

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen
Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel+Fax: 040/722 2553
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21
E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57
E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

- Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek
- Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow
- Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Montag, 22. September 2008

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen, sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen,

von unserem Patienten-Treffen zum Tag des Schlafes am 18. Juni 2008, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll von der Sonderveranstaltung der SSG am 18.06.2008 zum "Tag des Schlafes" im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, 15.⁰⁰ bis 18.⁰⁰ Uhr, Tag der offenen Tür im Schlaflabor und Vortrag im Hörsaal UG (Untergeschoss) des Krankenhauses, Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Herr Dr. Holger Hein begrüßte die Teilnehmer des besonderen Selbsthilfegruppentreffens in Reinbek im Jahr 2008 unter dem Motto "Liebling du schnarchst".

Begrüßt werden konnten die Mitarbeiter der Schlafmedizin, die MTA's Frau Mona Behrendt, Frau Annette Paezoldt, sowie Frau Katharina Hein und die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren. Dies waren einzeln aufgeführt : Frau K. Himmeler von der Fa. anamed GmbH, Herr N. Rahaus, Dipl.-Biologe (t.o.) von der Fa. cephalon GmbH, Herr B. Linne, Dipl.-Ing. von der Fa. FLO Medizintechnik GmbH, Herr V. Mros von der Fa. RES-MED GmbH & Co.KG sowie Herr M. Wokel von der Fa. Weinmann Geräte für Medizin GmbH & Co.KG.

Herr Dr. H. Hein hatte mit einem Brief seiner Praxis an die umliegenden Ärzte, eingeladen : An diesem Tag finden Vorträge über den "Schlaf und Schlafstörungen" statt.

Es ist gleichzeitig auch ein Tag der offenen Tür für die Räume des Schlaflabors. Sie haben die Möglichkeit, die Zimmer und das Labor zu besichtigen, in denen Ihre Patienten versorgt werden. Die Vorträge für die Patienten finden von 16:00 – 17:00 Uhr im Hörsaal des St. Adolf-Stifts statt, das Schlaflabor ist von 15:00 – 18:00 Uhr offen für Besichtigungen.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein zu dem Thema :

" Schlaf und Schlafstörungen " anschließend Diskussion.

es folgt Seite – 2 –

Der Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein wird hier sinngemäß wiedergegeben :

SCHLAF :

Was ist Schlaf ? = regelmäßig auftretende Ruheperioden.

Funktion des Schlafes: Tiefschlaf = Erlerntes abspeichern.
REM-Schlaf (Traumschlaf) = Bewegungsabläufe abspeichern.

Schlaf im Lebensverlauf – Schlafstadien im Lebensverlauf :

Neugeborene schlafen etwa 16 Stunden, Erwachsene im Durchschnitt etwa 7,5 Stunden. Die Verteilung des Schlafes während des Tages und in der Nacht ändert sich im Lebensverlauf: Kleinkinder haben mehrere kurze Schlafphasen, Erwachsene meistens eine lange Schlafphase, im hohen Alter finden sich wieder mehrere kurze Phasen.

Schlafdauer bei Tieren – Schlafdauer beim Menschen :

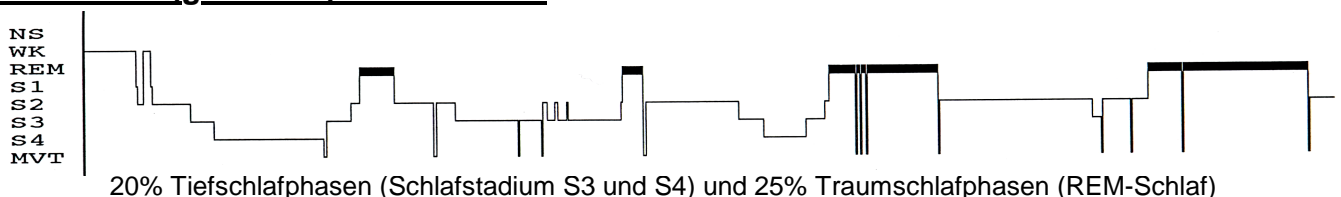
• Hund	12,3 Stunden	_____
• Katze	15,9 Stunden	_____
• Maus	12,5 Stunden	_____
• Pferd	2,9 Stunden	_____
• Taube	12,4 Stunden	_____
• Ente	6,4 Stunden	_____
• Mensch	7,5 Stunden	_____

Die Schlaflatenz, also die Zeit zwischen "Licht aus" und der ersten Schlafepoche mit dem Stadium 1, sollte weniger als 20 Minuten betragen. Die erste REM-Epoche tritt in Referenzkollektiven etwa 80-130 Minuten nach Schlafbeginn auf. Die **Schlafeffizienz**, der prozentuale Anteil der Schlafzeit an der Zeit zwischen "Licht aus" und "Licht an", liegt in Referenzkollektiven altersabhängig zwischen 73 % und 92 %, mit geringeren Werten im höheren Alter.

In der zeitlichen Folge der Schlafstadien ist ein zyklischer Ablauf erkennbar. In etwa 90 Minuten werden alle Stadien nacheinander durchlaufen, beginnend mit Stadium 1 und endend mit Stadium REM. Zu Anfang der Nacht ist der Anteil der Stadien 3 und 4 hoch und der REM-Anteil niedrig, gegen Ende der Nacht umgekehrt.

Der REM-Schlaf soll der Konsolidierung des prozeduralen Gedächtnisses ("Erlernen von motorischen Handlungen") dienen, während der Tiefschlaf (Stadium 3 und 4) für das deklarative Gedächtnis (stark vereinfacht: "Lernen von Vokabeln") notwendig ist.

"normaler" (gesunder) Schlafverlauf



WK = Wach ("wake")
REM = REM Schlaf (Traumschlaf) Stadium
S1 / S2 = Leichtschlaf Stadium
S3 / S4 = Tiefschlaf Stadium
MVT = Bewegungen im Schlaf ("movement")

Die tägliche Schlafzeit ist von Person zu Person unterschiedlich, sie kann zwischen vier und zwölf Stunden betragen.

Durchschnittswerte in Deutschland Schlafzeit : 23:00 – 6:18 Uhr
Schlafdauer : 7 Std. 14 Min.
Schlaflatenz : 15 Min.

- Tagsüber :**
- Leistungsschwäche
 - Beschäftigung mit Schlafproblemen
 - Muskelschmerzen
 - Depressive Verstimmung
- Ursachen :**
- Psychophysiologische Insomnie
 - Höhenbedingte Schlafstörung
 - Fehlbeurteilung des Schlafzustandes
 - Restless-Legs-Syndrom, Periodische Bewegung der Gliedmaßen im Schlaf
 - Idiopathische Insomnie
 - Nahrungsmittelallergie
 - Nächtliche Atmungsstörungen
- Folgen :**
- Erhöhtes Krankheitsrisiko
 - Reduzierte Leistungsfähigkeit
 - Eingeschränkter beruflicher Erfolg
 - Höheres Unfallrisiko
 - Verminderte Lebensfreude
 - Zwischenmenschliche Probleme

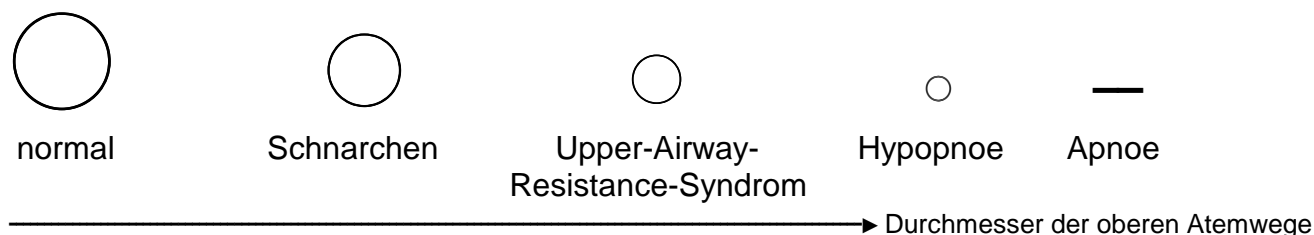
2,7 Millionen Personen nehmen in Deutschland regelmäßig Schlafmittel ein, etwa 1 Million Menschen haben gehäuft nachts Atempausen. Fünf Prozent haben unwillkürliche sogenannte periodische nächtliche Beinbewegungen. Beeinträchtigend ist die Narkolepsie, eine Erkrankung, bei der kurze Einschlafattacken mehrfach am Tag auftreten können. Keine, eine falsche oder nicht ausreichende Behandlung bedeutet nicht nur subjektives Leiden, sondern auch Gefahr im täglichen Leben. Bei ausgeprägter Tagesschläfrigkeit ist die Unfallgefahr im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz ca. 2,5-fach erhöht. Bei nächtlichen Atmungsstörungen treten Bluthochdruck, Schlaganfälle und Herzinfarkte gehäuft auf. So zeigte z.B. eine kürzlich erschienene Untersuchung bei Patienten mit schwergradigem obstruktivem Schlafapnoesyndrom eine 3-fache Häufung von Herzinfarkten und Schlaganfällen über einen Zeitraum von 12 Jahren.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

- Obstruktiv = Obstruktives Schlafapnoesyndrom, Upper-Airway-Resistance-Syndrom, primäres Schnarchen.
- Zentral = primäre zentrale Schlafapnoe, Cheyne-Stokes-Atmung, zentrale Apnoe bei Substanzabusus.
- Hypoventilation = idiopathische nichtobstruktive alveoläre Hypoventilation, Schlaf-Hypoventilation bei – Lungengerüst-/ -gefäßerkrankungen COPD, Thoraxwunderkrankung, Adipositas, neurologische Erkrankungen.

Schlafbezogene obstruktive Atmungsstörungen

Durchmesser der oberen Atemwege =



Vor einer fachgerechten Behandlung muss eine genaue Diagnose gestellt werden.

Tabelle 1. Definition des Schlafapnoesyndroms.

A) Mindestens fünf Apnoen oder Hypopnoen oder durch Atmungsstörungen ausgelöste Weckreaktionen pro Stunde Schlaf,

und

Mindestens zwei der folgenden Symptome:
Müdigkeit am Tag
Kein erholsamer Schlaf,

Nächtliches Erstickungsgefühl (Choking)
Wiederholtes Aufwachen in der Nacht
Konzentrationsstörungen

oder

B) Mindestens fünfzehn Apnoen oder Hypopnoen oder durch Atmungsstörungen ausgelöste Weckreaktionen pro Stunde Schlaf

Tabelle 2. Deutliche Anzeichen und Symptome für eine Schlafapnoe.

1. Schnarchen
2. Umfeld beobachtet Atemstillstände oder «nach Luft schnappen»
3. Übergewicht (insbesondere im Halsbereich)
4. Bluthochdruck
5. Schläfrigkeit am Tag
6. Familiäre Vorgeschichte
7. Kein erholsamer Schlaf

Tabelle 3. Folgen der Schlafapnoe. Das OSAS hat schwerwiegende chronische Folgen für das Herz-Kreislauf-System

Folgen	Ausmaß (odds ratio)	Literatur
Neurokognitiv		
Verkehrsunfälle	7,0	Teran-Santos [7]
Unfälle am Arbeitsplatz	2,2	Lindberg [6]
Kardiovaskulär		
Bluthochdruck (Prävalenz)	1,4	Nieto [8]
Bluthochdruck (Inzidenz)	2,9	Peppard [9]
Ischämische Kardiomyopathie*	1,3	Shahar [12]
Schlaganfälle	2,0	Yaggi [10]
Herzinsuffizienz	2,4	Shahar [12]

*eine Herzmuskelerkrankung aufgrund von Sauerstoffunterversorgung.

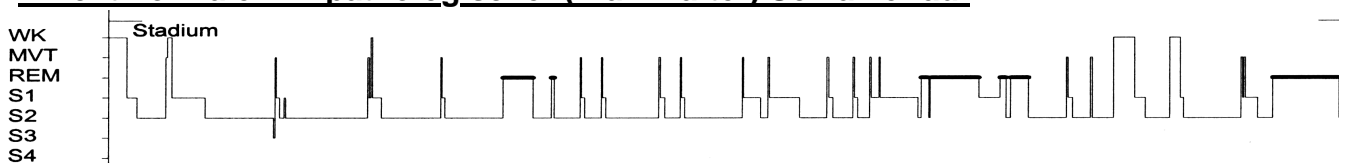
Diagnostik bei Schlafbezogene Atmungsstörungen

Fragebogen = Epworth-Schläfrigkeitsskala, Wahrscheinlichkeit des Einnickens, Psychomotorische Wachsamkeits-Aufgabe, 10-minütig, psychomotor vigilance task (PVT), Multipler Schlaflatenztest (MSLT), dabei wird tagsüber im Schlaflabor mehrfach gemessen, wieviel Zeit vom Hinlegen bis zum Eintreten des Schlafs vergeht (Schlaflatenz). Normalwert soll tagsüber mehr als 15 Minuten betragen.

Pupillometrie, der Pupillendurchmesser ist ein Indikator für die Gefühlslage eines Menschen, ambulante Atmungsdiagnostik, zu Hause im Schlafzimmer (Screening, Polygraphie), stationäre Atmungsdiagnostik im Schlaflabor (Polysomnographie),

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin hat in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachgesellschaften, Krankenkassen und Patientenselbsthilfegruppen Leitlinien als Hilfe zur Diagnostik und Therapie von Schlaf-Wachstörungen erarbeitet. Dadurch ist für alle Ärzte eine Grundlage geschaffen worden, um Patienten mit Schlaf-Wachstörungen fachgerecht zu versorgen. Am Beginn steht der Hausarzt, am Ende das leistungsfähige schlafmedizinische Zentrum. Bei allen Erkrankungen soll zunächst eine sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte und eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden, daran anschließend gegebenenfalls weitere Prüfungen zum Ausschluss oder Beweis organischer Ursachen. Wenn notwendig, folgen Messungen zuhause oder im Schlaflabor.

" nicht normaler " – pathologischer (krankhafter) Schlafverlauf



so gut wie keine Tiefschlafphasen, Schlaf ist zerstückelt und hat nur wenig Traumschlafphasen

Die Therapie ist abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung. Die Basis ist eine Beratung über Schlafhygiene: Der Schlaf soll regelmäßig, ausreichend lange, möglichst nur nachts und unter subjektiv angenehmen Bedingungen erfolgen, ohne vorherige Einnahme von

Alkohol. Die Lebensführung soll gesund sein. Die Behandlung wird abhängig von der zugrundeliegenden Störung durch den Hausarzt, Facharzt oder den Schlafmediziner eingeleitet und betreut. Wichtig ist, dass bei nicht ausreichender Besserung der Beschwerden ein Austausch unter den behandelnden Ärzten erfolgt.

Die Sympathikusaktivität bei OSAS, bzw. unter CPAP.

Zu den unmittelbaren Folgen der Apnoen und Hypopnoen gehören Hypoxie (Sauerstoffmangel), Aufwachreaktionen und apnoesynchrone Anstiege der Sympathikusaktivität, der Herzfrequenz sowie des arteriellen Blutdruckes. Das System des Gehirns, in dem negative Emotionen (z.B. Stress durch Aufwachreaktionen) verarbeitet werden, steht in direkter Verbindung mit zwei Stressachsen des Körpers. Die Sympathikus-Achse sorgt für die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin, die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ist zuständig für die Ausschüttung des Hormons Cortisol. Sind diese Stresshormone ständig in sehr hoher Konzentration im Blut vorhanden, wird das Blut zähflüssiger und der Blutdruck steigt. Der Sympathikus ist ein Teil des vegetativen Nervensystems und ist somit nicht willkürlich steuerbar. Die nächtliche Behandlung mit CPAP ermöglicht eine Verringerung der Sympathikusaktivität und eine Erhöhung der Auswurfraction der linken Herzkammer auch am Tag. Aber nicht nur Stress und Angst erhöhen die Sympathikusaktivität, sondern körperliche Aktivität allgemein, also auch Sport.

Verglichen mit gesunden Kontrollpersonen hatten an OSAS erkrankte Patienten eine Sympathikusaktivität von 147%, 169% bzw. 204%, die sich unter einer CPAP-Behandlung auf 80%, 51% bzw. 64% reduziert haben.

Das Risiko, innerhalb von 4 Jahren Bluthochdruck über 160/100 mmHg, bzw. eine arterielle Hypertonie zu entwickeln (der Druck in den Blutgefäßen bleibt auch im Ruhezustand erhöht), steigt mit der Anzahl der Atemaussetzer/je Stunde. Bei einem Apnoe-Hypopnoe-Index = AHI über, bzw. größer als >15 ist es um das 2,7 Fache erhöht; bei einem AHI/h zwischen 5 und 15 ist es immer noch doppelt so hoch wie bei Menschen ohne schlafbezogene Atemstörung.

Über vier Jahre gesehen ist das Risiko für Bluthochdruck : 3-fach erhöht.

Über zwölf Jahre gesehen ist das Risiko für einen Herzinfarkt : 3-fach erhöht.

Über zwölf Jahre gesehen ist das Schlaganfall - Risiko : 3-fach erhöht.

Therapie von Schlafbezogenen Atmungsstörungen

- Gewichtsreduktion, Abnehmen um mindestens 25 – 30 kg, bzw. unter das Idealgewicht,
- Lagetherapie (anderes Liegen auf dem Bett) z.B. Vermeidung der Rückenlage,
- Unterkieferprotrusionsschienen, Vorverlagerung des Unterkiefers durch Aufbisschiene,
- Operation, HNO- und Kiefer- Chirurgie, Zäpfchen- Rachenmandeln- Gaumensegel-OP,
- CPAP, Continuous Positive Airway Pressure, Überdruckatmung, im Jahr 2002 wurden nach Schätzungen der marktführenden Firmen in Deutschland knapp 40.000 CPAP-Überdruckatmungsgeräte zur nicht-invasiven Therapie des Obstruktiven Schlafapnoesyndroms neu verordnet.
- medikamentöse / pharmakologische Therapie,
- Muskel-Training der Rachenmuskulatur, Orofaziale Muskelfunktionstherapien (Therapien das Gesicht, den Mund, die Zunge, den Gaumen betreffend) u.a. das Spielen von Instrumenten wie Alphorn, Posaune, Trompete, Didgeridoo oder Gesang,
- weiteres ?

Schlafbezogene Bewegungsstörungen

Restless-Legs-Syndrom RLS / Periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf

Restless-Legs-Syndrom = Syndrom der ruhelosen Beine, Beschwerden werden noch im Wachzustand erlebt,

Etwa 80 bis 90 Prozent der Patienten mit Restless-Legs-Syndrom weisen gleichzeitig auch periodische Gliedmaßenbewegungen im Schlaf auf.

mehr als > 90% auch PLMS = Periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf
(Periodic Limb Movements in Sleep)

- Restless-Legs-Syndrom = Bewegungsdrang mit Parästhesien,
(Die Parästhesie bezeichnet eine unangenehme, manchmal schmerzhaft
Körperempfindung mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte-
und Wärme- Wahrnehmungsstörung, die nicht durch adäquate Reize aus-
gelöst wird)
 - = Besserung bei Bewegung
 - = Auftreten in Ruhe, meistens abends / nachts zunehmend,
- RLS Häufigkeit = 5 – 15 % , PLMs Häufigkeit = ? älter als > 60 Jahre = 30 % ,
- Alter bei Ausbruch von RLS = im Mittel: 27 bis 42 Jahre, aber ca. 40% älter als < 20 Jahre,
- Ursachen für RLS = Familiäre Veranlagung, Neuropathie (Neuropathie ist ein Sammelbe-
griff für viele Erkrankungen des peripheren Nervensystems),
- tritt gehäuft auf bei : Eisenmangel, Urämie (Harnvergiftung), in der Schwangerschaft.

Therapie von Ein- und Durchschlafstörungen

Als alternative zur medikamentösen und Geräte- Therapie konnte in den letzten beiden Jahrzehnten die nicht medikamentöse Verhaltenstherapie wissenschaftlich etabliert werden.

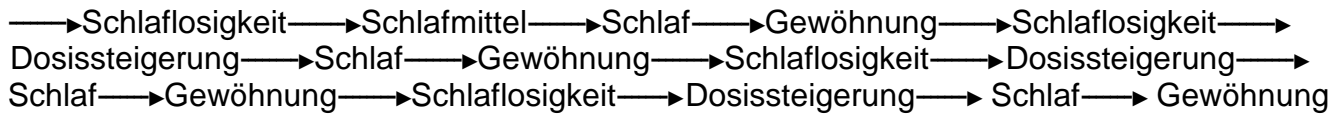
- **Schlafhygiene**, Schulung in der Technik, die einen gesunden Schlaf ermöglicht und fördert.
- **Stimuluskontrolle**, oder: "Das Bett ist nur zum Schlafen da", die sog. Stimulus-Kontroll-
Technik ("Reiz-Kontroll-Technik") beschäftigt sich mit dem Verhalten im Bett, kognitive
Techniken zur Reduktion nächtlicher Grübeleien, Kontrolle der Funktionen des Menschen,
die mit Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, also der menschlichen Erkenntnis-
und Informationsverarbeitung in Zusammenhang stehen.
- **Physische / psychische Entspannungstechniken**, systematisch eingesetzte und struk-
turierte Formen der Patienteninformation zu psychischen Symptomen und Erkrankungen,
- **ggf. Schlafrestriktionen**, Regeln zur Schlaf-Wach-Rhythmusstrukturierung, durch eine
Restriktion = Einschränkung der Schlafdauer auf zunächst 4½ bis 5 Stunden versucht die-
se Methode über die Erhöhung des Schlafdruckes zu einer Normalisierung zu kommen.
- **Paradoxe Intention**, ist eine Methode, die in den 1970er Jahren als Therapie eingeführt
wurde. Die paradoxe Intention (auch paradoxe Intervention) ist eine spezielle Form der
therapeutischen Behandlung, bei der der Patient aufgefordert wird, sein symptomatisches
Verhalten nicht zu bekämpfen, sondern bewusst herbei zu führen und auszuüben.
- **Notfall**: ärztlich kontrollierte Schlafmittelgabe
- selten, kurzfristig = **Intervalltherapie**, eine Intervalltherapie wird oft bei psychosoma-
tischen bzw. psychiatrischen sowie bei einigen langwierigen chronischen Krankheiten in
Abstimmung mit den ambulanten Therapeuten und Ärzten immer wieder angeboten, z.B.
zur Medikamentenumstellung, zur Stabilisierung in Krisensituationen oder auch für sehr
belastende Themen. Bekannt ist diese Art von Therapie z.B. bei Traumafolgestörungen,
aber auch bei Eßstörungen. Geeignet ist diese Art der Therapie vor allem da, wo in der
stationären Therapie in einem geschützten Rahmen Maßnahmen und Erkenntnisse erar-
beitet werden, die dann im Alltag, also ambulant umgesetzt bzw. auch geübt werden
müssen.

Wayne Rooney hat eine bizarre Einschlafgewohnheit: der 23 Jahre alte englische Fußball-
spieler (geboren 24.10.1985, Vertrag bei Manchester United bis 2012) braucht das Geräusch
eines Staubsaugers, um einschlafen zu können. Zumindest müsse der Fön seiner Freundin
laufen, gestand Rooney nach Angaben der Zeitung "Mail on Sunday". "Ich habe schon so viel
Haartrockner ruiniert, weil ich sie bis zur Überhitzung laufen ließ".

Schlafmittelgabe

Vorteil = sichere Wirkung Nachteil = Nebenwirkungen, Abhängigkeit

Teufelskreis durch Schlafmittel



Regeln für Schlafmittel-Einnahme

- klare Notwendigkeit
- kleinste Dosis
- kürzestmögliche Zeit
- keinesfalls abrupt absetzen
- nicht täglich einnehmen
- ggf. 3x in der Woche

Nach der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Dr.med. Holger Hein, sowie einer Diskussion und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern wurde die Sonderveranstaltung zum "Tag des Schlafes" bzw. der "Tag der offenen Tür" im Schlaflabor im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, mit einem herzlichen Dank an alle Teilnehmer, sowie den besten Wünschen für eine gute Gesundheit und eine entspannte Sommerzeit, von Herrn Dr. Hein beendet. Die Zuhörer zeigten großes Interesse an dem Vortrag "Schlaf und Schlafstörungen" und hatten anschließend noch wieder die Möglichkeit sich das Schlaflabor anzusehen und Informationsgespräche mit den Mitarbeitern der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger zu führen.

Beginn des Treffens 15.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 18.⁴⁵ Uhr, Teilnehmerzahl: 44 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 14 Patienten mit 7 Angehörigen der SSG, 9 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; beim Vortrag um 16.³⁰ Uhr waren 35 Personen anwesend, von den 14 Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 3 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weitere Informationen der SSG zu bekommen.

TOP 3.) Verschiedenes, Informationen aus der Arbeit der SSG.

In eigener Sache: Als langjährige Leiterin der SSG hat Frau Charlotte Otto darum gebeten Ihre Anschrift aus dem Briefblatt herauszunehmen (zu finden bisher in der Fußzeile). Sie wird nur noch selten angerufen und um Rat gebeten, weil Sie vielen Teilnehmern der SSG-Patiententreffen gar nicht mehr bekannt ist. Wir danken Frau Otto für Ihre bisherige Unterstützung.

Für die nächsten Patiententreffen im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift wird jeweils noch eine Einladung versendet. Das 3. Patiententreffen in 2008, am Mittwoch 08.Oktober 2008, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, findet dieses Mal aus besonderer Veranlassung im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein statt. Im Hauptgebäude, ausgeschildert vom Haupteingang zum UG (Untergeschoss), Hörsaal. Zu dem 1. Patiententreffen in 2009 voraussichtlich am Mittwoch, 14. Januar 2009, wird auch eine Einladung ins Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift versendet werden. Thema: "Konzentration und Gedächtnis bei Schlafapnoe, mit Erfahrungsaustausch." Referent: (angefragt)

Soweit mein Bericht von der Sonderveranstaltung zum "Tag des Schlafes" bzw. dem "Tag der offenen Tür" im Schlaflabor 2008, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, im Schlaflabor und im Hörsaal UG-Hauptgebäude, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Firma Linde Gas Therapeutics GmbH, Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung des Protokolls.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.+Fax: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 48 69 02 87
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de, www.schlaf-portal.de – Stichwort "Selbsthilfe"