

Aktionstag „Erholsamer Schlaf“ 2017

Anlässlich des Aktionstages „Erholsamer Schlaf“ fand am 21.06.2017 in Köln eine Pressekonferenz statt.

Agenda:

Einführung und Moderation:

Dr. Michael Feld, Köln, Allgemeinmediziner und Somnologe

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

Dr. Alfred Wiater, DGSM-Vorsitzender

Vorstellung des DGSM-Schlafreportes 2017

Frau Dr. Bögel

Schläfrigkeit und Unfallgefahr

Frau Prof. Orth / Herr Prof. Randerath / Herr Dr. Weeß in Kooperation mit
Frau Börries, Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V. (DVR)

Schlaflosigkeit - aktuelle Daten zu Ursachen, Folgen und Behandlungsstrategien

Herr Prof. Riemann

Demenzentwicklung und gestörter Schlaf

Herr PD Dr. Frohnhofen

Auf den folgenden Seiten finden sie die Beiträge dazu:



Pressemitteilung DGSM zum „Aktionstag erholsamer Schlaf“ am 21.06.2017

Schlafstörungen auf dem Vormarsch! Fachgesellschaft setzt sich für verbesserte Behandlung von Schlafstörungen ein.

Schlaf ist eine elementare biologische Funktion. Wenn der Mensch nicht isst, trinkt oder schläft, stirbt er. Trotzdem ist der Schlaf in unserer modernen 24-Stunden Gesellschaft nicht wirklich anerkannt, sondern eher verpönt. Führungskräfte in Politik und Wirtschaft gelten dann als fleißig, tüchtig und dynamisch, wenn sie wenig schlafen. „Morgenstund hat Gold im Mund“ so ein Sprichwort. Für denjenigen, der morgens früh raus muss, ist aber oft der „Wurm drin“: Für zwei Drittel in unserer Gesellschaft beginnt die Arbeit und die Schule zu früh. Sie sind Spättypen, welche entsprechend ihrem genetisch bedingten Schlaf-Wach-Rhythmus abends nicht so früh schlafen gehen können und denen morgens das frühe Aufstehen schwerfällt.

Chronischer Schlafmangel und ein ungesunder Lebensstil mit vermehrtem Nikotin- und Koffeinkonsum können die Konsequenz sein, so der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) Dr. Alfred Wiater. Insbesondere der im europäischen Vergleich eher frühe Schulbeginn macht Schülern ab der Pubertät zu schaffen. Ein späterer Schulbeginn und spätere Klausurtermine würden das Leistungsvermögen unserer Schüler verbessern können. „Wenn wir über eine Bildungsoffensive nachdenken, dann sollte auch der frühe Schulbeginn zur Diskussion stehen“, so Wiater.

Schlafstörungen sind in unserer modernen Industriegesellschaft immer weiter auf dem Vormarsch. Das Ergebnis einer vor kurzem veröffentlichten Studie der DAK klagen mehr als 80% der Erwerbstätigen zwischen 35 und 65 über Schlafprobleme. Der jüngst veröffentlichte Beurer Schlafatlas 2017 zeigt, dass die Deutschen inzwischen nach eigener Einschätzung nur noch 6.54 Stunden pro Nacht schlafen, objektiv gemessen sogar nur 6.

„Neben einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und psychischen Störungen deuten neuere Studien auf ein erhöhtes Demenzrisiko infolge Schlafstörungen hin“, so das Vorstandsmitglied Prof. Dr. Helmut Frohnhofen von der DGSM. Zusätzlich sind Einschränkungen im psychosozialen Leistungsniveau im Alltag typisch: Nach der aktuellen Rand-Studie aus dem Jahr 2016 gehen der deutschen Wirtschaft jährlich ca. 60 Milliarden Euro durch Produktivitätsausfall und ca. 210.000 Fehltage am Arbeitsplatz infolge Schlafstörungen verloren. 6% der Bundesdeutschen leiden sogar an behandlungsbedürftigen Schlafstörungen und je nach Studie sind zwischen 1,1 und 1,9 Millionen Bundesdeutsche an Schlafmittel gewöhnt. „Dabei sind Schlafmittel nicht die Therapie der Wahl“, so Prof. Dr. Dieter Riemann von der Universitätsklinik Freiburg. Er hat im Auftrag der DGSM mit einem Team aus Wissenschaftlern und Therapeuten verschiedenster medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften die neuen Behandlungsleitlinien für Ein- und Durchschlafstörungen entwickelt. „Genauso wie der amerikanische

Hausärzteverband sehen wir heute die Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie als die kausale Therapie der Insomnie an. Sie ist in ihren akuten Effekten der Therapie mit Schlafmitteln gleichwertig, aber in ihrer Langzeitwirkung überlegen“, so Dr. Hans-Günter Weeß, Vorstandsmitglied der DGSM und einer der Autoren der Leitlinie. Laut Riemann ist die kognitive Verhaltenstherapie geeignet die hohe Zahl an chronisch Schlafgestörten in unserer Gesellschaft zu reduzieren. „Der DGSM ist es ein besonderes Anliegen Hausärzte frühzeitig in die Behandlung von Schlafstörungen einzubinden“, so Wiater. „Aus diesem Grunde haben wir Fortbildungsangebote gemeinsam mit dem deutschen Hausärzteverband entwickelt, um so bereits auf Primärarztebene Schlafstörungen frühzeitig wirksam begegnen zu können.“ „Allerdings fehlen in unserem Gesundheitssystem die entsprechenden Möglichkeiten und Anreize bereits auf Hausarztebene die Elemente der kognitive Verhaltenstherapie frühzeitig einzusetzen“, so Riemann.

Die Folgen eines unerholsamen Schlafes sind u.a. auch eine erhöhte Tagesschläfrigkeit mit einer erhöhten Unfallneigung im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz. Aus diesem Grund unterstützt die DGSM in diesem Jahr die Kampagne „Vorsicht Sekundenschlaf“, die der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) im vergangenen Dezember gestartet hat. Laut unserer Umfrage, die wir im Rahmen der Kampagne „Vorsicht Sekundenschlaf“ durchgeführt haben, geben 26% aller Autofahrer an, bereits einmal Steuer eingeschlafen zu sein“, so Referentin Anna-Sophie Börries beim DVR. Gerade im bevorstehenden Urlaubsreiseverkehr sind aufgrund langer Fahrdauer und vorausgehend oft verkürztem Nachtschlaf die Risiken für schläfrigkeitsbedingte Unfälle besonders hoch, so Prof. Dr. Maritta Orth, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der DGSM. „Das Schlaf-Apnoe Syndrom mit wiederholten Atemstillständen während des Schlafes kann erhebliche Tagesschläfrigkeit verursachen und das Unfallrisiko im Straßenverkehr erheblich steigern. Es wird nach einer neuen EU-Verordnung bei der Fahreignungsdiagnostik besonders berücksichtigt“, berichtet Prof. Dr. Winfried Randerath vom Vorstand der DGSM. Er war auch gemeinsam mit Orth und Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und anderen Fachgesellschaften federführend für die DGSM an der Erstellung der neuen medizinischen Leitlinie zur Behandlung der Schlaf-Apnoe beteiligt.

Die DGSM ist mit 2.500 Einzelmitgliedern aus allen Bereichen der Medizin, Psychologie und Naturwissenschaften und mehr als 300 qualitätsgesicherten akkreditierten Schlaflaboratorien die größte schlafmedizinische Fachgesellschaft in Europa.

Mit dem „Aktionstag für erholsamen Schlaf“ macht sie auf die Auswirkungen gestörten Schlafes aufmerksam und setzt sich für eine Verbesserung der Behandlung von Patienten mit Schlafstörungen ein. Sie veranstaltet regelhaft Fortbildungen, wissenschaftliche Kongresse und beteiligt sich an der Erstellung von medizinischen Leitlinien und Fachpublikationen. Sie ist gemeinsam mit der österreichischen und schweizerischen Fachgesellschaft Herausgeber der Fachzeitschrift Somnologie.



Schlafreport 2017

Aktuelle Daten zu Schlafstörungen, Folgen und Behandlungskonzepten

Ein- und Durchschlafstörungen

Die Daten einer deutschlandweiten Studie sind bestürzend: 67 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zeigt im Verlauf eines Jahres Ein- und Durchschlafstörungen. Bei einem Drittel der Betroffenen treten die Symptome sogar 3 mal pro Woche auf. Das Bundesgesundheitsblatt konstatiert das Vorliegen von Schlafproblemen bei 21,9 % der Befragten. Schlafstörungen im behandlungsbedürftigen Sinne, also mit Beeinträchtigungen am Tage, haben nur 5,7 % der Deutschen (Schlack, 2013). Ein schlechter Schlaf schränkt bei vielen Betroffenen die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit ein. Krankschreibungen, das Risiko zu Unfällen am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr nehmen deutlich zu. Schlafstörungen erhöhen auch das Risiko zu Depressionen (Malik 2014) und zur Gewichtszunahme (Chen, 2008) sowie die Wahrscheinlichkeit, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln (Li, 2014). - Viele Betroffene erhoffen sich von Schlaftabletten die Lösung des Problems. Dabei zeigt die aktuell veröffentlichte S3 Leitlinie zur Insomnie, dass die Kognitive Verhaltenstherapie bei Erwachsenen i.d.R. das Mittel der Wahl im Sinne einer nachhaltigen Therapie ist (Riemann, 2017). Nach Ausschluss organischer Ursachen sollte die medikamentöse Therapie sehr gezielt und wegen der potentiellen Nebenwirkung nur kurzfristig eingesetzt werden.

Obstruktive Schlafapnoe

Am bekanntesten ist wohl die obstruktive Schlafapnoe (OSA). OSA zeigt eine deutlich steigende Prävalenz. In den USA sind bereits 13 % der erwachsenen Männer und 6 % der Frauen betroffen (Peppard, 2013). Als ein wichtiger Risikofaktor gilt das Übergewicht. Typische Symptome der obstruktiven Schlafapnoe sind u.a. Schnarchen, Tagesmüdigkeit und Einschlafneigung am Tage. Als Folge erhöht sich das Unfallrisiko um das 3-7 fache (Sommers, 2008). Unter bestimmten Arbeitsbedingungen und im Straßenverkehr kann das fatale Folgen haben. Die Therapie der obstruktiven Schlafapnoe ist wichtig, denn über die Symptomatik hinaus erhöht sie u.a. das Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu entwickeln. Wissenschaftlich gut belegt ist der Zusammenhang zwischen Bluthochdruck (Fava, 2014) und obstruktiver Schlafapnoe. SBAS (schlafbezogene Atmungsstörungen) stellen auch einen Risikofaktor für den Schlaganfall dar (Dong 2013). - Mit zunehmenden Alter steigt die Prävalenz von OSA und liegt zwischen 20 – 40% (Ancoli-Israel, 1995; Young, 2002). Bleibt sie unbehandelt, geht sie beim älteren Menschen mit einem stärkeren Verlust an Hirnleistung bzw. kognitiver Leistung einher (Blackwell, 2015). Auch Kinder können von obstruktiver Schlafapnoe betroffen sein. Die Prävalenz beträgt bei Kindern im Vorschulalter ca. 3 % (Gislason, 1995) Die Ursache liegt meist in einer adenotonsillären Hyperplasie. Demzufolge ist die Therapie der Wahl die Adenotonsillektomie bzw. Tonsillotomie. Die Folgen der obstruktiven Schlafapnoe im Kindesalter sind Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, emotionale Labilität, Gedeihstörungen und kognitive Einschränkungen, die sich auch in Lernschwäche in der Schule äußern kann. Unbehandelt kann es bereits im Kindesalter zu einem erhöhten Blutdruck kommen (Kaditis, 2015).

Narkolepsie

Bei der Narkolepsie handelt es sich um eine seltene neurologische Erkrankung, von der die Patienten lebenslang betroffen sind. Narkolepsie ist eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit übermäßiger Tagesschläfrigkeit. Etwa 0,026 -0,036% der Bevölkerung in den USA und in Westeuropa sind von einer Narkolepsie mit Kataplexie (emotionsbedingter, kurzzeitiger Verlust des Muskeltonus) betroffen (Hublin, 1994; Silber, 2002). Narkolepsie geht mit erheblichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und des sozialen Lebens einher.

Parasomnien

Es handelt sich um Störungen, die aus dem Schlaf heraus entstehen. Sie treten bei Kindern mit einer erhöhten Prävalenz auf. Es handelt sich in der Regel um eine vorübergehende Reifestörung des Gehirns.

Schlafwandeln

Von Schlafwandeln sind 30% aller Kinder im Alter von 4-6 Jahren betroffen, bis zur Pubertät sind es noch 17%. 4% der Erwachsenen leiden noch unter Schlafwandeln. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung.

Falls erforderlich, stehen verhaltenstherapeutische und medikamentöse Therapien zur Verfügung (Mayer, 2009).

Alpträume

Nahezu jeder Mensch hatte schon einmal ein Alptraum; d.h., die Lebenszeitprävalenz beträgt etwa 100%. Alpträume treten bei Kindern in der ersten Lebensdekade zu 20-50% auf. 2-8 % der Erwachsenen berichten über klinisch –relevante Alpträume. Sie können die Lebensqualität einschränken. Behandlungsmöglichkeiten sind, falls erforderlich, die Behandlung der Grunderkrankung, Psychotherapie und spezielle verhaltenstherapeutische Techniken, z.B. die Imagery Rehearsal Therapy (Mayer, 2009)

Schlafbezogene Bewegungsstörungen

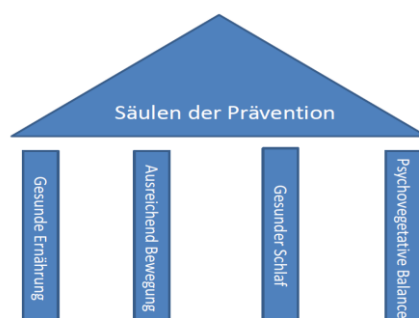
Hierzu gehört das Restless Legs Syndrom (RLS). Besonders in Ruhe und nachts treten Missempfindungen und Bewegungsdrang in den Beinen auf. In selteneren Fällen können auch die Arme davon betroffen sein. Von RLS sind 5-10% der Bevölkerung betroffen, bei 1-2% besteht medikamentöser Behandlungsbedarf (Berger, 2004; Högl 2003). Die Betroffenen können nicht zur Ruhe kommen und leiden unter Ein- und Durchschlafstörungen. Es tritt Gereiztheit, Müdigkeit und Anspannung auf. Die Lebensqualität leidet. Die Betroffenen ziehen sich gelegentlich aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. An erster Stelle steht die Behandlung der Grunderkrankung.

Schlafmedizinische Versorgung in Deutschland

Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin setzt sich konsequent für die Qualität in der schlafmedizinischen Versorgung ein. Eine wichtige Voraussetzung ist hierbei eine standardisierte Ausbildung der in der Schlafmedizin tätigen Ärzte, Psychologen, Naturwissenschaftler und technischen Assistenten. Der erforderliche Qualitätsstandard im Schlaflabor sollte erfüllt sein.- In Deutschland gibt es aktuell 315 von der DGSM akkreditierte Schlaflabore. Diese Schlaflabore sind insgesamt mit 1760 Betten ausgestattet. Das entspricht im Mittel 5,6 Betten pro Schlaflabor. Es werden insgesamt 349.314 Polysomnographien (im Mittel 1108,9 PSGs/Schlaflabor) und 129.109 Polygraphien (im Mittel 409,9 PGs/Schlaflabor) p.a. durchgeführt . Die Schlaflabore haben unterschiedliche medizinische Schwerpunkte, z.B. Innere Medizin/Pneumologie, Psychiatrie/Neurologie, HNO und Pädiatrie. Den größten Anteil an Schlaflabore stellen die Labore mit internistischer/pneumologischer Fachrichtung dar (227 SL) Durchschnittlich kommen in Deutschland 2,2 PSG-Betten und 436,6 durchgeführte PSGs auf 100.000 Einwohner. Es gibt große regionale Unterschiede in der Versorgungslandschaft der Schlafmedizin. Aufgrund des hohen Bedarfs in den Schlaflaboren muss gelegentlich mitlängeren Wartezeiten gerechnet werden.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Am 17. Juli 2015 verabschiedete die Bundesregierung das Präventionsgesetz (PräG). Es sieht im Rahmen einer Nationalen Präventionsstrategie die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung einer Nationalen Präventionsstrategie vor. Insbesondere sollen lebensstilbedingte Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes und Adipositas eingedämmt werden und die Menschen zur einer gesunden Lebensweise mit vernünftigen Ernährungsgewohnheiten und ausreichend Bewegung angeregt werden. Hierzu gehören auch die erforderlichen Ruhepausen zwischen den Arbeitsphasen und ein erholsamer Schlaf. Ein gesunder Schlaf hat eine große gesundheitspolitische Bedeutung. Darum sollte der erholsame Schlaf als entscheidende Säule der Prävention, neben der gesunden Ernährung, Bewegung und psychovegetativen Balance Einzug in die Präventionsprogramme der öffentlichen Einrichtungen der Kommunen und auch der Betriebe halten. Bereits in Kita und Schuleinrichtungen ist über die Bedeutung des erholsamen Schlafes für die physische, psychische und mentale Entwicklung des Heranwachsenden aufzuklären. Es sollten Empfehlung ausgesprochen werden auf welche Art und Weise dies zu erreichen ist.





Schläfrigkeit und Unfallgefahr

Maritta Orth, Mannheim, Hans-Günter Weess, Klingenmünster

Schläfrigkeit mit zwanghaftem Einschlafdrang bis hin zum Sekundenschlaf beeinträchtigt nicht nur die Fahrtauglichkeit (s.u.), sondern kann auch zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz führen. Die Folgen von Schläfrigkeit sind die gestörte Wahrnehmungs- und Entscheidungsfähigkeit, sowie Einschränkungen der Reaktionsfähigkeit. Schläfrigkeit entsteht in aller Regel auf dem Boden von Schlafstörungen und einem konsekutiv nicht-erholsamen Schlaf. Schläfrigkeit verdoppelt das Unfallrisiko.

Bei spektakulären Unfällen wie die Schiffsunglücke „Exxon Valdez“ bzw. „Herald of Free Enterprise“ oder aber auch bei den Kernreaktorunfällen „Three Miles Island“ und „Tschernobyl“ spielte Schläfrigkeit als Ursache eine entscheidende Rolle.

Nach einer aktuellen Studie des DVR sind 26% der Autofahrer bereits einmal am Steuer eingeschlafen. Viele halten Radio-laut-drehen, das Fenster-öffnen oder Kaugummikauen für geeignete Kompensationsmechanismen. Nach einer Studie der AAA Foundation for Traffic Safety erhöht eine Stunde weniger Schlaf das Risiko für einen Verkehrsunfall bereits um das 1,3 fache und zwei Stunden weniger Schlaf verdoppeln das Unfallrisiko. Wer weniger als 4 Stunden geschlafen hat, wie es bei Urlaubsfahrten häufig der Fall ist, erhöht sein Unfallrisiko auf das fast 13fache.

Schläfrigkeit am Arbeitsplatz kann ebenfalls zu schweren Fehlern bis hin zu Verletzungen führen. So konnte nachgewiesen werden, dass bei Hochrisikooarbeitern (>30 J., <7h Schlaf, ≥50h Arbeit/Woche) mit einer schlechten Schlafqualität das relative Risiko für die Verursachung eines Unfalles um den Faktor 3.17 erhöht ist (Normwert des Relativen Risikos=1). Hierbei handelte es sich überwiegend um muskuloskelettale Verletzungen.

Beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, welches eine der häufigsten Schlafstörungen darstellt ist die Leistungsfähigkeit um bis zu 50% gegenüber Gesunden eingeschränkt, und das Risiko für die Verursachung eines Arbeitsunfalles bei Frauen verdoppelt, bei Männern verdreifacht.

Aber auch beim Krankheitsbild der Insomnie, unter dem ca. 10% der Menschen leiden, ist das Unfallrisiko erhöht (≥ 1 Haushaltsunfall: 20.9%, ≥ 1 Arbeitsunfall: 10.1%, ≥ 1x Einschlafen am Steuer: 9%, ≥ 1 Unfall durch Einschlafen am Steuer: 4.1%).

Personen, die bei Einstellung über Schlafstörungen und Tagesschläfrigkeit klagen, weisen mehr als 90 Fehltag auf, und nur die Hälfte der Betroffenen nimmt ihre Arbeit nach dem Krankenstand wieder auf. Dies führt zu erheblichen Kosten sowohl für Arbeitgeber als auch für die Versicherungen als Leitungsträger.

Ganz besonders riskant wird Schläfrigkeit, wenn der/die Betroffene für Menschenleben verantwortlich ist. Insbesondere den Berufsgruppen der Krankenschwestern aber auch der Ärzte muss besondere Aufmerksamkeit gelten.

Eine anonyme Fragebogen-Studie an mehr als 4000 japanischen Schwestern zeigte, dass 26% krankhafte Schläfrigkeit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit angaben. Die Konsequenzen waren: eine erhöhte Selbstgefährdung (z.B. Stichverletzungen), Fehler bei der Verabreichung von Medikamenten und die Fehlbedienung von medizinischen Geräten.

Alarmierend sind auch die Daten in Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. In einer Untersuchung aus Neu Seeland wurden 1366 Ärzte mit einer Wochenarbeitszeit von über 40 Stunden anonym mittels eines Fragebogens interviewt. 30% gaben eine krankhafte Tagesschläfrigkeit an. 24% berichteten über Einschlafattacken am Steuer, 66% über Beinahe-Unfälle. Schläfrigkeitsbedingte medizinische Fehler wurden von 42% der Befragten angegeben. Als Hauptursachen für Schläfrigkeit wurden die Faktoren Schichtarbeit und unregelmäßige Schichten genannt.

Vor dem vorbeschriebenen Hintergrund bedarf es einer intensiven Aufklärung von Arbeitsmedizinern, Arbeitgebern aber auch den Betroffenen selbst, da hier nicht nur das eigene Leben sondern auch das von Personen, die ihm anvertraut sind, durch die Schläfrigkeit gefährdet ist.



Vorsicht Sekundenschlaf!

Die Aktion gegen Müdigkeit am Steuer.

Jeder vierte Autofahrer ist schon einmal am Steuer eingeschlafen

Zum „Aktionstag erholsamer Schlaf“ der DGSM ruft der DVR dazu auf, sich nur ausgeschlafen hinter das Steuer zu setzen

Bonn, 21. Juni 2017 (DVR) – Müdigkeit am Steuer kann jeden treffen. Daher macht der Deutsche Verkehrssicherheitsrat (DVR) gemeinsam mit dem Kooperationspartner der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) anlässlich des „Aktionstages erholsamer Schlaf“ auf die Kampagne „Vorsicht Sekundenschlaf“ und damit die Gefahr von Müdigkeit am Steuer aufmerksam.

26 Prozent der befragten Autofahrer sind laut einer TNS-Emnid-Umfrage im Rahmen der Kampagne des DVR mit Unterstützung des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) mindestens schon einmal am Steuer eingeschlafen. Dabei sind vielen die Anzeichen von Müdigkeit am Steuer hinreichend bekannt oder schon begegnet: 41 Prozent müssen häufig gähnen, 40 Prozent oft blinzeln, da die Augen anfangen zu brennen, und 24 Prozent können sich schwer auf die Straße konzentrieren, da die Gedanken abschweifen.

Trotzdem überschätzen immer noch viele ihre Fähigkeiten: 45 Prozent der Befragten glauben, Müdigkeit durch ihre Erfahrung ausgleichen zu können, und 43 Prozent der Befragten sind überzeugt, den Zeitpunkt des Einschlafens sicher vorhersehen zu können. Zusätzlich setzen die meisten bei akuter Müdigkeit auf die falschen Maßnahmen: 60 Prozent der Befragten lassen frische Luft durch das offene Fenster rein, 38 Prozent trinken koffeinhaltige Getränke und 30 Prozent drehen die Musik lauter, um ihre Müdigkeit zu besiegen. Doch weder durch langjährige Erfahrung noch durch derartige Tricks kann akute Müdigkeit hinter dem Steuer langfristig überwunden werden.

Darüber hinaus fährt ein Teil der Befragten regelmäßig nachts: Elf Prozent der Befragten sind mehrmals pro Monat und sechs Prozent mehrmals pro Woche während ihrer üblichen Schlafenszeiten unterwegs. Mitten in der Nacht beziehungsweise in den frühen Morgenstunden ist jedoch die Einschlafneigung hinter dem Steuer und damit die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines Sekundenschlafes besonders hoch: „Wer kurz einnickt, legt binnen drei Sekunden bei einer Geschwindigkeit von 100 km/h über 80 Meter im Blindflug zurück. In dieser kurzen Zeit können ein schwerer Unfall verursacht und Menschenleben gefährdet werden“, so DVR-Geschäftsführerin Ute Hammer.

Eine solche Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus sollte mit Bedacht erfolgen und von ausreichend Schlaf vor einer Fahrt begleitet werden. Alle, die trotzdem müde werden, sollten eine Pause einlegen, auf einem Parkplatz zehn bis 20 Minuten schlafen oder den Kreislauf durch Bewegung in Schwung zu bringen. „Wer möchte, kann



Vorsicht Sekundenschlaf!

Die Aktion gegen Müdigkeit am Steuer.

vor dem Kurzschlaf noch einen Kaffee trinken. Das darin enthaltene Koffein wirkt erst nach 30 Minuten, hindert daher nicht beim Einschlafen, erleichtert aber das Wachwerden und verstärkt so den Erfrischungseffekt“, ergänzt Dr. Hans-Günter Weeß, Vorstandsmitglied der DGSM.

Weitere Informationen zu „Vorsicht Sekundenschlaf! Die Aktion gegen Müdigkeit am Steuer.“ unter <http://www.dvr.de/vorsicht-sekundenschlaf>

Über die Umfrage: Befragt wurden im Oktober 2016 insgesamt über 1.000 Autofahrerinnen und Autofahrer über 18 Jahre, repräsentativ nach Alter, Geschlecht, Region und Bildungsabschluss verteilt.

Hintergrund zur Kampagne: Müdigkeit am Steuer ist ein unterschätztes Unfallrisiko im Straßenverkehr. In der Unfallstatistik wird Übermüdung für nur 0,5 Prozent aller schweren Unfälle als Ursache deklariert. Die Dunkelziffer liegt laut Experten jedoch weitaus höher. Jeder übermüdete Autofahrer und jede übermüdete Autofahrerin sind somit potenziell der Gefahr des Sekundenschlafs ausgesetzt. Der DVR hat deshalb gemeinsam mit dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) im Dezember 2016 eine Aufklärungskampagne mit dem Titel „Vorsicht Sekundenschlaf! Die Aktion gegen Müdigkeit am Steuer.“ gestartet. Ziel der Kampagne ist es, alle Autofahrerinnen und Autofahrer für die Gefahren von Müdigkeit am Steuer zu sensibilisieren und präventive sowie akute Maßnahmen dagegen aufzuzeigen.



SCHLAFLOSIGKEIT - AKTUELLE DATEN ZU URSACHEN, FOLGEN UND BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg
Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Deutschland
E-Mail: dieter.riemann@uniklinik-freiburg.de

Mit der Veröffentlichung von DSM-5 (Diagnostisches Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung) im Jahr 2013 wurde die alte Einteilung der insomnischen Schlafstörungen in primäre und sekundäre Insomnie zugunsten des neuen Konzepts der insomnia disorder (zu Deutsch insomnische Störung) aufgegeben. Darunter versteht man Ein- und/oder Durchschlafstörungen mit frühmorgentlichem Erwachen, die mit Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit, wie etwa Leistungs- und Konzentrationsstörungen, Dysphorie, Müdigkeit etc. verbunden sind. Neueste Daten des Gesundheitsreports 2017 (Marschall et al., 2017), die von der DAK erhoben wurden, zeigen nun, dass im Vergleich zu 2009 im Jahr 2016 die Häufigkeit von Schlafproblemen im Sinne von Insomnie um 66% zugenommen hat. Aktuell klagen 9,4% aller Befragten über eine Insomnie. Nur ein kleiner Teil der Betroffenen ($\leq 5\%$) befindet sich deswegen in ärztlicher Behandlung - die Einnahme von ärztlich verschriebenen oder frei verkäuflichen Schlafmitteln, die in den letzten 3 Monaten vor Befragung eingenommen wurden, hat sich dabei von 2009 bis 2016 fast verdoppelt. Die gegenwärtig als am wirksamsten angenommene Therapie, die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie, spielt bislang in der klinischen Praxis nur eine untergeordnete Rolle.

Schlafstörungen im Sinne einer Insomnie haben neben den unmittelbaren Auswirkungen auf die Tagesbefindlichkeit auch einen Einfluss auf das Risiko für psychische Erkrankungen. Baglioni et al. (2011) konnten zeigen, dass persistierende chronische Insomnie mit der Verdoppelung des Risikos für depressive Erkrankungen einhergeht.

Die S3-Leitlinie Nicht-erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016 (Riemann et al., 2017) fasst das schlafmedizinische Wissen zur Diagnostik und Therapie der Insomnien zusammen. Dabei wird ein Algorithmus für den diagnostischen Prozess und für die Therapie vorgestellt. Als Therapie der ersten Wahl wird aktuell die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie der Insomnien angesehen, die auf Entspannungstechniken, Regeln zur Schlafhygiene, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion und kognitiven Techniken zur Reduktion nächtlicher Grübeleien basiert. Schlafmittel, wie etwa Benzodiazepine oder die sogenannten Z-Substanzen, werden nur im kurzfristigen Einsatz als Option gesehen.

Aktuell sind weitere Maßnahmen geplant und vorgesehen, um die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnien besser im Versorgungssystem zu verankern und diese einer größeren Menge an Patienten zugänglich zu machen. In diesem Kontext sind

auch internetbasierte Ansätze der Verhaltenstherapie zu erwähnen, mit denen mehr Patienten erreicht werden können.

Literatur:

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., Riemann, D.: Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19, 2011.

Marschall, J., Hildebrandt, S., Sydow, H., Nolting, H.-D., Burgart, E., Woköck, T.: *Gesundheitsreport 2017*. Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg, 2017.

Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S., Crönlein, T., Hajak, G., Hertenstein, E., Klose, P., Langhorst, J., Mayer, G., Nissen, C., Pollmächer, T., Rabstein, S., Schlarb, A., Sitter, H., Weeß, H.-G., Wetter, T., Spiegelhalder, K.: S-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen - Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update 2016. *Somnologie*, 21, 2-44, 2017.

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom in der Schwangerschaft – Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind

Maritta Orth

Schnarchen und ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) sind bei gesunden normalgewichtigen Frauen zu Beginn der Schwangerschaft eher selten. Übergewicht und Alter sind die entscheidenden Risikofaktoren für das Auftreten von pathologischem Schnarchen und OSAS zu Beginn der Schwangerschaft und für die Zunahme der Häufigkeit während der Schwangerschaft. Im 3. Trimenon muss mit einer Häufigkeit des OSAS von ca. 10 – 30% gerechnet werden. Diese Schwangerschaften sind als Risikoschwangerschaften einzuschätzen und haben wahrscheinlich einen negativen Effekt auf maternal-fetale Morbidität und Mortalität.

Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der westlichen Welt ist rückläufig. Entscheidende Gründe hierfür sind die Einhaltung strikter Hygienemassnahmen aber auch die Einführung regelmäßiger Untersuchungen der Schwangeren und des Ungeborenen z.B. durch 3D Ultraschall und Tokogramm. (Wehenschreiber).

Umso erschreckender sind die Ergebnisse einer 2014 erschienen Untersuchung an über 55 Mio. Schwangeren in den USA, die sich über den Zeitraum von 1998 bis 2009 erstreckte. Während die Häufigkeit des OSAS 1998 noch bei 0,7/100.000 Schwangeren lag, betrug sie 2009 7,3/100.000. Dies bedeutet, dass im Beobachtungszeitraum von 11 Jahren, die Häufigkeit des OSAS um 24% pro Jahr anstieg. Für Mutter und Ungeborenes bedeutet dies eine sehr ernst zu nehmende Gefahr. So ist das relative Risiko für nachfolgende Komplikationen bei Schwangeren und Kind wie folgt erhöht: Herzvergrößerung bei der Mutter: 9.9 (Normwert 1.0), Lungenembolie: 4,5, Präeklampsie (Wassereinlagerungen, erhöhte Eiweissausscheidung im Urin, Bluthochdruck): 2.5, Eklampsie (zusätzlich Krampfanfälle, Kopfschmerzen, Leber- und Nierenversagen): 5,4. Dies führt zu einer erhöhten Sterblichkeit sowohl bei Mutter und Kind. In der genannten Untersuchung war das relative Risiko für die Müttersterblichkeit um den Faktor 5 erhöht.

OSAS bei der Mutter führt beim Ungeborenen zu einer geringeren Aktivität im Mutterleib, welche einen wichtigen Marker für die Vitalität und somit auch das Wohlergehen des Ungeborenen darstellt.

So konnte nachgewiesen werden, dass die Kindsbewegungen sowie die „Schluckauf-Ereignisse“ des Ungeborenen reduziert sind bei Vorliegen eines OSAS bei der Mutter.

Weitere sog. „adverse pregnancy outcomes“, also „ungünstige“ Schwangerschaftsausgänge für das Kind sind ein Geburtsgewicht unter 2.500g oder unter der 10%-Perzentile des Gestationsalters (small for gestational age, SGA), die Geburt vor Vollendung der 35. Schwangerschaftswoche, die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts und ein Apgar-Wert (Atemanstrengung, Herzfrequenz, Muskeltonus, Hautfarbe, Reflexauslösbarkeit) unter 7 in den ersten 5 Minuten nach der Geburt (bei Werten zwischen 5 und 7 gilt das Neugeborene als gefährdet).

Der Goldstandard der Therapie des OSAS ist die CPAP(kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck)-Therapie. Über den Einsatz der CPAP-Therapie bei Schwangeren mit OSAS liegen nur wenige, zumeist an kleinen Patientenzahlen durchgeführten Studien vor. Zusammengefasst zeigen aber alle Studien eine gute Akzeptanz, einen Rückgang der Schläfrigkeit sowie eine Besserung der Lebensqualität bei den Müttern. Unter der CPAP-Anwendung kam es zu keinerlei unerwünschten Ausgängen der Schwangerschaften, insbesondere keinen vorzeitigen Geburten.

Zusammengefasst bedeuten Schwangerschaft und OSAS ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind. Da diesem Thema in der Forschung bislang nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde, ist dringend eine Sensibilisierung sowohl von Schlafmedizinerinnen aber insbesondere von Gynäkologinnen dringend erforderlich.