

A middle-aged man with short, light-colored hair is smiling and looking upwards. He has his arms raised in a celebratory gesture. He is wearing a light-colored button-down shirt under an open, textured brown blazer, secured with a brown leather belt. He stands on a balcony with a metal railing, with a modern multi-story building in the background. The scene is brightly lit by sunlight. On the right side of the image, there are diagonal stripes in blue and yellow. A blue banner with white text is positioned over the lower right, and a red square logo is in the bottom right corner.

**Wach
im Leben
stehen!**

Der Ratgeber für Menschen mit
obstruktiver Schlafapnoe (OSA), ihre
Familien, Freunde und Arbeitgeber

bioprojet

Auf den nächsten Seiten finden Sie Informationen zu folgenden Themen:

- 05 Begrüßung
- 06 Was heißt das: **Obstruktive Schlafapnoe (OSA)**?
- 08 Was **passiert** bei OSA-Patient*innen **im Schlaf**?
- 10 **Häufigkeit** der obstruktiven Schlafapnoe
- 11 Von leicht bis schwer: **Stadien** der OSA
- 12 **OSA**: Was läuft da falsch im Körper?
- 14 Mal kurz **schnarchen** ist nicht gleich OSA!



- 
- 16 Nur müde oder ernsthaft **schläfrig**?
- 17 Welche **Risikofaktoren** begünstigen eine **OSA**?
- 18 OSA und die gesundheitlichen **Nebenwirkungen**
- 19 Selbst ist die Frau/der Mann: Effektive **Selbsthilfemaßnahmen**
- 20 „**Erste Hilfe**“ bei OSA: Wie das Problem angehen?
- 21 Welche anderen **Therapieoptionen** gibt es bei **OSA**?
- 22 **Warum bin ich tagsüber** müde oder sogar **schläfrig**, obwohl ich gut behandelt werde und mich auch an die Empfehlungen halte?
- 24 Auch das noch: rEDS? **Residuale Exzessive Tagesschläfrigkeit (rEDS)** – erkennen und behandeln
- 26 Wie wirkt sich eine **rEDS** auf mein Leben aus?
- 27 Mit **rEDS** ran ans Steuer?
- 28 **rEDS** und Partnerschaft
- 31 Gibt es **Medikamente** gegen die rEDS, und wenn ja, welche?



**„Schlaf ist die
beste Medizin“**
(Dalai Lama)

¹ Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, et al.: Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med* 2015; 3: 310–18. [PubMed: 25682233];

² Fietze J, Laharnar N, Obst A, et al.: Prevalence and association analysis of obstructive sleep apnea with gender and age differences – Results of SHIP-Trend. *J Sleep Res* 2019; 28 (5): e12770.

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,

Sie haben den Eindruck, gut geschlafen zu haben, und fühlen sich doch oftmals schon morgens und dann auch tagsüber sehr schläfrig: Müde, abgeschlagen, unkonzentriert und fahrig, von allem und jedem „genervt“. Gründe dafür kann es viele geben. Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Ihnen diese Broschüre gegeben, da bei Ihnen der Verdacht auf OSA oder bereits die Diagnose OSA gestellt worden ist. OSA steht für obstruktive Schlafapnoe.

Damit sind Sie nicht alleine, denn nach Schätzungen leiden allein in Deutschland rund 30 % der Männer und 13 % der Frauen an OSA.^{1,2} Die Krankheit, die Ihnen Energie und Lebensfreude raubt, gehört somit ohne Übertreibung zu den Volkskrankheiten.

Das Positive: OSA ist in den allermeisten Fällen gut zu behandeln. In unserer Broschüre wollen wir Ihnen Tipps vermitteln, wie Sie in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt Mittel und Wege finden, um trotz dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung in den allermeisten Fällen ein normales und lebenswertes Leben führen zu können.

Wir wollen Ihnen mit dieser Broschüre wichtige Informationen zum Thema OSA, deren Diagnose und Behandlung geben und helfen, Ihren erholsamen und gesunden Schlaf wiederzufinden. Wir geben Ihnen eine kleine Stütze an die Hand bei der Erkennung, Therapie und Alltagsbewältigung und dem Vorbeugen von Fehlinformationen. Schlafen Sie nachts gut, dann leben Sie tagsüber auch gut. Denn: Das Leben ist zu kurz, um es zu „verschlafen“!

Was heißt das: **Obstruktive Schlafapnoe (OSA)?**

Obstruktiv heißt **Verengung**
(in diesem Fall der Atemwege)
und **Schlafapnoe** bedeutet
Atmungsstörung im Schlaf.

Die obstruktive Schlafapnoe, (**OSA**), ist keine harmlose Befindlichkeitsstörung, sondern eine ernst zu nehmende **schlafbezogene Atmungsstörung**. Es kommt während des Schlafes phasenweise zur **Verringerung der Atmung** oder – im schlechtesten Fall – zu einem kompletten zeitweiligen **Atemstillstand** (med.: Apnoe). Ursache ist für gewöhnlich ein **Kollaps des Rachens**. Sind die Atempausen länger als 10 Sekunden, so spricht man von einer Apnoe, oder, falls der Atemfluss nur eingeschränkt, aber nicht fehlend ist, von einer



**„Tagsüber fallen mir die Augen zu,
nachts finde ich keine Ruhe.“**

Hypopnoe. Ab mehr als 5 solcher Atempausen pro Stunde wird von einer OSA gesprochen, wobei der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) die Zahl der Atempausen/Nacht angibt und zur Schweregradeinteilung dient. Bei schweren Fällen von OSA werden durchaus mehr als 30 Atemaussetzer/Stunde registriert. Das Fatale: Viele Patient*innen bemerken trotz Atemaussetzern von bis zu einer Minute diese Störungen gar nicht, sondern schlafen vermeintlich tief und fest. Dabei ist dieser „Schlaf“ alles andere als erholsam und hat schwerwiegende Auswirkungen auf den Körper. Schläfrigkeit während des Tages (Sekundenschlaf), Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite, Nervosität und Gereiztheit sind nur einige Symptome, wie sich der gestörte Schlaf tagsüber bemerkbar machen kann.

Was passiert bei OSA-Patient *innen im Schlaf?



„Immer, wenn ich im Schlaf nach Luft schnappe, wacht mein Mann auf und macht sich Sorgen.“



Bei der Schlafapnoe sind im Schlaf die **oberen Atemwege** phasenweise **verlegt** und be- oder verhindern die Ventilation der Lunge.



Als Folge führen **Stresshormone** zur Erhöhung von Herzfrequenz und Blutdruck. Durch diesen vom Gehirn registrierten „Notfall“ erfolgt eine **„Weckreaktion“**, und die Patient*innen beginnen wieder zu atmen – allerdings mit deutlich hörbaren Schnarchgeräuschen.



Diese körpereigenen Stressreaktionen sind zwar lebensrettend, haben aber schwerwiegende Auswirkungen auf den Körper. Besonders bei Vorerkrankungen wie **Bluthochdruck**, kardiovaskulären Problemen oder Herzerkrankungen besteht ein **erhöhtes Risiko für das Herz-Kreislauf-System**.



Die zwar im Endeffekt lebensrettenden Weckreaktionen des Körpers **stören** in erheblichem Umfang die **Schlafarchitektur**, was dazu führt, dass die Betroffenen morgens wie nach einer durchzechten Nacht **gerädert aufwachen**.

Z_zz

Ein **erholsamer Schlaf sieht anders aus!**

Häufigkeit der obstruktiven Schlafapnoe

Nach einer in dem renommierten medizinischen Fachjournal „The Lancet“³ publizierten Studie sollen weltweit mehr als 936 Millionen Menschen an einer obstruktiven Schlafapnoe leiden – allein mehr als 25 Millionen davon in Deutschland. Dabei dürfte die Dunkelziffer noch viel höher sein, denn geschnarcht wird in bundesdeutschen Schlafzimmern und auch weltweit, dass die „Wände wackeln“.

„ Sie sind nicht allein!“

Experten gehen davon aus, dass ca. ab dem 60. Lebensjahr bei etwa einem Drittel der Männer und etwa bei jeder vierten bis fünften Frau nachts die Atmung immer wieder aussetzt⁴.

³ Benjafield, A. V., Ayas, N. T., Eastwood, P. R. et al. (2019) Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. The Lancet respiratory medicine 7, Nr. 8: 687–98.

⁴ Peppard, P.E. (2013) Increased Prevalence of Sleep-Disordered Breathing in Adults, American Journal of Epidemiology, Volume 177, Issue 9, Pages 1006–1014.

Von leicht bis schwer: Stadien der OSA

Die **Diagnose „obstruktive Schlafapnoe“** wird durch Untersuchungen, die bevorzugt in spezialisierten **Schlaflaboren** durchgeführt werden, gestellt und gesichert.⁵ Der Schweregrad der Erkrankung wird mit der sogenannten Polysomnografie ermittelt. Besteht der Verdacht auf eine OSA, übernachten die Betroffenen in einem Schlaflabor, das in den meisten Fällen von erfahrenen Lungenfachärzt*innen bzw. Schlafmediziner*innen verantwortet wird. Während der Nacht werden **verschiedene biologische Schlafparameter gemessen und aufgezeichnet** (z. B. Atembewegungen von Bauch/Brust, Sauerstoffsättigung im Blut, Körperlage, Pulsfrequenz, Hirnströme, Augenbewegungen etc.) und anschließend ausgewertet. Der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI)⁶ dient zur Beurteilung des Schweregrades einer OSA. Es werden dabei drei Schweregrade unterschieden:

OSA-Schweregrad			
	★ Leicht	★★ Mittel	★★★ Schwer
Atemaussetzer pro Stunde	(AHI 5–15)	(AHI 15–30)	> 30

Es werden auch zusätzliche Parameter wie die Sauerstoffsättigung im Blut, Schläfrigkeit am Tag und Begleiterkrankungen für die Einschätzung herangezogen.

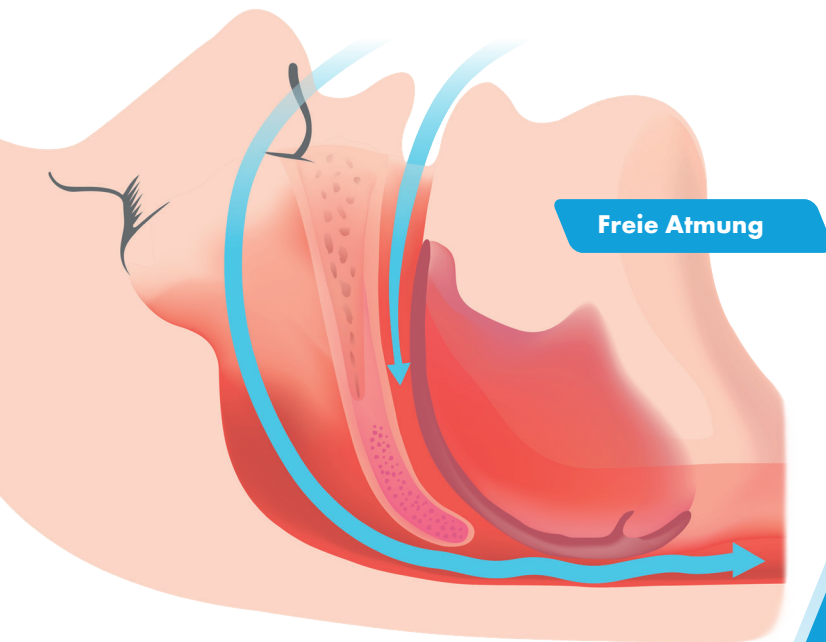
⁵ <https://schlafapnoe-online.de/diagnose-schlafapnoe/>

⁶ www.resmed-healthcare.de/patienten/ahi

OSA: Was läuft da falsch im Körper?

Überträgt man den beliebten Autofahrerspruch „Freie Fahrt für freie Bürger“ auf die OSA, könnte man ganz einfach sagen „Freie Atemwege für freien Schlaf“. Denn: Die Ursache der obstruktiven Schlafapnoe ist eine Blockade, eine Verengung, ein „Stau“ in den oberen Atemwegen.

Die Auslöser für einen solchen „Stau“ sind vielfältig:⁷ Übergewicht und/oder Besonderheiten im Mund-/Rachenraum sind häufige Ursachen (z. B. vergrößerte Mandeln, zu kleiner Unterkiefer, oder nach hinten verlagerter Unterkiefer, Lage der Zunge, kleines Gaumensegel, gestörte Nasenatmung etc.). Die oft vertretene Meinung, dass man(n) nur in Rückenlage und nach etwas reichlicherem Alkoholkonsum schnarche, ist selten die alleinige Ursache.



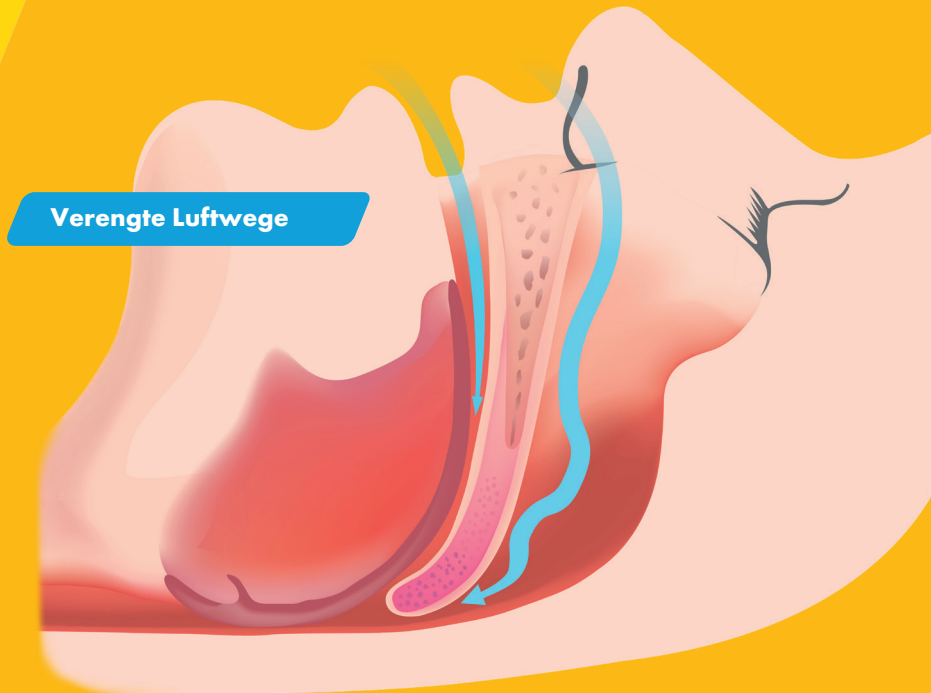
⁷ www.gesundheitsinformation.de/obstruktive-schlafapnoe.html

Im Schlaf erschlaffen die Muskeln
des weichen Gaumens hinter dem
Gaumenzöpfchen.

Der Zungenmuskel rutscht nach
hinten und versperrt die Luftwege.

Dadurch gelangt zu wenig oder gar
kein Sauerstoff mehr in die Lunge.

Mit dem Alter wird das Bindegewebe
schwächer, deshalb sind ältere Personen
besonders betroffen.



Mal kurz schnarchen ist nicht gleich OSA!

Vereinzelt zu schnarchen oder auch eine kurze „nächtliche Verschnaud-pause“ sind noch nicht mit einer obstruktiven Schlafapnoe gleichzusetzen. Es gibt aber ein paar Anzeichen, die – vor allem, wenn sie in Verbindung auftreten – für die Diagnose „OSA“ sprechen.

Nachts

Atemaussetzer
Lautes, unregelmäßiges Schnarchen
Starkes Schwitzen
Bewegungsunruhe
Häufiges nächtliches Wasserlassen
Herzrasen



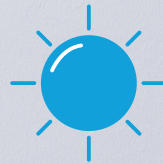
**„Tagsüber bin
ich unbezwingbar
müde.“**

Morgens



Herzrasen und schneller Puls
Bluthochdruck
Kopfschmerzen

Tagsüber



Tagesschläfrigkeit
Gedächtnisprobleme
Konzentrationsschwäche
Stimmungsschwankungen
Sekundenschlaf bei monotoner Beschäftigung
Schnelle Erschöpfung durch einfache Alltagsaufgaben
Sexuelle Funktionsstörungen
Unfallrisiko

Nur müde oder ernsthaft schläfrig?

Wer kennt das nicht: Der Tag im Büro, in der Werkstatt oder auf der Baustelle war sehr anstrengend. Da ist es ziemlich normal, müde nach Hause zu kommen und sich einfach schlaff auf das Sofa oder in den Sessel fallen zu lassen. Aber auch zu viel Hektik und Stress machen uns müde, ebenso wie Hunger und Durst. Das alles ist mehr oder minder physiologisch und nicht weiter beunruhigend.

Wer im Gegensatz dazu aber tatsächlich schläfrig ist, der kann nicht wach und konzentriert bleiben. In der Folge nehmen plötzliches Einschlafen und der berühmt-berüchtigte **„Sekundenschlaf“** zu.

Hält diese permanente Schläfrigkeit allerdings dauerhaft an, spricht man von einer **„exzessiven Tagesschläfrigkeit“** („excessive daytime sleepiness“ [EDS]). Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch einen **gesteigerten Schlafdruck tagsüber**, der sich in einer **erhöhten Einschlafneigung**, einem **unwiderstehlichen Schlafbedürfnis** bis hin zu **unabwendbaren „Schlafattacken“** mit ungewolltem Einschlafen in inadäquaten Situationen (Sekundenschlaf) äußert.

Vor allem bei Patient*innen mit Schlafapnoe, die unter nächtlichem Sauerstoffmangel leiden, tritt EDS verstärkt auf.^{8,9} Sie sind unkonzentriert, vergesslich und fühlen sich abgeschlagen. Die bleierne Schläfrigkeit lähmt den Körper und entzieht den Betroffenen Energie und Lebensfreude.

⁸ Roure, N., Gomez, S., Mediano, O. et al. (2008) Daytime sleepiness and polysomnography in obstructive sleep apnea patients. Sleep medicine 9, Nr. 7: 727–31.

⁹ Zhang, S., Meng, Z., Zhang, X., Huang, M. and Xu, J. (2021) The Rate of Decrease in Oxygen Desaturation during Severe Obstructive Sleep Apnea Syndrome Is Correlated with Subjective Excessive Daytime Sleepiness. Sleep and Breathing 25, Nr. 3: 1285–91.

Welche Risikofaktoren begünstigen eine OSA¹⁰?



Männliches
Geschlecht



Familiäre
Vorbelastung



Weit zurückliegender
Unterkiefer



Alkoholkonsum



Vergrößerte
Zunge



Fettablagerungen
im Gaumen-
und Rachenbereich



Begleiterkrankungen
wie Bluthochdruck, koronare Herz-
krankheit, Schlaganfall, Diabetes etc.



Höheres Alter



Vergrößerte
Mandeln



Schiefe Nasen-
scheidewand



Polypen



Einnahme bestimmter
Medikamente
oder Drogen



Übergewicht



Rauchen



Schlafen
in Rückenlage

¹⁰ Abbasi, A., Gupta, S.S., Sabharwal, N. et al. (2021) A comprehensive review of obstructive sleep apnea. Sleep Sci.14(2):142–154.

OSA und die gesundheitlichen Nebenwirkungen

Sie schlafen nachts gut und fest – meinen Sie, denn bewusst wachen Sie nicht auf.

Dennoch: Jedes noch so kurze Aussetzen der Atmung weckt Sie auf und erzeugt im Körper Stress! Die Folgen können eine Steigerung der Herzfrequenz bis hin zu Herzrhythmusstörungen sein.

An einen erholsamen Schlaf ist dann nicht mehr zu denken; vor allem weil Sie nicht mehr in die wichtigen Tief- und Traumschlafphasen fallen. Dauerhaft kann dieser gestörte Schlaf nicht nur Ihren Hormonhaushalt nachhaltig negativ beeinflussen. Auch erhöhter Blutdruck, gesteigerter Blutzucker (Diabetes), Schädigungen der Herzkranzgefäße, Depressionen, Schlaganfall und/oder Herzinfarkt können auftreten. Aber auch Nierenversagen, Arteriosklerose und/oder Lungenhochdruck sind mögliche Folgen.¹¹

Das alles steigert das Sterblichkeitsrisiko: Bekannt ist, dass Patient*innen mit unbehandelter OSA ein höheres Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse und eine höhere Sterblichkeitsrate haben.^{12, 13}

¹¹ Hader, C., Sanner, B., Rasche, K. (2004) Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom – Diagnostik. Dtsch Med Wochenschr 129(11): 566-569

¹² Ali, D., Qureshi, S., Siddiqui, H., et al. (2025) Rising cardiovascular mortality among obstructive sleep apnea patients: United States epidemiological trends (1999–2019). Heart & Lung 70: 271–277.

¹³ Kendzerska, T., Gershon, A.S., Hawker, G., Leung, R.S., and Tomlinson, G. (2014) Obstructive sleep apnea and risk of cardiovascular events and all-cause mortality: a decade-long historical cohort study. PLoS medicine 11, Nr. 2 (2014).



Vermeiden von
Rückenlage



Verzicht auf Alkohol,
vor allem abends



Mit dem Rauchen
aufhören

Selbst ist die Frau/der Mann: Effektive Selbsthilfe!

**Schon kleine (Verhaltens-)Änderungen
können bei einer leichten OSA die Zahl der Atemausset-
zer und das Schnarchen deutlich reduzieren:**



Übergewicht
abbauen



Verzicht auf Schlaf- &
Beruhigungsmittel

All dies ist auch bei einer mittleren bis schweren
OSA sehr hilfreich, reicht aber oft nicht aus.

„Erste Hilfe“ bei OSA: Wie das Problem angehen?

Die CPAP-Therapie oder „kontinuierliche positive Atemwegsdruck-Therapie“

Die „Continuous Positive Airway Pressure“ (CPAP) ist aktuell die beste und häufigste Methode zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren OSA.

Wie funktioniert die CPAP-Therapie?

Über eine **Gesichtsmaske** wird aus einem kleinen Generator dauerhaft ein **leichter Überdruck auf die Atemwege** übertragen. Dieser Generator gibt während des Schlafes einen gleichmäßigen Luftstrom mit gleichbleibendem Druck über die Maske ab. Dadurch werden **Rachen und Atemwege offen gehalten** („pneumatische Schienung“) und **Atmungsstörungen und Schnarchen gelindert bzw. behoben**.

Damit die Therapie auch optimal wirkt, muss die Maske gut sitzen und der Druck individuell eingestellt werden. Ansonsten können z. B. Mundtrockenheit oder Druckstellen durch die Maske unangenehme Nebenwirkungen sein. Die CPAP-Therapie wird von den meisten Patient*innen für etwa die Hälfte der nächtlichen Schlafenszeit eingesetzt. Eine richtig durchgeführte CPAP-Therapie ist für die Mehrheit der Patient*innen eine wirkliche Hilfe und trägt zur Verbesserung von Schlaf und **Lebensqualität** bei. Bei etwa 10 % der Anwender*innen¹⁴ führt die Therapie nicht zum Erfolg, und es besteht weiterhin eine gewisse Schläfrigkeit am Tage.

¹⁴ Pépin, J. L., Viot-Blanc, V., Escourrou, P. et al. (2009) Prevalence of residual excessive sleepiness in CPAP-treated sleep apnoea patients: the French multicentre study^{*}. *European Respiratory Journal* 33, Nr. 5: 1062–67.



Welche anderen Therapieoptionen gibt es bei OSA?

Die „Anti-Schnarch-Schiene“:

Diese Methode ist ein wirkliches Wortungetüm, heißt sie doch in der Fachsprache „Unterkiefer-Protrusionsschiene“. Sie wird vom Zahnarzt angepasst und ist eine Möglichkeit, Atemaussetzer und Schnarchen vor allem bei leichten und mittelschweren Formen der OSA zu reduzieren.

Lagetherapie:

Patient*innen mit leichten Formen der OSA, die vor allem in Rückenlage schnarchen und Atempausen haben, hilft die „Rückenlageverhinderungsweste“ oder der Lagepositionstrainer – ein Gurt, der bei Rückenlage des Trägers vibriert. Damit können die Patient*innen praktisch nur noch in Seitenlage schlafen. Die Erwartung ist, dass sich das Schnarchen reduziert oder ganz aufhört.

Zungenschrittmacher:

Diese Therapie ist eine invasive Methode und nur operativ möglich. Der Zungenschrittmacher wird unter das Schlüsselbein eingesetzt und über ein Kabel mit dem Nerv des Zungenmuskels, auf dem eine Elektrode angebracht ist, verbunden. Durch die Elektroimpulse soll die Zunge leicht nach vorne geschoben und der Rachen wieder geöffnet werden oder bleiben. Bedient und aktiviert wird der Schrittmacher von den Patient*innen über eine Fernbedienung.

Warum bin ich tagsüber müde oder sogar schläfrig, obwohl ich gut behandelt werde und mich auch an die Empfehlungen halte?

Vielleicht geht es Ihnen auch so: Neben Ihrem Bett steht das CPAP-Gerät, Sie nutzen es, wie von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt empfohlen. Trotzdem: Tagsüber sind Sie immer noch regelmäßig schläfrig und ohne Energie. Damit sind sie wiederum nicht alleine. Das Problem: Viele Patient*innen mit Schlafapnoe neigen trotz Überdrucktherapie an einer ausgeprägten Einschlafneigung während des Tages. Auch dafür gibt es einen medizinischen Fachbegriff, und der lautet: „**residuale exzessive Tagesschläfrigkeit**“, abgekürzt **rEDS**.

Oft lässt sich die rEDS einfach erklären (und auch beheben): Die **Patient*innen verwenden ihr CPAP-Gerät zu kurz**, sie tragen es **zu selten** oder legen es **falsch** an. Und wie bereits erwähnt: Trotz richtiger und regelmäßiger CPAP-Therapie leiden etwa 10% der Patient*innen weiterhin an Schläfrigkeit¹⁵.

¹⁵ Gasa, M., Tamisier, R., Launois, S.H., et al. (2013) Residual Sleepiness in Sleep Apnea Patients Treated by Continuous Positive Airway Pressure. Journal of Sleep Research 22, Nr. 4: 389–97.

„Obwohl ich nachts die Atemmaske aufsetze, schlafe ich tagsüber immer wieder ein.“



Auch die anderen aufgezeigten Therapieoptionen sind nicht bei allen Patient*innen zu 100 % wirksam und schaffen manchmal wenig oder keine Abhilfe bei rEDS. Das ist eine Tatsache, die ehrlicherweise angesprochen werden muss. Das verminderte Ansprechen auf die Behandlung sollte jedoch nicht zu einem kompletten Abbruch der Therapie führen, sondern es muss nachjustiert werden. In diesem Fall sollten Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt sprechen und nach weiteren Wegen suchen, die Ihnen wieder zur von früher gewohnten Lebensqualität verhelfen.

Auch das noch: rEDS?

Residuale exzessive Tagesschläfrigkeit (rEDS) – erkennen und behandeln

Um einer rEDS auf die Spur zu kommen, ist zunächst eine ausführliche ärztliche Anamnese notwendig, ein intensives Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Mit der sogenannten „**Epworth-Schläfrigkeits-Skala**“ (**ESS**) werden **Tages-schläfrigkeit** sowie Einschränkungen der **Aufmerksamkeit** und **Konzentration** über einen längeren Zeitraum gemessen. Dazu sind nur acht Fragen zu beantworten, die in regelmäßigen Abständen gestellt werden.

Atmung, Sauerstoffgehalt des Blutes, Herz- bzw. Pulsfrequenz etc. misst die sogenannte kardiorespiratorische Polygrafie, eine ambulant durchgeführte Untersuchung.

Zusätzliche **Untersuchungen des Gehirns (EEG)**, der **Muskelaktivität (EMG)** und der **Augenbewegungen** zur Beurteilung des Schlafes erfolgen im Schlaflabor.

Zur Beurteilung der Tagesschläfrigkeit wird häufig der **multiple Wachbleibetest (MWT)** eingesetzt.

Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit werden mit dem **TAP-Test** und dem **Wiener Testsystem** erfasst.



Wie wirkt sich eine rEDS auf mein Leben aus?

Eine residuale exzessive Tagesschläfrigkeit hat auf die Lebensqualität oftmals vielfältige Auswirkungen:

Wer immer wieder plötzliche Schlafattacken hat, kann seine Arbeit nicht mehr wie gewohnt erledigen. Die Gefahr eines Arbeitsplatzverlustes ist daher in der heutigen Zeit sehr hoch. Die anhaltende Müdigkeit schlägt auf die Stimmung bei den Betroffenen selbst, und ihr Umfeld bemerkt die zunehmende Niedergeschlagenheit.

Die Betroffenen ziehen sich immer mehr zurück und isolieren sich von sozialen Kontakten.

Eine **rEDS** ist zum einen ein „Stimmungskiller“, und zum anderen leidet die Gedächtnisleistung und die Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen. Es fällt auf, dass man vergesslich(er) wird und sich nicht mehr lange konzentrieren kann.

Die Lebensqualität leidet erheblich und birgt das Risiko, in der Folge an einer Depression¹⁶ zu erkranken.

¹⁶ Rakel, R. E. (2009). Clinical and Societal Consequences of Obstructive Sleep Apnea and Excessive Daytime Sleepiness. Postgraduate Medicine, 121(1), 86–95.

Mit rEDS ran ans Steuer?

Geschätzt bis zu 20% aller Verkehrsunfälle sind auf Einschlafattacken am Steuer zurückzuführen¹⁷. Bei Patient*innen mit unbehandelter exzessiver Tagesschläfrigkeit ist das Unfallrisiko um das **Zwei- bis Siebenfache erhöht¹⁸.**

Zum hohen Sicherheitsrisiko für sich und andere wird die rEDS für Berufsgruppen, die Fahrzeuge oder schweres Gerät bedienen, wie LKW-Fahrer, Piloten oder Maschinenführer.

Die Bundesverkehrsordnung schreibt vor, dass Patient*innen mit Tagesschläfrigkeit nur nach einer autorisierten medizinischen Begutachtung eine Fahrerlaubnis erhalten.

Die Ärztin oder der Arzt muss die gute Einstellung, regelmäßige Nutzung und den Erfolg der OSA-Therapie bestätigen. Dieser Nachweis der behobenen Tagesschläfrigkeit muss für die Fahrerlaubnis für Fahrzeuge der Gruppe 1 alle drei Jahre, für die Fahrerlaubnis für Fahrzeuge der Gruppe 2 und für Berufskraftfahrer jedes Jahr erneuert werden¹⁹.

¹⁷ Mathis, J., Schreier, D.R., Pfäffli, M. (2016) Tagesschläfrigkeit und Straßenverkehr. In: Jahrbuch zum Straßenverkehrsrecht. © Stämpfli Verlag AG

¹⁸ Bonsignore, M. R., Randerath, W., Schiza, S., et al. (2021) European Respiratory Society statement on sleep apnoea, sleepiness and driving risk. European respiratory journal 57, Nr. 2.

¹⁹ Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)



rEDS und Partnerschaft

Eine rEDS kann eine Beziehung schwer belasten – da braucht es kein langes Herumgerede:

Eine Beziehung leidet darunter, wenn ein Partner ständig einschläft, antriebslos ist und durch Misslaunigkeit in seiner Umgebung auffällt. Die ständigen Atemaussetzer und das regelmäßige Schnarchen rauben auch der Partnerin oder dem Partner den Schlaf. Sie oder er wacht daneben immer wieder auf, hört das Röcheln, das Schnappen nach Luft und ängstigt sich um sein bzw. ihr Leben.

Betroffene sind oft nicht mehr in der Lage, einfachsten Dingen des täglichen Lebens und familiären Verpflichtungen nachzukommen. Sie vermeiden beispielsweise Familienfeiern und das Weggehen mit Freunden, das heißt: Die soziale Isolation wird immer stärker. Für kulturelle Unternehmungen wie Kino, Theater oder Konzert fehlt die Energie, zum Zeitungs- oder Bücherlesen die Konzentration. Das Spektrum der geistigen Interessen wird immer schmaler, der Gesprächsstoff immer weniger. Wenn dann noch der Verlust des Arbeitsplatzes und eventuell ein Fahrverbot hinzukommen, drohen ernste finanzielle Probleme, die die Familie in Schwierigkeiten bringen. Mit einer Behandlung lässt sich dem Aufkommen von existenziellen Fragen entgegenwirken.

Auch um die Beziehung und die Familie nicht zu gefährden, ist es wichtig, die Krankheit ernst zu nehmen, Schlafmediziner aufzusuchen und ihre Therapievorschläge zu befolgen.





**„Seit meine OSA und Tages-
schläfrigkeit behandelt wird,
geht es uns wieder gut.“**

Gibt es Medikamente gegen die rEDS, und wenn ja, welche?

Für Patient*innen, die auch nach einer optimierten OSA-Behandlung (z. B. einer gut eingestellten CPAP-Therapie) immer noch unter Tagesschläfrigkeit oder gar rEDS leiden,

gibt es zusätzlich zur Primärtherapie medikamentöse Therapien, die die Wachheit verbessern können.

Für die Indikation residuale Schläfrigkeit einer therapierten obstruktiven Schlafapnoe sind in Europa mehrere Arzneimittel zugelassen. Die Medikamente sind in unterschiedlichen Dosierungen erhältlich und Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr Arzt kann sie an Ihren persönlichen Bedarf anpassen. Zum Beispiel ein Medikament mit dem Wirkstoff Pitolisant oder Solriamfetol kann ebenfalls zur Behandlung der residualen exzessiven Tagesschläfrigkeit eingesetzt werden. Die Auswahl der Arzneimittel trifft Ihre Ärztin oder Ihr Arzt individuell.

DE-2026-42-OZA
OZA17

Bioprojet Deutschland GmbH
Grabenstr. 5
40213 Düsseldorf
Tel.: 0800 266 19 18
info@bioprojet.de

