

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, Freitag, den 27. Mai 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 dritten Patienten-Treffen am 13. April 2011 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 3. Treffen der SSG am Mittwoch 13.04.2011 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieser dritten Selbsthilfe-Informationsveranstaltung 2011, zu der in das Krankenhaus Reinbek eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Dr.med. H. Hein aus Reinbek, Herrn Dr.med. B. Voges, Hamburg, die MTA Frau A. Paezoldt, 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. Frau K. Heise von der Fa. anamed GmbH Niederlassung Hamburg, Herrn F. Menzel von der Fa. FLO Medizintechnik GmbH, Melle-Riemsloh, Herrn C. Radtke von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG, Hamburg, und Frau J. Overend von der Fa. RESMED GmbH Niederlassung Hamburg.

Dieses Patiententreffen fand wieder in der Aula der Pflegeschule (hinter dem Hauptgebäude des Krkh.Rbk.St.Adolf-Stift) statt. Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen bekommen können.

TOP 2.) Vortrag durch: Herrn Dr.med. Berthold Voges,

Facharzt für Neurologie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf,
Neurologie und Epilepsiezentrum Hamburg

zum Thema: " Bewegungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf "

es folgt Seite – 2 –

Thema: " Bewegungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf - gibt es einen Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom ? "

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

Leider ist es nicht möglich die von Herrn Dr. Voges vorgeführten 15 Video-Filme von den nächtlichen Schlafepisoden der fünfzehn verschiedenen Patienten mit neurologischen Schlafstörungen im Protokoll wiederzugeben. Deswegen haben leider Alle, die nicht an dem Patiententreffen teilnehmen konnten, wirklich etwas sehr Interessantes verpasst.

Die Videos sind mit dem Einverständnis der Betroffenen zum Zweck der medizinischen Weiterbildung von Herrn Dr. Voges vorgeführt worden, die Gesichter wurden durch einen schwarzen Balken unkenntlich gemacht.

Warum ein neurologisches Schlaflabor?

Was passiert dort? Welche Diagnosen und Therapien / bzw. Heilbehandlungen sind möglich? Schlafbezogene Atmungsstörungen werden in Deutschland in vielen Schlaflaboren und bei niedergelassenen Lungenfachärzten und Schlafmedizinem ambulant diagnostiziert. Während für behandlungsbedürftige neurologisch-psychiatrische Schlafstörungen nur etwa 50 Diagnoseplätze und sehr wenige niedergelassene Spezialisten für schätzungsweise fünf bis acht Millionen Patienten zur Verfügung stehen.

Es wird eine Diagnostik / Kontrolluntersuchung im Schlaflabor über zwei Nächte durchgeführt. Eine sogenannte PSG = Polysomnografie, auch Polysomnographie. Die Polysomnographie, ist die umfangreichste Untersuchung des Schlafes einer Person. Mit dieser Technik werden mehrere unterschiedliche Körperfunktionen kontinuierlich während der ganzen Nacht überwacht. Hierbei werden viele unterschiedliche Biosignale gleichzeitig gemessen, die eine exakte qualitative und quantitative Beschreibung des Schlafes ermöglichen. Häufig werden hierbei Phänomene festgestellt, von denen der Patient selber nichts wissen kann – da er ja schläft.

Bei einer Polysomnografie im Schlaflabor werden nach Bedarf folgende Überwachungen / Ableitungen standardmäßig durchgeführt:

Hirnstrombild (EEG)

Herzrhythmus (EKG)

Sauerstoffgehalt des Blutes (Pulsoxymetrie)

Körpertemperatur

Atemfluss (Mund und Nase)

Atmungsbewegungen

Muskelspannung (EMG)

Beinbewegung

Augenbewegung (EOG)

Körperlage

Zusätzlich können folgende Maßnahmen bzw. Messungen während des Schlafes vorgenommen werden:

Tonaufzeichnung

Videoaufzeichnungen

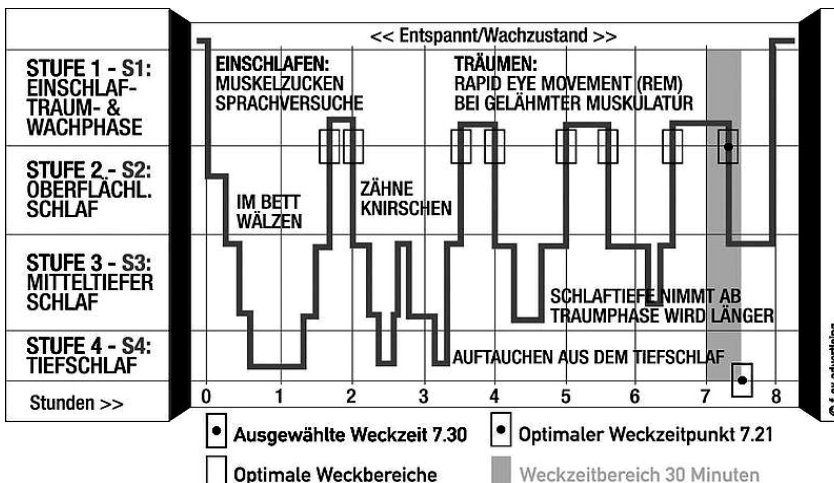
Blutdruck

Magensäurerückfluss

Druckunterschiede im Brustkorb

Erektionen

Maskendruck (für Atemmasken)



Wenn der Patient dann noch schlafen kann, wird man sehen, wie er geschlafen hat!

Eine Zusammenfassung der aufgezeichneten EEG-, EOG- und EMG-Ableitungen wird als Hypnogramm, auch Schlafbild oder Schlafprofil bezeichnet.

Sowohl REM- als auch Tiefschlafphasen sind üblicherweise von beinahe vollständiger Bewegungslosigkeit gekennzeichnet.

Beim Übergang von der Tiefschlaf- in die REM-Schlaf-Phase und umgekehrt kommt es vermehrt zu Körperbewegungen. Mittels dieser Bewegungen werden die Schlafphasen voneinander unterschieden und der Aufwachzeitpunkt optimiert.

Aus dem Ganznacht-EEG lassen sich Informationen über die Einschlaf latenz, die Verteilung der Schlafstadien (dargestellt als Hypnogramm) sowie über Weckreaktionen (spontan oder infolge äußerer bzw. innerer Störquellen wie z.B. Lärm oder schlafbezogene Atmungsstörungen) erzielen. Weitere Aufschlüsse über physiologische Prozesse im Schlaf (Physiologie ist die Lehre von der Funktionsweise des Körpers) und pathologische Prozesse im Schlaf (Pathologie ist die Lehre von den krankhaften Veränderungen am Körper eines Lebewesens) können ebenfalls aus dem Ganznacht-EEG gewonnen werden. Meist wird das EEG im Rahmen der Polysomnographie mit der Messung weiterer physiologischer Parameter kombiniert.

Regeln für einen guten Schlaf – gegen schlechte Schlafhygiene!

Eine der wichtigsten Maßnahmen ist die Einhaltung von Schlafhygiene. Hierfür ist es notwendig, Basiswissen über die Schlaf-Wach-Regulation zu erwerben. Allein durch die "Schlafschule" wird sehr oft eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht.

Zur Schlafenszeit

° Jeden Morgen zur gleichen Zeit aufstehen, unabhängig von der Dauer und Güte des Nachtschlafes, auch im Urlaub und am Wochenende (wichtigste Regel).

° Den Tag ruhig ausklingen lassen und vor dem Schlafengehen keine anstrengenden körperlichen oder geistigen Tätigkeiten ausführen.

° Das Licht beim Zubettgehen mit der Absicht ausschalten, nun einzuschlafen. Nicht nachts wach liegen bleiben, sondern aufstehen und in einem anderen Raum mit leichter Beschäftigung (kein Fernsehen) Ablenkung suchen, bis Schläfrigkeit eintritt. Dann zum Schlafen ins Bett zurückkehren und – falls nötig – den Vorgang wiederholen.

° Tagsüber – jedenfalls nicht nach 15.00 Uhr – kein "Nickerchen" machen. Sollte die Schläfrigkeit zu groß werden, höchstens eine Stunde schlafen.

Zur Schlafumgebung

° Die Schlafumgebung so gestalten, dass sie den Schlaf fördert (angenehm kühles Raumklima, wenig Licht und Lärm). Schnarcht der Partner, getrennte Schlafzimmer bevorzugen.

° Das Zubettgehen mit einem Ritual verbinden (z. B. Abendspaziergang, Musikhören, Entspannungstraining).

° Schlafzimmer und Bett nur zum Schlafen nutzen. Keinesfalls im Bett lesen oder arbeiten.

° Nachts nicht auf die Uhr sehen (Wecker z. B. unter dem Bett verstecken).

° Abends helles Licht vermeiden.

Regeln zu Essen, Trinken und Rauchen

° Weder mit vollem Magen, noch hungrig ins Bett gehen. Nie nachts essen.

° Spätestens vier Stunden vor dem Schlafengehen keine alkohol- oder koffeinhaltigen Getränke mehr trinken (Kaffee, Tee, Cola).

° Einige Stunden vor dem Schlafengehen nicht mehr rauchen.

Quelle: Psychiatrisch-Neurologisches Schlaflabor PUK Charité im SHK, 10559 Berlin, Dr. Dieter Kunz

Schlafmedizinische Störungsbilder:

Schlafstörungen sind Abweichungen vom gesunden Schlafverhalten.

Schlafstörungen können nach der *internationalen Klassifikation der Schlafstörungen* ("*International Classification of Sleep Disorders*", kurz *ICSD-2*) 2. Ausgabe von 2005 in 8 Gruppen eingeteilt werden.

1. Insomnien = Schwierigkeiten beim Einschlafen, Störungen des Durchschlafens und vorzeitiges Erwachen.
2. Schlafbezogene Atmungsstörungen = die Schlafapnoe (vorübergehende Atemstillstände im Schlaf, meist mit Schnarchen verbunden) ist eine schlafbezogene Atmungsstörung.
3. Hypersomnien = übermäßige Schläfrigkeit während des Tages, zentralen Ursprungs, nicht bedingt durch zircadiane Rhythmusstörungen, schlafbezogene Atmungsstörungen oder andere Ursachen eines gestörten Schlafes.

4. zirkadiane Rhythmusstörungen = Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, finden sich zum Beispiel bei Schichtarbeit oder bei Zeitzonewechsel (Jet-Lag).
5. Parasomnien = sind sogenannte Aufwachstörungen (Arousalstörungen) aus dem Schlaf heraus wie Schlafwandeln (Somnambulismus), Alpträume (auch Alpträume) ein Traum, der von Emotionen wie Angst und Panik beim Träumenden begleitet wird, nächtliches Aufschrecken (Pavor nocturnus), nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus).
6. Schlafbezogene Bewegungsstörungen = unter die schlafbezogenen Bewegungsstörungen fällt das Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom).
7. Isolierte Symptome, augenscheinlich normale Varianten, und ungeklärte Probleme
8. andere Schlafstörungen
Eine Schlaflosigkeit, die weder auf eine organische, noch auf eine psychiatrische Grunderkrankung bzw. eine der oben genannten Schlafstörungen zurückzuführen ist, nennt man primäre Insomnie

Die Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, bei deren Entstehung und Entwicklung des krankhaften Prozesses chronobiologische Mechanismen eine besondere Rolle spielen.

Bei Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus besteht ein Missverhältnis zwischen der eigenen "inneren Uhr", d.h. den mit dem Schlaf-Wach-Zyklus verbundenen zirkadianen Rhythmen, und dem "normalen" Schlaf-Wach-Rhythmus im Umfeld des Betroffenen. Solche Störungen können von außen verursacht und vorübergehender Natur sein, etwa beim Jet-Lag-Syndrom oder bei Schichtarbeit. In anderen Fällen handelt es sich um dauerhafte, oft schon in der Kindheit sich abzeichnende Abweichungen. Die folgende Aufzählung gibt einen Überblick über diese Störungen (gemäß der International Classification of Sleep Disorders, ICSD-2).

- °Schlafstörung bei Zeitzonewechsel (Jet-Lag-Syndrom)
- °Schlafstörung bei Schichtarbeit
- °Unregelmäßiges Schlaf-Wach-Muster
- °Verzögertes Schlafphasensyndrom
- °Vorverlagertes Schlafphasensyndrom
- °Schlaf-Wach-Störung bei Abweichung vom 24-Stunden-Rhythmus

Die Parasomnien, der Begriff der Parasomnie wird im Zusammenhang mit verschiedenen schlafbezogenen Störungen gebraucht, die den Schlafprozess unterbrechen und so den erholsamen Schlaf unterbinden. Parasomnien sind durch auffällige Verhaltensweisen gekennzeichnet, die in den meisten Fällen relativ harmlos sind und eher selten auftreten. Wenn sie sich häufen und die Gesundheit der Betroffenen belasten, ist allerdings ärztliche Hilfe erforderlich. Das Krankheitsbild kann auch bei diesen Störungen durch °Insomnien = Ein- und Durchschlafstörungen, °Schlafbezogenen Atmungsstörungen, °Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs = es handelt sich um eine übermäßige Schläfrigkeit während des Tages, °Zirkadiane Schlafstörungen oder °Hypersomnien geprägt sein.

Innerhalb der Parasomnien kommen Aufwachstörungen - wie Schlaftrunkenheit, Schlafwandeln (Somnambulismus) und Schlafterror (Pavor nocturnus) - am häufigsten vor.

°Schlaftrunkenheit (Aufwachen im Verwirrheitszustand)

°Schlafwandeln. Es kommt vor, dass Schlafwandler äußerst komplizierte Handlungen ausführen, zur Vorbeugung vor Verletzungen sollten Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden.

°Essen im Schlaf. Diese Schlafstörung zeichnet sich durch die wiederholte Nahrungsaufnahme in der Nacht aus (Gewichtszunahme).

°Schlafterror. die Betroffenen fahren häufig mit einem gellenden Schrei aus dem Schlaf und zeigen deutliche Anzeichen von Angst (Pupillenerweiterung, schnelle Atmung, Herzrasen, Schwitzen und Erregung).

°Nächtliche Anfälle. Sprechen, Schreien, Weinen, Fluchen und Umherirren im Raum.

°Einschlafzuckungen. plötzliches und blitzschnelles Zusammenzucken des ganzen Körpers kurz vor dem Einschlafen.

°Abnormes Verhalten im REM-Schlaf. im REM-Schlaf sind normalerweise alle Muskeln bewegungslos. Wenn diese Bewegungslosigkeit nicht oder nur teilweise eintritt, werden Träume

regelrecht "ausagiert", d.h. in Handlungen umgesetzt. Dadurch kann es zu gefährlichen Eigen- oder Fremdverletzungen kommen. Im Gegensatz zum Schlafterror können sich die Betroffenen an die lebhaften Träume erinnern.

Aufgrund der erhöhten Unfallgefahr sollten bei Aufwachstörungen folgende Sicherheitsmaßnahmen zur Vorbeugung von Verletzungen getroffen werden:

Entfernung von Hindernissen im Schlafzimmer

Sicherung der Fensterriegel

Austausch des Bettgestells gegen eine auf dem Boden liegende Matratze

Einbau von Alarmglocken an Fenstern und Türen.

Motorische Störungen, sensible Störungen, eine Auswahl:

ALINA – 38 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Tobsuchtsanfälle, epileptische Anfälle nur im Schlaf.

IRA – 23 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Muskelzuckungen, keine Epilepsie, voll normale Einschlaf-Muskelzuckungen, Schlafmyoclonien = Kurze gutartige Muskelzuckungen.

ZARAH – 17 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Verhaltensstörungen, redet im Schlaf, typisch für Schlafwandel, Somniloquie = Sprechen während des Schlafs, reicht vom Ausstoßen undifferenzierter Laute bis zur Aussprache von Worten und ganzen Sätzen, tritt häufig zusammen mit Somnambulismus auf = Mondsucht, Schlafwandeln, Nachtwandeln. Somniloquie verliert sich meist nach der Pubertät.

ANJA – 46 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Verhaltensstörungen, Pavor = Angst, Beklemmung, Hochschrecken, der Pavor nocturnus = Nachtangst, tritt meistens während der ersten Non-REM-Schlafphase (typischerweise 15 Minuten bis eine Stunde nach dem Einschlafen) auf. Wird als grundsätzlich harmlos angesehen. Therapie: Unfallprophylaxe, Absetzen von Antidepressiva-Medikamenten, aber medikamentöse Therapie ohne Antidepressiva, wenn erforderlich.

HANS – 73 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Wutanfall aus dem Schlaf heraus, arbeitet in der Nacht stark gegen Monster, will aber seine Frau vor den Monstern schützen! "Ich bin der König hier!". Im REM-Schlaf bewegt er sich, was eigentlich gar nicht geht, er macht was er träumt, Diagnose: REM-Schlafparasomnie Schenk-Syndrom (bei dem Schenk-Syndrom agiert (handeln/lebhaft bewegen) der Schlafende unkontrolliert im Traum), Therapie: Unfallprophylaxe.

DANIEL – 39 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Verhaltensstörungen, Alpträume seit 20 Jahren, Autounfälle, Heizkörper im Schlaf aus der Wand gerissen und abgetragen, träumt davon, dass seine Schwiegereltern im Bus von 4 schwarzen Männern bedroht werden, Schenk-Syndrom, Chance für Parkinson, hat entgegen der langläufigen medizinischen Auffassung/Meinung Träume im Tiefschlaf und nicht im REM-Schlaf.

BIRGIT – 65 Jahre, (Video-Aufzeichnung), unruhiger Schlaf, zappelt mit den Füßen und stört dadurch Ihren Mann im Schlaf, Schenk-Syndrom im REM-Schlaf, Muskeltätigkeit im Fuß und Bein.

JOHANN – 51 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Berufskraftfahrer im öffentlichen Bus-Linien-Fahrdienst, Demenz, Fahrfehler, Beinzucken, Ärger mit Dienstherrn/Chefs und Fahrgästen, kommt von der Strecke ab, fährt nach Einspruch und Protest der Fahrgäste zurück und kommt dann doch wieder von der vorgeschriebenen Fahrstrecke ab. Diagnose: Restless Legs Syndrom, das RLS tritt fast zu 100% mit Periodischen Beinbewegungen im Schlaf, Periodic Limb Movements in Sleep (PLMS) auf. Hypnogramm = 42 x /h nicht bemerkte Weckreaktionen in der Stunde.

AXEL – 23 Jahre, (Video-Aufzeichnung), hat jede Nacht ein nasses Bett, vom Schwitzen ?? arbeitet hart, trainiert zusätzlich noch in einer Mucki-Bude, schläft in der Kontrollnacht auf einer Klingelmatte die sich bei Nässe meldet, kein Schwitzen sondern nächtliches Einnässen "Enuresis Nocturna" – Bettnässen, ungewolltes nächtliches Urinieren, kommt bei Personen älter als > 18 Jahre noch mit einer Häufigkeit von 1,5

bis 5% vor. Klingelmatte zur Diagnose und Klingelmatratze als Weckalarm zum Aufwachen für Therapieeinleitung, regelmäßige Blasenentleerung nach der Uhrzeit wird antrainiert.

ANDREA – 42 Jahre, (Video-Aufzeichnung), ist Morgens immer so zerschlagen, Kiefer tut ihr weh, Kopfschmerzen, Plomben fallen raus, Bruxismus – unbewusstes nächtliches Zähneknirschen, Therapie: Knirschschiene und Entspannungsübungen.

THOMAS – 38 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Verhaltensstörungen, Anschlagen mit dem Kopf an die Wand oder das Bett, Kopfwackeln beim Einschlafen, Schaukelbewegungen mit dem Oberkörper, Hin- und Herwerfen, Diagnose: Jactatio – krankhafte Unruhe, *Jactatio capitis* ist das Kopfwackeln, auch im Bett beim Einschlafen. Durch das monotone Schaukeln, Wackeln, Wiegen oder Wippen beruhigen und stimulieren sich die Betroffenen. Ständige Jactation stumpft den Betroffenen ab und versetzt ihn in eine Art von Trance.. Therapie: Verhaltenstherapie mit emotionaler Beruhigung und liebevoller Zuwendung. Eventl. dämpfende Medikamente.

WERNER – 48 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Epileptischer Anfall, Angst und Schrei, schreckt hoch, schwitzt, Diagnose: Pavor nocturnus – Nachtangst, als wäre es eine Nachtschreck-Attacke. Als Pavor Nocturnus (englisch: sleep terror) bezeichnet man ein plötzliches Erwachen aus dem Tiefschlaf mit gellendem Schrei und Anzeichen intensiver Furcht. Der Betroffene reagiert in diesem Zustand nicht auf Trost oder Zuspruch. Nach 5-10 Minuten geht die Erregung von alleine zurück. Am nächsten Morgen weiß der Betroffene in aller Regel nichts von der nächtlichen Episode. Ein Pavor nocturnus erfordert in der Regel keine spezifische Therapie. Betroffene müssen auf die prinzipielle Harmlosigkeit des Phänomens hingewiesen und nach Möglichkeit beruhigt werden. Selten, vor allem im Erwachsenenalter, kann ein Pavor nocturnus der Beginn oder der Ausdruck einer bestehenden psychiatrischen Störung im Sinne einer Phobie oder Neurose sein. In diesen Fällen ist eine psychiatrische Betreuung (z.B. Verhaltenstherapie) zu erwägen.

GERDA weiblich – 42 Jahre, (Video-Aufzeichnung), obstruktives Schlafapnoe Syndrom, die Lunge saugt den weichen Gaumen zu, Instabilität der Luftröhren-Wand. Als Behandlung (konservative Therapie) werden je nach Schwere und Ursache verschiedene Methoden empfohlen, wie Gewichtsreduktion, Verzicht auf Alkohol und Nikotin sowie eventuell eine operative Behandlung von Atemwegsbehinderungen. Auch eine Stärkung der Muskulatur des Mundes und des Halses bewirken eine Verbesserung; es gibt positive Berichte über den Effekt von regelmäßigem Musizieren mit Blasinstrumenten. Eine Therapie der OSAS ist die CPAP-Therapie mittels CPAP-Atemtherapiegeräten. (continuous positive airway pressure). Diese Geräte haben ein Gebläse, welches über einen Schlauch mit einer CPAP-Maske verbunden ist, die mittels Kopfbändern um die Nase (oder um Mund und Nase) auf das Gesicht gedrückt wird. Mit Hilfe dieser Masken wird während der Schlafzeit in den Atemwegen ein leichter Überdruck von 5 bis 20 Millibar erzeugt. Dieser verhindert das Zusammenfallen der Atemwege und verhindert damit Apnoen und Hypopnoen.

THOMAS – 59 Jahre, (Video-Aufzeichnung), zentrales Schlafapnoe Syndrom, Was hemmt das Atemzentrum?, Drogenmissbrauch? Die rein zentrale Apnoeform ist selten. Durch Schäden im zentralen Nervensystem (ZNS) wird die Atemmuskulatur unzureichend gesteuert, Die Atemwege sind offen, aber das Gehirn "vergisst" zu atmen, bis die Sauerstoffentsättigung eine Weckreaktion verursacht. Die zentrale Apnoe ist meist erblich bedingt, kann aber auch aus neurologischen Schädigungen resultieren

DANIEL – 37 Jahre, (Video-Aufzeichnung), Narkolepsie, Tagesschläfrigkeit und Stürze seit dem 14. Lebensjahr, geht plötzlich in die Knie und fällt um, beim Wachbleibetest schläft er immer ein, von der Wachphase direkt in die Traumschlaf-Phase "Sleep onset REM-Phase". Vorzeitiger REM-Schlaf (Sleep onset REM), mit der REM-La-

tenz wird die Zeit zwischen dem Einschlafen und dem Beginn der ersten REM-Phase bezeichnet. Diese liegt bei den meisten Erwachsenen bei etwa 90 Minuten (± 30 Minuten). Ist die REM-Latenz stark verkürzt, dh. die erste REM-Phase beginnt schon innerhalb von 25 Minuten nach dem Einschlafen, so spricht man von vorzeitigem REM-Schlaf (Sleep onset REM bzw. SOREM). Dieses Phänomen ist mit Schlafstörungen verknüpft, beispielsweise der Narkolepsie, es tritt aber auch bei Schlafgesunden unter Schlafentzug auf.

Die Symptome der Narkolepsie werden in vier Bereiche untergliedert, die sogenannte *narkoleptische Tetrad*: 1. Schlafzwang, 2. Kataplexien (Verlust der Muskelspannung), 3. Abnormer Schlafrhythmus, 4. Schlaf lähmung (Schlafparalyse) mit hypnagogen Halluzinationen

Kein Narkoleptiker weist alle Symptome in voller Ausprägung auf, in ihrer Ausprägung unterliegt die Narkolepsie großen individuellen Schwankungen. Schwierig ist es, eine Narkolepsie ohne Kataplexien zu diagnostizieren, da sie nur schwer von anderen Hypersomnien zu unterscheiden ist.

1. Schlafzwang: Der Schlafzwang besteht zum einen in einer ganztägig erhöhten Schläfrigkeit, die phasenweise unwiderstehlich werden kann. Der Patient schläft in solchen Situationen ohne Kontrollmöglichkeit ein, wobei der Schlaf zwischen wenigen Sekunden und mehreren Minuten anhalten kann.

2. Kataplexie: Unter Kataplexien versteht man vorübergehenden Kontrollverlust über definierte Muskelgruppen bei wachem Bewusstsein, welche je nach individueller Ausprägung am gesamten Körper oder nur lokal auftreten. Beispielsweise fällt der Patient in sich zusammen, kann Dinge für einige Sekunden nicht mit der Hand festhalten, lässt den Kopf hängen, spricht undeutlich oder fängt an zu schielen. Im Extremfall bricht der Narkoleptiker in sich zusammen. Kataplexien werden meist durch starke Emotionen (Freude, Lachen, Scham, Begeisterung, Ärger, Erregung oder Schreck) ausgelöst. Wenn Lachen der Auslöser ist, wird auch von *Lachschlag* gesprochen.

3. Abnormer Schlafrhythmus: Der dritte Symptomkreis besteht in einem abnormen Schlafrhythmus (beispielsweise vier Stunden wach, vier Stunden Schlaf usw. tags und nachts), sowie in verschobenen REM-Phasen (Traumschlaf-Phasen), die untypisch dem traumlosen Schlaf vorausgehen (vorzeitiger Traum-Schlaf). Dadurch können beim Einschlafen Wach- und Traumvorstellungen vermischt werden und zu sogenannten hypnagogen (dem Schlaf vorausgehenden) Halluzinationen führen.

Der nächtliche Schlaf ist auch dann gestört, wenn der Betroffene den üblichen Bett-rhythmus einhält. Nächtliche Schlafprofile zeigen einen zerrissenen, zerstückelten, fragmentierten Schlaf, der die beim Gesunden üblichen etwa 90-minütigen Schlafzyklen nur ansatzweise erkennen lässt. Auffallend ist, dass sich über mehrere Nächte kein einheitliches Muster erkennen lässt und dass die REM-Phasen untypisch der traumlosen Schlaf-Phase (NON-REM) vorausgehen. Die Betroffenen empfinden den Schlaf oft als wenig erholsam. Beim gesunden Menschen bleibt der ca. 90-minütige Aktivitätsrhythmus der Schlafphasen unverändert erhalten, auch während der Wachzeit als Rhythmus wechselnder geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit. Entsprechend zerfällt diese Regelmäßigkeit beim Narkoleptiker während der Wachphase. Darin liegt möglicherweise die Verbindung zur erhöhten Tages-schläfrigkeit der meisten Narkolepsiepatienten.

4. Schlaf lähmung / Schlafparalyse: der vierte Symptomkreis besteht aus Schlaf-lähmung. Beim Schlafbeginn oder beim Aufwachen tritt plötzlich eine Lähmung der Körpermuskulatur ein. Man spricht von Schlafparalyse (Schlaf lähmung). Der Betroffene nimmt seine Umgebung wahr, kann sich jedoch nicht bewegen. Anders als bei Kataplexien können Schlafparalysen durch Berühren des Körpers unterbrochen werden. Willentliches Aufstehen ist dadurch für die Dauer der Schlaf lähmung nicht möglich.

Automatisiertes Verhalten: Beim automatisierten Verhalten werden Tätigkeiten nur motorisch ausgeführt, also ohne bewusste Steuerung. Der Narkoleptiker schläft mitten in einer Handlung ein und führt sie im Schlaf fort. Dabei besteht erhöhte Unfall- und Verletzungsgefahr. Medikamentöse Therapie: Tagesschläfrigkeit = Modafinil, Natrium-Oxybat (GHB = Gamma-Hydroxybutyrat), REM-Symptome (Katalexien) = Na-Oxybat (GHB), Antidepressiva mit REM-unterdrückendem Effekt

Anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch : Herrn Dr.med. Berthold Voges, Facharzt für Neurologie und Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek.

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

Auf Veranlassung einer Teilnehmerin unserer Selbsthilfegruppentreffen wurde eine schriftliche Abstimmung mit Stimmzetteln als geheime Wahl durchgeführt, darüber, ob die Anfangszeit unserer Treffen von 19:00Uhr vorverlegt werden soll auf 18:00Uhr = Antwort "JA", oder ob die Anfangszeit bei 19:00Uhr bleiben, bzw. wie bisher belassen werden soll = "NEIN". Abgegebene Stimmen in Reinbek: 21 Stimmzettel, davon 6 Stimmen "JA" = 28,6%, 13 Stimmen "NEIN"= 61,9%, weitere 2 Stimmen Enthaltungen/Neutral/Egal beides ist recht = 9,5%. Die Abstimmung wird auch noch in Großhansdorf stattfinden!

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 47 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 24 Patienten mit 5 Angehörigen der SSG, 6 Teilnehmer waren Ärzte, z.T. Mitarbeiter vom KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 1 Patient mit 1 Angehörigen in die Anwesenheitsliste ein, weitere 12 Teilnehmer trugen sich nicht in die Anwesenheitsliste ein.

Das nächste, das **4. Patiententreffen in 2011**, findet statt am Mittwoch **11. Mai 2011**, 19:⁰⁰ bis 21:⁰⁰ Uhr, im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, mit einem Vortrag von Herrn Jan Grill, Atmungstherapeut (DGP) / Respiratory Therapist, KH Großhansdorf, zu dem Thema: "Atmung und Beatmung" – über die Aufgaben eines Atmungstherapeuten – Vortrag über invasive und nicht-invasive Beatmung –, Informationen von Jan Grill, Atmungstherapeut (DGP) / Respiratory Therapist, KH Großhansdorf, anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch : Herrn Jan Grill, Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med P. Wagner, Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf.

Kommen Sie bitte auch zu unseren nächsten Veranstaltungen, den **Sonderveranstaltungen** zum "**Tag des Schlafes**[®]", die in dieser Form nur einmal im Jahr stattfinden, am Mittwoch, den 15. Juni 2011 im KRANKENHAUS GROßHANSDORF, Vortragssaal, und am Mittwoch, den 22. Juni 2011 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, im Schlaflabor.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.31 / Oktober 2010 **VdK** – Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Gemeinsam Wahlfreiheit retten" »Machen Sie mit« und "Meine Rechte als Patient" »Leitfaden für Nutzer von medizinischen Hilfsmitteln« Info-Prospekte des Aktionsbündnisses »meine Wahl!«.

Soweit mein Bericht vom 3. Treffen der SSG in 2011 am Mittwoch 13.04.2011 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek.

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