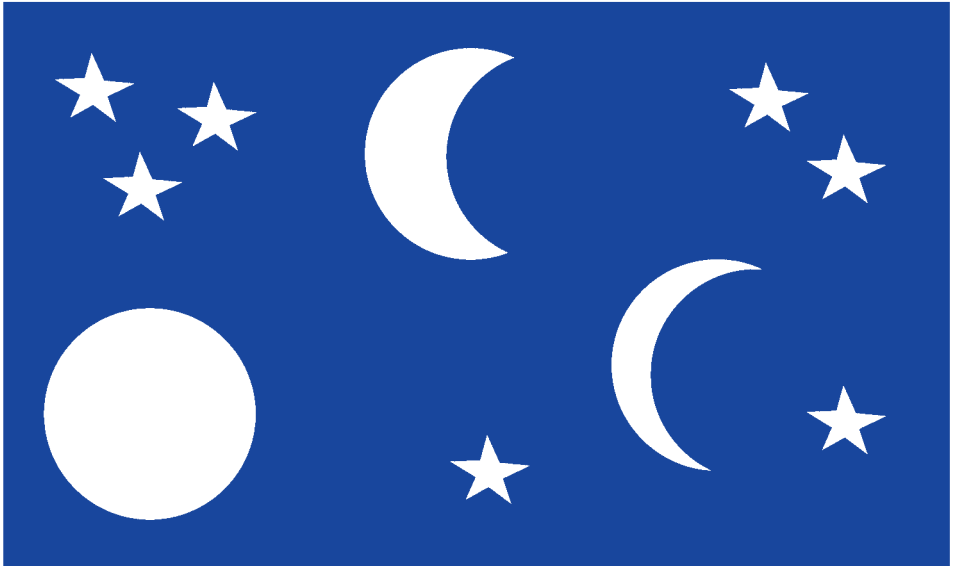


Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

VdK

Fachverband Schlafapnoe -
Chronische Schlafstörungen



27

April 2008

Inhalt

Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte nach DIN EN ISO 17510-1:2008-01, Offener Brief	5
Komplexe Schlafapnoe oder Nebeneffekt von Druckinstabilität bei Positivdruckbeatmung?	7
Wie wirkt sich Verkehrslärm auf den Nachtschlaf von LKW-Fahrern aus?	8
Unbewusstes Einnicken erhöht das Schlaganfall-Risiko um ein Vielfaches	9
Müdes Deutschland – Durchschnittliche Schlafdauer sank in zwanzig Jahren um eine Dreiviertelstunde	10
Fett-Studie – So dick ist Deutschland	11
Effekte einer geregelten Warmluftbefeuchtung und Schlauch- heizung bei CPAP	13
Gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen CPAP-Therapie und Tinnitus?	14
Krank durch CPAP – Relevanz inadäquat hoher CPAP-Drücke	18
OP gut überstanden – aber nicht über-lebt – Patienten mit Atemtherapiegeräten in einigen deutschen Kliniken nicht ausreichend versorgt?	19
Krankenhäuser als mögliche Betreiber von Medizinprodukten, die Patienten eingebracht haben am Beispiel des Apnoe-Patienten	20
Bis zu 1,9 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten	26
Immer mehr Männer krank durch Stress	27
Schlafstörung bei Frauen – an Schlafapnoe wird selten gedacht	28
Das Schlafverhalten von unverheirateten Paaren	29
Opioide verursachen Schlafapnoe bei chronischen Schmerz- patienten	30
Radiowecker kann Schlafstörungenverursachen	31
Neue Studie: Fluglärm steigert Blutdruck im Schlaf	32
Menschen mit Narkolepsie haben gehäuft Essstörungen	33

Inhalt

Innere Uhr steuert Blutdruck – Studie vereint zwei Erklärungen für hohen Blutdruck am frühen morgen	34
Raucher schlafen weniger tief	36
10 Jahre SHG Emden/Ost-Friesland 1998 – 2008	37
Veranstaltungen 2008	38
Veranstaltungen 2009	66
Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/ Chronische Schlafstörungen	67
Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe	81

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@vdk-schlafapnoe.de

Verantwortlich: Josef Müssenich, Bundesgeschäftsführer

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

Anja Engnath, 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 anderes Material wird keine Gewähr übernommen. Für Anzeigen ist die Zeitschrift nur Werbeträger. Eine Sachempfehlung des Herausgebers ist mit der Veröffentlichung der Anzeigen nicht verbunden.

Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte nach DIN EN ISO 17510-1:2008-01

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse weisen darauf hin, dass bei Patienten eine Komplexe Schlafapnoe (CompSA) mit Cheyne-Stokes-Atmung (CSA) auftreten kann, wenn sie mit druckinstabilen Atemtherapiegeräten versorgt werden (siehe nächster Artikel).

Der VdK-Fachverband hat dies zum Anlass genommen, sich in einem offenen Brief an die Krankenkassen zu wenden. Den Brief finden Sie nachfolgend dokumentiert:

Auf der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), die vom 11. bis 13. Oktober 2007 in der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf stattfand, wurde dies im Rahmen der Postersitzung 7 mit dem Poster 67 von den Medizinern S.M. Böcker, H.Wenz und F.J. Herth der Thoraxklinik gGmbH Heidelberg dargestellt.

Wenn dann eine Therapie mittels Adaptiver Servo-Ventilation (ASV) verordnet werden muss, können – abgesehen von dem menschlichen Leid – leicht zusätzliche Gerätekosten in einer Größenordnung von ca. 9.000,- € anfallen.

Um diese hohen Folgekosten zu vermeiden, raten wir zur Versorgung mit druckstabilen Atemtherapiegeräten.

Der Hilfsmittelausschuss im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen hat bekanntlich schon vor Jahren gefordert:

„Bei der Prüfung der Druckkonstanz und Druckregelgeschwindigkeit nach DIN EN ISO 17510-1 Abs. 56.103 darf der Druck maximal um $\pm 0,3$ mbar abweichen.“

(„Schlafapnoe Aktuell“, Heft 20, Oktober 2004, Seite 17, Abschn.A3; im Internet unter www.vdk-schlafapnoe.de).

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) wurde bereits vom Hilfsmittelausschuss informiert. Er wurde gebeten, künftig nur noch Atemtherapiegeräte mit Gebrauchsanweisungen in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen, die in allen Punkten der folgenden Norm entsprechen:

DIN EN ISO 17510-1:2008-01 „Schlafapnoe-Atemtherapie – Teil 1: Schlafapnoe-Atemtherapiegeräte“

Nach Abschnitt 6.8.2 dieser besonderen Norm zur Allgemeinen Norm IEC 60601-1:1988 (einschließlich der Änderungen 1 [1991] und 2 [1995]) muss die Gebrauchsanweisung u.a. die Daten für den maximalen Durchfluss beim geringsten einstellbaren Druck, höchsten einstellbaren Druck sowie $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ und $\frac{3}{4}$ davon unter den in Anhang CC festgelegten Bedingungen, dargestellt in Tabellenform, enthalten (5 Werte).

Die Druckgenauigkeit unter den statischen Langzeit- und dynamischen Kurzzeitbedingungen, die sich aus den in Anhang BB.1 und BB.2 festgelegten Prüfungen ableiten, ist ebenfalls in tabellarischer Form in der Gebrauchsanweisung zu veröffentlichen (15 Werte bei Geräten mit einem eingebauten Anfeuchter für die Kurzzeitgenauigkeit; bei Geräten, die zur Verwendung mit einem Anfeuchter empfohlen werden, müssen alle Ergebnisse sowohl ohne Anfeuchter als auch mit jedem in der Gebrauchsanweisung empfohlenen Anfeuchter angegeben werden).

Nur so können die verordnenden Schlafmediziner, die Krankenkassen, die Leistungserbringer und die Patienten die zu erwartende Druckänderung bewerten, die für den Patienten von Nachteil ist, die Atemarbeit erhöht und die therapeutische Wirksamkeit herabsetzt.

Die für das Hilfsmittelverzeichnis federführend verantwortliche Krankenversicherung ist hier ebenfalls gefordert. Für „Masken und Anwendungszubehör“ nach DIN EN ISO 17510-2:2008-01 gilt entsprechendes.

Es sollten daher nur normgerechte Atemtherapiegeräte mit hoher Druckstabilität (max. Abweichung im gesamten Bereich: $\pm 0,3$ hPa, gemessen nach DIN EN ISO 17510-1, Anhang BB vom Januar 2008) eingesetzt werden, denen auch normgerechte Gebrauchsanweisungen beiliegen. Nur Geräte nach neuester Norm minimieren außerdem das Haftungsrisiko für die gesetzlichen Krankenkassen bei Schäden durch den Gebrauch der von ihnen zur Verfügung gestellten Geräte, z.B. bei Gesundheits- oder Brandschäden. Die CE-Kennzeichnung reicht nicht aus, weil sie auch auf alten Atemtherapiegeräten zu finden ist, die nicht mehr dem anerkannten und aktuellen Stand der Technik und den medizinischen Erkenntnissen entsprechen. Auch ist das CE-Kennzeichen kein Gütesiegel.

Alle therapierelevanten Geräteanforderungen werden in einem akkreditierten Schlaflabor nach der Leitlinie „S2“ der Deutschen

Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) „Nicht-erholsamer Schlaf“ für jeden Patienten individuell ermittelt und der ärztlichen Verordnung für ein Atemtherapiegerät mit einer ebenfalls individuell angepassten Maske zugrunde gelegt. Nur bei einer entsprechenden individuellen Versorgung durch die Leistungserbringer kann eine optimale Atemtherapie bei hoher Compliance durchgeführt und damit eine schwere Folgeerkrankung wie z.B. Schlaganfall oder Herzinfarkt (mit wesentlich höheren Behandlungskosten) vermieden werden.

Darüber hinaus sollten die Atemtherapiegeräte einen echten Netzschalter haben, damit nicht die erhöhten Stromkosten für den ständigen „Stand-by“-Betrieb (Bereitschaftsschaltung) bezahlt werden müssen. Außerdem altern die elektrischen Bauteile bei Dauerbetrieb schneller und führen dann zu Störungen.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Komplexe Schlafapnoe oder Nebeneffekt von Druckinstabilität bei Positivdruckbeatmung?

Die Mediziner S.M. Böcker, H. Wenz und F.J. Herth der Thoraxklinik gGmbH Heidelberg haben sich mit der Frage befasst: Kann die komplexe Schlafapnoe als Nebeneffekt einer druckinstabilen Positivdruckbeatmung verstanden werden?

Exemplarisch wird der Fall eines 65-jährigen Mannes dargestellt, der seit 5 Jahren mit CPAP therapiert wird und darunter nach Beseitigung der Obstruktion, im Sinne einer komplexen Schlafapnoe, eine iatrogene zentrale Atemregulationsstörung gezeigt hat. Der Patient wurde im Schlaflabor unter standardisierten Bedingungen der Polysomnographie (Alice 4, Fa. Heinen und Löwenstein) gemessen. Es kamen 2 unterschiedliche Geräte zur Positivdrucktherapie zur Anwendung. Das eine zeigte am Patienten eine Druckinstabilität von bis zu einem mbar, das andere zeigte Druckabweichungen von maximal 0,3 mbar, im Durchschnitt 0,1 mbar.

Bei dem Patienten wurde dokumentiert, dass durch Verbesserung der Druckstabilität des Therapiegerätes das Auftreten von Periodik wei-

testgehend vermieden werden kann. Dieser Effekt war unabhängig von additiver Sauerstoffgabe und konnte nach 20 Tagen Pause wiederholt werden.

Unter Therapie mit dem druckinstabilen Gerät zeigte der Patient ein Cheyne-Stoke-like Breathing-Pattern mit einem AHI von 33/h.

Schlussfolgerungen: Aus dem oben dargestellten Fall lässt sich die Forderung nach großer Druckstabilität bei Atemtherapiegeräten zur Überdrucktherapie ableiten.

Es ist wohl nicht die komplexe Schlafapnoe, die mit immer ausgefeilteren Methoden therapiert werden muss, sondern die Basis-Therapie muss eine bessere Qualität fordern.

(Quelle: Somnologie Oktober 2007)

Wie wirkt sich Verkehrslärm auf den Nachtschlaf von LKW-Fahrern aus?

Eine von R.F.J. Popp, V. Fischer, P. Geisler, J. Zulley und G. Hajak¹ durchgeführte Studie untersuchte unter möglichst realistischen Bedingungen, ob der Schlaf von LKW-Fernfahrern unter den Akustikbedingungen an einer Autobahnraststätte vergleichbar erholsam ist wie unter geräuschneutralen Bedingungen.

Insgesamt nahmen 16 männliche LKW-Fernkraftfahrer (Alter: 40,9 Jahre, SD = 8,0; Body-Mass-Index: 25,9 kg/m², SD = 2,5) an der Studie teil. Als „Schlaflabor auf Rädern“ diente ein Mercedes-Benz LKW (Actros II, Typ 1846), in den akustische Original-Aufzeichnungen von Autobahngeräuschen eingespielt wurden.

Jeder LKW-Fahrer durchlief drei Nächte: eine Adaptionsnacht und anschließend die beiden Experimentalnächte (laut vs. leise, in randomisierter Reihenfolge). Zur Erfassung der subjektiven und objektiven Tagesbefindlichkeit wurde eine umfangreiche Testbatterie zur Schläfrigkeitsmessung (SSS, TSS, PST) und des Leistungsvermögens (PVT, Mackworth-Clock) eingesetzt. Die objektive Schlafqualität wurde mittels Polysomnographie, die subjektive Schlafqualität anhand von Fragebögen und Ratings erfasst.

¹ Psychiatrische Universitätsklinik am Bezirksklinikum, Schlafmedizinisches Zentrum, Regensburg

Am Morgen zeigten sich bei allen objektiven Schläfrigkeitmessungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Testbedingungen (alle p s $> 0,150$). Bei der Einschätzung der subjektiven Schläfrigkeit am Morgen waren die LKW-Fahrer gleichermaßen alert und zeigten keinerlei Anzeichen von Müdigkeitssymptomen.

Die Schlafqualität wurde unter Lärmbedingung in mehreren Skalen konsistent als schlechter bewertet. Polysomnographisch ließ sich in der Lärnacht vermehrt Schlafstadium 2 beobachten (55 % vs. 51,2 %; $p = 0,047$), was in Zusammenhang mit einem reduzierten REM- und Tiefschlafanteil im Vergleich zur Kontrollnacht stand. Der Verkehrslärm führte bei den LKW-Fahrern sogar zu einem signifikant schnelleren Erreichen von Schlafstadium 2 (14,8 min vs. 27,9 min; $p = 0,033$).

Schlussfolgerungen: Berufsfernfahrer scheinen an den Geräuschpegel von Raststätten relativ gut gewöhnt zu sein, so dass sie insgesamt eine vermehrte Robustheit gegenüber Verkehrslärm aufweisen.

(Quelle: Somnologie Oktober 2007)

Unbewusstes Einnicken erhöht das Schlaganfall-Risiko um ein Vielfaches

Wissenschaftler der Columbia University konnten in einer umfassenden Studie nachweisen, dass unfreiwilliges Einnicken mit einem deutlich erhöhten Schlaganfall-Risiko verbunden ist. Viele ältere Menschen ziehen es vor, tagsüber ein kurzes Schläfchen zu halten, um wieder Kräfte zu sammeln. Häufiges unbeabsichtigtes Einschlafen, beispielsweise vor dem Fernseher oder nach dem Mittagessen, kann jedoch ein Warnsignal für einen Schlaganfall sein.

Für die Studie wurde über einen Zeitraum von ca. zwei Jahren das Schlafverhalten von 2.153 Personen überwacht und registriert. Die in der Studie beobachteten Personen waren durchschnittlich 73 Jahre alt und 64 Prozent waren Frauen. Bei Beginn der Untersuchung hatte keine dieser Personen schon einen Schlaganfall erlitten. Im Verlauf der Studie wurden jedoch 40 Schlaganfälle und 127 Fälle einer Gefäßerkrankung dokumentiert. Angepasst an das Schlafverhalten wurden die befragten Personen in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe eins bildeten die Nicht-Schläfer (44 Prozent), Gruppe zwei diejeni-

gen, die gelegentlich untertags einschliefen (47 Prozent) und Gruppe drei bestand aus den Teilnehmern, die angaben, regelmäßig unbewusst einzuschlafen (neun Prozent). Nachdem die Forscher Faktoren wie Alter, Geschlecht, Übergewicht oder Bluthochdruck ausgeschlossen hatten, konnten sie nachweisen, dass das Risiko eines Schlaganfalls in den Gruppen zwei und drei besonders hoch ist: In Gruppe zwei war das Risiko 2,6 mal höher als in Gruppe eins; bei Gruppe drei stieg das Risiko eines Schlaganfalls auf das 4,5-fache an.

Da unter Schlafapnoe-Patienten die Tagesschläfrigkeit besonders verbreitet ist, hat dieser Personenkreis ein ungleich höheres Schlaganfall-Risiko. Frühere Studien konnten bereits zeigen, dass dementsprechend Schlafapnoe ein Warnsignal für einen Schlaganfall sein kann. Es muss daher geklärt werden, ob das ungewollte Einnicken evtl. die Folge einer nächtlichen Schlafstörung ist. Sowohl die Betroffenen als auch die behandelnden Ärzte sollten dem ungewollten Einschlafen untertags und erhöhter Schläfrigkeit mehr Beachtung schenken.

(Quelle: American Stroke Association, Februar 2008)

Müdes Deutschland – Durchschnittliche Schlafdauer sank in zwanzig Jahren um eine Dreiviertelstunde

Die Deutschen schlafen immer weniger: Vor zwanzig Jahren leistete sich jeder Bundesbürger im Schnitt noch acht Stunden Nachtschlaf. Heute sind es nur noch sieben Stunden und vierzehn Minuten, den verlängerten Wochenend- und Urlaubsschlaf eingerechnet, berichtet die „Apotheken Umschau“. Gleichzeitig gibt ein Drittel der Bundesbürger in Befragungen an, unter Müdigkeit zu leiden. Das ist nicht ungefährlich.

Der britische Herzspezialist Francesco Capuccio konnte in einer Studie nachweisen, dass Menschen, die ihren Schlaf von sieben auf fünf Stunden verringern, ihr Herzinfarkttrisiko verdoppeln. Wer ständig müde ist, soll dies als das „rote Lämpchen“ begreifen, rät Professor Norbert Donner-Banzhoff von der Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin an der Universität Marburg. „Besonders häufig hängt extreme Müdigkeit mit Belastungen etwa in Familie, Beruf und durch Freizeitstress zusammen“, erklärt er in dem

Apothekenmagazin. „Mit der Zeit können die kleinen Störungen zu einem großen Problem anwachsen.“

(Quelle: Apotheken Umschau 1/2008)

Fett-Studie – So dick ist Deutschland

Die Deutschen sind übergewichtig – jetzt haben Forscher die Ballungsräume der Republik ermittelt: Auf dem Land und im Osten leben die Dicksten.

Es ist nicht so einfach mit dem Gewicht. Mancher fühlt sich zu rund, ist es aber gar nicht. Andere halten sich einfach für nur gut genährt, haben aber längst ein Gewicht erreicht, mit dem sie ihre Gesundheit gefährden. Schuld sind nicht nur fehlerhafte Selbstwahrnehmung, sondern auch Unzulänglichkeiten in Hilfsmitteln wie dem so genannten Body-Mass-Index.

Ein BMI größer als 25 ist nämlich nicht unbedingt gleichbedeutend mit Übergewicht, wie es die verbreitete Faustformel nahe legt. Besonders muskulöse Menschen haben beispielsweise einen vergleichsweise hohen BMI, denn Muskeln sind schwerer als Fett. „Der BMI ist nicht optimal, er ist aber ein gewisser Hinweis“, sagt Henner Ertel vom Stuttgarter Institut für rationale Psychologie. Das Institut hat im Auftrag der Zeitschrift „Men's Health“ 19.768 Männer und Frauen zwischen Flensburg und Zittau im Alter von 18 bis 79 Jahren vermessen. Erfasst wurden neben dem BMI auch der Bauch- und Hüftumfang. Viele Mediziner nutzen neben dem BMI nämlich auch den Bauchumfang, um die Gesundheitsrisiken wegen Übergewicht zumindest abschätzen zu können.

Ergebnis des Wiegens und Messens: Der deutsche Großstadtmensch ist im Schnitt schlanker als der Landbewohner, zu dick sind aber beide. Dies spiegelt sich sowohl im BMI als auch im Bauchumfang wider. Der Studie zufolge beträgt der durchschnittliche Bauchumfang bei Männern 96,97 Zentimeter. Die Gefahr von Infarkten und Diabetes sei jedoch schon bei Werten ab 94 Zentimetern deutlich erhöht.

Die dicksten Männer und Frauen leben in Ostdeutschland. An der Spitze bei den Männern liegen die Thüringer: Ihr Bauch hat einen durchschnittlichen Umfang von 98,27 Zentimetern. Bei Frauen beginnt der Risikobereich bereits ab 80 Zentimetern Bauchumfang, ab

88 Zentimetern besteht extreme gesundheitliche Gefährdung. Auch hier führen die Thüringerinnen mit 87,10 Zentimetern Umfang.

Auf den zweiten und dritten Plätzen bei den Männern folgen die Herren in Mecklenburg-Vorpommern mit Bäuchen von 98,10 Zentimetern im Mittel und die in Sachsen-Anhalt mit 97,95 Zentimetern. Bei den Frauen liegt Sachsen-Anhalt auf Platz zwei mit 86,97 Zentimetern und Mecklenburg-Vorpommern mit 86,83 Zentimetern auf Platz drei.

Insgesamt lässt sich ein Stadt-Land-Gefälle erkennen: Menschen aus Flächenländern sind tendenziell dicker als die aus Großstädten und Stadtstaaten. Die dünnsten Menschen leben der Studie zufolge in Hamburg: Die Männer bringen es dort durchschnittlich auf einen Bauch von 94,81 Zentimetern, die Frauen auf 83,63 Zentimeter. Auf den weiteren Plätzen folgen Bremen und Berlin.

Ertel hält den Bauchumfang jedoch wie den Body-Mass-Index auch nicht für zuverlässig genug, um Aussagen über persönliche Gesundheitsrisiken abzuleiten. Das ist offensichtlich: Zwei unterschiedlich große Männer mit gleichen Proportionen haben unterschiedliche Bauchumfänge, obwohl sie gleich schlank sind.

Als Alternative zu BMI und Bauchumfang schlägt Ertel stattdessen den so genannten Körperfett-Verteilungsmuster-Index (KVI) vor. Er wird aus dem Quadrat des Bauchumfangs berechnet, das durch den Hüftumfang geteilt wird (alle Werte in Zentimetern). Bei KVI-Werten kleiner als 75 (Männer) beziehungsweise kleiner als 60 (Frauen) spricht Ertel von einem idealen Fett-Verteilungsmuster. Im Bereich 75 bis 85 (Männer) beziehungsweise 60 bis 75 (Frauen) gebe es bereits eine „signifikante gesundheitliche Gefährdung“, etwa für Herz- und Kreislauferkrankungen. Bei KVI-Werten darüber hinaus bestünde eine „sehr hohe gesundheitliche Gefährdung“.

Mitunter werde auch das Verhältnis Taille zu Hüfte herangezogen, erklärt Ertel, aber „das ist nur für die ästhetische Wahrnehmung relevant“. „Mit dem Körperfett-Verteilungsmuster-Index kommt man zu besseren Ergebnissen“, sagte der Neurophysiologe im Gespräch mit SPIEGEL online. Der KVI besitze „hochsignifikative“ Korrelationen zu Krankheitsrisiken.

Übrigens bestätigen die KVI-Werte der einzelnen Bundesländer den Trend von BMI und Bauchumfang. Allerdings liefert der KVI nach

Ertels Aussage auch individuell die aussagekräftigeren Resultate, während BMI und Bauchumfang hier weniger genau seien.

Die Unterschiede zwischen Stadt und Land erklärt der Berliner Mediziner Herbert Schuster vom Infogen Institut für Gesundheitsforschung und Gesundheitsmanagement mit unterschiedlichen Lebensstilen. Mehr Städter seien Singles, sie achteten mehr auf ihren Körper und trieben mehr Sport, sagte er „Men's Health“. Zudem zwingt der Parkplatzmangel in Metropolen wie Hamburg oder München die Menschen zu mehr Bewegung: Statt mit dem Auto seien sie häufiger zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs – zum Nutzen der Figur.

(Quelle: www.spiegel.de/ddp-Nachrichtenagentur vom 07.01.2008)

Effekte einer geregelten Warmluftbefeuchtung und Schlauchheizung bei CPAP

Irritationen von Nase und Rachen sind eine häufige Nebenwirkung der CPAP-Therapie. Ein neuartiges System kombiniert einen geregelten Warmluftbefeuchter (Messgrößen: Raumtemperatur, CPAP und Flow) mit einer Schlauchheizung.

Eine von G. Nilius, K.-J. Franke, U. Domanski und K.-H. Rühle² durchgeführte Studie untersucht die Auswirkungen dieser neuen Therapieoption auf das Ausmaß an Nasen/Rachen-Beschwerden und die Compliance.

Nach erstmaliger Einstellung auf eine CPAP-Therapie wurden die Patienten randomisiert über einen Zeitraum von 4 Wochen, jeweils sowohl mit Schlauchheizung und Befeuchter (HC 602) und mit einem fast baugleichen Gerät ohne Befeuchtung (HC 236) behandelt. Die Beschwerden wurden mittels einer 5 Punkte visuellen Analog-Skala erfasst.

Es entwickelten sich durch den Einsatz der Warmluftbefeuchtung und Schlauchheizung signifikant weniger Beschwerden an den Schleimhäuten der oberen Atemwege.

Die Compliance (durchschnittliche Nutzung in h pro Nacht) betrug in der Phase mit Befeuchtung 4,7 sh (\pm 3,0) und 4,5 h (\pm 3,0) ohne Befeuchtung (n.s).

² Klinik Ambrock, Pneumologie, Hagen

Schlussfolgerung: Bei Einleitung einer CPAP-Therapie empfiehlt sich eine genaue Erfassung der Irritationen an Nase und Rachen und gegebenenfalls die Verordnung eines Befeuchtersystems. Eine geregelte Befeuchtung mit Schlauchheizung verringert signifikant die Beschwerden an den oberen Atemwegen.

(Quelle: Somnologie Oktober 2007)

Gibt es einen kausalen Zusammenhang zwischen CPAP-Therapie und Tinnitus?

Autoren: Prof Dr. med. Thomas Verse, Kerstin Huber

Die Frage nach einem ursächlichen Zusammenhang zwischen Tinnitus einerseits und obstruktiver Schlafapnoe (OSA) andererseits wird vielfach gestellt. Beide Erkrankungen sind so häufig in der deutschen Bevölkerung, dass sie als Volkskrankheiten bezeichnet werden können. So betrifft die OSA 2-4% der Erwachsenen. Andererseits haben 35-45% aller Erwachsenen zu irgend einem Zeitpunkt ihres Lebens ein Ohrgeräusch, 17% der Bevölkerung haben Tinnituserfahrung von mehr als 5 Minuten Dauer, 8% sind dadurch belastigt und 0,5% sind wesentlich durch ihr Ohrgeräusch in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Allein aus diesen Zahlen wird klar, dass es hier eine gewisse Schnittmenge geben muss, ohne dass hierfür eine gemeinsame Ursache zwingend angenommen werden kann.

Als gesichert gilt, dass es keinerlei Zusammenhang zwischen lautem Schnarchen und Schwerhörigkeit bzw. Tinnitus im Sinne eines Lärmtraumas gibt. Zwar konnten wir im Ulmer Schlaflabor Schnarchlautstärken von über 100 dB nachweisen, es handelt sich hier aber erstens um Ausnahmen und zweitens nicht um eine dauerhafte Lärmbelastigung. Mit anderen Worten, die OSA per se verursacht weder eine Innenohrschwerhörigkeit noch ein Ohrgeräusch.

Auch das äußere Ohr leidet nicht unter der Schlafatmungsstörung. Anders verhält es sich aber mit dem Mittelohr. Dieses ist über die Ohrtrumpete (Tuba auditiva oder Eustachische Röhre) mit dem Nasenrachenraum verbunden. Die Ohrtrumpete dient dem Druckausgleich, indem beim Schluckakt die im inneren Anteil knorpelige Röhre geöffnet wird. In der Regel verspürt der Patient ein Knacken im Ohr beim Schlucken oder Gähnen.

Standardtherapie der höhergradigen OSA ist die nasale Beatmungstherapie in ihren unterschiedlichen Modifikationen. Bei der häufigsten Variante, der kontinuierlichen Überdruck-Ventilationstherapie über eine Nasenmaske (nCPAP) wird der kollabile obere Luftweg pneumatisch geschient. Beatmungsdrücke zwischen 5 und 16 mbar kommen regelmäßig zur Anwendung. Die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen einer solchen, nächtlichen Überdrucktherapie sind vielfältig. Untersuchungen haben ergeben, dass CPAP-Patienten bis zu 18 verschiedene Probleme gleichzeitig entwickeln können. Der Mittelwert liegt zwischen 7 und 8 unterschiedlichen Unannehmlichkeiten. Unterschieden werden können Probleme durch a) die Maske, b) das Gerät selbst und c) Folgen der fortgesetzten Druckeinwirkung am oberen Luftweg. Letzte sind besonders vielfältig (Tab. 1).

Nebenwirkung	Häufigkeit	befragte Patienten	Anzahl der Studien
Mundtrockenheit	52,5%	1458	7
trockene Nase	52,0%	1513	9
Borkenbildung in der Nase	37,7%	231	2
verstopfte Nase	36,0%	494	2
Rhinorrhoe	28,4%	856	6
wiederholtes Nasenbluten	12,9%	574	3
Nasennebenhöhlenentzündungen	8,1%	1230	5
überblähter Magen	11,3%	645	3
trockene Augen	30,0	471	3
Tränenträufeln	18,7%	171	3

Eine weitere betroffene Region stellt auch das Mittelohr dar, welches über die Ohrtrompete den erhöhten Beatmungsdrücken ausgesetzt ist. Beschrieben wurden Hörminderungen (26%), Druckgefühl auf den Ohren (15%), Mittelohrentzündungen (4%) und Tinnitus (12%). Betroffen sind vor allem Patienten mit einem insuffizienten Verschlussmechanismus der Ohrtrompete. Aus eigener Erfahrung steckt hinter den Hörminderungen meistens ein Paukenerguss. Dieser entsteht durch einen Umbau der Mittelohrschleimhaut als Folge der mechanischen Belastung mit Ausbildung vermehrter Schleimzellen.

Die Ohrgeräusche sind also zumindest zum Teil durchaus Folge dieser druckbedingten Veränderungen im Mittelohr. Die im Titel dieses Bei-

trags formulierte Frage muss also dahingehend beantwortet werden, dass es den Kausalzusammenhang zwischen Tinnitus und CPAP-Therapie gibt. Einschränkend muss aber gesagt werden, dass nicht jeder Tinnitus bei einem Patienten unter CPAP-Therapie auch durch diese Behandlung verursacht sein muss. Hier muss im Zweifel der HNO-Arzt durch eine sorgfältige Untersuchung differenzieren.

Die Therapie hängt wie immer von der Diagnose ab. Ist der Tinnitus Folge der Druckeinwirkung auf die Mittelohrschleimhaut, gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- die Beseitigung des Überdrucks im Mittelohr
- die Optimierung des effektiven CPAP-Druckes und
- das Absetzen der CPAP-Therapie zugunsten einer alternativen Behandlung

Zur Beseitigung eines Über- und/oder Unterdrucks im Mittelohr ist die Einlage von Paukenröhrchen geeignet. Diese sorgen für eine zusätzliche Belüftung des Mittelohres durch das Trommelfell hindurch. So kann der Überdruck während der CPAP-Nutzung über das Röhrchen abfließen. Wichtiger aber ist, dass die durch den mechanischen Reiz verursachte Entzündungsreaktion der Mittelohrschleimhaut verhindert wird. Es handelt sich bei der Einlage von Paukenröhrchen um einen Standardeingriff, den jeder operativ tätige HNO-Arzt vornimmt.

Die Verbesserung der Nasenluftpassage, aber auch andere Operationen im oberen Luftweg, können helfen, den effektiven CPAP-Druck abzusenken. Während masken- und gerätebedingte CPAP-Probleme unabhängig vom eingestellten Maskendruck sind, sind die Folgen der Druckeinwirkung am oberen Luftweg sehr wohl abhängig vom eingestellten Druck. Häufig wird eine CPAP-Therapie erst nach der Optimierung der Nasenatmung überhaupt erst dauerhaft möglich. Im Einzelfall muss entschieden werden, ob eine minimal-invasive Maßnahme an den Nasenmuscheln schon ausreicht, oder ob die Nasenscheidewand bzw. die gesamte knöcherne und knorpelige Nase begradigt werden muss. Auch hier berät der HNO-Operateur.

Bei milder Schlafapnoe kann statt der CPAP-Therapie auch eine Versorgung mit einer Bisschiene ausreichend wirksam sein. Bei schwerer Schlafapnoe hilft eventuell eine Multi-Level-Chirurgie. Grundsätzlich muss aber gesagt sein, dass die Erfolgsraten der Chirurgie mit zunehmendem Körpergewicht und zunehmendem Schweregrad der

obstruktiven Schlafapnoe abnehmen. Deshalb gilt die CPAP-Therapie nach wie vor als Standardbehandlung. Eine Operation sollte bei schwerer Schlafapnoe nur sekundär, nämlich nach erfolgloser oder nicht tolerierbarer Beatmungstherapie erfolgen. Nichtsdestoweniger kann heute durch eine Kombination geeigneter Operationsverfahren etwa 70% der Patienten auch chirurgisch geholfen werden. Bei gut 50% reicht die Chirurgie allein, bei weiteren 20% ist die Kombination mit einer Bisschiene oder einer Rückenlageverhinderungsweste so erfolgreich, dass die Beatmungstherapie beendet werden kann. Solche Konzepte werden allerdings nur von entsprechend spezialisierten Zentren angeboten.

Hat der Tinnitus eine andere Ursache als die Druckeinwirkung auf die Mittelohrschleimhaut muss zunächst der Versuch einer Ursachenerklärung erfolgen. Das heißt, der HNO-Arzt muss nach Störungen im äußeren, Mittel- und Innenohr suchen.

Des Weiteren wichtig ist die Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Tinnitus. Die Schwere der subjektiven Beeinträchtigung wird mittels sog. Tinnitusfragebögen ermittelt. Der in Deutschland am weitesten verbreitete nach Göbel und Hiller erlaubt eine Einteilung in 4 Schweregrade, wobei die Schweregrade 3 und 4 als dekompensierter Tinnitus eingeschätzt werden.

Für die Akutphase von maximal 6 Wochen Dauer machen Maßnahmen zur Verbesserung der Innenohrdurchblutung und zur Entzündungshemmung Sinn. Bei dekompensiertem Tinnitus kann eine psychotherapeutische Frühintervention wertvoll sein.

Für den chronischen Tinnitus gibt es heute viele valide Therapiekonzepte, die sich im Wesentlichen an dem Konzept des Tinnitus-Retrainings von Hazel und Jastreboff orientieren. Dessen Therapieansatz besteht aus drei Teilen, dem sog. Counseling (Aufklärung und Ausschluss wesentlicher somatischer Gesundheitsstörungen), einer Ablenkung vom Tinnitus (Maskierung) und dem eigentlichen Ver- bzw. Weglernen des Ohrgeräusches. Die Therapien sind heute soweit standardisiert, dass hier jeder HNO-Arzt weiterhelfen kann.

(Quelle: Institut: HNO-Abteilung, Asklepios-Klinik Harburg Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Verse)

Krank durch CPAP – Relevanz inadäquat hoher CPAP-Drücke

Erneute Müdigkeit unter bislang effektiver CPAP-Therapie deutet gewöhnlich auf einen zu niedrigen CPAP-Druck hin. Es stellt sich die Frage, ob auch zu hoher CPAP-Druck gleichartige Beschwerden induziert. Dieser Frage sind M. Westhoff und P. Litterst (Herner) in einer Studie nachgegangen.

Vom 01.11.2006 bis 31.04.2007 wurden Patienten mit erneuter Müdigkeit unter langfristig effektiver CPAP-Therapie erfasst, bei denen sich der bisherige Therapiedruck als zu hoch erwies.

17 Patienten (7 mit Festdruck, 10 mit Auto-Adjust-Therapie) erfüllten die Kriterien. Die Ersteinstellung lag durchschnittlich 7,5 Jahre zurück. Der Therapiedruck betrug 8,8 mbar ($\pm 1,8$ mbar), der AHI 14/h ($\pm 13,8/h$), der Arousal-Index 21,0/h ($\pm 11,2/h$). 7 Patienten wiesen einen AHI $< 10/h$ (Durchschnitt 2,8/h), 10 Patienten obstruktive Ereignisse mit einem AHI $> 10/h$ (Durchschnitt 22,8/h) mit einem Arousal-Index von 24,8/h auf. Bei 3 Patienten war der erhöhte AHI durch die Versorgung mit einer Mund-Nasen-Maske bedingt. Der CPAP-Druck konnte bei allen Patienten um durchschnittlich 2,3 mbar auf 6,5 mbar ($\pm 1,5$ mbar) gesenkt werden. Der AHI sank auf 4,6/h ($\pm 4,3/h$), der Arousal-Index auf 12,7/h ($\pm 5,0/h$).

Die Besserung der Müdigkeit unter niedrigeren CPAP-Drucken deutet auf sowohl bei Patienten mit normalem AHI und Arousal-Index als auch bei denjenigen mit erhöhtem obstruktivem AHI auf einen inadäquat hohen Druck als Ursache. Da bei Patienten mit erhöhtem AHI unter Verwendung einer Mund-Nasenmaske die Umversorgung auf eine Nasenmaske eine AHI-Normalisierung trotz gleichzeitig möglicher Druckabsenkung bewirkte, muss hier ein Einfluss des Interfaces auf das Auftreten obstruktiver Ereignisse angenommen werden.

Schlussfolgerung: Inadäquat hohe CPAP-Drücke führen zu erneuten klinischen Beschwerden und können sowohl bei normalem als auch erhöhtem, paradoxerweise obstruktivem AHI vorliegen. Hierbei müssen zusätzlich Interface-bedingte Einflüsse berücksichtigt werden.

Erneute Müdigkeit unter bislang effektiver CPAP-Therapie bedarf deshalb der Abklärung mit Neutitration und erforderlichenfalls Reduktion des Therapiedrucks.

(Quelle: Somnologie Oktober 2007)

OP gut überstanden – aber nicht überlebt – Patienten mit Atemtherapiegeräten in einigen deutschen Kliniken nicht ausreichend versorgt?

Bei einer Recherche über das Thema Schlafapnoe-Syndrom, als Begleiterkrankung bei stationärer Heilbehandlung (nicht Grund der stationären Einweisung), sind wir auf folgende Problematik gestoßen:

In besonderen Situationen, wenn der Patient bedingt durch seine Erkrankung (z.B. Operation, Medikamente) sein Atemtherapiegerät nicht selbst bedienen kann, ist er auf die Unterstützung durch das Krankenhauspersonal angewiesen.

Einige Krankenhäuser – auch Kliniken der Schwerpunktversorgung – untersagen jedoch ihren Beschäftigten die Bedienung der patienteneigenen Atemtherapiegeräte nach DIN 17510-1 sowie die Handhabung des Zubehörs (z.B. Masken, Schläuche und Luftanfeuchter).

Krankenhauseigene Atemtherapiegeräte zum Behandeln der Schlafapnoe, außer den Narkosegeräten auf den Intensivstationen, sind häufig nicht vorhanden.

Ursache dieser Problematik ist die Auslegung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung durch die betreffenden Kliniken.

Die Kliniken sind der Auffassung, dass sie durch das Bedienen des vom Patienten in die Klinik eingebrachten Atemtherapiegerätes zum Betreiber/Anwender des Patientengerätes werden. Die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen stellen die Kliniken vor erhebliche organisatorische Schwierigkeiten.

Leidtragende dieser Regelung sind die Patienten, die auf die Therapie mit Atemtherapiegeräten angewiesen sind.

Für den Patienten ergibt sich folgende Problematik:

Bei der Applikation von den Muskeltonus beeinflussenden- und/oder die Bewusstseinslage einschränken Medikamenten z.B. vor und nach Operationen, muss die Therapie mit den Atemtherapiegeräten nach DIN 17510-1 einen noch höheren Stellenwert als in der häuslichen Umgebung haben. Ohne Atemtherapiegerät besteht ein erhöhtes Risiko für den Patienten einen gesundheitlichen Schaden zu erleiden.

Auch auf den nichtoperativen Stationen sind Patienten zeitweise, bedingt durch Ihre Erkrankung z.B. Schlaganfall und Herzerkrankung sowie nach der Verabreichung entsprechender Medikamente, auf die Durchführung der Atemtherapie durch die Beschäftigten des Krankenhauses angewiesen.

Die für das Verhindern der Obstruktion erforderlichen Drücke können, nach der Verabreichung der entsprechenden Medikamente, höher als die im Schlaflabor ermittelten Werte sein. Zusätzlich sind zentrale Apnoe-Phasen durch Medikamente oder die akut behandelte Erkrankung möglich.

Dies erfordert, zusätzlich zur Therapie mit dem Atemtherapiegerät, einen weitergehenden Überwachungsbedarf des Patienten, durch regelmäßige Kontrollen und, falls notwendig, die Überwachung mit einem Pulsoximeter.

Wenn Krankenhäuser die besondere Situation der Schlafapnoepatienten nicht beachten, gehen sie ein hohes Risiko ein, für einen Gesundheitsschaden haftbar gemacht zu werden. Mit geeigneten organisatorischen Maßnahmen und der entsprechenden Schulung des Personals wäre dieses Risiko auszuschalten.

Wir können den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen gegenwärtig nur empfehlen, vor der stationären Aufnahme ins Krankenhaus anzufragen und schriftlich bestätigen zu lassen, dass die Durchführung der Atemtherapie – wenn der Patient dazu nicht in der Lage ist – vom Klinikpersonal übernommen wird.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Krankenhäuser als mögliche Betreiber von Medizinprodukten, die Patienten eingebracht haben am Beispiel des Apnoe-Patienten

Von Dr. jur. Volker Lücker (Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Essen)

Nicht selten wird ein Patient wegen einer Erkrankung in ein Krankenhaus eingeliefert, der gleichzeitig daneben eine andere, in der Regel

chronische, Erkrankung hat und auf Grund dieser mit einem Gerät zu versorgen ist, dass er mitgebracht hat. Ein klassisches Beispiel ist hier der Schlafapnoe-Patient. Er bringt sein Atemtherapiegerät mit in die Klinik. Wer ist in einem solchen Fall der förmliche Betreiber im Sinne des Gesetzes?

Diese Frage ist durchaus relevant und von erheblicher Tragweite. Die Medizinprodukte – Betreiberverordnung (MPBetreibV) gilt gemäß § 1 Abs. 2 nicht für Geräte, deren Nutzung keinem gewerblichen Zweck folgt und in deren Umgebung auch keine Arbeitnehmer beschäftigt sind. Daher ist der Patient, bezogen auf das von ihm privat für sich genutzte Atemtherapiegerät keinerlei förmlichen Betreiberpflichtung unterworfen. Er kann z.B. nicht gezwungen werden, eine sicherheitstechnische Kontrolle durchzuführen, weder vom Hersteller, noch von einer Behörde. Der förmliche Betreiber, der der MPBetreibV unterworfen ist, begeht demgegenüber eine Ordnungswidrigkeit, wenn er eine solche Kontrolle versäumt oder ein Medizinprodukt anwendet, obwohl diese Kontrolle überfällig ist. Würde das Krankenhaus durch die Aufnahme des Patienten mit seinem Gerät zu dessen Betreiber, besteht die Gefahr, ein bislang wenig oder gar nicht gewartetes Gerät zunächst komplett auf den Stand bringen zu müssen.

Durch das Urteil des BVerwG vom 16.12.2003 über die Frage, ob eine Krankenkasse Betreiber ihrer Hilfsmittel ist, die sie an ihre Versicherten ausleiht, ist Unsicherheit seitens der Krankenhäuser entstanden. Das Gericht hatte die Betreibereigenschaft abgelehnt, da es nicht auf das Eigentum, sondern auf die tatsächliche Zugriffs- und Nutzungsmöglichkeit ankomme. Hieraus folgern einige Krankenhäuser nun, dass sie analog auch für Atemtherapiegeräte der Patienten Betreiber seien, sobald diese in den Zugriffs- und Nutzungsbereich des Krankenhauses fallen, auch wenn ihnen kein Eigentum zustehe. Ob diese Ansicht rechtlich zu halten ist, soll im Folgenden geklärt werden.

Die Betreibereigenschaft ist nicht vornherein zu verneinen, weil etwa die MPBetreibV hier nach § 1 Abs. 2 MPBetreibV nicht anwendbar wäre. Zwar mag man über die gewerbliche Nutzung bei mitgebrachten Medizinprodukten skeptisch sein, Arbeitnehmer kommen aber in jedem Fall in Form des Krankenhaus- und Pflegepersonals mit dem Gefahrenbereich des Produktes in Verbindung. Es fehlt an einem ausschließlichen Einsatz des Gerätes im häuslichen Bereich. Folglich

ist die Ausnahmevorschrift von § 1 Abs. 2 MPBetreibV nicht erfüllt, weshalb die MPBetreibV grundsätzlich Anwendung findet.

Gleichwohl ist das Krankenhaus nicht automatisch Betreiber. Hierzu bedarf es gerade einer bestimmten Rolle in Bezug auf das Medizinprodukt. Solange der Patient das eigene Gerät selbst nutzt und es quasi nur in den Räumlichkeiten der Gesundheitseinrichtung verweilt, fehlt bereits der Sachherrschaftsbezug, den das BVerwG in der genannten Entscheidung als eines der maßgeblichen Kriterien herangezogen hat. Damit macht allein die Mitnahme eines Atemtherapiegerätes durch einen Schlafapnoe-Patienten das Krankenhaus nicht zu einem Betreiber.

Schwieriger ist der Fall allerdings dann, wenn der Patient in Folge der Behandlung oder auf Grund anderer Umstände (Narkose oder sonstige Bewusstseinsstörungen) physischen nicht in der Lage ist, das Gerät selbst zu bedienen. Hier wird (und muss) das Krankenhauspersonal die Bedienung des Gerätes übernehmen und es könnte die erforderliche Sachherrschaft auf Seiten des Krankenhauses eintreten. Wenn man unter Sachherrschaft jede tatsächliche Zugriffsmöglichkeit sieht, hätte das Krankenhauspersonal im Moment der Nutzung zweifelsfrei eine Sachherrschaft über das Medizinprodukt. Ist man damit am Ende und kann folglich festhalten, dass das Krankenhaus damit schon Betreiber ist?

Dies ist zu verneinen. Das BVerwG hatte nicht die Aufgabe in seiner Entscheidung, eine Positivdefinition des „Betreibers“ im Sinne der MPBetreibV zu geben. Vielmehr ging es um eine Negativabgrenzung, das heißt es reichte dem Gericht für ein eindeutiges Urteil aus, dass zumindest ein Aspekt als sicherer Bestandteil der Betreibereigenschaft festgelegt werden konnte, den die beklagte Krankenkasse im zu entscheidenden Fall klar nicht erfüllte. Dies war die tatsächliche Sachherrschaft in Bezug auf das Medizinprodukt. Damit hat das Gericht jedoch nicht festlegen wollen, dass als notwendiges und auch zugleich ausreichendes Merkmal des Betreibers diese tatsächliche Sachherrschaft sei. Vielmehr stellt das Gericht fest, dass der Gesetzgeber mangels Legaldefinition (d.h. Wortlautdefinition im Gesetz selbst) davon ausgegangen sei, der Begriff sei eindeutig. In der Konsequenz hat das Gericht den Begriff auch an dem allgemeinen Sprachgebrauch gemessen und kam so zu der Mindestanforderung, dass ein Sachbezug erforderlich sei, wie dies auch aus dem Wortsinn des Betriebens einer Maschine oder einer Studie herzuleiten sei.

In diesem Sinne darf jedoch nicht bei jeder Sachherrschaft aufgehört werden, sondern für die positive Bestimmung der Betreibereigenschaft ist noch etwas mehr erforderlich, was gerade aus dem Wortsinn des „Betreibens“ folgt. Auch darf nicht aus dem Einzelfall auf eine Gesamtdefinition geschlossen werden, nur weil der Einzelfall besonders signifikant erscheint. Das Atemtherapiegerät als aktives Medizinprodukt (ggf. sogar der Anlage I der MPBetreibV) hat erhebliche formelle Betreiberpflichtungen, aber hiervon darf nicht die Definition abhängen. Es gibt erheblich mehr Beispiele, bei denen keine Sensibilität vorliegt, die aber alle gleich behandelt werden müssen. Reichte die alleinige Sachherrschaft aus, die das Krankenhaus durch die Nutzung eines fremden Medizinproduktes durch ihre Mitarbeiter erlangt, wäre jegliche Hilfestellung im Krankenhaus unmöglich. Das Aufsetzen der Brille (ein Medizinprodukt!), das Anlegen der patienteneigenen Orthese, des Kompressionsstrumpfes, des orthopädischen Schuhs oder die Bedienung des Insulinpens würden das Krankenhaus sofort zum Betreiber all dieser Medizinprodukte machen. Nur die Tatsache, dass bei derartigen Medizinprodukten keine gravierenden Betreiberpflichtungen explizit geregelt sind (es gibt z.B. für derartige Produkte keine Vorgabe zur sicherheitstechnischen Kontrolle), kann nicht als Aspekt der Definition eines Betreibers greifen. Auch zu diesen „einfachen“ Medizinprodukten gibt es einen rechtlichen Betreiber, dessen Grundsatzdefinition sich nicht nach der Produktgattung unterscheiden kann.

Daher bedarf es weiterer Aspekte, damit derjenige, der tatsächlich auf ein Medizinprodukt zugreifen kann und auch zugreift, Betreiber dieses Medizinproduktes wird. Mit dem BVerwG ist der Wortsinn des Begriffes „Betreiber“ als Ausgangspunkt zu sehen. Aus den vom Gericht herangezogenen Beispielen des „Betreibens einer Maschine, eines Handels oder aber auch einer Gesellschaft“ folgt ein weiterer wesentlicher Aspekt, der neben der reinen tatsächlichen Sachherrschaft besteht. Dieser zusätzliche Aspekt grenzt den Betreiber insbesondere zum Begriff des Anwenders ab. Folgt schon aus der tatsächlichen Nutzungsmöglichkeit die Betreibereigenschaft, bleibt der Unterschied zum Anwender unklar. Es gibt jedoch evident einen Unterschied zwischen dem Betreiber und dem Anwender, wie sich aus der MPBetreibV an mehreren Stellen ergibt.

Der Betreiber muss nicht nur eine gewisse tatsächliche räumliche Nähe zum Medizinprodukt haben, sondern ihm muss auch eine

gewisse Verantwortung für das Wohl und Wehe des Produktes und deren Handhabung zukommen. Gerade aus den Beispielen des Wortsinns folgt dieser Aspekt der Verantwortung. Eine Gesellschaft betreibt nicht jeder Mitarbeiter oder jedes sonstige Mitglied im Organisationsbereich, auch wenn jeder von ihnen eine Sachnähe besitzt. Es sind vielmehr die Gesellschafter mit der ihnen gesellschaftsrechtlich zugeordneten Verantwortung, die Gesellschaft zu dem Gesellschaftszweck zu betreiben. Wer eine Maschine betreibt, muss sie nicht tatsächlich handhaben, aber er entscheidet im Rahmen seiner Verpflichtung und der von ihm gegebenen Zielrichtung über die Nutzung. Gleiches gilt für das Betreiben eines Handles, das als Zielorientierung den gewerblichen Austausch von Waren mit Gewinnspanne zur eigenen wirtschaftlichen Absicherung hat. Es geht dem Betreiber daher beim Betreiben einerseits um die Verantwortung zum Gegenstand (oder Projekt), aber auch um die Nutzung zu eigenen, betreiberimmanenten Interessen. Dabei muss die Verantwortung sicher nicht allein aus einem Eigentumsverhältnis als solchem folgen, sie kann sich auch aus anderen Interessen des Betreibers ergeben.

Ebenso bedarf es für die Annahme, Betreiber eines Medizinproduktes zu sein, neben der erforderlichen Sachherrschaft auch noch eine gewisse verantwortliche Beherrschung zum eigenen Nutzen. Dieser Nutzen liegt nicht in dem medizinischen Nutzen den das Medizinprodukt für den Patienten birgt, sondern in der Regel, wie sich gerade aus § 1 Abs. 2 MPBetreibV im Umkehrschluss ergibt, in dem Dienen des Medizinproduktes zu den gewerblichen oder den wirtschaftlichen Zwecken des Betreibers. Eine wirtschaftliche Zwecksetzung ist dabei schon dann zu bejahen, wenn der jeweilige Betreiber das Medizinprodukt nachhaltig bzw. berufsmäßig sowie möglichst Kosten sparend einsetzt (VG Braunschweig Urteil vom 26.02.02; Az: 5 A 307/ 01)

Das Krankenhaus wird daher erst dann Betreiber eines Medizinproduktes, das vom Patienten mitgebracht wurde, wenn die Nutzung dem gewerblichen oder wirtschaftlichen Zweck des Krankenhauses entspricht oder doch zumindest entgegenkommt, das heißt Kosten für ein ansonsten erforderliches Eigengerät erspart. Es ist danach zu unterscheiden, aus welchem Grund sich der Patient in der stationären Behandlung befindet, denn die medizinische Behandlung des Aufnahmegrunds ist der Zweck, den das Krankenhaus mit der Behandlung verfolgt. Im Gegensatz zur Vollpflege in einem Pflegeheim, besteht die Zweckrichtung einer vorübergehenden stationären Behandlung nicht

in der Gesamtpflege aller vorhandenen Leiden, Krankheiten oder Behinderungen des Patienten. Diese werden im Sinne einer ordnungsgemäßen Betreuung mit berücksichtigt, aber gerade nicht stationär behandelt.

Wer wegen eines beidseitigen Armbruches in stationärer Behandlung ist und aus diesem Grund nicht das mitgebrachte Atemtherapiegerät selbst bedienen kann, macht das Krankenhaus ebenso wenig zum Betreiber seines Gerätes, wie er es zum Betreiber seiner Brille, seiner Stützstrümpfe oder seines Insulinpens macht. Auch der querschnittsgelähmte Patient, der sich zu einer Blinddarmoperation im Krankenhaus befindet, macht diese nicht zum Betreiber seines (elektrischen) Rollstuhles. Ebenso wenig wird das Krankenhaus Betreiber des Herzschrittmachers dieses Patienten.

Ist hingegen die Behandlung kausal mit der Nutzung des Gerätes verbunden, etwa weil der Patient zur Akutbehandlung seiner Schlafapnoe im Schlaflabor der pneumologischen Fachabteilung liegt, dient sein Gerät den gewerblichen und wirtschaftlichen Zwecken des Krankenhauses. Würde der Patient nicht sein Gerät mitbringen, hätte das Krankenhaus im Rahmen der Behandlung im Sinne der ordnungsgemäßen Behandlung und Versorgung die Verpflichtung ein solches Gerät zu stellen. Damit erfüllt es einen Nutzen für das Krankenhaus und entledigt dieses von einer eigenen Verpflichtung. Folglich wird das Krankenhaus in diesem Fall Betreiber. Es hat die tatsächliche Sachherrschaft und diese liegt auch in seinem wirtschaftlichen und gewerblichen Interesse.

Zusammenfassend kann daher aus der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes gefolgert werden, dass bezogen auf ein patienteneigenes Medizinprodukt nicht allein die tatsächliche Sachherrschaft zu einer Betreibereigenschaft seitens eines Krankenhauses führt. Vielmehr muss zudem die Nutzung des Produktes am Patienten einen Teil der originären Behandlungsverpflichtung der Gesundheitseinrichtung darstellen. Erfüllt das Medizinprodukt so zumindest auch einen wirtschaftlichen oder gewerblichen Zweck für das Krankenhaus, führt dies sodann zu seiner Betreibereigenschaft.

Wendet man diese Grundsätze weiter auf dauerhafte Betreuungssituationen an, wie z.B. bei Pflegeheimen, wird deutlich, dass hier das Heim Betreiber aller Medizinprodukte wird, deren Nutzung der Heimbewohner aus den Grundsätzen der Grundpflege und nicht allein aus

Gründen der persönlichen Bequemlichkeit oder der verbesserten Lebensqualität, bedarf. Dies ist unabhängig davon, ob das Produkt vom Bewohner mit eingebracht oder vom Heim selbst angeschafft wurde. Es erfüllt eine gewerbliche Aufgabe im Sachherrschaftsbereich des Heimes und macht diese sodann formal zum Betreiber. Dass eine derartige Differenzierung nach der Erfüllung der Grundpflege und der individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen dem Gesetzgeber nicht fremd ist, zeigt im Übrigen auch die hiernach differenzierte Erstattungspflicht der gesetzlichen Sozialversicherungsträger für Hilfsmittel in Pflegeheimen.

Bis zu 1,9 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten

In Deutschland gibt es nach Angaben der Bundesregierung genauso viele medikamentenabhängige Menschen wie Alkoholiker. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Grünen hervor. Demnach sind zwischen 1,4 und 1,9 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten. Ebenso viele gelten als gefährdet. Die Zahl der Medikamentenabhängigen sei damit ähnlich hoch wie die der Alkoholiker und liege deutlich über jener der Drogenabhängigen.

Etwa fünf bis sechs Prozent aller Medikamente könnten abhängig machen oder zum Missbrauch verleiten, teilte die Bundesregierung ferner mit. Etwa 1,1 Millionen Menschen sind nach ihren Angaben von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig, die zu der Gruppe der Benzodiazepine gehören. Frauen seien doppelt so häufig betroffen wie Männer. Generell steige die Gefahr einer Medikamentenabhängigkeit vom 60. Lebensjahr stark an. Die volkswirtschaftlichen Kosten beziffert die Regierung auf jährlich 14 Milliarden Euro.

Medikamentenabhängige Menschen fallen den Angaben zufolge in der Regel nicht besonders auf und zeigen keine exzessiven Verhaltensweisen. Sie lebten häufig angepasst, seien sozial integriert und nicht selten sehr leistungsorientiert. Bis die Abhängigkeit erkannt werde, vergingen oft Jahre.

(Quelle: afp-Nachrichtenagentur vom 07.02.2008)

Immer mehr Männer krank durch Stress

Zuerst hatte der 48-jährige nur Probleme mit dem Einschlafen. Dann wachte er nachts immer häufiger auf, fühlte sich morgens matt und ging wegen Lappalien an die Decke. Schließlich gab er dem Drängen seiner Frau nach und ging zum Arzt. Diagnose: chronische Erschöpfung. Der Kieler steht damit nicht allein, doch er ist einer der wenigen Männer, die etwas dagegen tun.

Ständiger Zeitdruck, Arbeitsverdichtung, Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren – das führt immer häufiger zu Stress, der ohne wirksame Gegenmaßnahmen die Gesundheit schädigt. Fast 49 Prozent der Männer leiden darunter, immer mehr in immer kürzerer Zeit erledigen zu müssen, wie eine aktuelle DAK-Studie zeigt. „Gerade Männer knien sich mit wachsendem Arbeitsdruck noch verbissener in die Arbeit. Sie wollen gerne alles selbst erledigen. Und für den Eil-Auftrag des Chefs lässt man fast jeden Privattermin platzen“, sagt Frank Meiners, Psychologe bei der DAK. Die elektronischen Medien verstärken den Druck noch: Etwa Dreiviertel der Befragten fühlt sich immer wieder bei der Arbeit gestört, jeder Dritte durch E-Mails regelrecht überflutet.

„In unserer Abteilung sind wir vier Leute statt früher sechs. Aber die Arbeit ist nicht weniger geworden, vieles geht zwar schneller dank PC, aber dafür fragen Kunden ständig per E-Mail oder Handy nach und erwarten sofort eine Lösung. Und für den Chef ist es klar, dass wir vier das alles bewältigen“, erzählt der Kieler. Natürlich werde im Kollegenkreis gestöhnt. Aber dem Chef zu sagen, ich schaff' das nicht mehr, sei undenkbar: „Dann findet der mich doch unfähig, und bei der nächsten Entlassung stehe ich ganz oben auf der Liste“, sagt der Akademiker, der seine Schlaflosigkeit jetzt mit Yoga angeht, bei der Arbeit nur noch zweimal am Tag die E-Mails abrufen und zwischendurch das Handy ausstellt. Heimlich, versteht sich.

Stressbedingte Krankheiten wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Störungen, Magengeschwüre, Rückenschmerzen, Schlaf- oder Potenzstörungen treffen inzwischen den Sozialarbeiter ebenso wie den Arzt, den Lehrer wie den Polizisten und den Manager. 40 Prozent der Mitarbeiter in der IT-Branche stehen vor einem Burn-Out, ergab 2006 eine Studie des Instituts für Arbeit und Technik. Und laut Medizinsoziologe Johannes Siegrist von der Uni Düsseldorf haben Arbeitnehmer, denen der Chef nicht die angemessene Wertschätzung entgegenbringt, das doppelte Risiko, an Herzinfarkt oder Depression zu

erkranken. Doch 80 Prozent der Betriebe, so fand man 2004 bei der Hans-Böckler-Stiftung heraus, kennen die Stressquellen in ihrem Haus gar nicht. „Dieses Wissen und angemessene Gegenmaßnahmen sind aber ebenso notwendig wie individuelle Stressbearbeitung, wenn wir in Zeiten des demographischen Wandels die Arbeitskraft bis 67 erhalten wollen“, sagt Bettina Küpper vom Arbeitsschutz-Referat im Kieler Sozialministerium. Über das Netzwerk Gesundheit am Arbeitsplatz (GESA) versucht sie, Betriebe auch für das Stressproblem zu sensibilisieren.

Dass Betriebe das Problem ernst nehmen sollten, findet auch der Fachanwalt für Arbeitsrecht Dr. Jörg Podehl aus Düsseldorf. Denn das Arbeitsschutzgesetz verpflichte den Arbeitgeber, den Arbeitnehmer vor Gefährdungen am Arbeitsplatz zu schützen. Psychischen Belastungen wie Stress kämen dabei zunehmend Bedeutung zu. In Großbritannien, so Podehl, fordern seit der ersten erfolgreichen Stressklage 1995 immer mehr Arbeitnehmer vor Gericht Schadensersatz für Gesundheitsschäden durch ständige Arbeitsüberlastung. Für Podehl ist es „nur eine Frage der Zeit, bis die zunehmende Arbeitsverdichtung und der zunehmende betriebs- und volkswirtschaftliche Schaden durch ein Übermaß an Stress am Arbeitsplatz auch in Deutschland zu den ersten erfolgreichen Klagen führen werden“.

(Quelle: Kieler Nachrichten vom 13.02.2008)

Schlafstörung bei Frauen – an Schlafapnoe wird selten gedacht

Eine Schlafapnoe wird bei Frauen oft nicht erkannt. Denn Ein- und Durchschlafstörungen, über die viele dieser Frauen berichten, lenken häufig auf die falsche Fährte. Statt einer Schlafapnoe wird eher eine Depression diagnostiziert. Anamnese und Fragebogen helfen bei der Klärung.

Der Zusammenhang zwischen Schlafstörung und Schlafapnoe ist gut belegt. So wurden in einer Studie 394 Frauen in der Postmenopause mit Schlafstörungen im Schlaflabor untersucht. 67 Prozent der Frauen hatten einen erhöhten Apnoe-Hypopnoe-Index von mehr als fünf pro Stunde. Und: 16 Prozent schnarchten und klagten über Tagesmüdigkeit. In einer anderen Studie waren bei Frauen mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) signifikant häufiger als bei Männern Schlafstörungen das Kardinalsymptom.

Diese Schlafapnoe-atypischen Beschwerden sind für Experten ein wichtiger Grund, warum Frauen viel seltener als Männer im Schlaflabor untersucht werden und das OSAS bei Frauen viel seltener diagnostiziert wird.

Über 90 Prozent der Patienten im Schlaflabor sind zwar Männer, aus Studien ist aber inzwischen klar: Bei adipösen Frauen und Frauen in der Postmenopause ist die Schlafapnoe ähnlich häufig wie bei Männern (vier Prozent). Bei Frauen allgemein beträgt die Prävalenz zwei Prozent. Der Grund für die Zunahme nach der Menopause liegt darin, dass Schutzmechanismen wie Sexualhormone verschwinden. Ein Fragebogen, die Epworth-Sleepiness-Skala, hilft bei der Diagnostik: Hierbei wird gefragt, wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, in alltäglichen Situationen einzuschlafen.

Ein OSAS erhöht das Risiko für Hypertonie und KHK. Umgekehrt senkt eine CPAP-Beatmung den mittleren Blutdruck um 1,7 mmHg.

Bereits eine Reduktion um 1 bis 2 mmHg senkt KHK- und Schlaganfallrate.

(Quelle: Ärzte-Zeitung vom 05.12.2007)

Das Schlafverhalten von unverheirateten Paaren

Ob und wie sich Bettpartner gegenseitig in ihrem Schlafverhalten beeinflussen, darüber ist in der Schlafforschung noch wenig bekannt. Publikationen dazu sind spärlich und beschränken sich entweder auf bestimmte Personengruppen (z.B. Frauen von Patienten mit Schlafapnoe) oder auf die nächtlichen Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkindern.

In einer Pilotstudie von G. Klösch³, M. Keckeis⁴, S. Katina⁵, J. Zeitlhofer³ und J. Dittami⁴ wurden zehn unverheiratete und kinderlose Paare (Durchschnittsalter: 25,5a), ohne Schlafstörungen über 28 Tage/Nächte mittels Schlaftagebuch und Aktigrafen beobachtet. Während dieses Zeitraumes wurden die Paare instruiert, jeweils zehn Nächte miteinander und zehn Nächte allein zu verbringen. Um Schlafstörungen auszuschließen, wurde zu Beginn der Untersuchung eine Schlafla-

3 Medizinische Universität, Universitätsklinik für Neurologie, Wien

4 Universität Wien, Department für Neurobiologie, Wien

5 Universität Wien, Department für Anthropologie, Wien

namnese durchgeführt sowie die subjektive Schlafqualität der letzten vier Wochen (PSQI-Fragebogen) und der Chronotyp (D-MEQ) bestimmt.

Ausgewertet wurden die subjektiven Angaben zur Schlaf- und Aufwachqualität (Schlafstagebuch) sowie die Aktigrafieaufzeichnungen für die allein verbrachten Nächte, die Nächte mit PartnerIn und die Nächte mit Sexualkontakt. Frauen bewerteten die Nächte mit Partner schlechter ($p = 0,009$) als die alleine verbrachten. In den Nächten mit Sexualkontakt verbesserte sich die Schlaf- und Aufwachqualität wieder. Bei Männern hingegen war die Schlaf- und Aufwachqualität in den Nächten mit Partnerin signifikant besser ($p = 0,007$). Die Schlaffeffizienz (errechnet aus den Aktigrafiedaten) verschlechterte sich bei Frauen, wenn sie mit wem Partner schliefen ($p = 0,005$). Bei Männern verringerte sich die Schlaffeffizienz lediglich in den Nächten mit Sexualkontakt ($p = 0,017$).

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse werfen viele Fragen auf. Die wohl spannendste dabei: Warum ist der Schlaf von Frauen derart durch den Partner beeinflussbar? In der Diskussion werden dazu ein paar Ansätze präsentiert.

(Quelle: Somnologie Oktober 2007)

Opioide verursachen Schlafapnoe bei chronischen Schmerzpatienten

Eine Opioid-Schmerztherapie kann zu Schlafapnoe führen. Darauf weisen Forscher der Lifetree Clinical Research and Pain Clinic in Salt Lake City in einem vorab veröffentlichten Artikel in „Pain Medicine“ hin, dem Fachblatt der American Academy of Pain Medicine.

Menschen, bei denen aufgrund gestörter Hirnkontrolle im Schlaf das Atmen aussetzt, leiden an einer zentraler Schlafapnoe. Obstruktive Schlafapnoe hingegen ist durch Faktoren wie Fettleibigkeit bedingt und durch lautes Schnarchen begleitet. Die Forscher untersuchten Schlaflaboraten von 140 Patienten auf den Zusammenhang zwischen Opioidtherapie und Schlafapnoe.

Die Teilnehmer der Studie waren alle Patienten, die aufgrund chronischer Schmerzen rund um die Uhr mit Opioiden behandelt wurden.

Die Therapie dauerte bei allen Teilnehmern seit mindestens einem halben Jahr an und war seit mindestens vier Wochen auf einem stabilen Niveau eingestellt.

„Die Ergebnisse zeigen eine stärkere Prävalenz von Atemproblemen im Schlaf, als wir angenommen hatten“, betont Antony Webster, Leiter der Studie. Insgesamt tauchten obstruktive und zentrale Schlafapnoesyndrome bei 75 Prozent der Probanden auf.

Obstruktive Schlafapnoe gilt als unterdiagnostiziert; Schätzungen für die Prävalenz liegen bei zwei bis vier Prozent in der US-amerikanischen Gesamtbevölkerung. Für die zentrale Schlafapnoe nehmen Experten eine Prävalenz von bis zu fünf Prozent an. Webster und seine Kollegen weisen darauf hin, dass eine Opioidtherapie unter diesen Gesichtspunkten für chronische Patienten ein zusätzliches Risiko für Morbidität und Mortalität birgt.

(Quelle: www.aerzteblatt.de vom 07.09.2007)

Radiowecker kann Schlafstörungen verursachen

Selbst schwache Lichtquellen wie die Zeitanzeige von Radioweckern können Schlafstörungen verursachen. Auch das Licht von Straßenlaternen oder der Schein des Vollmonds kann die kostbare Nachtruhe empfindlich stören, sagte der Schlafforscher Jürgen Zulley dem „HausArzt-PatientenMagazin“. Punktuell helle Flecken lösten ein Bedürfnis aus, sie zu betrachten, was vom Schlaf ablenke. Besonders flackerndes Licht, beispielsweise von Leuchtreklamen empfänden viele Menschen als schlimm. „Die innere Gereiztheit, die sich dadurch mit der Zeit aufbaut, kann massive Schlafstörungen hervorrufen“, sagte der Regensburger Professor.

(Quelle: AP-Nachrichtenagentur vom 01.02.2008)

Neue Studie: Fluglärm steigert Blutdruck im Schlaf

Neue Munition für Gegner von Flughafen-Erweiterungen: Einer aktuellen Studie zufolge belastet Fluglärm den menschlichen Körper auch im Schlaf. Je lauter der Krach, desto höher der Blutdruck der Betroffenen, so das Ergebnis der Messungen.

London/Oxford – Die Wissenschaftler schlichen sich nachts an ihre Probanden heran. Sie beobachteten 140 Menschen, die in den Ein- und Abflugschneisen vier internationaler Flughäfen wohnten. In 15-Minuten-Abständen nahmen sie die Blutdruckwerte und den am Bett herrschenden Schalldruckpegel auf.

Ihre Messergebnisse sind durchaus beeindruckend: Überstieg der Lärm einen Wert von 35 Dezibel, kletterte der Blutdruck der Schlafenden deutlich. 35 Dezibel werden üblicherweise erreicht, wenn Flugzeuge über das Haus donnern, Autos vorbeirauschen oder aber der Partner schnarcht.

Ärzte geben den Blutdruck immer in zwei Werten an: Der erste, so genannte systolische Wert bezeichnet den höchsten Druck in den Blutgefäßen durch die Kontraktion des Herzens. Der zweite, diastolische Wert steht für den niedrigsten Druck in den Adern, wenn sich das Herz wieder mit Blut füllt.

Das Forscherteam unter Leitung von Lars Jarup vom Imperial College in London fand heraus, dass der Fluglärm im Durchschnitt eine Steigerung des systolischen Wertes um 6,2 Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) verursachte. Der diastolische Wert stieg im Schnitt um 7,4 mmHG. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Bluthochdruck ab einem Verhältnis von systolischem zu diastolischem Wert von 140 zu 90. Als optimal gilt 120 zu 80.

Die Messungen ergaben auch den Trend, dass mit steigendem Lärm im Schlaf der Blutdruck stetig wächst. So geht beispielsweise ein Anstieg des Lärmpegels um fünf Dezibel mit einer systolischen Blutdrucksteigerung von jeweils 0,66 mmHg einher, schreiben die Forscher in der aktuellen Ausgabe des „European Heart Journal“. Da mit dem Bluthochdruck auch die Risiken für Herzerkrankungen, Schlaganfall, Nierenleiden und Demenz steigen, empfehlen die Wissenschaftler umfangreiche Lärmschutzmaßnahmen, um den Betroffenen einen erholsameren, unbelasteten Schlaf zu ermöglichen.

Einer weiteren Untersuchung zufolge haben Menschen, die Nachtfluglärm ausgesetzt sind, insgesamt häufiger Bluthochdruck als Menschen in ruhigen Wohngebieten. Bereits ein Anstieg des nächtlichen Fluglärmpegels um 10 Dezibel im Schallpegelbereich von 30 bis 60 Dezibel erhöhe das Risiko für Bluthochdruck bei Frauen und Männern um rund 14 Prozent, hatte das Umweltbundesamt im Januar mitgeteilt. Eine Zunahme um 10 Dezibel bedeutet eine zehnfache Schallintensität und entspricht in etwa einer Verdoppelung des wahrgenommenen Lärms.

Beide Studien sind Teil des von der EU geförderten Projektes Bluthochdruck und nächtlicher Fluglärm („Hyena“). Insgesamt sind daran 5000 Anwohner in der Nähe der Flughäfen von London, Berlin-Tegel, Athen, Mailand, Stockholm und Amsterdam beteiligt.

(Quelle: spiegel.de, ddp/dpa-Nachrichtenagentur vom 13.02.2008)

Menschen mit Narkolepsie haben gehäuft Essstörungen

Narkolepsie ist eine neurologische Erkrankung, die dazu führt, dass Betroffene während des Tages unkontrollierbar einschlafen. Die Mehrheit der Menschen, die an Narkolepsie leiden, zeigt eine auch Symptome einer Essstörung, wie zum Beispiel einen unwiderstehlichen Drang nach Nahrung oder gehäufte Essattacken. Dr. Hal Drooglever Fortuyn und Dr. Sebastian Overeem von der Universität Nijmegen in den Niederlanden haben dazu eine Studie mit 60 Narkolepsie-Patienten und 120 gesunden Personen durchgeführt. 23% der Patienten mit Narkolepsie erfüllten die Kriterien einer klinischen Essstörung, hingegen war kein Teilnehmer der Kontrollgruppe von einer Essstörung betroffen. Die Hälfte der Narkolepsie-Patienten berichtete von einem andauernden Verlangen nach Nahrung und von wiederholten Essattacken, 25% der Erkrankten gaben an, mindestens 2-mal in der Woche Essattacken zu haben.

Diese Daten machen deutlich, dass Narkolepsie nicht nur eine Schlafstörung ist, sondern eine Erkrankung des Hypothalamus mit einem breiten Spektrum von Symptomen, sagt Dr. Fortuyn. Der Neurotransmitter Hypokretin, der bei Narkolepsie-Patienten fehlt, ist an der Regulation der Nahrungsaufnahme beteiligt, wie man aus Studien

an Tieren weiß. Frühere Studien hatten gezeigt, dass eine Narkolepsie-Erkrankung häufig mit erhöhtem Körpergewicht einhergeht. In der aktuellen Studie wurde jedoch keine Korrelation zwischen Essattacken und erhöhtem Körpergewicht nachgewiesen. Die Essattacken sind daher vermutlich nicht die direkte Ursache von Übergewicht bei Narkolepsie, vielmehr scheinen Stoffwechseleränderungen mit beiden Symptomen in Verbindung zu stehen. In jedem Fall deuten die Erkenntnisse darauf hin, dass der Verlust der Funktion von Hypokretin den Betroffenen es nicht nur erschwert, wach zu bleiben, sondern auch ein geregeltes Essverhalten destabilisiert.

Neben unkontrollierbaren Schlafanfällen kommt es bei einer Narkolepsie-Erkrankung auch zu traumartigen Empfindungen im Wachzustand sowie zum kurzzeitigen Verlust der Muskelspannung. In Deutschland leiden etwa 24 000 Menschen an Narkolepsie. Frauen und Männer sind zu gleichen Teilen von der Erkrankung betroffen.

(Quelle: www.neurologen-und-psychoater-im-netz.de vom 17.03.2008)

Innere Uhr steuert Blutdruck Studie vereint zwei Erklärungen für hohen Blutdruck am frühen morgen

Wie die innere Uhr des Menschen den Blutdruck beeinflusst, haben Wissenschaftler der School of Medicine an der University of Pennsylvania herausgefunden. Dass der Blutdruck etwa am frühen Morgen besonders hoch ist, erklären die Forscher in den Proceedings of the National Academy of Science www.pnas.org/ zwar mit einer Stressreaktion. Diese werde allerdings über die zentrale innere Uhr des Menschen reguliert. Die Wissenschaftler fassen damit die beiden wichtigsten Erklärungsversuche für die vermehrten Herzinfarkte am frühen Morgen zu einem neuen Ansatz zusammen.

Schon lange vermuten die Forscher, dass die innere Uhr den Blutdruck beeinflusst. Ebenfalls bekannt ist, dass Herzinfarkte besonders häufig in den frühen Morgenstunden auftreten. Bei Patienten mit Bluthochdruck tritt dieser Effekt sogar verstärkt auf. Nicht einig waren sich die Wissenschaftler allerdings bislang darüber, ob womöglich ein Zusammenhang zwischen den vermehrten Herzinfarkten am frühen Morgen und der inneren Uhr des Menschen besteht – oder ob die

vermehrt auftretenden Infarkte die Folge von zuviel Stress in den frühen Morgenstunden sind, verursacht etwa durch die Hast zum Arbeitsplatz. Die nun veröffentlichten Ergebnisse könnten beide Erklärungsversuche zu einem gemeinsamen Ansatz verbinden.

„Die zentrale innere Uhr des Menschen stellt man sich als eine Gruppe von Proteinen vor, die sich gegenseitig regulieren“, sagt Christof Schomerus von der Universität Frankfurt <http://www.uni-frankfurt.de/>. im Gespräch mit presstext. Angesiedelt in einer speziellen Region des Gehirns reguliert sie verschiedene Prozesse im menschlichen Körper – und beeinflusst wahrscheinlich alle anderen inneren Uhren, die in nahezu allen anderen Zellen des menschlichen Körpers ticken. „Verändert man den Aufbau der inneren Uhr kann es passieren, dass der gesamte Mechanismus nicht mehr richtig funktioniert“, sagt Schomerus. Doch um einen möglichen Zusammenhang zwischen innerer Uhr und dem erhöhten Blutdruck am frühen Morgen zu testen, taten die Forscher genau das: In Versuchen mit Mäusen schalteten sie Gene aus, welche einige Proteine der inneren Uhr kodieren. In der Folge konnten die Wissenschaftler verschiedene Effekte auf den Blutdruck und dessen tagesrhythmische Schwankungen beobachten.

Zugleich wiesen sie nach, dass auch das Stresshormon Katecholamin unter der Kontrolle der inneren Uhr steht. „Im Normalfall passt die innere Uhr die Produktion von Katecholamin an die Aktivitäten des Menschen an“, sagt Schomerus. Die Mäuse produzierten mehr von dem Hormon, falls sie unter Stress standen. Auch bei den Schwankungen des Blutdrucks vermuteten die Wissenschaftler deshalb einen Zusammenhang zwischen Stress und den Mechanismen der biologischen Uhr.

In Tierversuchen zeigten sie, dass der Zeitpunkt, an dem die Mäuse unter Druck gesetzt wurden, entscheidend für die Stärke der Katecholamin-Produktion und die Höhe des Blutdrucks ist. Der größte Anstieg fiel genau in die Zeit, die den frühen Morgenstunden beim Menschen entsprechen – ein erstes Indiz, das die Forscher zu weiteren Untersuchungen ermutigte. Als die Wissenschaftler ein Gen der zentralen inneren Uhr gezielt abschalteten, reagierten die Mäuse auch unter Stress nicht mit einer Erhöhung des Blutdrucks.

„Diese Ergebnisse zeigen, dass ein Gen der inneren Uhr bei der Stressreaktion eine unerwartete Rolle spielt“, sagt Co-Autor Garret A. FitzGerald. Der erhöhte Blutdruck bei Menschen am frühen

Morgen ist demnach zwar eine Stressreaktion – diese wird allerdings wahrscheinlich durch die innere Uhr beeinflusst. „Das eröffnet uns neue Möglichkeiten, den Blutdruck zu regulieren und damit das Risiko für einen Herzinfarkt am frühen morgen zu senken, indem wir Medikamente einsetzen, um die innere Uhr neu einzustellen.

(Quelle: www.presstext.de)

Raucher schlafen weniger tief

Raucher verbringen weniger Zeit im Tiefschlaf als Nichtraucher und fühlen sich danach auch weniger erfrischt. Gründe dafür sind wahrscheinlich die stimulierende Wirkung des Nikotins und Entzugerscheinungen während der Nacht, wie Naresh Punjabi von der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore herausgefunden hat. Der Forscher zeichnete die Schlafphasen von 80 Rauchern und Nichtrauchern auf und befragte die Studienteilnehmer nach ihren eigenen Eindrücken zur Qualität des Schlafes. Über die Ergebnisse berichtet der Wissenschaftler im Fachmagazin „Chest“ (Bd. 3, Nr. 2).

Punjabi ließ in seinem Experiment je 40 Raucher und Nichtraucher ihren Schlaf zu Hause polysomnografisch messen. Bei dieser Methode werden nicht nur Hirnströme aufgezeichnet, sondern auch Atmung, Kreislauf, EKG, Schnarchen, Muskel- und Augenaktivität erfasst. Sowohl Raucher als auch Nichtraucher waren völlig gesund und nahmen keine Medikamente, die ihren Schlaf hätten beeinträchtigen können.

Bei der Auswertung des Elektroenzephalogramms (EEG), das die Aktivität einzelner Gehirnregionen misst, bemerkte Punjabi, dass bei Nichtrauchern die Phasen mit Deltawellen länger waren als die bei Rauchern. Diese Wellen zeigen den Zustand des Tiefschlafs an. Das EEG der Raucher wies dagegen längere Zeiträume mit Alphawellen auf, die leichten Schlaf oder auch nur entspanntes Liegen mit geschlossenen Augen signalisieren. Der Wissenschaftler fragte nach diesen Testergebnissen die Teilnehmer nach ihrem eigenen Empfinden der Schlafqualität: Über 20 Prozent der Raucher meldeten, dass sie unruhig geschlafen hatten und sich wenig erholt fühlten, bei den Nichtrauchern dagegen nur 5 Prozent.

Schuld ist wahrscheinlich die stimulierende Wirkung des Nikotins, das zu Beginn des Schlafes ein Absinken in den Tiefschlaf erschwert. Die EEGs der Testteilnehmer unterstützen diese These, da sich die

Aufzeichnungen der Hirnaktivitäten der Raucher in den ersten Schlafphasen am deutlichsten von denen der Nichtraucher unterscheiden. Unruhige Phasen später in der Nacht hingegen werden vermutlich vom einsetzenden Nikotinenzug verursacht. Punjabi hofft jetzt, dass seine Ergebnisse dazu benutzt werden können, Nikotinersatzhilfen besser an die Bedürfnisse der Raucher anzupassen. Auf diese Weise könnten Schlafstörungen, die oft mit dem Entzug einhergehen, minimiert werden.

(Quelle: ddp-Nachrichtenagentur 04.02.2008)

10 Jahre SHG Emden/Ost-Friesland 1998 – 2008

Nach einer kleinen Anzeige in der Emdener Zeitung trafen sich im November 1997 einige Betroffene mit dem Ziel der Bildung einer Selbsthilfegruppe.

Im Mai 1998 wurde der Verein mit seinerzeit 32 Mitgliedern gegründet.

Unser Ziel: Interessen- und Erfahrungsaustausch, Informationen und Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Ärzten, anderen SHG's und Firmen.

Am **31.05.2008** wollen wir unser 10-jähriges Bestehen mit einer Jubiläumsveranstaltung von **10:00–16:00 Uhr** feiern.

Geplant sind Fachvorträge und eine Ausstellung von Therapiegeräten.

Ein Imbiss mit zwanglosen Gesprächen soll den Tag abrunden.

Veranstaltungsort:

Gemeindehaus St. Michael, Hof von Holland 10, Emden

Ansprechpartner:

Dieter Thom, 1. Vorsitzender

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland
Efeweg 22

26639 Wiesmoor

Tel.: 0 49 44/61 03

(Quelle: Dieter Thom, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland)

Veranstaltungen 2008

Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.

02. Mai 2008, 19:00 Uhr

Informationsabend

Thema: „Borreliose – wie gefährlich sind Zecken?“

Referent: Dr. Krämer, Bad Münder

07. Juni 2008

Selbsthilfetag in Alfeld

Juli 2008

Sommerpause

05. September 2008, 19:00 Uhr

Informationsabend

Referent: HNO Prof. Bremer, Klinik Weende, Göttingen

07. November 2008, 19:00 Uhr

Informationsabend

Thema: „Maskenschulung“

Referent: Oliver Breetzke, Manfred Waschelitz, Fr. Breetzke

Thema: „Erste Hilfe bei Herzversagen“

Referent: Reimund Piepho, DRK Alfeld

14. Dezember 2008, 15:00 Uhr

Weihnachtsfeier

Ort aller Veranstaltungen:

Hotel Scherff

Warnetalstraße 2

Alfeld (Leine), Ortsteil Langenholzen

Kontakt:

Rolf Rosenkranz, 1. Vorsitzender

Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.

Oberer Sindelberg 8, 31061 Alfeld

Tel.: 0 51 81 / 2 46 98, e-mail: rolf.rosenkranz@gmx.de

(Quelle: Ralf Rosenkranz, Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.)

Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und Umgebung

14. Mai 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: „Pflege von CPAP-Geräten“

Referent: Hr. Strauch, Fa. Weinmann

11. Juni 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: noch nicht bekannt

In den Ferien im Juli und August finden keine Vorträge und Gruppenabende statt.

10. September 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: noch nicht bekannt

08. Oktober 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: „Angst unter der Maske“

Dozent: Dr. Christoph Schenk, Psychologe

12. November 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: „Vorstellung neuer Produkte“

Referent: Hr. Menzel, Fa. Flow

10. Dezember 2008, 18:00-19:00 Uhr

Vertrauliche Einzelgespräche, Rat und Tat
Gruppenabend

Thema: Ein besinnlicher Abend im Advent

(Quelle: Günter Lipka, Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und Umgebung)

SHG Dresden

Unsere Veranstaltungen finden jeweils am 3. Donnerstag im Monat von 16:00-18:00 Uhr in der KISS, Ehrlichstraße 3, 01067 Dresden statt

An Veranstaltungsfreien Donnerstagen werden öffentliche und persönliche Sprechstunden durchgeführt. Anmeldung erwünscht.

Ansprechpartner:

Wolfgang Unterainer

Tel/Fax.:0351/3108540

e-mail: DresdenSchlafapnoe@web.de

19. Juni 2008

Anlässlich des Tages des Schlafes 2008: Veranstaltung im Fachkrankenhaus Coswig

- Vortrag OA Dr. Stiller
- Besichtigung des Schlaflabor und SchlafAtemZentrum

Juli-August: Sommerpause

18. September 2008

Thema: Beatmungstechnologien

Referent: Uwe Saegeling

14:00-18:00 Uhr: Maskensprechstunde mit Fa. Saegeling

Ort: KISS Geschäftsstelle

19. November 2008

Themen: Auswertung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin/der Tagung des VdK-Fachverbandes für Schlafapnoe und unserer Arbeit 2008 / Aussprache und Planung 2009

18. Dezember 2008

Jahresabschlussveranstaltung

Die SHG präsentiert sich auf folgenden Veranstaltungen:

17. April 2008: Info-Veranstaltung u. Bildung SHG „Chronische Schlafstörungen“

24. Mai 2008: Selbsthilfetag im World-Trade- Center Dresden

evtl. am **21. Juni 2008** „Tag des Schlafes“

25.- 30. August 2008: Gesundheitstage in der Altmarkt Galerie
Dresden

Weiterhin in Planung ein Symposium zum Thema: Schlaf, Arbeits-
und Verkehrssicherheit

(Quelle: Wolfgang Unterainer, SHG Dresden)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Emden/ Ost-Friesland e.V.

31. Mai 2008, 10:00-16:00 Uhr

10-jähriges Bestehen mit einer Jubiläumsveranstaltung

Mitgliederversammlungen 2008

19. Mai 2008, 19:30 Uhr

09. Juni 2008, 19:30 Uhr

14. Juli 2008, 19:30 Uhr

August: Sommerpause

08. September 2008, 19:30 Uhr

13. Oktober 2008, 19:30 Uhr

10. November 2008, 19:30 Uhr

08. Dezember 2008, 19:30 Uhr

Weihnachtsfeier

Treffpunkt:

Gemeindehaus St. Michael,
Hof von Holland 10, Emden

Ansprechpartner:

Fr. Rohlf/Leer,	Telefon: 04 91 / 7 13 35
Hr. Voogdt/Emden,	Telefon: 0 49 21 / 4 28 23
Hr. Cirksena/Emden,	Telefon: 0 49 21 / 6 63 20
Hr. Thom/Wiesmoor,	Telefon: 0 49 44 / 61 03

(Quelle: Dieter Thom, I. Vorsitzender SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland)

SHG Schlafapnoe Ganderkesee

Treffen 2008

14. Mai 2008, 15:00 Uhr

Ort: Haus des Deutschen Roten Kreuzes, Schulstr. 17,
27749 Delmenhorst

Vortrag: Die Schlafapnoe – Gefahr für die Gesundheit“

30. April 2008, 19:00-21:00 Uhr

28. Mai 2008, 19:00-21:00 Uhr,

25. Juni 2008, 19:00-21:00 Uhr,

30. Juli 2008, 19:00-21:00 Uhr,

27. August 2008, 19:00-21:00 Uhr,

24. September 2008, 19:00-21:00 Uhr,

29. Oktober 2008, 19:00-21:00 Uhr,

26. November 2008, 19:00-21:00 Uhr,

„Jahresrückblick und Vorschau für 2009“, außerdem „Aktuelles“

Im Dezember kein Treffen der SHG

Ort: Schützenhof, Habbrüggerweg 38, 27777 Ganderkesee

Hierzu sind – wie immer – Gäste herzlich eingeladen!

September 2008

Am „Tag der offenen Tür“ im bfw wird auch die Selbsthilfegruppe wieder dabei sein.

(Quelle: Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe-Ganderkesee)

SHG Gronau e.V.

Alle Treffen finden im **Gasthof „Bösing am Berge“**,
Am Berge 51, 48599 Gronau-Epe, statt, Tel.: 02565 2877.

29. Mai 2008, 13:00 Uhr

Fahrt zur Emsflower

28. August 2008, 18:00 Uhr

Grillen

29. September 2008, 19:30 Uhr

Vortrag in Ahaus im Marienhospital

27. November 2008, 19:30 Uhr

Klößenabend

Kontakt:

Hasso Freise, Vorsitzender

SHG Gronau e.V.

Schürblick 1 A

48599 Gronau

Tel.: 0 25 62 / 2 04 02

Fax: 0 25 62 / 99 14 61

e-mail: freise-h@versanet.de

(Quelle: www.apnoegronau.dreipage.de)

SHG Schlafapnoe Großhansdorf

23. April 2008, 19:00 Uhr

Vortrag: Fr. Dr. Susanne Schwarting, Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS), Kiel

Thema: „Zahnschienen zur Behandlung von Schlafapnoe und Schnarchen“

Ort: SSG + Krkh. Großhansdorf, Vortragssaal

16.-22. Juni 2008

Sonderveranstaltung „Woche des Schlafes“ im Krankenhaus Großhansdorf

18. Juni 2008

„Tag des Schlafes“, im Krankenhaus Großhansdorf

18. Juni 2008, 10:00-16:00 Uhr

Info-Veranstaltung

Thema: „Liebling du schnarchst“

Vorstellung der Arbeit der SSG im Krankenhaus Großhansdorf, Aufklärung, Information und Erfahrungsaustausch über das unterschätzte Gesundheitsproblem des gestörten Schlafes.

Angeboten werden Präsentationen von CPAP-Geräten und Schlafmasken sowie Beratungen und Schlafmaskenschulungen durch mehrere ausstellende Firmen der Medizintechnik.

10:30-11:30 Uhr

Vortrag zum Thema: „Die Befeuchtung der Atemluft bei der CPAP-Therapie“

Referentin: Christine Mette, Fisher&Paykel,
anschließend Diskussion

15:00-16:00 Uhr

Vortrag zum Thema: „Therapieverlaufskontrollen – was sagen ambulante Kontrolluntersuchungen aus?“ (angefragt), anschließend Diskussion

Referent: Dr. med. H. Hein

08. Oktober 2008, 19:00 Uhr

Ort: SSG + Krkh. Großhansdorf, Vortragssaal

Vortrag zum Thema: „Atem schöpfen anstatt Luft holen“ Atmung aus Sicht der Symptomwahrnehmung, Schulung und praktische Ratschläge zur Atemtherapie

Referent: Dr. Andreas von Leupoldt, Dipl.-Psych., Universität Hamburg

26. November 2008, 19:00 Uhr

Ort: SSG + Krkh. Großhansdorf, Vortragssaal

Thema: „Welche Verhaltensregeln zur Schlafhygiene beeinflussen den gesunden Schlaf“

Referent: (angefragt), anschließend Diskussion

Wir freuen uns über zahlreiches Erscheinen bei allen Veranstaltungen. Sie und Ihre Partner sind immer willkommen!

Änderungen der Termine und Themen sind jederzeit möglich!

Solche Veränderungen entnehmen Sie bitte den aktuellen Ankündigungen und Einladungen!

(Quelle: Steffen Schumacher, Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf)

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe-Atemstillstand Hagen e.V.

Unsere Veranstaltungen finden jeweils am 3. Montag in den Monaten September – Oktober und Januar – Mai um 18:00 Uhr im Ribbertsaal der Klinik Ambrock statt. Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

21. April 2008

Thema: „Geräte- und Maskenschulung“, mit Erfahrungsaustausch

Referent: Frank Dünschede, Fa. Fisher & Paykel

19. Mai 2008

Vortrag Dr. Nilius;

Erfahrungsaustausch – das Thema wird noch bekannt gegeben!

Sommerferien

15. September 2008

Thema: „Neue Erkenntnisse der Apnoeforschung“, mit Erfahrungsaustausch

Referent: Prof. Dr. Karl Heinz Rühle (angefragt)

20. Oktober 2008

Thema: „Geräte- und Maskenschulung“, mit Erfahrungsaustausch

17. November 2008

Jahresabschlusstreffen

im Rosengarten, Selbecker Straße 213

Tel.: 02331/ 764 64

Bitte beachten Sie unsere Ankündigungen und Informationen auf unserer Homepage: www.bsd-web.de/hagen

Kontakt:

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe – Atemstillstand in der Schlafphase

– gemeinnütziger eingetragener Verein in Hagen seit 1992

I. Vorsitzender Siegwald H. Grahner

Kettelerstr. 54

58099 Hagen-Helfe

Tel.: 0 23 31 / 6 65 03

Fax: 0 23 31 / 6 67 90

(Quelle: SHG Schlafapnoe Hagen e.V.)

Selbsthilfegruppe Hannover und Umland für Schlafapnoe

Treffen 2008: Jeden 2. Dienstag im Monat, 19:00 Uhr

Ort: Rathaus Hemmingen, Rathausplatz 1, Bürgersaal

13. Mai, 10. Juni, 08. Juli, 12. August, 09. September, 14. Oktober,
11. November, 09. Dezember

Treffen 2008: Jeden 3. Donnerstag im Monat, 10:00 Uhr

Ort: Freizeitheim Vahrenwald, Raum 6, Vahrenwalderstr. 92,
Hannover

15. Mai, 19. Juni, am 17. Juli findet kein Treffen statt. 21. August,
18. September, 16. Oktober, 20. November, 18. Dezember

Ansprechpartner

Peter Hoedt
Greiffenberger Str. 18
30966 Hemmingen
Tel./Fax: 05 11 / 2 34 51 25
e-mail: Peter.Hoedt@SHUS.info

Walter Marquardt
Birkenweg 2
31199 Diekholzen
Tel./Fax: 0 51 21 / 26 17 42

(Quelle: www.shus.info)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne

Die Mitgliederversammlungen des 1. und 2. Halbjahres finden jeweils
um 18:00 Uhr im großen Hörsaal, Marienhospital in Herne statt.

15. April 2008

Wer hat und kann bringt seine eigene Maske und Auslassventil mit.
Tipps und Tricks aus Sicht der Betroffenen. Guter Rat muss nicht
immer teuer sein.

Referent: Hr. Altmeyer

20. Mai 2008

Sporttag:

Wanderung in Herne-Sodingen mit Besichtigung der Akademie
Mont-Cenis.

Treffpunkt für Wanderer: 17:00 Uhr, Sodingen Hindenburgplatz
Bus 311 bis Akademie. Anschließend Stärkung, Widumer Str. 23,
Gaststätte „Zum Urbanus“, Essen nach Vorauswahl. Herr Schwarz
hat eine Anmeldeleiste und bittet um eine Schutzgebühr von 5,00 €.

17. Juni 2008

„Woche und Tag des Schlafes“

Info-Stand von 10:00-17:00 Uhr im Vorraum Marienhospital Herne I.
Besichtigung des Schlaflabors um 11:00 Uhr und 14:00 Uhr

18:00 Uhr

SHG-Stunde

Thema: Fragen von und an Mitglieder „Was können wir zusammen besser machen?“

Referenten: Hr. Altmeyer, Hr. Mosinski, Hr. Urban

Im Juli kein Treffen da Ferien!

19. August 2008

Jahrestag

Themen: Rückblick 19 Jahre Schlaflabor / 16 Jahre SHG

Fragen an Mitglieder, Partner und interessierte Betroffene: „Was können wir zusammen besser machen? Hat unser Krankheitsbild durch die Gesundheitsreform noch einen Stellenwert?“

Referenten: OA Dr. Büchner, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums Herne I / Alfons Altmeyer

16. September 2008

Thema: Präsentation von n CPAP-Geräten, Masken und Zubehör mit Erfahrungsaustausch von Betroffenen

Referentin: Fr. Gottlebe, Fa. ResMed

21. Oktober 2008

Thema: „Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Herz-Kreislauferkrankungen und nächtlichen Atempausen?“

Referent: OA Dr. Büchner, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums Herne I

18. November 2008

Themen: Herr Altmeyer berichtet von Tagungen des Landes-, Bundes- und Fachverbandes von SHG und Bütz der Stadt Herne.

Fragen an die Gruppe: Was sagt der Hausarzt, Schlafmediziner (Schlafscheck) Krankenkasse, Schlaflabor und Service zu meinem Krankheitsbild?

09. Dezember 2008

Jahresabschluss mit Einstimmung in die Adventzeit durch Herrn Stockhorst.

Die Weihnachtsgeschichte bleibt noch ein Geheimnis (wir sind wieder gespannt).

Treffen um **18:00 Uhr**, Gaststätte Kolpinghaus, Neustr. 20, Herne I.

Sie können sich in die Anmeldeliste eintragen (Schutzgebühr pro Person 10,00 €)

Essen ca. 19:00 Uhr (4 Gerichte in der Vorauswahl oder nach Karte)

Wir wünschen uns, dass es uns gelingt, mit den ausgesuchten Beiträgen Ihr Interesse am Besuch unserer Ausspracheabende zu wecken. Haben Sie ein Wunschthema, zu dem Sie gerne einen kompetenten Referenten hören möchten, teilen Sie uns dieses mit.

Wir hoffen wieder auf Ihre rege Teilnahme.

(Quelle: Alfons Altmeyer, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne)

SH Schlafapnoe und chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.

Treffen: jeden ersten Donnerstag im Monat

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

24. April 2008, 09:00-11:00 Uhr

Thema: „Backstage“ Besichtigung der Bäckerei Gerlach, mit Verkostung verschiedener Backwaren (Anmeldung erforderlich, da begrenzte Teilnehmerzahl, Unkostenbeitrag 5 Euro)

05. Juni 2008, 19:00 Uhr

Thema: „Ohnmacht ohne Vollmacht“ (Vorsorge für den Ernstfall)
Seniorenberatung des Kreises Hersfeld-Rotenburg

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

Juli: Sommerpause

07. August 2008, 17:00 Uhr

Grillfest auf der Freifläche und im Speisesaal des Hauses Kreuzberg in Philippsthal; Anmeldung erforderlich!

04. September 2008, 19:00 Uhr

Thema: „Sanfte Wege zum Schlaf“ (Pflanzliche Schlafmittel)

Vortrag: Chefarzt Dr. med. Andreas Nachtmann

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

02. Oktober 2008, 19:00 Uhr

Thema: „Hilfe bei Hörproblemen im Alter“ (Objektive Höranalyse)

Vortrag und Demonstration: Hörgeräteakustikmeister

Oliver Dratwa

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

06. November 2008, 19:00 Uhr

Thema: „Wenn der Pflegefall eintritt“, Schwestern der Pflegeüberleitung des KKH Rotenburg

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

04. Dezember 2008, 15:30 Uhr

Weihnachtsfeier

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg I,
36199 Rotenburg a. d. F.

Anmeldung erforderlich!

Kontakt:

Hermann Krutzinna

I. Vorsitzender SH Schlafapnoe und chronische Schlafstörungen

Hersfeld-Rotenburg e.V., Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld

Tel.: 0 66 21 / 91 56 28

Fax: 0 12 12 / 5 48 52 17 80

e-mail: shg@notaxe.de

www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de

(Quelle: www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de)

Veranstaltungen 2008 der hessischen Selbsthilfegruppen „Schlafapnoe“

SHG Bad Sooden-Allendorf

28.05.08, 27.08.08, 26.11.08, jeweils 19:00 Uhr

Ort: Werra-Reha-Klinik, Berliner Str. 3,
37242 Bad Sooden-Allendorf

Ansprechpartner:

Ursula und Herbert Lückert
Schützenstr. 9, 37215 Witzenhausen
Tel.+Fax: 05542/ 2705

SHG Bad Wildungen

01.07.08, 02.09.08, 04.11.08, jeweils 19:00 Uhr

Ort: Klinik Fürstenhof, Brunnenallee 39, 34537 Bad Wildungen

Ansprechpartner:

Wilfried Hassler,
Frankfurter Str. 18, 34590 Wabern
Tel.+Fax: 05683/ 7165

Horst Hommel, Molkenpfad 34, 34582 Borken
Tel.+Fax: 05682/ 71114

SHG Baunatal

30.05.08, 25.07.08, 26.09.08, 26.11.08, jeweils 19:00 Uhr

Ort: Dorfgemeinschaftshaus Baunatal-Großenritte, Grüner Weg,
34225 Baunatal-Großenritte

Ansprechpartner:

Reinhard Müller
Holzweg 22, 34225 Baunatal-Gr.,
Tel.: 05601/ 84 89

SHG Dillenburg

Termine bitte erfragen.

Ort: AWO-Haus „Nassau“, Hintergasse 5, 35683 Dillenburg

Ansprechpartner:

Udo Ahlbrecht
Schillerstr. 5, 35684 Dillenburg
Tel.: 0 27 71 / 3 32 06

SHG Rhein-Main, Frankfurt

**06.05.08, 24.06.08, 26.08.08, 14.10.08, 09.12.08,
jeweils 18:30 Uhr**

Ort: VdK-Bezirksgeschäftsstelle, Ostparkstr. 37, 60385 Frankfurt a.M.

Ansprechpartner:

Helmut Himmighoffen
Melemstr. 7, 60322 Frankfurt a.M.
Tel.: 069/ 595802

SHG Darmstadt

Termine bitte erfragen

Ansprechpartner:

Rainer Schmitt
Im Wesner 8 K, 64401 Groß-Bieberau
Tel.: 06162/ 4559, Fax: 06162/ 911585

SHG Fulda

**13.05.08, 10.06.08, 08.07.08, 12.08.08, weitere Treffen bitte
erfragen, jeweils 19:00 Uhr**

Ort: Kath. Pfarramt Maria Hilf, Turmstr./Ecke Schulstr.,
Fulda-Künzell-Bachrain

Ansprechpartner:

Roland Scholz
Arndtstr. 5, 36093 Künzell,
Tel.: 0661/ 9338992

SHG Gießen

05.05.08, 01.09.08, 03.11.08, jeweils 19:00 Uhr

Ort: Uni Klinikum Gießen, Klinik Seltersberg, Paul-Meinberg-Str. 5,
35392 Gießen

Ansprechpartner:

Ursula Gheorghiu
Schützenstr. 18, 35398 Gießen
Tel.+Fax: 0641/ 870170

Klaus Bepler
Am Drosselschlag 24, 35452 Heuchelheim
Tel.: 06 41 / 6 52 29

SHG Kassel

**29.04.08, 24.06.08, 26.08.08, 28.10.08, 09.12.08,
jeweils 19:00 Uhr**

Ort: „Hand in Hand e.V.“, Zentgrafenstr. 86, 34130 Kassel

Ansprechpartner:

Otmar Möller

Knaustwiesen 34, 34130 Kassel

Tel.: 05 61 / 6 57 59

SHG Marburg

27.05.08, 12.08.08, 04.11.08, jeweils 19:00 Uhr

Ort: Uni-Klinik Marburg, Lahnberg, Baldinger Str., 35043 Marburg,
Seminarraum 4021 – Ebene O

Ansprechpartner:

Ernst Wagner

Neustadt 14, 35466 Rabenau

Tel.+Fax: 0 64 07 / 78 14

Margrit Fritze

Am Mühlhof 3, 35041 Marburg

Tel.+Fax: 0 64 21 / 1 43 22

Heinz Emil Schaub

Am Schreinersgarten 9

35075 Gladenbach, Tel.: 0 64 62 / 86 64

SHG Hersfeld-Rotenburg

**05.06.08, 04.09.08, 02.10.08, 06.11.08, 04.12.08,
jeweils 19:00 Uhr**

Ort: Kreiskrankenhaus Rotenburg, Kratzberg 1,
36199 Rotenburg a. d. F.

Ansprechpartner:

Hermann Krutzinna

Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld

Tel.: 0 66 21 / 91 56 28

SHG Bad Arolsen

13.05.08, 08.07.08, 09.09.08, 11.11.08, jeweils 18:30 Uhr

Ort: Krankenhaus Bad Arolsen, Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen

Ansprechpartner:

Friedrich Göbel,
Niederelsunger Str. 31, 34471 Volkmarsen-Ehringen,
Tel.: 0 56 93 / 70 40

Irene Voget-Schmiz,
Prof.-Klapp-Str. 41, 34454 Bad Arolsen
Tel.: 0 56 91 / 21 64

Andreas Bensch
Zum Vogelrain 1 A, 34225 Baunatal-Großenritte
Tel.: 0 56 01 / 8 68 06
e-mail: Bensch@schlafapnoe-kassel.de

Reinhard Müller
Holzweg 22, 34225 Baunatal-Großenritte
Tel.: 0 56 01 / 84 89
Mueller@schlafapnoe-kassel.de

(Quelle: Andreas Bensch, Landessprecher Hessen)

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe-Atemstillstand Hilden e.V.

Die Treffen finden jeden ersten Donnerstag im Monat, im K+Forum des St. Josef Krankenhaus Hilden, Walderstraße 34-38 um 19:00 Uhr statt

08. Mai 2008

Vortrag: noch offen

Referent: Dr. med. K. Emmerich, Chefarzt Kardiologie

Referentin: Dr. med. D. Thiedke, Oberärztin

05. Juni 2008

Thema: Produktvorstellung: Neues A-PAP Gerät

Referent: Ralf Hofmann, Fa. Respironics

11. August 2008

Vereinsfahrt zum Rosenfestival nach Holland

04. September 2008

Vortrag zum Thema: Sekundenschlaf

Referent: Dr. med. Randerath, Chefarzt Lungenfachklinik Bethanien

02. Oktober 2008

Vortrag zum Thema: Schlafhygiene

Referent: Dr. med. Urbanek, Chefärztin Harani-Klinik, Herne

06. November 2008

Gruppenabend: Betroffene helfen Betroffenen

Leitung: Hr. Hafner, Hr. Hinkes

06. Dezember 2008

Jahresabschlussfeier (nur für Mitglieder)

Kontakt:

Selbsthilfe Schlafapnoe-Atemstillstand Hilden e.V.

I. Vorsitzender

Friedel Hafner

Wilhelmine-Fliedner-Str. 1, 40723 Hilden

Tel.: 0 21 03 / 6 21 09, Mobil: 01 51 / 16 96 62 56

Fax: 0 18 05 / 0 60 34 77 83 85

e-mail: Schlafapnoe-Hilden@t-online.de

(Quelle: www.schlafapnoe-hilden.de)

Selbsthilfe Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V.

Treffen der Selbsthilfegruppe im Jahr 2008 jeden ersten Montag im Monat (außer August).

Maskensprechstunde wird auf Anfrage durchgeführt.

Ansprechpartner:

Herr Prior Tel.: 0 21 51 / 54 61 16

Frau Bliem Tel.: 0 21 51 / 56 20 68

Herr Erkelenz Tel.: 0 21 51 / 34 71 99

(Quelle: Margot Bliem, 2. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V.)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V. – Sitz Moers-

Die regelmäßigen Treffen finden an jedem 3. Mittwoch der geraden Monate, jeweils um 19:00 Uhr, in der Personalcafeteria des Krankenhauses Bethanien, Bethanienstr. 21, 47441 Moers, statt.

An den Veranstaltungen kann jeder teilnehmen. Auch Nichtmitglieder sind herzlich eingeladen. Die Teilnahme an den regelmäßigen Treffen ist kostenlos. Zum Sommerfest, dem Grünkohlessen und zu Ausflügen sowie der Weihnachtsfeier sind Anmeldungen erforderlich.

23. April 2008

SHG-Treffen

Referent: Hr. Hofmann, Fa. Respironics

14. Juni 2008, 14:00 Uhr

Sommerfest im Naturfreundehaus

20. August 2008

SHG-Treffen

Referent: Dr. Wolfried Schroer

15. Oktober 2008

SHG-Treffen

Referent: Hr. Asmuth, Fa. Fisher & Paykel

12. November 2008, 18:00 Uhr

Grünkohlessen im Krankenhaus Bethanien

17.12.2008, 15:00-19:00 Uhr

Weihnachtsfeier Altenheim Bethanien

Thema: „Hilft viel – viel?“ – Medikamentenversorgung im Alter

Referent: Hr. Dr. Schroer, Chefarzt der Städtischen Kliniken Duisburg – Abteilung Geriatrie

Thema: Vorstellung von Schlaf- und Sauerstoffgeräten sowie Zubehör

Referent: Hr. Hofmann, Fa. Heinen & Löwenstein

Thema: Vorstellung von Zubehör und Masken

Referent: Hr. Asmuth

Die Versammlung im Juni (18.06.2008) fällt wegen des Sommerfestes am 14.06.2008 aus.

Weitere Auskünfte erhalten Sie bei den SHG-Treffen
oder beim Vorstand:

Fr. Malke, Tel.: 0 28 41 / 53 66 25 oder

Hr. Kremmers, Tel.: 0 28 41 / 3 15 53

(Quelle: Gabriele Kaenders, I. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V.)

Selbsthilfverein für Schlafapnoe – Partner für gesunden Schlaf Nienburg

Die Treffen finden jeweils um 19:00 Uhr im Gesundheitszentrum der Mühlen Apotheke, Führser Mühlweg 70, 31582 Nienburg-Langendam statt.

19.+20. April 2008

Fahrt nach Berlin und in den Spreewald

14. Mai 2008

Vortrag zum Thema: „Schlafapnoe Auswirkungen auf das Herz- und Kreislaufsystem“

Referent: Dr. Sutor

11. Juni 2008

Vortrag zum Thema: „Vorsorge und Betreuungsvollmacht“

Referent: Rechtsanwalt Hr. Nordhorn

04. Juli 2008

Grillabend

August: Sommerpause

10. September 2008

Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

17. September 2008

Halbtagsfahrt zum Dümmer

08. Oktober 2008

Vortrag HNO Arzt

12. November 2008

Thema: „Vorstellung von Therapiegeräten“

Referent/in: Fa. Tyco

Dezember 2008

Weihnachtsfeier

(Quelle: Bernd Andermann, Selbsthilfverein für Schlafapnoe – Partner für gesunden Schlaf Nienburg)

Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland

Die Gruppentreffen finden an jedem dritten Donnerstag im Monat um 19:30 Uhr im Gemeindehaus St. Johannes, Pasteurstraße 5, Oldenburg-Kreyenbrück, statt.

Einzelgespräche bei individuellen Fragen und Maskenproblemen telefonisch und ab 18:30 Uhr vor jedem Gruppenabend.

Betroffene mit schlafbezogenen Atmungsstörungen, Angehörige und Interessierte sind herzlich eingeladen. Der Eintritt ist frei.

17. April 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Schlafapnoe“

Referent: Dr. Werner Hofer, Kardiologe

15. Mai 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Die Buteyo-Atemmethode“

Referent: Elvira Hertel, Hertels Atem Praxis

19. Juni 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Betroffene helfen durch Erfahrung“

17. Juli 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Atemtherapiegeräte und Masken nach DIN EN ISO 17510 und die verschiedenen Versorgungsmodelle der Krankenkassen“

Referent: Jochen Wilke, Linde Gas Therapeutics

21. August 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Betroffene helfen durch Erfahrung“

13. September 2008

Selbsthilfetag der Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e.V.

Abweichender Ort: Oldenburg, Lange Straße

18. September 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Schlafstörungen bei neurologischen Erkrankungen“

Referent: OA Reiner Witte, Neurologe, Schlaflabor des Evangelischen Krankenhauses

16. Oktober 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Betroffene helfen durch Erfahrung“

20. November 2008, 19:30 Uhr

Thema: „Neues von der 16. Jahrestagung der DGSM“

Referenten: Hubert Gregor und Hans-Hermann Töpken

18. Dezember 2008, 19:30 Uhr

Gruppenabend im Advent

Kontakt:

Hans-Hermann Töpken

Sprecher Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland

Eugen-Richter-Straße 4, 26133 Oldenburg

Tel./Fax: 04 41/ 4 73 73

(Quelle: Hans-Hermann Töpken, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland)

SHG Schlafapnoe-Saarpfalz

Die Treffen finden jeden dritten Mittwoch in den ungeraden Monaten um 18:30 Uhr im Nebenzimmer des Hotel & Pension „Waldesruh“ in 76846 Hauenstein an der alten B 10 statt.

21. Mai 2008, 18:30 Uhr

Ort: Gasthaus + Pension „Waldesruh“, 76846 Hauenstein an der alten B 10

Thema: die neueste Technik der Firma Hofrichter mit Herrn Küchemann

Referent: Hr. Küchemann

Ansprechpartner:

Adelhard Leidner

76846 Hauenstein, Prälatssommerstraße 25

Tel.+Fax: 0 63 92 / 76 78

e-mail: aleidner@wueto.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

05. Juni 2008, 18:00 Uhr

Ort: Bürgerhaus, Schulstraße 2a, 66901 Schönenberg-Kübelberg
SHG-Treffen, Vortrag

Referent: Dr. Pelzer Leiter vom Schlaflabor im Städtischen Krankenhaus in Neunkirchen

Ansprechpartner:

Dieter Müller

Tel.+Fax: 0 63 73 / 89 17 94

e-mail: Dieschlaefer@aol.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

11. Juni und 09. Juli, jeweils 18:00 Uhr

Ort: Ev. Krankenhaus Zweibrücken in der Personal-Cafeteria

Ansprechpartner:

Hans Striegel

Athenstr. 40, 66482 Zweibrücken

Tel.+Fax: 0 63 32 / 4 38 40, mobil: 01 73 / 4 06 71 97

e-mail: Hans.Striegel@web.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

16. Juli 2008, 18:30 Uhr

Ort: Gasthaus + Pension „Waldesruh“, 76846 Hauenstein an der alten B 10

Thema: Präsentation mit zwei Firmen

Referentinnen: Doris Kraus, Fa. Heinen+Löwenstein;
Sandra Schumacher, Fa. Respirationics

Ansprechpartner:

Adelhard Leidner

76846 Hauenstein, Prälatssommerstraße 25

Tel.+Fax: 0 63 92 / 76 78

e-mail: aleidner@wuetto.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

07. August 2008, 18:00 Uhr

Ort: Bürgerhaus, Schulstraße 2a, 66901 Schönenberg-Kübelberg

Thema: SHG-Treffen / Grillen am Bürgerhaus

Ansprechpartner:

Dieter Müller

Tel.+Fax: 0 63 73 / 89 17 94

e-mail: Dieschlaefer@aol.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

13. August und 10. September, jeweils 18:00 Uhr

Ort: Ev. Krankenhaus Zweibrücken in der Personal-Cafeteria
SHG-Treffen

Ansprechpartner:

Hans Striegel
Athenstr. 40, 66482 Zweibrücken
Tel.+Fax: 0 63 32 / 4 38 40, mobil: 01 73 / 4 06 71 97
e-mail: Hans.Striegel@web.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

17. September 2008, 18:30 Uhr

Ort: Gasthaus + Pension „Waldesruh“, 76846 Hauenstein an der
alten B 10

Vortrag von Hr. Dr. Wees, Schlaflabor Klingenmünster

Ansprechpartner:

Adelhard Leidner
Prälatsommerstraße 25, 76846 Hauenstein
Tel.+Fax: 0 63 92 / 76 78
e-mail: aleidner@wueto.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

02. Oktober 2008, 18:00 Uhr

Ort: Bürgerhaus, Schulstraße 2a, 66901 Schönenberg-Kübelberg

Thema: SHG-Treffen / Masken- und Gerätevorstellung durch
Fa. Heinen & Löwenstein

Referentin: Doris Kraus

Ansprechpartner:

Dieter Müller
Tel.+Fax: 0 63 73 / 89 17 94
e-mail: Dieschlaefer@aol.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

08. Oktober und 12. November, jeweils 18:00 Uhr

SHG-Treffen

Ort: Ev. Krankenhaus Zweibrücken in der Personal-Cafeteria

Ansprechpartner:

Hans Striegel
Athenstr. 40, 66482 Zweibrücken
Tel.+Fax: 0 63 32 / 4 38 40, mobil: 01 73 / 4 06 71 97
e-mail: Hans.Striegel@web.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

19. November 2008, 18:30 Uhr

Ort: Gasthaus + Pension „Waldesruh“, 76846 Hauenstein an der alten B 10

Thema: Jahresabschlusstreffen: Schlafapnoe aus der Sicht des HNO-Arztes

Referent: Dr. med. Georg Müller Jensen

Ansprechpartner:

Adelhard Leidner

76846 Hauenstein, Prälatssommerstraße 25

Tel.+Fax: 0 63 92 / 76 78

e-mail: aleidner@wueto.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

04. Dezember 2008, 18:00 Uhr

Ort: Bürgerhaus, Schulstraße 2a, 66901 Schönenberg-Kübelberg
SHG-Treffen – Der Nikolaus kommt zur Selbsthilfegruppe

Ansprechpartner:

Dieter Müller

Tel.+Fax: 06373/ 891794

e-mail: Dieschlaefer@aol.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

09. Dezember 2008, 18:00 Uhr

Ort: Ev. Krankenhaus Zweibrücken in der Personal-Cafeteria
SHG-Treffen

Ansprechpartner:

Hans Striegel

Athenstr. 40, 66482 Zweibrücken

Tel.+Fax: 06332/ 43840, mobil:0173/ 4067197

e-mail: Hans.Striegel@web.de, www.schlafapnoe-saarpfalz.de

Änderungen vorbehalten!

(Quelle: www.schlafapnoe-saarpfalz.de)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Solingen

Jeden 2. Dienstag im Monat ist Gruppenabend um 19:00 Uhr, im Vorraum der Kapelle des Krankenhauses Bethanien gGmbH, Aufderhöher Str. 169-175, 42699 Solingen.

13. Mai 2008

Thema: „Beratung zur Patientenverfügung“ „PHoS“

10. Juni 2008

Thema: „Masken und Probleme mit der Therapie“

Referent: Ralf Hofmann, Fa. Respironics

Juli-August: Sommerpause

09. September 2008

Thema: „Neue Trends in der Schlafmedizin“

Referent: PD Dr. W. Galetke

27. September 2008

„I. I. Deutscher Lungentag“ im Krankenhaus Bethanien

14. Oktober 2008

Thema: „Medikamente und die richtige Einnahme“

Referentin: Andrea Willer, Apothekerin Nussbaumapotheke

11. November 2008

Thema: „Gibt es Neues?“ (Masken u. Geräte),
offener Gesprächsabend

Referentin: A. Richter, Fa. VitalAire

22. November 2008

Thema: „Solinger Selbsthilfe- und Gesundheitstag“

Ort: Klinikum Solingen

09.12.2008

Thema: in Vorbereitung

Referent: Prof. Dr. J. W. Randerath

Kontakt:

Hartmut Rentmeister, I. Vorsitzender

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Solingen

Postfach 12 02 12, 42677 Solingen

Tel./Fax: 02 12 / 2 64 30 94

e-mail: hareso@t-online.de, www.schlafapnoe-solingen.de

(Quelle: www.schlafapnoe-solingen.de)

SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V.

14. Mai 2008

Thema: „Obstruktive Schlafapnoe und die Befeuchtung“

Referent: Sigggi Koch, Fa. Fisher & Paykel

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde, Fa. Heinen & Löwenstein

11. Juni 2008

Thema: „Wirkung der verschiedenen Beatmungsgeräte“

Referent: Rüdiger Wenzel, Regionalvertriebsleiter Südwest,
Fa. Resmed

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde, Fa. Resmed

Juli-August: Sommerpause

10. September 2008

Referent: Fr. Schumacher, Fa. Resperonics

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde, Fa. Varitec, Fa. Heinen &
Löwenstein

08. Oktober 2008

Thema: „Was den Schlafapnoiker interessiert/Probleme“

Die Vorstandschaft antwortet auf Ihre Fragen!

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde, Fa. Resmed

12. November 2008

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde

Referent: Dr. H. Weeß

10. Dezember 2008

18:00-19:00 Uhr Maskensprechstunde, Fa. Varitec,

Fa. Heinen & Löwenstein

Referentin: Dr. Judith Schmitt

(Quelle: www.schlafapnoe-suedpfalz.de)

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Wilhelmshaven-Friesland- Wittmund

Gruppentreffen: Jeden 2. Dienstag im Monat, 19:30 Uhr

Ort: Seniorenwohnanlage Lindenhof, Siedlerweg 10

(Eingang Saarbrücker Straße), 26384 Wilhelmshaven

Themen: Maskensprechstunden der Leistungserbringer/Sozialrecht/
Erfahrungsaustausch/Vorträge von Ärzten

13. Mai 2008

Gruppenabend, Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

10. Juni 2008

Maskensprechstunde mit der Fa. Weinmann

Referentin: Kerstin Wenzel

08. Juli 2008

Thema: „Schlafapnoe: Ursachen, Folgen, Therapie“

Referent: Dr. Norbert de Wall, Klinik für Innere Medizin, Abt. für Pneumologie/Schlaflabor, Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch gGmbH

12. August 2008

Gruppenabend, Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

09. September 2008

Maskensprechstunde mit der Fa. Heinen + Löwenstein

14. Oktober 2008

Gruppenabend, Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

11. November 2008

Thema: „Die neue Fahrerlaubnis-Verordnung“ sowie „Strafrechtliche Risiken von Schlafapnoekranken im Straßenverkehr“

Referent: Rechtsanwalt Ingo Dykstra

09. Dezember 2008

Jahresrückblick und Weihnachtsfeier

(Quelle: www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven)

SHG Schlafapnoe Witten

Unsere Gruppenabende finden i.d.R. am 1. Donnerstag im Monat statt. Öffentliche Vorträge mit Referenten werden in der Tagespresse angekündigt.

Wir treffen uns von 18:00-20:00 Uhr

in den Räumen der KISS

Dortmunder Str. 13

58455 Witten

Treffen 2008:

**8. Mai, Juni-Juli: Sommerpause, 7. August, 4. September,
2. Oktober, 6. November**

(Im Dezember kein Gruppenabend, dafür Weihnachtsessen: Termin steht noch nicht fest)

Ansprechpartner:

Herr Weber, Telefon: 0 23 02 / 5 57 62

Frau Patze, Telefon: 0 23 02 / 5 90 89

Frau Gutsche

e-mail: shg.schlafapnoe.witten@web.de

(Quelle: SHG Schlafapnoe Witten)

SHG Schlafapnoe Zweibrücken e.V.

21. Mai 2008, 19:00 Uhr

Mitglieder-Versammlung (Neuwahlen)

18. Juni 2008

Vorstellung des 1. modular aufgebauten Therapiegerätes zur Behandlung von schlafbezogenen Atemstörungen

18:00 Uhr Geräte- und Maskensprechstunde Fa.Varitec

19:00 Uhr Falko Menzel / Vertriebsleiter Flo-Medizintechnik

17. September 2008

Thema wird noch bekannt gegeben

18:00 Uhr Geräte- und Maskensprechstunde Fa.Varitec

19. November 2008

Thema wird noch bekannt gegeben

18:00 Uhr Geräte- und Maskensprechstunde Fa.Varitec

Veranstaltungen 2009

SH Schlafapnoe und chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.

05. Februar 2009, 19:00 Uhr

Jahreshauptversammlung

Kontakt:

Hermann Krutzinna, I. Vorsitzender SH Schlafapnoe und
chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.

Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld

Telefon: 0 66 21/91 56 28, Fax: 0 12 12-5-48 52 17 80

e-mail: shg@notaxe.de, www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de

(Quelle: www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de)

Selbsthilfegruppen im VdK Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen – auch in Ihrer Nähe!

Dresden

Wolfgang Unterainer, SHG Dresden, Mansfelder 68, 01309 Dresden
Fon/Fax 03 51 / 3 10 85 40

✉ DresdnerSchlafapnoe@web.de

Cottbus

Wolfgang Krüger, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe „Lausitz“ e.V.
Cottbus,

Th.-Brugsch-Straße 7, 03050 Cottbus

Fon/Fax 03 55 / 42 17 51

✉ krueger-shglausitz@gmx.de

Großhansdorf

Steffen Schumacher, Leiter der SHG Schlafapnoe Großhansdorf,
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Fon/Fax 0 40 / 7 22 25 53

✉ steffenschumacher@alice-dsl.de

📄 www.schlaf-portal.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Fon 0 58 41 / 96 17 21

✉ schiel@automenzel.de

Oldenburg und Umland

Hans-Hermann Töpken, Sprecher, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und
Umland, Eugen-Richter-Straße 4, 26133 Oldenburg

Fon/Fax 04 41 / 4 73 73

Heino Melchers, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,

Tiniburg I, 26434 Wangerland

Fon 0 44 63 / 51 99

Hubert Gregor, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Diedrich-Brinkmann-Straße 34, 26125 Oldenburg
Fon 04 41 / 39 16 64

Cloppenburg und Umgebung

Günter Lipka, Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und
Umgebung, Dr. Niermann Straße 22 A, 26169 Friesoythe
Fon 0 44 91 / 18 50, Fax 0 44 91 / 46 95

✉ g.lipka@schlafapnoe-cloppenburg.de

📄 www.schlafapnoe-cloppenburg.de

Wilhelmshaven-Friesland-Wittmund

Reinhard Wagner, Weserstraße 8, 26382 Wilhelmshaven
Fon 0 44 21 / 3 18 52, Mobil 01 63 / 3 59 07 08

✉ schlafapnoe-wilhelmshaven@ewetel.net

📄 www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven

Heino Melchers, Sprecher SHG Schlafapnoe Wilhelmshaven-
Friesland-Wittmund, Tiniburg 1, 26434 Wangerland
Fon 0 44 63 / 51 99

Emden/Ost-Friesland

Dieter Thom, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/
Chronische Schlafstörungen Emden/Ost-Friesland,
Efeuweg 22, 26639 Wiesmoor
Fon/Fax 0 49 44 / 61 03

Ganderkesee

Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe Ganderkesee,
Livlandstraße 4, 27749 Delmenhorst

Fon 0 42 21 / 80 57 11

Mobil 01 75 / 7 74 56 46

✉ j.d.paulus@vdk.de

📄 www.vdk.de/shg-schlafapnoe-ganderkesee

Celle

Walter Klingeberg, Gruppensprecher,
Celler-Schlafapnoe-SHG Heideschläfer,
Alte Straße 11, 29303 Bergen/Offen (Hof Ohlhoff)

Fon privat 0 50 51 / 72 70, Fax 0 50 51 / 91 49 47

Fon SHG 0 50 51 / 91 49 53

✉ w.klingeberg@t-online.de

Hannover und Umland

Peter Hoedt, Vorsitzender, SHG Hannover und Umland,

Greiffenberger Straße 18, 30966 Hemmingen

Fon/Fax 05 11 / 2 34 51 25

✉ peter.hoedt@shus.info

➤ **www.shus.info**

Walter Marquardt, SHG Hannover und Umland,

Birkenweg 2, 31199 Diekholzen

Fon 0 51 21 / 26 17 42

✉ waleva@kabelmail.de

Hildesheim

Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim

Bodo Wölke, Vorsitzender

Himmelthürer Straße 63, 31137 Hildesheim

Fon 0 51 21 / 6 62 30,

✉ 0512166230-0001@t-online.de

Alfeld

Rolf Rosenkranz, 1. Vorsitzender,

Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,

Oberer Sindelberg 8, 31061 Alfeld

Fon 0 51 81 / 2 46 98

✉ rolf.rosenkranz@gmx.de

Helmut Richter, 2. Vorsitzender,

Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,

Ostdeutsche Straße 26, 31061 Alfeld

Fon 0 51 81 / 8 16 16, Fax 0 51 81 / 2 68 70

Prof. Dr. Josef A. Wirth, Fachbeiratsvorsitzender SHG Alfeld,

Wiegandstraße 1, 31061 Alfeld

Fon 0 51 81 / 12 03

✉ jwirtha@aol.com

Nienburg

Bernd Andermann, Selbsthilfverein für Schlafapnoe – Partner für
gesunden Schlaf Nienburg, Verd. Landstraße 13, 31623 Drakenburg
Fon 0 50 24 / 16 45, Fax 0 50 24 / 82 30

✉ bandermann@t-online.de

Hameln-Pyrmont

Lothar Honka, Leiter, Schlafapnoe SHG Hameln-Pyrmont,
Emmerstraße 38, 31860 Emmerthal
Fon/Fax 0 51 55 / 53 61

✉ lotharhonka@freenet.de

Lothar Stolpmann, Ehrenvorsitzender,
Schlafapnoe SHG Hameln-Pyrmont, Reherweg 42, 31855 Aerzen
Fon 0 51 54 / 89 97

Bad Münden

Rolf Mund, Geschäftsführer und I.Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe Bad Münden e.V., Brunnenweg 2, 31832 Springe
Fon 0 50 41 / 51 50

✉ rolf.mund@arcor.de

Wilhelm Grundmeier, Stellvertreter,
Heckenrosenweg 18, 30974 Wennigsen
Fon 0 51 03 / 92 56 01

Kassel

Otmar Möller, Leiter der SHG Schlafapnoe/Atemstillstand,
Knaustwiesen 34, 34130 Kassel
Fon 05 61 / 6 57 59, Fax 05 61 / 9 20 90 02
Mobil 01 75 / 8 45 83 39

✉ Moeller@schlafapnoe-kassel.de

Andreas Bensch, Landessprecher Hessen,
Zum Vogelrain 1a, 34225 Baunatal
Fon privat 0 56 01 / 8 68 06

✉ bensch@schlafapnoe-kassel.de

➤ www.schlafapnoe-kassel.de

Kassel und -Land

Reinhard Müller, Bundes- und Hessischer Landessprecher,
SHG Kassel- und Land, Holzweg 22, 34225 Baunatal

Fon 0 56 01 / 84 89, Fax 0 56 01 / 9 69 00 46

✉ mueller@baunaweb.de

📄 www.schlafapnoe-kassel.de

Bad Arolsen

Friedrich Göbel, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,
Niederelsunger Straße 31, 34471 Volkmarsen-Ehringen

Fon 0 56 93 / 70 40

Mobil 01 70 / 9 04 42 09

Irene Voget-Schmiz, Schlafapnoe-SHG Bad Arolsen,
Prof.-Klapp-Straße 41, 34454 Bad Arolsen

Fon 0 56 91 / 21 64

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

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 0 64 07 / 78 14, Fax 01 21 20 / 25 26 76

✉ sleepinfo.connection@gmx.de

Gießen

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

✉ Vladimir.A.Gheorghiu@psychol.uni-giessen.de

Klaus Bepler, SHG Gießen, Am Drosselschlag 24,
35452 Heuchelheim
Fon 06 41 / 6 52 29, Fax 06 41 / 6 57 78

✉ Klaus.Bepler@t-online.de

Fulda

Roland Scholz, Arndtstraße 5, 36093 Künzell
Fon 06 61 / 9 33 89 92

✉ roscho.fd@web.de

Hersfeld-Rotenburg

Hermann Krutzinna, 1. Vorsitzender, SH Schlafapnoe und
chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,
Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld
Fon 0 66 21 / 91 56 28, Fax 0 12 12-5-48 52 17 80

✉ shg@notaxe.de

📄 www.schlafhilfe-hersfeld-rotenburg.de

Karlheinz Demuth, 2. Vorsitzender, SH Schlafapnoe und
chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,
Zum Mühlberg 7, 36199 Rotenburg
Fon 0 66 23 / 54 69

✉ kh-demuth@freenet.de

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

✉ herbert-ursula@web.de

Eichsfeld

Reinhard Stützer, 1. Vorsitzender, SHG Atmen & Leben Eichsfeld,
Ahornweg 3, 37327 Leinefelde
Fon 0 36 05 / 54 42 44
✉ r.stuetzer@online.de

Wolfgang Kaufmann, 2. Vorsitzender, SHG Atmen & Leben Eichsfeld,
Gausstraße 6, 37327 Leinefelde
Fon 0 36 05 / 51 96 43

Düsseldorf

Klaus Hillebrand, Vorsitzender, SHG Düsseldorf,
Kamper Weg 290, 40627 Düsseldorf
Fon 02 11 / 9 26 91 70, Fax 02 11 / 27 36 70

Hilden

Friedel Hafner, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand
Hilden e.V., Wilhelmine-Fliegenerstraße 1, 40723 Hilden
Fon/Fax 0 21 03 / 6 21 09
✉ Schlafapnoe-Hilden@t-online.de
➤ www.schlafapnoe-hilden.de

Solingen

Hartmut Rentmeister, 1. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Solingen, Postfach 12 02 12, 42677 Solingen
Fon/Fax 02 12 / 2 64 30 94
✉ hareso@t-online.de
➤ www.schlafapnoe-solingen.de

Ingrid Hohnrath, 2. Vorsitzende
Fon/Fax 02 12 / 4 32 65
✉ hohnrath@versanet.de

Wanne-Eickel

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

Bochum

Gustav Warm, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe-Atemstillstand e.V.
Bochum, Emscherstraße 18, 44791 Bochum
Fon/Fax 02 34 / 51 14 12

Herne

Alfons Altmeyer, Vorsitzender, SHG Herne, Michaelstraße 2,
45661 Recklinghausen
Fon 0 23 61 / 7 27 33

Günter Urban, Schriftführer, SHG Herne
✉ guenter.urban@zv.uni-due.de

Gelsenkirchen

Günter Berger, Vorsitzender, SHG Atmen & Leben,
Nordring 2, 45701 Herten
Fon/Fax 02 09 / 61 17 37
✉ berger@schlafapnoe-shg.de
📄 www.schlafapnoe-shg.de

Recklinghausen

Christiane Nowack, 1. Vorsitzende, SHG Recklinghausen e.V.,
Gahlensche Straße 196, 44809 Bochum
Fon/Fax 02 34 / 57 71 51
✉ gerd.delaveaux@t-online.de

Werner Lueg, 2. Vorsitzender,
Albertstraße 27, 45739 Oer-Erkenschwick
Fon 0 23 68 / 69 20 56

Dorsten

Klaus-Peter Karger, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen
Dorsten e.V., Frankampstraße 134, 45891 Gelsenkirchen
Fon 02 09 / 7 17 34
✉ kpkarger@arcor.de

Niederrhein

Gabriele Kaenders, I. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V., Im Kämpken 3, 47443 Moers
Fon 0 28 41 / 50 55 04, Fax 0 28 41 / 8 84 47 31

✉ schlafapnoe-niederrhein@onlinehome.de

Krefeld

Friedrich Prior, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V., Kuhleshütte 119, 47809 Krefeld
Fon 0 21 51 / 54 61 16

Margot Bliem, 2. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V., Nieper Straße 229 c, 47802 Krefeld
Fon 0 21 51 / 56 20 68

Gronau

Hasso Freise, Vorsitzender, SHG Gronau e.V.,
Schürblick 1 A, 48599 Gronau
Fon 0 25 62 / 2 04 02, Fax 0 25 62 / 99 14 61

✉ freise-h@versanet.de

📄 www.apnoegronau.dreipage.de

Köln

Hans Haas, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Köln und Umgebung, Ferdinand-Stücker-Straße 42, 51067 Köln
Fon/Fax 02 21 / 69 73 35

Aachen

SHG Aachen, Augustastraße 7725, 52070 Aachen
Fon 02 41 / 53 76 73, Fax 02 41 / 53 77 71

✉ kv-aachen@vdk.de

Alzey und Umgebung

Toni Walk, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V., Elisabethenstraße 26, 55130 Mainz
Fon 0 61 31 / 83 31 30

✉ toni.walk@web.de O D E R Schlafapnoe-Alzey@gmx.de

📄 www.schlafapnoe-online.de/alzey

Bad Kreuznach und Umgebung

Ottilie Wichter, Vorsitzende, Schlafapnoe Selbsthilfe Bad Kreuznach und Umgebung e.V.

Am Pfalzsprung 21, 55583 Bad Münster/Eberburg

Fon/Fax 0 67 08 / 34 92

✉ o.wichter@online.de

Idar-Oberstein und Umgebung

Manfred Göritz, Selbsthilfe Team Schlafapnoe Idar-Oberstein und Umgebung e.V., Unterer Pfarracker 19, 55743 Idar-Oberstein

Fon 0 67 84 / 98 00 34, Fax 0 67 84 / 98 00 35

Siegen

Helmut Wied, I. Vorsitzender, SHG Siegen e.V.,

Am Siegenstein 31, 57080 Siegen

Fon 02 71 / 38 21 76, Fax 02 71 / 38 51 04 (nach Anruf)

✉ helmut@rhwied.de

📄 www.vdk.de/shg-schlafapnoe-siegen

Hagen

Siegward H. Grahner, I. Vorsitzender, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen, Kettelerstraße 54, 58099 Hagen

Fon 0 23 31 / 6 67 80 oder 6 65 03, Fax 0 23 31 / 6 67 90,

Mobil 0 15 20 / 1 88 96 46

✉ SchlafapnoeHagen@web.de und ✉ siegward_grahner@web.de

📄 www.bsd-web.de/hagen

Peter-Max Engelbert, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, Auf den Breien 2, 58540 Meinerzhagen

Fon/Fax 0 23 58 / 6 26

Witten

Margot Gutsche, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten,

Dreesstraße 9, 58454 Witten

Fon 0 23 02 / 1 79 93 44

✉ shg.schlafapnoe.witten@web.de

✉ margot.gutsche@arcor.de

Siegfried Weber, Sprecher, SHG Schlafapnoe Witten,
Dompfaffweg 6, 58455 Witten
Fon 0 23 02 / 557 62

Ilse Patze, Sprecherin, SHG Schlafapnoe Witten,
Boltestraße 5, 58455 Witten
Fon 0 23 02 / 5 90 89

Halver

Alois Peter Nirwing, Vorsitzender, SHG Halver,
Waldweg 6, 58553 Halver
Fon/Fax 0 23 53 / 26 78
✉ shg-halver@glusa-net.de
📄 <http://shg-halver.glusa-net.de>

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
✉ easysleeper@web.de

Kreis Bergstraße

Arno Zillig, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand,
Kreis Bergstraße – Bensheim
Schelmengasse 18, 64625 Bensheim-Zell
Fon 0 62 51 / 6 51 44
✉ arno.zillig@freenet.de

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand, Kreis Bergstraße – Lampertheim
Rüdiger Bürkel, Ahornweg 15 A, 68623 Lampertheim
Fon 0 62 06 / 38 23
✉ shg.schlafapnoe@online.de

Zweibrücken

Werner Madle, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Zweibrücken e.V.,
Jägerstraße 6, 66440 Blieskastel
Fon 0 68 42 / 75 76, Fax 0 68 42 / 89 12 02
✉ wernermadle@web.de
📄 <http://schlafapnoe-zweibruecken.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

Mutterstadt

Birgit Schmitt, I. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe Mutterstadt und
Umgebung e.V., Fritz-Schalk-Straße 22, 67112 Mutterstadt
Fon 0 62 34 / 3 02 08 58
Fax 0 62 34 / 30 52 30
✉ SHGMutterstadt@web.de
📄 www.shgmutterstadt.de

Freudenstadt

Rolf Fleig, Vorsitzender SHG Schlafapnoe Freudenstadt,
Wilhelm-Hauff-Weg 7, 72280 Dornstetten
Fon 0 74 43 / 9 11 18
✉ rolf.fleig@web.de

Südpfalz

Norbert Faul, Vorsitzender des Vorstands,
SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V., c/o Bethesda,
Bodelschwinghstraße 27, 76829 Landau/Pfalz
Fon 0 63 23 / 98 04 05
Fax 0 63 23 / 98 98 23
✉ SHGSuedpfalz@aol.com
📄 www.schlafapnoe-suedpfalz.de

Bernd Bechtold, Vorsitzender des Vorstands, SHG Schlafapnoe
Südpfalz e.V., Hochgasse 40, 67483 Edesheim
Fon 0 63 23 / 39 23

Saar-Pfalz

Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz, Hauenstein-Dahn-Annweiler & Umgebung, Prälatsommerstraße 25, 76846 Hauenstein

Fon/Fax 0 63 92 / 76 78

Mobil 01 75 / 3 89 57 63

✉ aleidner@wueto.de

📄 www.schlafapnoe-saarpfalz.de

Die SHG Saar-Pfalz hat Gruppen in

66901 Schönenberg-Kübelberg

Dieter Müller

Fon/Fax 0 63 73 / 89 17 94

66540 Neunkirchen

Franz Junkes

Fon 0 68 21 / 5 87 56

66482 Zweibrücken

Hans Striegel

Fon 0 63 32 / 4 38 40

Ortenau

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 / 93 24 70,

Fax dienstl. 07 81 / 9 32 47 39

✉ nickert.sen@t-online.de

Radolfzell

Jochen D. Lentzsch, I. Vorsitzender Sozialverband VdK,

Ortsverband Radolfzell, Selbsthilfegruppe Schlafapnoe,

Gnadenseestraße 14, 78315 Radolfzell

Fon 0 77 32 / 1 02 22

Südbaden

Willi Goppelsröder, VdK-Regionalgeschäftsstelle Karlsruhe,

Karlstraße 53 – 55, 76133 Karlsruhe

✉ w.goppelsroeder@vdk.de

Markgräflerland/Müllheim

Klaus-Dieter Sippel, Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/
Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach,
Eckstraße 24, 79283 Bollschweil
Fon 0 76 33 / 80 19- 15

Dieter Träris, stellv. Leiter der VdK-Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand Gruppe Markgräflerland Eschbach,
Fon 0 76 21 / 6 24 70

Berchtesgadener Land/Salzburg

Ilse Rothstein, SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/
Salzburg, Peilsteinstraße 6, 83435 Bad Reichenhall
Fon 0 86 51 / 81 88
✉ ilse.rothstein@t-online.de

Coburg-Oberfranken

Ernst Franke, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen
Coburg-Oberfranken, Am Weinberg 5, 96450 Coburg
Fon 0 95 61 / 2 97 85

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 diesen an die in Ihrer Nähe befindliche Selbsthilfegruppe weiter.

Beitrittserklärung



ja, ich möchte Mitglied werden.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Fax

Datum, Unterschrift