

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel.: 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, den 29. August 2011

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[®]" und "Tag der offenen Tür" in den Räumen des Schlaflabors Dr. Hein am 22. Juni 2011, im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll von der Sonderveranstaltung der SSG am 22.06.2011 zum "Tag des Schlafes[®]" und "Tag der offenen Tür" in den Räumen des Schlaflabors Dr. Hein im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, 15:⁰⁰ bis 18:⁰⁰ Uhr, und Vortrag in der Cafeteria des Krankenhauses (Mitarbeiter-Kantine), im Untergeschoss des Krankenhaus - Hauptgebäudes, Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herr Dr.med. H. Hein und Herrn

Steffen Schumacher Herr Dr.med. Holger Hein und Herr Schumacher begrüßten die Teilnehmer des besonderen Selbsthilfegruppentreffens in Reinbek im Jahr 2011 unter dem Motto "Liebling du schnarchst". Begrüßt werden konnten auch die Mitarbeiter der Schlafmedizin, die MTA's Frau Mona Behrendt und Frau Annette Paezoldt von der Fa. B&P Schlaf und Therapie oHG Reinbek,, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u. a. Herr U. Schmid, von der Fa. anamed GmbH, Herr M. Wokel von der Fa. critical care gesellschaft für home care medizintechnik mbh, Kaltenkirchen, Herr S. Runge, Gebietsleiter SleepStyle Nord/-Ost von der Fa. Fisher&Paykel Healthcare GmbH & Co. KG, Herr Dipl.-Ing. f. Medizintechnik- Vertrieb B. Linne von der Firma Heinen+Löwenstein GmbH, Herr F. Forster von der Fa. Linde Gas Therapeutics GmbH & Co. KG, Frau J. Overend von der Fa. RESMED GmbH & Co. KG, Frau A. Krägenbrinck von der Fa. VitalAire GmbH, sowie Herr Th. Zöge von der Fa. ZUTHER+ HAUTMANN Produkte für die Medizin GmbH.

Das Schlaflabor war von 15:⁰⁰ bis 18:⁰⁰ Uhr offen für Besichtigungen. Ein Vortrag von Herrn Dr. H. Hein für die Patienten fand von 16:³⁰ bis 17:³⁰ Uhr in der Cafeteria des Krankenhauses

es folgt Seite – 2 von 8 –

(Mitarbeiter-Kantine), im Untergeschoss des Krankenhaus - Hauptgebäudes statt.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein zu dem Thema :
" Schlafapnoe und Schlaganfall - Ursache oder Folge? "
anschließend Diskussion.

Der Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein wird hier sinngemäß wiedergegeben und mit Hintergrundwissen zur Verständlichkeit, sowie durch gedankliches Allgemeingut ergänzt :

Eine unbehandelte Schlafapnoe führt zu schwerwiegenden Erkrankungen.

Das obstruktive Schlafapnoesyndrom tritt in der erwachsenen Bevölkerung mit einer Häufigkeit von ca. 3 – 4 % auf. Etwa 4 Mio. Menschen leiden allein hierzulande an dieser Krankheit - fast 90% von ihnen, ohne es überhaupt zu wissen. Die Volkskrankheit Schlafapnoe ist damit eine sehr häufige und gefährliche Ursache für den gestörten Schlaf.

Wussten Sie, dass die wiederholten nächtlichen Atemaussetzer bei Schlafapnoe als ein unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines hohen Blutdrucks nachgewiesen worden sind, dem größten Risikofaktor für das Auftreten eines Schlaganfalls?

Die Zahlen sind erschreckend: Bei Schlaganfall und seiner Vorstufe der TIA (transitorische ischämische Attacke) ist in ca. 60% der Fälle ein Schlafapnoesyndrom nachweisbar.

Die mit einer Schlafapnoe einhergehenden Atemaussetzer im Schlaf führen zunächst zum Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut, so dass lebenswichtige Organe, wie auch unser Gehirn, schlecht mit Sauerstoff versorgt werden.

Schlaganfall (auch Apoplex, Hirnschlag oder Insult) ist die dritthäufigste Todesursache in den Industrieländern, weltweit die zweithäufigste Todesursache und die häufigste lebensgefährdende neurologische Erkrankung. Schlaganfall ist aber auch die wichtigste Einzelursache für schwerste Behinderungen und Pflegebedürftigkeit.

Bei den bekannten Risikofaktoren für das Auftreten eines Schlaganfalls kommt einem erhöhten Blutdruck eine ganz vorrangige Bedeutung zu, im Vergleich zu anderen Faktoren wie Herzerkrankungen, Zucker (Diabetes mellitus)- und Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht und Zigarettenrauchen. In den Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft wird daher in der Prävention (vorbeugenden Maßnahmen) des Schlaganfalls der Behandlung eines hohen Blutdrucks allergrößte Bedeutung zugemessen – und das Schlafapnoesyndrom ist in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen als unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung eines hohen Blutdrucks nachgewiesen worden.

Bei 7 von 12 Patienten mit einem Schlaganfall oder seiner Vorstufe der TIA (transitorische ischämische Attacke) liegt ein Schlafapnoesyndrom vor, das sind 58% dieser Patienten.

Bei 7 von 11 Patienten mit einem unbehandeltem Schlafapnoesyndrom ist als Ursache für die Entstehung des Schlaganfalls starkes Schnarchen und die arterielle Sauerstoffentsättigung während des Atemstillstandes nachgewiesen worden, das sind 64% dieser Patienten. (mit arteriell ist das sauerstoffreiche arterielle Blut gemeint, welches in einem Blutgefäß / einer Ader vom Herzen wegtransportiert wird).

Fallbeispiel: A. K., geboren *1951, männlich, Körpergröße 170 cm, 80 kg (BMI: 27,7 kg/m²), Kfz-Meister, ist nie Raucher gewesen, Diagnose: arterielle Hypertonie = Bluthochdruck, (ein Krankheitsbild, bei dem der Blutdruck des arteriellen Gefäßsystems chronisch erhöht ist), wegen Anzeichen von körperlicher Schwäche und auffälliger Leistungsminderung wird im März 2010 (3/2010 – vor Apoplex) eine Polysomnografie im Schlaflabor vorgenommen mit einem unauffälligen Ergebnis und keiner Notwendigkeit einer Behandlung oder Therapieeinleitung.

Die Untersuchung sollte in sechs Monaten wiederholt werden

Der Patient hatte dann im Juli 2010 einen Schlaganfall (7/2010 – nach Apoplex), wahrscheinlich als Stressreaktion auf eine Schwächephase und jetzt wurde bei einer erneuten sofortigen Polysomnografie im Schlaflabor lautes heftiges Schnarchen mit Atemaussetzern im Schlaf festgestellt. Hierbei handelte es sich sowohl um obstruktive Atempausen, die bei nach wie vor

vorhandenem Atemantrieb durch den Verschluss der oberen Atemwege im Bereich des Gaumens und des Zungengrundes, infolge starker Erschlaffung der Muskulatur im Schlaf, entstehen; als auch um zentrale Ereignisse, die durch vorübergehendes Aussetzen der Atemimpulse vom Gehirn aus, trotz freier Atmung, entstehen, der Körper "vergisst" zu atmen. Die Atemwege bleiben offen und sobald die Atembewegungen vom Gehirn gesteuert wieder einsetzen, beginnt auch die unbehinderte Atmung wieder. Oft zeigt sich ein periodisches Atemmuster mit vielen Atempausen, die sich negativ auf die Schlafqualität auswirken. Zentrale Atemstörungen werden auch im höheren Alter und bei Patienten mit Herzinsuffizienz vermehrt gefunden.

Nach einem Schlaganfall treten mit einer Häufigkeit von bis zu 60% Schlafapnoen als Folge auf und es kommt dadurch zu einem weiteren Anstieg des Bluthochdrucks und zu Herzrhythmusstörungen.

Die auf jede Atempause folgenden lebensnotwendigen Weckreaktionen treten bei Patienten mit Schlaganfall deutlich verzögert auf, so dass die Apnoephasen länger andauern und somit die Sauerstoffversorgung des Gehirns zusätzlich noch weiter verschlechtert wird. Dies könnte die erschreckend hohe Todesrate nach eingetretenem Schlaganfall erklären.

Die Wahrscheinlichkeit nach einem Schlaganfall zu versterben ist bis zu 6-fach erhöht.

Diese Zusammenhänge sind vor allem deswegen von Bedeutung, weil einerseits sowohl eine erfolgversprechende Primär-Prävention des Schlaganfalls und auch die Sekundär-Prävention nach bereits erfolgtem Schlaganfall ohne die erfolgreiche Behandlung der Schlafapnoe ausgeschlossen ist und auch andererseits das funktionelle Ergebnis der Rehabilitation nach erfolgtem Schlaganfall ohne diese Behandlung schlechter ist (unter einer Primär-Prävention werden alle Maßnahmen und Verhaltensweisen verstanden, die geeignet sind, eine Krankheit zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen – die Sekundär-Prävention kommt zum Zuge, wenn eine Krankheit bereits Symptome verursacht. Sie soll eine Verschlimmerung oder ein Wiederauftreten verhindern und einer Chronifizierung entgegenwirken).

Die Studien beweisen:

- "Schlafapnoe ist hochgradig assoziiert (verknüpft) mit hohem Blutdruck, unabhängig von allen anderen Risikofaktoren."

British Medical Journal 2000;320:470-82 Obstructive sleep syndrome as a risk factor for hypertension: population study. Lavie P, Herer P, Hoffstein V.

- "Es besteht eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen dem Schweregrad eines Schlafapnoesyndroms und der Entwicklung eines hohen Blutdrucks, wie in einer 4-jährigen Verlaufsbeobachtung festgestellt wurde."

The New England Journal of Medicine 2000;342:1378-84 Prospective Study of The Association between Sleep-Disordered Breathing and Hypertension. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J.

- "Schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoesyndrom) sind ein prognostisch (vorhersagend) unabhängiger Faktor in Hinsicht auf die Mortalität (Sterblichkeitsrate) nach dem ersten Schlaganfall."

European Respiratory Journal 2004;24:267-272 Sleep-related breathing disorders: impact on mortality of cerebrovascular disease. Parra O, Arboix A, Montserrat JM, Quinto L, Bechich S, Garcia-Eroles L.

- "Patienten mit Schlaganfall haben in einem hohen Prozentsatz ein Schlafapnoesyndrom (77% bei Männern, 64% bei Frauen); 4 Jahre nach dem Schlaganfall waren 21 % gestorben – alle hatten eine Schlafapnoe!"

Stroke 1996;27:401-407 Investigating the Relationship Between Stroke and Obstructive Sleep Apnea. Dyken ME, Somers VK, Yamada T.

- "Schlafatmungsstörungen sind häufig bei akutem Schlaganfall (Untersuchungen ca. 10 Tage nach dem Ereignis) – bei ca. 67% der Patienten, unabhängig von der Lokalisation der Läsion im Gehirn" (damit ist die örtliche Zuordnung oder genaue Lagebestimmung der daraus resultierenden Beschädigung an dem Körperteil, hier dem Gehirn, gemeint, sie gibt Anhaltspunkte über die Art und das Ausmaß der körperlichen Symptome einer Läsion (von lateinisch laesio = Verletzung)).

Stroke 1997;28:1765-1772 Sleep-Disordered Breathing in Patients with Acute Supra- and Infratentorial Stroke – a Prospective Study of 39 Patients. Bassetti C, Aldrich MS, Quint D.

➤ "Schlafbezogene Atmungsstörungen sind häufig bei Patienten mit frischem Schlaganfall – die funktionellen Störungen korrelieren (stehen in Wechselbeziehung zueinander) mit dem Ausmaß der arteriellen Sauerstoffsättigung."

Stroke 1996;27:252-259 Sleep-Disordered Breathing and Poor Functional Outcome After Stroke. Good DC, Henkle JO, Gelber D, Welsh J, Verhulst S.

Die Folgen durch den gestörten Schlaf:

➤ Übergewicht / Adipositas = BMI größer als $>30,0 \text{ kg/m}^2$ Besonders hohes Risiko in Verbindung mit lautem und unregelmäßigem Schnarchen. Durch Schlafmangel besonders hohe Ausschüttung des Appetithormons "Ghrelin".

➤ Darüber hinaus werden auch Depressionen und Nierenversagen, sowie Impotenz und Libidoverlust mit der Schlafapnoe in Verbindung gebracht

➤ 40–70% - Diabetes Allein ca. 50% der schwer einstellbaren Diabetiker vom Typ2 sind von Schlafapnoe betroffen.

➤ 30–70% - Herzerkrankungen Bei rund 70% der Patienten mit Herzschwäche und bei ca. 30–40% derer mit koronarer Herzerkrankung (Erkrankung der Herzkranzgefäße), Herzrhythmusstörungen oder Herzinfarkt ist eine Schlafapnoe nachweisbar.

➤ 50% - Tagesmüdigkeit Sie wird zu 50% durch eine nicht behandelte Schlafapnoe hervorgerufen und ist eine der Ursachen von Sekundenschlaf.

➤ 30% - Bluthochdruck Bis zu 30% der Betroffenen leiden an Schlafapnoe!

➤ 60% - Schlaganfall Dieser ist in 60% Ursache oder Folge einer Schlafapnoe!

Die Hälfte der Schlaganfallpatienten erleidet eine erneute Attacke - 60 Prozent von diesen Patienten sterben innerhalb von zehn Jahren nach dem Schlaganfall.

Nach dem Schlaganfall ist vor dem Schlaganfall!

Nationale und internationale Leitlinien medizinischer Gesellschaften geben klare Empfehlungen, wie man dem so genannten »Folge-Schlaganfall« vorbeugen sollte.

Nahezu jeder vierte Patient, der einen Schlaganfall überlebt, erleidet in den ersten drei Jahren danach einen zweiten. Dieser endet häufig tödlich oder zieht eine schwere Pflegebedürftigkeit nach sich. Die Vorbeugung beginnt unmittelbar nach dem ersten "Schlag" und beinhaltet neben einer gesunden Lebensweise auch die richtige medikamentöse Therapie.

Schlafstörungen bei Schlaganfall sind sehr vielfältig, da nicht nur der "Schlag" selbst durch unterschiedliche Bestimmung seiner Lage, Größe, Natur und Entwicklungsstufe, sondern auch seine Begleiterkrankungen das Schlafmuster beeinflussen. Zur Ermittlung der optimalen Therapie sind Untersuchungen der objektiven und subjektiven Schlaf- und Aufwachqualität im Schlaflabor zu empfehlen.

Untersuchungen hinsichtlich Schlafstörungen ergaben folgende Ergebnisse: 81% Prozent der Schlafgestörten leiden an ihren Schlafstörungen länger als ein Jahr, mehr als die Hälfte der Schlafgestörten sogar mehr als fünf Jahre. Schlafstörungen sind somit chronische Störungen, die mit dem Alter zunehmen: 13 Prozent der unter 30-Jährigen, 21 Prozent der 31- bis 50-Jährigen und 42 Prozent der über 50- Jährigen sind davon betroffen.

Durchblutungsstörungen des Gehirns, vor allem der Schlaganfall, zeigen ebenfalls ein steiles Ansteigen mit dem Alter, wobei die Prävalenz dafür (Krankheitshäufigkeit) in der Bevölkerung für Menschen über 65 zwischen 4,6 und 7,3 Prozent liegt.

Schlaf als Risikofaktor:

Nach einer Metaanalyse an fast 12.000 Schlaganfall-Patienten (das ist eine große statistische Analyse-Sammlung von zusammengeführten Analyse-Ergebnissen mehrerer Einzelstudien) stellt der Schlaf selbst einen Risikofaktor für einen Schlaganfall dar. Zwischen sechs Uhr und zwölf Uhr kommt es zu einem 48-prozentigen Anstieg der Schlaganfälle aller Untertypen. Insgesamt ereignen sich zwischen vier und zwölf Uhr mehr Schlaganfälle als zu jeder anderen Tageszeit. Eine mögliche Erklärung für diesen Umstand sind zirkadiane (tagesrhythmische) und lageabhängige Veränderungen der Blutgerinnung, des Blutdrucks sowie der Herzfrequenz

beim Erwachen.

Vor allem aber stellen Schnarchen und schlafbezogene Atmungsstörungen Risikofaktoren für einen Schlaganfall dar. So berichteten Martinez-Garcia et al. bei Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall, dass 64,7 Prozent von ihnen vor dem Schlaganfall geschnarcht hätten und dass 21,6 Prozent eine Schlafapnoe aufgewiesen hätten. Nächtliche Schlaganfälle (60,4 Prozent) waren mit einem charakteristisch höheren Apnoe-Hypopnoe-Index verbunden (AHI) als Schlaganfälle, die tagsüber auftraten.

Studien zeigten, dass 37 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen schnarchen, wobei ein steiler Anstieg der Prävalenzzahlen (Kennzahlen der Krankheitshäufigkeit) mit dem Alterungsprozess zu beobachten ist: 54 Prozent der Männer über dem 50. Lebensjahr schnarchen, und 15,2 Prozent berichten über nächtliche Atempausen, was einen Hinweis auf eine Apnoe darstellen kann. Bei Frauen über dem 50. Lebensjahr zeigt sich die Situation etwas gemäßigter: 33,8 Prozent von ihnen schnarchen, und bei 12,1 Prozent werden nächtliche Atempausen beobachtet.

Schlaflabordaten von 1.103 Patienten zeigten bei 25 Prozent die Diagnose einer Schlafapnoe (definiert nach ICSD und einem Apnoe-Index = AI größer als >5/ je Stunde Schlaf beziehungsweise Apnoe-Hypopnoe-Index = AHI größer als >10/ je Stunde Schlaf), bei 20 Prozent die Diagnose einer obstruktiven Hypopnoe beziehungsweise obstruktives Schnarchen (AI kleiner als <5/ je Stunde Schlaf, AHI 5 bis 10/ je Stunde Schlaf, beziehungsweise AHI <5/ je Stunde Schlaf, Schnarchindex >20/ je Stunde Schlaf und Sauerstoffsättigungsindex >5/ je Stunde Schlaf) und bei 16 Prozent die Diagnose primäres Schnarchen (lediglich Schnarchindex >20/ je Stunde Schlaf). Dabei bestand bei 14 Prozent der Schlafapnoiker, bei zehn Prozent der Patienten mit obstruktiver Hypopnoe/obstruktivem Schnarchen und bei fünf Prozent der primären Schnarcher die Zusatzdiagnose einer zerebrovaskulären Störung (Erkrankung der Gehirngefäße – cerebrum = lateinisch Gehirn, vas = lateinisch Gefäß).

Schlafstruktur nach Schlaganfall:

Im akuten Zustand nach dem Schlaganfall kann es zu Änderungen der Struktur des Schlafes und zum Auftreten von Insomnien (Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten), Hypersomnien (übermäßige Schlafneigung während des Tages, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) und Parasomnien (Schlafstörungen mit Alpträumen, Nachtschreck - Pavor nocturnus und Schlafwandeln) kommen, begünstigt sowohl durch die Intensivbetreuung auf der Stroke Unit als auch durch lähmungsbedingtes Unvermögen eine gewohnte Schlafhaltung einzunehmen.

Über einen Mangel an Schlaf durch Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten berichten 57 Prozent der Schlaganfallpatienten, ein vermehrtes Schlafbedürfnis weisen 29 bis 68 Prozent der Patienten auf. Störungen des REM-Schlafes treten meist in unbekannter Größenordnung und Ursache auf.

Atmungsstörungen nach Schlaganfall:

Schlafbezogenen Atmungsstörungen stellen häufige Komorbiditäten dar (60 bis 70 Prozent) [als Komorbiditäten oder Begleiterkrankungen (engl. *comorbidity*) werden in der Medizin eine oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet]. Eine vorliegende Schlafapnoe im Rahmen eines Schlaganfalls ist aufgrund der herabgesetzten nächtlichen Sauerstoffsättigung mit einer frühzeitigen neurologischen Verschlechterung, nicht aber mit der örtlichen Zuordnung, bzw. der genauen Lagebestimmung oder der Größe des "Schlags" verbunden. Schlaganfallpatienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen und einem niedrigeren Barthel-Index (Ergebnis aus Standard Fragen zur Klärung des Grades der *Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten*) zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung zeigen eine höhere Anzahl der Todesfälle nach einem Jahr. Die Vier-Jahres-Sterberate für Schlafapnoepatienten mit Schlaganfall beträgt 21 Prozent. Als wichtigste Ursache der erhöhten vaskulären (die Blutgefäße betreffenden) Krankheitshäufigkeit (Morbidität) und Sterblichkeit oder Sterberate (Mortalität) gilt die konstante nächtliche Sympathikusüberaktivität (eine Regulationsstörung des vegetativen Nervensystems) beim unbehandelten OSA-Patienten sowie die fehlende nächtliche Blutdruckabsenkung.

Depressionen nach Schlaganfällen sind eine weitere Komorbidität (Begleiterkrankung) und tre-

ten mit einer Häufigkeit von ca. 20 bis 25 Prozent nach dem Akutereignis auf. Der Häufigkeitsgipfel wird nach drei bis sechs Monaten erreicht. Ein Viertel der Patienten ist unbehandelt auch nach zwei Jahren noch depressiv. Depressive Schlaganfallpatienten zeigen einen schlechteren Rehabilitationserfolg sowie eine deutlich erhöhte Anzahl der Todesfälle.

Der Grad der Behinderung, beziehungsweise der Grad der Aktivitäten des täglichen Lebens nach einem Schlaganfall, weist eine verminderte Verbesserungstendenz auf. Eine individuelle Vorhersage der Besserung (Prognose) nach einem Schlaganfall ist schwierig, weil jedes Gehirn anders auf einen Hirninfarkt reagiert. Einige Patienten erholen sich schnell wieder vollständig, während andere Monate und Jahre brauchen, bis sie ihre Alltags- und Freizeitaktivitäten wie selbstständiges Waschen, Sport oder Reisen wieder in den Griff bekommen.

Der eindeutige Zusammenhang zwischen Bluthochdruck (arterieller Hypertonie), schlafbezogener Atmungsstörung sowie erhöhtem Schlaganfallrisiko wurde in mehreren Studien beschrieben.

Die Behandlung einer schlafbezogenen Atmungsstörung ist daher bei Schlaganfallpatienten dringend angezeigt, wobei für die Behandlung – abhängig von Schweregrad und Akzeptanz – sowohl verhaltensmedizinische, medikamentöse, operative, zahnmedizinische und pneumologische Behandlungsformen in Frage kommen. Zu 90 Prozent haben die Schlaganfallpatienten eine obstruktive Schlafapnoe.

➤ Die Behandlungserfolge bei Schlaganfallpatienten mit angewandter CPAP-Therapie (**C**ontinuous **P**ositive **A**irway **P**ressure = Kontinuierlicher Atemwegsüberdruck) sind größer, die Überlebenschance ist höher und die Rückbildung der Schlaganfallsfolgen ist besser.

➤ Zur Therapie-Auswahl gehören aber immer auch Gewichtsreduktion, Lagertherapie (Vermeidung der Rückenlage, wenn dadurch Schnarchen verhindert und Abhilfe von Atemaussetzern erfolgt), Unterkieferprotrusionsschienen, Druckatmungstherapie (CPAP, Bilevel, ASV, NIV), Chirurgische Eingriffe an den oberen Atemwegen.

➤ Nächtliche Überdruckatmung: Mit CPAP beginnt die Besserung der neurologischen Ausfälle schon nach einem Monat.

Untersucht wurden 140 Patienten nach einem Schlaganfall. Alle hatten nach dem Ereignis Atmungsstörungen, AHI mehr als >20/je Stunde Schlaf. Die Hälfte begann innerhalb der ersten Woche nach dem Schlaganfall mit einer CPAP-Therapie, die anderen nicht. Über zwei Jahre erfolgten Nachuntersuchungen. Wurde CPAP früh eingesetzt, war die Besserung der neurologischen Ausfälle nach einem Monat deutlich ausgeprägter. Ein erneuter Schlaganfall oder ein Herzinfarkt trat in der CPAP-Gruppe nach im Mittel 15 Monaten auf, in der unbehandelten Gruppe schon nach im Mittel 8 Monaten.

Schlafapnoe und Schlaganfall – Fazit:

➤ Die Verbindung (Assoziation) zwischen Schlafapnoe (insbesondere vom obstruktiven Typ der Schlafapnoe) und kardiovaskulären Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) wie der arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck), der koronaren Herzkrankheit (Erkrankung der Herzkranzgefäße), der Herzinsuffizienz (Herzschwäche) und – seit kurzem – auch dem plötzlichen Tod im Schlaf sowie dem Schlaganfall wurde in den letzten 15 Jahren durch eine zunehmende Anzahl Studien anerkannt.

➤ Die Schlafapnoe tritt häufig bei Patienten mit akutem Schlaganfall auf (50–70%) und geht nicht nur mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko einher, sondern auch mit einer ungünstigeren Prognose (einer ungünstigeren individuellen Vorhersage der Besserung) und einer erhöhten Mortalität (einer deutlich erhöhten Anzahl der Todesfälle).

➤ Die Schlafapnoe kann Ausdruck einer vorbestehenden Störung sein oder auch neu nach einem Schlaganfall einsetzen und ist somit nicht nur als Risikofaktor, sondern auch als Folge der zerebralen Ischämie (einer plötzliche Minderdurchblutung des Gehirns) anzusehen. Schlafapnoe durch Schlaganfall ist also eher selten aber durchaus möglich!

➤ Eine spontane Erholung während der Wochen/Monate nach einem Schlaganfall ist in dieser Situation häufig zu sehen. Die CPAP (continuous positive airway pressure)-Überdruckatmung bleibt die Behandlung der Wahl bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA).

Die positiven Auswirkungen einer solchen Therapie auf die längerfristige kardiovaskuläre Prognose (Vorhersage der Besserung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sind gut dokumentiert. Allerdings ist die Adhärenz niedrig = etwa ~30 Prozent. Als Adhärenz bezeichnet man die Einhaltung der gemeinsam von Patient *und* Arzt gesetzten Therapieziele im Rahmen des Behandlungsprozesses (= Compliance).

Literatur bei den Autoren Lecture Board Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper, Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert, (Quelle: Univ.-Prof. Dr. Bernd Saletu, Dr. Mag. Dorothea Nosiska, Dr. Gerda Saletu-Zyhlarz Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien; Schlaflabor Rudolfinerhaus Dr. Wolfgang Prause, Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Wien, Dr. Michael Saletu, Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Wien, © MMA, CliniCum psy 05/2004)

- Die Indikation zur CPAP-Therapie während der akuten Schlaganfallphase wird – obwohl aufgrund der aktuellen Datenlage ein Nutzen anzunehmen ist – allerdings noch kontrovers beurteilt.
- Schlaganfall durch unbehandelte Schlafapnoe: = beinhaltet ein 3 bis 6fach erhöhtes Risiko.
- Schlafapnoe durch Schlaganfall: eher selten aber möglich.
- Schlaganfall mit Schlafapnoe: die ungünstige Prognose wird halbiert durch die Therapie mit der Überdruckatmung (CPAP) ungünstige Vorhersage der Besserung wird etwas vorteilhafter.
- Bessere Rückbildung der Schlaganfallsfolgen unter CPAP-Therapie.

Todesursache – Schlaganfall:

- Das Statistische Bundesamt in Deutschland stellte für das Jahr 2006 = 65.133 Todesfälle nach Schlaganfall fest, was einem Anteil von 7,9 % aller Todesfälle entspricht.

Die Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und zerebrovaskulären Erkrankungen (Erkrankung der Hirngefäße, Störung der Versorgung des Gehirns mit Blut) sind komplex, da sie sich gegenseitig verursachen können und auch durch ähnliche prädisponierende Faktoren begünstigt werden (Faktoren, welche das Risiko erhöhen).

Für die Todesursache – obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) gibt es keine statistischen Erhebungen.

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 und Herrn Schumacher beendet. Die Zuhörer zeigten großes Interesse an dem Vortrag "Schlafapnoe und Schlaganfall - Ursache oder Folge?" und hatten sich vorher das Schlaflabor angesehen und Informationsgespräche mit den Mitarbeitern der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und der Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger geführt.

Beginn des Treffens 15:⁰⁰ Uhr, Ende ca. 18:⁴⁵ Uhr, Teilnehmerzahl: 65 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 35 Patienten mit 10 Angehörigen der SSG, 13 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; beim Vortrag um 16:³⁰ Uhr waren 52 Zuhörer anwesend, von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 6 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weiter Informationen der SSG zu bekommen, 7 Teilnehmer trugen sich nicht in die Anwesenheitsliste ein.

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

++aufgelesen+++aufgelesen+++ aufgelesen+++ aufgelesen+++ aufgelesen+++ aufgelesen++
Ein Teilnehmer unserer Selbsthilfegruppe hat in der *Neue Zürcher Zeitung* gelesen:

Atempausen beim Schlafen fördern geistigen Abbau - Unzureichende Sauerstoffaufnahme Betagte Personen, deren Atmung beim Schlafen wiederholt aussetzt, sind offenbar in erhöhtem Masse von einer Beeinträchtigung des Denkvermögens bedroht. Zu diesem Ergebnis

kommen wenigstens amerikanische Wissenschaftler nach Auswertung der Daten ihrer jüngsten Studie, an der knapp 300 durchschnittlich 82-jährige Personen mit anfänglich normalen kognitiven Fähigkeiten (wahrnehmen, lernen, erinnern und denken) beteiligt waren. Wie sich in der vorliegenden Studie zeigte, waren die im Extremfall Schlafapnoesyndrom genannten nächtlichen Atemstörungen überaus häufig – ein bei betagten Personen nicht überraschender Befund. So registrierten die Forscher bei 105 Probanden (35 Prozent) mindestens fünfzehn längere Atemaussetzer pro Stunde ihres Nachtschlafs. Diese Personen trugen aber ein rund doppelt so hohes Risiko für markante Einbussen der kognitiven Fähigkeiten wie ihre ruhiger schlafenden Altersgenossen. Je häufiger und anhaltender zudem die nächtliche Luftnot, desto eher kam es zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung des Denkvermögens. Massgeblich verantwortlich für die schädliche Wirkung der wiederholten Atemaussetzer war offenbar die unzureichende Sauerstoffaufnahme aus der Luft. Mit dem Ausmass des Sauerstoffmangels im Blut stieg jedenfalls die Gefahr eines vorschnellen geistigen Verfalls.

(Quelle *Journal of the American Medical Association* 306, 613–619 (2011). *Neue Zürcher Zeitung*, Nicola von Lutterotti)

!ACHTUNG! Termin-Änderung! !ACHTUNG! neuer Termin unserer nächsten Veranstaltung, dem 5. Patiententreffen 2011, schon am Mittwoch den 07. September 2011, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter Hauptgebäude), zu einem Vortrag von Herrn Prof. Dr.-Ing. Thomas Netzel: Thema "**Können CPAP-Geräte altern?**" und wenn "JA", welche Auswirkungen hat das auf die Therapie der Schlafapnoe?, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek, anschließend Diskussion.

Der Termin unseres 6. Patiententreffens 2011 bleibt unverändert, Mittwoch 12. Oktober 2011, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, im KRANKENHAUS GROßHANS DORF, Vortragssaal,

!ACHTUNG! Änderung – Neues Thema! !ACHTUNG! Neues Thema

"Raucherentwöhnung" Glücklicher Nichtraucher! Vernünftige Gründe, um mit dem Rauchen Schluss zu machen! Vortrag von Frau Dr.med. Maike Oldigs, Oberärztin im Schlaflabor im KRANKENHAUS GROßHANS DORF, anschließend Diskussion.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.32 / Mai 2011 -**VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen : RESMED GmbH&Co.KG Broschur "Endlich wieder ruhig schlafen", Booklet "Schlafapnoe! Was nun?", "Schnarchen Sie auch?", "Sekundenschlaf", Prospekt "Bessere Lebensqualität für Diabetiker – Sofort!", Firmen Magazin **LIFE** Nr. 4/2008 von HOFFRICHTER GmbH, Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: SanofiAventis Deutschland GmbH, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Müdigkeit im Straßenverkehr" Booklet ADAC e.V. Ressort Verkehr, "Augen auf im Straßenverkehr" Infoblatt durch Heinen + Löwenstein, Broschüre "Strahlung | Strahlenschutz" eine Information des Bundesamtes für Strahlenschutz zum Thema Elektromog. SSG Protokolle der letzten Veranstaltungen und Info-Flyer "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe in Norddeutschland.

Soweit mein Bericht von der Sonderveranstaltung zum "Tag des Schlafes" und "Tag der offenen Tür" in den Räumen des Schlaflabors Dr. Hein, im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift und für einen Vortrag in der Cafeteria des Krankenhauses (Mitarbeiter-Kantine), im Untergeschoss des Krankenhaus – Hauptgebäudes, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek und vielen Mitarbeitern von neun verschiedenen Firmen der Medizintechnik bzw. Hilfsmittelversorgern die ihre Produkte vorgestellt haben und denen ich im Namen aller Teilnehmer noch einmal herzlich Dankeschön sage.

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

Ilse und Steffen Schumacher, für die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de, Web: www.schlaf-portal.de