlossen, die die vielen körperlichen Vorgänge protokollieren. Daraus können dann die Ärzte eine Diagnose erstellen. Bei der Schlafapnoe kann in 80 bis 90 Prozent der Fälle geholfen werden. Schwieriger wird es bei der Narkolepsie, gegen die noch kein Mittel gefunden wurde. 10 bis 15 Prozent der untersuchten Patienten

wiesen kein eindeutiges Krankheitsbild auf. In diesen Fällen versucht der Schlafforscher, durch psychologische Untersuchungen zu einer Ursachenklärung zu gelangen.

Nachdem in der Bevölkerung und vor allem unter den niedergelassenen Ärzten das Problembewusstsein für schlafbezogene Erkrankungen geschärft worden, hätten sich die Fälle von erfolgreicher Diagnose und Behandlung mehr als verzehnfacht, weiß Cassel zu berichten. Er erwartet, dass weitere Krankheiten entdeckt werden, schließlich sei auch die Schlafapnoe vor vierzig Jahren noch gänzlich unbekannt gewesen.

(Quelle: Offenbach Post vom 20.06.2002)

Personalie

Prof. Dr. med. Dieter Köhler, Chefarzt der Abteilung für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin im Fachkrankenhaus Klostergrafschaft wurde auf der Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zum Vizepräsidenten im Jahre 2003 mit anschließender Präsidentschaft im Jahre 2005 gewählt.

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen hat Prof. Köhler, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, physikalische und rehabilitative Medizin zu diesen Wahlen sehr herzlich gratuliert und ihm viel Glück und Erfolg gewünscht und das Angebot zur weiteren guten Zusammenarbeit erneuert.

Erfahrungen eines Apnoikers mit einem Maskengerät

Am Morgen, gleich nach der Visite, nimmt mich der freundliche Dr. S. beiseite. Ob er mir in seinem Arbeitszimmer „einen ziemlich spannenden Krimi“ vorführen dürfe, fragt der junge Assistenzarzt grinsend. Dr. S. zeigt mir den Schlaf eines per Videokamera beobachteten Mannes, der im Bett liegend schauerliche Töne von sich gibt und zum Gotterbarmen röchelt. In regelmäßig wiederkehrenden, endlos erscheinenden Atempausen, deren längste immerhin mehr als dreieinhalb Minuten dauert, liegt der arme Kerl wie erschossen in seinen Kissen. Die Bilder erschrecken mich: Der in einem Hamburger Krankenhaus an zwei Dutzend Kabeln hängende und dabei über Stunden hinweg gefilmte Patient bin ich schließlich selber.

Eine Nacht hat genügt, um Gewissheit zu erlangen: Ich leide, wie Oberarzt Dr. W. anhand einer detaillierten Computeranalyse erläutern wird, am so genannten Schlafapnoe-Syndrom. Die Misere ist weit verbreitet kann in schweren Fällen mit dem Schlimmsten enden. Eine Erkenntnis, die mir zu denken gibt. Dass ich offenkundig ein übler Schnarchsack bin und insofern zuvörderst meinen Mitmenschen ein arges Problem, weiß ich seit Jahrzehnten: Freundinnen flüchteten vor dem nervenden Sägewerk, das bei seinen Aussetzern eine Panik verursachende Grabesstille erzeugte, gelegentlich ins Gästezimmer. Die sonst verständnisvolle Ehefrau zog gleichfalls um. Zuweilen waren mir diese Maßnahmen peinlich – wie ich sie andererseits auch ein bisschen beleidigend fand –, aber was half das schon? Ich trug mein Päckchen mit jener stoischen Schicksalergebenheit, die ihre Kraft aus den vermeintlich Unabänderlichen bezieht.

Rund 2,5 Millionen Deutsche leiden an der potenziell lebensbedrohenden Schlafapnoe, einem Aussetzen der Atmung (Apnoia, griechisch: „Windstille“). Betroffen sind meist starke Schnarcher, häufiger Männer als Frauen. Weil die oberen Luftwege vorübergehende blockiert sind, kann es während des Schlafs zu minutenlangen Atemstillstand kommen. Die Folgen: Sauerstoffmangel im Blut und ein erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko. Seit einigen

Jahren ist die Schlafapnoe durch die Entwicklung von neuen, mit leichtem Überdruck arbeitenden Beatmungshilfen erfolgreich zu behandeln. Doch die Annahme, der notorische Schnarcher habe sich ebenso den Eigenheiten seiner Natur zu unterwerfen wie der Mann mit Haarausfall, gilt nicht mehr. Was immer der Schlaf an Rätseln bergen mag – seine bedrohlichste Deformation, die den Apnoiker hervorbringt, lässt sich aussichtsreich behandeln. Denn die Art, in der ich mich in Morpheus Arme begeben, lehren mich Neurologen, hat vor allem mit profanen Faktoren zu tun. In meinem Fall orten die Messinstrumente eine chronische Schwäche der Schlundmuskulatur. Das wie eine Fahne bei Flaute erschlaffte Gaumensegel legt sich als Hindernis über die Luftröhre.

„Die Sache ist eindeutig“, sagt der Oberarzt W. mit einem jeden Zweifel ausschließenden Blick in den Stapel seiner Computerbögen: Den sorgsam durchgecheckten Patienten, der glücklicherweise noch keine organischen Schäden davon getragen hat, quält ein simpler „technischer Defekt“. Den behebt seit einiger Zeit „die Maschine“: Das bis vor wenigen Jahren kaum zu therapierende Krankheitsbild wird mit einem von Mikroprozessoren gesteuerten Flowgenerator bekämpft. Er pumpt auf konstantem Druckniveau gehaltene Luft in eine Nasenmaske und von dort aus in die Atemwege.

Aber ich muss mich gedulden. Schlaflabore, die mit dem sogenannten nCPAP-Gerät arbeiten – für „nasal continuous positive airway pressure“-, sind gefragt. Zwischen meinem zunächst bloß der Diagnose dienenden Klinik-Aufenthalt und einem dreitägigen Training an diesem Apparat vergehen fast vier Monate. Als schließlich der erste Kontakt zu Stande kommt, bin ich noch ziemlich irritiert. Der mit Softstart-Automatik ausgestattete, einem kleinen Koffer ähnelnde Generator, stört mich nicht – umso mehr sein Zuhörer. Der Zwang, ein Häubchen tragen zu müssen, weil sich nur so die Klettverschlüsse für die luftdicht anzulegende Plastik-Maske befestigen lassen, strapaziert das Ego.

Wer weiß, ob ich ohne den Videofilm meinen Anfangsschock bewältigt hätte. Die beunruhigenden Szenen, die mir den gespenstigen Eindruck vermittelten, dem eigenen Exitus zugesehen zu haben, überlagern schließlich alle Eitelkeit.

An eine Maschine mittels eines 1,75 Meter langen Faltschlauches gebunden zu sein, als hinge man an einer Nabelschnur, bedarf der Übung. Erschwerend kommt hinzu, dass der „Rüssel“ – ein Zwitter aus Taucher- und Gasmasken, der mich an die alberne außerirdische Fernsehfigur Alf erinnert – eher Beklemmungen hervorruft. „Bloß nix bei denken“, rät der einfühlsame Dr. D. und prophezeit mir eine etwas ungewöhnliche erste Nacht, die indessen auf Anheben einen überraschenden Ertrag bringen werde. Und tatsächlich: Ich erwache ausgeruht wie zu meinen besten Zeiten.

Der Effekt erscheint umso erstaunlicher, als ich im Krankenhaus noch mit zahllosen Klebe-Elektroden und Messfühlern bepflanzt daliege – eine objektive Erfolgskontrolle, die den persönlichen Befund bestätigt. Von Grunzen und Schnorcheln keine Spur mehr. Die mehr der Voruntersuchung registrierten stündlich 25 Apnoen (die mich über ein Warnsystem im Gehirn ebenso oft unbewusst aus dem Schlaf rissen) haben sich völlig erledigt.

Die einzige unangenehme Nebenwirkung – eine Reizung der ausgetrockneten Schleimhäute – lindern die Ärzte, indem sie in der zweiten Nacht einen Warmluft-Befeuchter montieren. Die Maschine, obschon durch den Plastikbehälter für das destillierte Wasser sperriger und in der Handhabung etwas komplizierter geworden, wird mir nun fast sympathisch. In einer Aufwallung von Dankbarkeit verpasse ich Ihr einen Spitznamen und nenne sie kumpelhaft „mein Windei“.

Das Gerät, das im Kern eine Prothese hat, soll mich nun für den Rest des Lebens begleiten – doch im Kreise der Lieben beschleichen mich Hemmungen. Um mich meiner Frau gegenüber maskiert zu zeigen, brauche ich fast eine Woche. Die respektlos neugierige Tochter, die ihren Vater „im vollen Ornat“ veräppeln möchte, wird weiträumig gemieden.

Ganz so einfach, wie ich im Schlaflabor nach dem geglückten Einstieg annahm, fällt mir der Alltag mit der Pumpe schon der Pflege wegen nicht. Weil die Gefahr einer bakteriellen Infektion besteht, ist das an sich robuste Geflecht aus Leitungs- und Druckmessschläuchen häufig zu reinigen. Die empfindliche und vor Hautfetten zu schützende Nasalmaske benötigt täglich ein lauwarmes Spülbad.

Was in der Klinik offenbar funktionierte, bereitet mir in den eigenen vier Wänden Schwierigkeiten. Allein gelassen mit meinem Wunderding und einer langen Gebrauchsanleitung kommt mir rasch die Sicherheit abhanden. Noch in der fünften einer auf acht Wochen veranschlagten Phasen der Gewöhnung ereilen mich immer wieder Rückschläge. Es gibt Nächte, in denen mich das Gefühl einer bis in die Träume vordringenden Selbstfesselung quält. Aus Sorge, zu wenig Sauerstoff in die Lungen zu kriegen, werde ich plötzlich wach und taste die Haut über den verklebten Nebenhöhlen ab. Und vor allem die Nase. Sie kribbelt und fasst sich wie zementiert an, obwohl ich nachweislich nicht erkältet bin. In meinem früheren Leben habe ich diesem eher unscheinbaren Organ kaum Beachtung geschenkt – jetzt wächst es, je näher die Bettzeit heranrückt, an manchen Abenden ins Monströse.

Der Sprecher einer Selbsthilfegruppe, dem ich am Telefon mein Leid klage, kennt die Phänomene. „Eine klassische psychosomatische Reaktion“, klärt er mich auf, „der man am besten mit den Mitteln der Autosuggestion begegnet“. Und ich lerne, dass die Schleimhäute äußerst sensibel sind, beinahe schon ein Spiegel der Seele.

Darüber hinaus hat auch das 4000 Mark teure (von der Kasse finanzierte) Gerät seine Macken. Der Warmluft-Befeuchter nimmt mir übel, dass ich selbst im kühlen November bei geöffnetem Fenster schlafe. Infolge des krassen Temperatur-Gefälles wird kondensiertes Wasser durch den Hauptschlauch in die Maske geschoben. Kann man mir verargen, dass ich in solchen Momenten nahe daran bin, die Maschine zurückzugeben? Ich beginne das in einem einlullenden Singsang vor sich hinpustende Windei mitsamt seinem lästigen Equipment und der mir auferlegten Abhängigkeit zu verfluchen. Zweimal steige ich kurzerhand aus – um an nächsten Abend reumütig einen weiteren Versuch zu starten.

Denn wie segensreich die nCPAP-Therapie ist, hat sie mir längst bewiesen. Ohne die im Rachenraum künstlich stabilisierten Druckverhältnisse (in meinem Fall sechseinhalb Millibar) beginne ich den Tag wieder, als wäre ich einem wie Mike Tyson unter die Fäuste geraten.

Patienten mit meinen Werten, hatte mir Dr. W. in seinem Labor drastisch vor Augen geführt, gleichen, was den Kräfteverschleiß anbelangt, „Schwerstarbeit leistenden Bergleuten“. Der Apnoiker, sagt auch der künftige Leidensgenosse von der Selbsthilfegruppe, lebe vom Sauerstoffgehalt her meistens im Himalaja. Erst der Einsatz des Flowgenerators bringe ihn „auf Meereshöhe – ein Glück, das man nicht mehr missen mag“.

Zumindest in einigen Nächten habe ich Ähnliches erfahren und vor allem meine Frau. Die schläft neuerdings prima.

(Quelle: Der Spiegel)

Der Horror-Trip zur HNO-Klinik

Ich möchte darüber berichten, wie es mir nach einer Kontrolle meiner Schlafapnoe im Schlaflabor ergangen ist. Anlässlich dieser Kontrolle wurde bei mir festgestellt, dass der Beatmungsdruck um etwa 50% auf 12 mbar erhöht werden musste. Anlass für den behandelnden Arzt, Überlegungen anzustellen, was man zur Reduzierung dieses hohen Druckes sonst noch tun könnte. Er verordnete mir einen Besuch in einer landesweit angesehenen Universitäts-HNO-Klinik, um mich dort auf mögliche operative Maßnahmen untersuchen zu lassen.

Es begann Ende Januar mit der Bitte um einen Termin, der mir dann bereits für den 30. April, 9:30 Uhr zugesagt wurde. Zum besagten Termin war ich bereits um 8:45 Uhr an der Anmeldung und „schon“ um 9:15 Uhr in der Ambulanz, wo mich eine nette junge Frau mit mangelhaften deutschen Sprachkenntnissen empfing und einen Fragebogen schwenkte, den sie gemeinsam mit mir ausfüllen wollte. Also ran an die Anamnese, die doch die Basis aller erfolgreichen Arbeit ist, wie sie sagte. Nur leider hatte sie große Schwierigkeiten mit dem Ausfüllen des Fragebogens, und ich stellte außerdem fest, dass es bei diesem Fragebogen um die Aufnahme ins Schlaflabor ging, wo ich doch gerade herkam und nicht schon

wieder hin wollte. Mein diesbezüglicher Einwand veranlasste sie das erste Mal zum Chef zu laufen, um bei diesem rückzufragen, was sich danach noch zwei Mal wiederholte und mir die Bemerkung entlockte, dass sie wohl mit mir total überfordert sei. Das wiederum führte dazu, dass der Chef mich schließlich persönlich empfing und mir verkündete, dass die Dame in den OP abberufen worden sei und ich auf einen Dr. B. warten sollte. Also zurück ins Wartezimmer und eine weitere Geduldsprobe, bis mich um 10:45 Uhr Herr Dr. B. zu sich bat. Der hatte dann auch in fünf Minuten die Anamnese erledigt, mich untersucht und mir den Vorschlag unterbreitet, mein Problem detailliert mit Dr. V., der Kapazität in Deutschland auf diesem Gebiet, zu besprechen. Der sei zwar momentan noch im OP, aber das Warten auf ihn würde sich für mich lohnen, da ich von ihm den fachlich qualifiziertesten Rat bekäme. Also erneutes Platznehmen im Wartezimmer und endlich um 14:45 Uhr wurde ich wieder aufgerufen und dann von Dr. B. dem hoch gepriesenen Dr. V. vorgestellt. Jetzt nahm das Drama erst richtig seinen Lauf. Der durchaus sympathische Chefarzt breitete ein Horror-Szenario vor mir aus, welches sich schlimmer niemand ausdenken kann.

Er schlug folgende operativen Maßnahmen vor: Zunächst sollte die Nasenscheidewand unter Vollnarkose begradigt werden. Damit ließe sich wahrscheinlich der Beatmungsdruck um 1 mbar senken, so Dr. V. In einem 2. Schritt: sollte das Gaumensegel mittels Laser bei örtlicher Betäubung gestrafft werden. Weiterhin empfahl er, ebenfalls bei lokaler Narkose und mit meiner Mitarbeit, die Festigung des Zungengrunds, die durch den Einsatz einer Hitzebehandlung mittels zwei heißen Drähten, die kurzzeitig in die Zungenwurzel hineingestochen werden und zu einer Vernarbung führen, erreicht wird. Wie er sagte, tut das etwa eine Woche weh, muss aber insgesamt drei Mal, jeweils nach zwei Wochen, wiederholt werden. Meine „Begeisterung“ war grenzenlos, mein Gesicht wurde immer länger. Wo war ich hier? War dies ein Besuch bei Frankenstein? Aber es kam noch besser. Auf meine erschrockenen Einwände antwortete er: „Also, da könnte ich ihnen noch eine Alternative anbietenunter dem Kinn, über dem Kehlkopf machen wir einen Schnitt, dann fixieren wir die beiden Knöchelchen, die in der Zungenwurzel sind, am Kehlkopf“ In meinem Kopf war ein einziges Chaos, ein schwacher Einwand: „Herr Doktor, ich bin doch keine 20 mehr“, kam über meine Lippen. Dann zog mein charmanter Chefarzt die

letzte Trumpfkarte aus dem Ärmel: „Also, auf nicht-invasive Weise könnte man mit der elektrischen Zungengrund-Stimulation einen Versuch machen. Wir haben dieses Verfahren in einer Studie untersucht und hatten bei 80 - 85% der Patienten Erfolg damit.“ Als ich die Beschreibung des Verfahrens hörte, war mein erster Gedanke: Eine Elektrode unter der Zunge, eine weitere unter dem Kinn, fliegt mir jetzt die Zunge davon? Er antwortete mir: „Nein man kann es ertragen, man gewöhnt sich daran!“

Ich entschied mich, ziemlich geschockt, erst einmal mein Glück mit der letztgenannten Methode zu versuchen. Um 15:10 Uhr wurde ich endlich entlassen und war noch einmal Frankensteins Gruselkabinett entkommen.

Inge B.-B. (SHG Frankfurt)

Schlafapnoe und sexuelle Dysfunktion, Depressionen, Auswirkungen auf die Lebensqualität bei Frauen

Sexuelle Dysfunktionen können aus Libidomangel, erektiler Dysfunktion und Fruchtbarkeitsstörungen bestehen. Bei der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) bestehen Zusammenhänge zu den beiden ersteren, wobei die erektile Dysfunktion sich bei Männern in einer nicht ausreichenden Erektionsfähigkeit, bei Frauen in Lubrikations- und Orgasmusstörungen äußert. Sexuelle Funktionsstörungen sind bei OSA-Patienten mindestens viermal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Es gibt organische und seelische Ursachen, wobei jeweils Folgen der Grunderkrankung, der Begleiterkrankung und auch der Therapie zu unterscheiden sind.

Sauerstoffdesaturationen, intrathorakale Druckschwankungen und Schlafragmentation bei der OSA führen zu einer Belastung des Kreislaufes und des zentralen Nervensystems, die eine Fülle von organischen Störungen wie Bluthochdruck, Arteriosklerose,

Schlaganfällen und hormonellen Störungen zur Folge haben können, die sexuelle Funktionsstörungen bedingen. Ebenso werden hierdurch die Tagesmüdigkeit und seelische Beeinträchtigungen hervorgerufen, die zu Störungen der Libido und der Sexualfunktionen beitragen.

Begleiterkrankungen der OSA bestehen oft im Formenkreis des metabolischen Syndroms mit Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Gicht und Gelenkerkrankungen, die alle ebenfalls mit Beeinträchtigungen sexueller Funktionen einhergehen können. Medikamente, die zur Behandlung dieser Begleiterkrankungen erforderlich sind, können als Nebenwirkung Libido und erektile Funktion negativ beeinflussen. Auch die Therapie der OSA selbst in Form von intraoralen Schnarchtherapiegeräten und nCPAP/nBipap kann sexuelle Funktionsstörungen begünstigen, da hierdurch die körperliche Attraktivität des Betroffenen nicht gerade gesteigert wird und diese Hilfsmittel zudem dort genutzt werden müssen, wo sexuelle Kontakte am häufigsten stattfinden: im Schlafzimmer.

In der Diagnostik ist gerade bei sexuellen Funktionsstörungen ein interdisziplinärer Ansatz von Schlafmedizin, Urologie, Gynäkologie und Psychologie unumgänglich. Urologische oder gynäkologische Spezialuntersuchungen können organische Ursachen aufdecken, die Psychologie kann seelische Leiden offen legen. Eine sorgfältige somnologische Diagnostik mittels Screeninggeräten und Schlaflabor ist selbstverständlich, wobei letzteres mit der Phallometrie bei Männern Hinweise auf seelische oder organische Ursachen erektiler Funktionsstörungen erbringen kann.

Im Vordergrund der Behandlung steht eine sorgfältige Therapie der Grunderkrankung, die nicht nur auf eine Unterdrückung der Atmungsstörungen, sondern auch auf eine Normalisierung der Schlafqualität zielen muss. Eine psychologische Begleittherapie ist nicht nur bei psychogener sexueller Dysfunktion wichtig und sollte immer in Form einer Partnertherapie stattfinden. Bei der Medikation müssen Pharmaka vermieden werden, die Sexualfunktionen verschlechtern. Zur direkten Behandlung der erektilen Dysfunktion steht das Yohimbin, in erster Linie bei psychogenen Potenzstörungen, sowie das Sildenafil (Viagra),

das bei Männern die Erektion, bei Frauen die Lubrikation und Orgasmusfähigkeit verbessert, zur Verfügung, wobei das letztere Medikament bei Patienten mit Erkrankungen der Herzkranzgefäße nicht ohne Risiko ist. Als Alternative wird bald das Apomorphin erhältlich sein, das aber nach bisherigem Wissen nur bei Männern wirksam ist.

An operativen Verfahren können durchblutungsfördernde Gefäßoperationen oder Penisimplantate in Frage kommen. Mechanische Hilfen sind Gleitmittel und Penissaugpumpen. Bei Versagen all dieser Therapien können letztlich durch Sexualtherapeuten alternative sexuelle Praktiken erlernt werden, wie sie z. B. aus der Behandlung Querschnittsgelähmter bekannt sind, und mit deren Hilfe - Offenheit der Partner für diese Alternativen vorausgesetzt - oft auch bei bleibender sexueller Dysfunktion ein befriedigendes Sexualeben ermöglicht wird.

Depressionen gehören zum Krankheitsbild der OSA und bestehen bei etwa 65 Prozent der Betroffenen, wobei weibliche OSA-Patienten noch häufiger darunter leiden, da sich Schnarchen, Müdigkeit und Übergewicht mit dem gesellschaftlich vorgegebenen Idealbild bei Frauen noch weniger in Einklang bringen lassen als bei Männern. Die diesbezüglichen Klagen der Patienten ernst zu nehmen, ist die wichtigste Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung, daneben selbstverständlich eine sorgfältige Einstellung der OSA. Des weiteren stehen alle psychologischen und pharmakologischen Therapie-Optionen zur Verfügung, wie sie auch bei Depressionen ohne OSA zur Anwendung kommen, wobei die Einbeziehung des Partners von entscheidender Bedeutung ist. Die OSA ist eine Erkrankung, die immer auch den Partner betrifft, da nicht nur die Auswirkungen der Erkrankung am Tage, sondern insbesondere auch die nächtliche Störung für den Schlafpartner krankmachende Dimensionen erreichen kann. Die OSA des einen bedingt die Insomnie des anderen! Da von der OSA überwiegend Männer betroffen sind, bedeutet dies gerade für die Frauen eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität.

All diese Aspekte müssen in der Diagnostik, Beratung und Therapie von OSA-Patienten sorgfältig beachtet werden. Sexuelle Funktionsstörungen, Depressionen und Einschränkungen der

Lebensqualität gehören zum Gesamtbild dieser Erkrankung, von der immer auch der Partner intensiv betroffen ist. Nur wenn die Probleme offen angesprochen werden, ist eine erfolgreiche Diagnose möglich. In der darauf aufbauenden Therapie stehen viele Möglichkeiten individueller Hilfen zur Verfügung, die in den meisten Fällen ein zufriedenstellendes Sexual- und Alltagsleben ermöglichen.

(Quelle: Zusammenfassung eines Vortrags von PD Dr. Martin Konermann, Marienkrankenhaus, Innere Medizin/Schlaflabor, Kassel)

Krankenkasse zahlt Schlaflabor

Krankenkassen müssen die Kosten für ambulante Untersuchungen in einem Schlaflabor übernehmen, auch wenn diese bislang noch nicht im Verzeichnis abrechenbarer ärztlicher Leistungen enthalten sind. Dies hat das Sozialgericht in Dortmund entschieden. Ein 38-jähriger Mann aus Witten hatte sich in einem Schlaflabor untersuchen lassen, um die Atemstillstände während des Schafs mit Tagesmüdigkeit und Einschlafneigungen am Tage ergründen zu lassen (AZ: S 13 (8) KR 295/01)

Schlafapnoe bei Berufskraftfahrern

Etwa 1 bis 2 Prozent der Gesamtbevölkerung sind an obstruktiver Schlafapnoe (OSA) erkrankt, häufig ohne es zu wissen. Bei Männern im Alter zwischen 30 und 65 Jahren liegt der Anteil der Betroffenen mit 5 bis 10 Prozent sogar noch etwas höher. Patienten, die an Schlafapnoe leiden, schlafen nur oberflächlich und haben verkürzte Tiefschlaf- und REM-Phasen. In Folge der verringerten Erholung während der Nacht fühlen sich die Betroffenen häufig unausgeschlafen und erschöpft. Sie leiden unter anderem unter Tagesmüdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen und verminderter Leistungsfähigkeit.

Bereits zahlreiche Untersuchungen haben sich mit einem möglichen Zusammenhang von Schlafapnoe und der Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr befasst. Eine Studie von Stoohs und Mitarbeitern aus dem Jahre 1995 ergab beispielsweise, dass Lastkraftwagenfahrer, die unter schlafbezogenen Atmungsstörungen leiden, eine doppelt so hohe Unfallrate aufweisen wie ihre gesunden Kollegen.

Untersuchungen belegen, dass etwa 50 Prozent aller Unfälle mit Todesfolge durch kurzzeitiges Einschlafen des Fahrers verursacht werden. Hintergrund dieses Sekundenschlafes sind vielfach schlafbezogene Atmungsstörungen.

J. Teran-Santos belegte in seiner Studie (The Association between Sleep Apnea and the Risk of Traffic Accidents, New England Journal of Medicine, 1999), dass bei Fahrern mit Schlafapnoe-Syndrom die Unfallhäufigkeit sogar bis um das Siebenfache erhöht sein kann.

Wie Schlafapnoe Aktuell bereits berichtete, wird zur Zeit an der RWTH Aachen eine Studie durchgeführt, die die Prävalenzrate von OSA bei Berufskraftfahrern der Fordwerke und die Unfallhäufigkeit bei diesen Patienten untersucht. Erste Ergebnisse zeigen, dass Berufskraftfahrer eine deutliche Häufung von Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck) aufweisen. Eine höhere Prävalenz der OSA hat sich allerdings bislang nicht gezeigt.

In Deutschland gibt es etwa 1,4 Millionen Berufskraftfahrer. Geht man von einer Prävalenzrate von 5 Prozent aus, so fahren auf unse-

ren Straßen etwa 68.000 Fahrer, die aufgrund ihrer unbehandelten und vermutlich auch unbekanntem Erkrankung ein bis zu siebenfach erhöhtes Unfallrisiko haben. Eine Behandlung ist mit Hilfe einer nCPAP-Therapie recht einfach möglich, so dass Berufskraftfahrer ihren Beruf ohne erhöhtes Unfallrisiko ausüben können.

Der VdK Fachverband Schlafapnoe hat diese alarmierenden Ergebnisse zum Anlass genommen, bei den Ministerien für Gesundheit, Verkehr sowie Arbeit und Soziales verbindliche gesetzliche Vorschriften für eine Screening-Untersuchung von Berufskraftfahrern anzumahnen. Die bislang erhaltenen Stellungnahmen sind aus Sicht des VdK Fachverbandes wenig befriedigend. Das Bundesgesundheitsministerium verweist auf die Verantwortung jedes Verkehrsteilnehmers, seine Verkehrstauglichkeit einer kritischen Selbstprüfung zu unterziehen. Den Ball zurückzuspielen, hilft allerdings nicht weiter, denn schließlich wissen viele nichts von ihrer Erkrankung. Das Bundesverkehrsministerium hält die in der Fahrerlaubnis-Verordnung vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen für ausreichend. Diese Untersuchungen werden nach Erteilung der Fahrerlaubnis alle fünf Jahre durchgeführt. Mit einem Untersuchungsintervall von fünf Jahren gibt sich der VdK Fachverband Schlafapnoe jedoch nicht zufrieden, sondern fordert weiterhin eine jährliche Screening-Untersuchung von Berufskraftfahrern. Nur so lassen sich Schlafapnoen frühzeitig diagnostizieren und Gefährdungen des Straßenverkehrs vermeiden.

(Quelle: VdK Fachverband Schlafapnoe / MAP Periodikum)

Die Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe

Großhansdorf

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

Oldenburg und Umland

Heiner Duden, Vorsitzender, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und
Umland, Tannenstraße 21, 26203 Wardenburg,
Fon/Fax 0 44 07/92 29 70, Heiner.Duden@t-online.de

Hans-Hermann Töpken, Eugen-Richter-Straße 4, 26133
Oldenburg, Fon/Fax 04 41/ 4 73 73

Heino Melchers, Tiniburg I, 26434 Wangerland,
Fon 0 44 63/51 99

Emden/Ostfriesland

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

Celle

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

Alfeld

Heinz Engler, I. Vorsitzender, Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft
e.V., Kaiser-Wilhelm-Straße 15A, 31061 Alfeld,
Fon 0 51 81/48 99, Fax 0 51 81/67 22

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

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

Kassel

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

Kassel und -Land

Reinhard Müller, Bundessprecher und Hessischer Landessprecher,
SHG Kassel- und Land, Holzweg 22, 34225 Baunatal,
Fon 0 56 01/84 89, Fax 0 56 01/9 69 00 46,
mueller@schlafapnoe-kassel.de, www.schlafapnoe-kassel.de

Marburg

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

Ernst Wagner, Sprecher, SHG Marburg, Neustadt 14,
35466 Rabenau-Geilshausen, Fon und Fax 0 64 07/78 14,
ernst.wagner.rabenau@t-online.de

Bad Wildungen

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

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

Gießen

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

Bad Sooden-Allendorf

Herbert und Ursula Lückert, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Bad
Sooden-Allendorf, Schützenstraße 9, 37215 Witzenhausen,
Fon und Fax 0 55 42/27 05, H.u.U.L.@t-online.de

Düsseldorf

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

Hilden

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

Solingen

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

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

Wanne-Eickel

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

Herne

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

Dorsten

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

Recklinghausen

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

Niederrhein

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

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

Gronau

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

Köln

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

Aachen

Rosemarie Tenhaeff, SHG Aachen, c/o Sozialverband VdK-Kreisverband Aachen-Stadt, Augustastraße 77, 52070 Aachen, Fon 02 41 / 903 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 Kiesel 12, 55237 Bornheim, Fon 0 67 34/3 54, Fax 0 67 34/63 45, Schlafapnoe-Alzey@gmx.de, www.schlafapnoe-online.de/alzey

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), h.wied@t-online.de oder h.wied@l2more.de

Hagen

Siegward H. Grahner, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen, Kettelerstraße 54, 58099 Hagen, Fon 0 23 31/6 65 03, Fax 0 23 31/6 67 90, Handy: 0177/6491782

Meinerzhagen

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

Halver

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

Frankfurt am Main

Helmut Himmighoffen, SHG Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main, Melemstraße 7, 60322 Frankfurt am Main, Fon 0 69/59 58 02, Fax 0 69/5 97 41 72, H.Himmighoffen@gmx.net oder Heliahead@web.de

Ludwigshafen/Vorderpfalz

Hermann Wüst, Vorsitzender, SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz, Brechlochstraße 44, 67063 Ludwigshafen/Rh., Fon/Fax 06 21/69 85 17

Doris Schmitt, SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz, Hardenburgstraße 39, 67122 Altrip, Fon 0 62 36/3 02 52

Freudenstadt

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

Südpfalz

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

Südwestpfalz/Zweibrücken

Lothar Weber, I. Vorsitzender, Uhlandstraße 14, 66482 Zweibrücken, Fon 0 63 32/90 33 29, Fax 0 63 32/90 33 28

Saarland

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

Ortenau

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

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

Bodensee

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

Südbaden/Freiburg

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

Freiburg

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

Markgräferland/Mülheim

Josef Kosieli, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Markgräferland Sitz Mülheim, Mittelweg 12, 79426
Buggingen, Fon 0 76 31/1 66 68

Markgräferland/Hochrhein

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

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

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

Werden Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe.

Senden Sie bitte den ausgefüllten Antrag an den

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

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

Beitrittserklärung

ja, ich möchte Mitglied werden.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Fax

Datum, Unterschrift