

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

Der Vorstand der Selbsthilfegruppe.



Vorsitzender Walter Möller

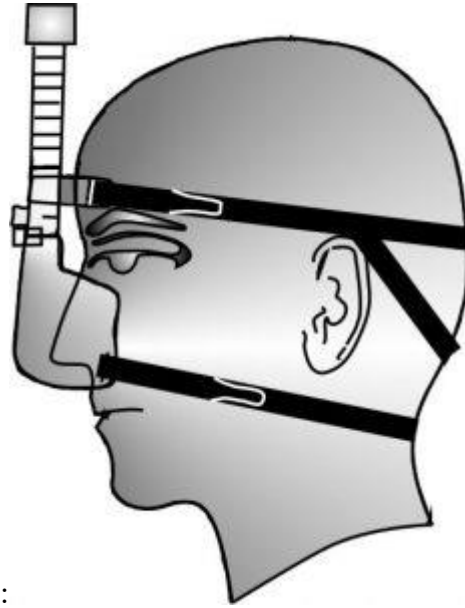


Stellv. Vorsitzender Werner Binder



Stellv. Vorsitzender Frank Roesle

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.



Logo der Selbsthilfegruppe:

Medizinische Informationen vom Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V. (Seiten 3 - 7, ist eventuell einfacher als Link einzubauen <https://www.bsd-selbsthilfe.de/medizinische-infos.html>)

Link auf die YouTube Playlist des BSD: https://www.youtube.com/playlist?list=PLJ6Nc-oYC9PmUULoaafkp97_QvLQxg6v-

Link auf die YouTube Videos von Schlaf-TV 4.0 (vom BSD): https://www.youtube.com/channel/UCKy4_64tMxXaD7DcZHhvag/featured

Link auf die YouTube Videos vom BSD TV: <https://www.youtube.com/channel/UCw9Lg6HWrrUoelKhbw2nPrA/featured>

Link auf die Publikationen des BSD: <https://www.bsd-selbsthilfe.de/publikationen/buecher.html>

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

Schlafapnoe als Risiko: wenn sich Bluthochdruck schlecht behandeln lässt

Bluthochdruck (Hypertonie) fördert die Entstehung von schweren Herz-Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Deshalb ist es so wichtig, etwas dagegen zu unternehmen. Doch was tun, wenn sich der Blutdruck durch Medikamente kaum senken lässt?

In einem solchen Fall sollte der Arzt seinen Patienten (und am besten auch den Ehe- oder Lebenspartner) fragen, ob er schnarcht und vielleicht sogar im Anschluss an einzelne Schnarcher Atemaussetzer auftreten. Denn eine solche Schlafapnoe kann die Ursache für schlecht behandelbaren Bluthochdruck sein.

Dauerhafter Blutdruckanstieg

Der Münchener Internist Dr. med. Heinrich Holzgreve, unterstützt von der Deutschen Hochdruckliga e. V., schlägt vor, bei jedem Patienten mit unzureichend eingestellten Bluthochdruck nachzufragen, ob er möglicherweise unter Schlafapnoe leidet. Denn normalerweise sollte der Blutdruck während der Nacht sinken, u.a. weil der Sympathikus sich während des Schlafs im Ruhezustand befindet. Der Sympathikus ist der Teil des vegetativen, nicht willentlich beeinflussbaren Nervensystems, der für Mechanismen wie Angriff oder Flucht zuständig ist und den Blutdruck steigen lässt. Bei Personen mit Atemaussetzern während des Schlafs wird er immer wieder aktiviert. Kein Wunder, sind längere Atempausen wegen des Sauerstoffmangels doch lebensbedrohlich.

Die Folge: Der Betroffene wird nach jedem Atemaussetzer kurz wach, sein Blutdruck steigt immer wieder an und bleibt nach einiger Zeit auch nachts auf einem vergleichsweise hohen Wert. Dr. Holzgreve stellt klar, dass eine Schlafapnoe damit – neben anderen Faktoren wie Übergewicht und Rauchen – ein nicht zu unterschätzendes Risiko für die Entstehung von Hypertonie birgt.

Ohne Medikamente geht es nicht!

Mit Medikamenten ist dem Bluthochdruck, der durch eine Schlafapnoe mitbedingt ist, nur schlecht beizukommen. Aber eine Überdruckbehandlung mit einer Atemmaske (CPAP) kann vor allem bei schwerer Schlafapnoe den Bluthochdruck deutlich senken. Voraussetzung für die positive Wirkung auf den Blutdruck ist aber, dass der Patient die Maske jede Nacht anlegt. Bei leichter Schlafapnoe hingegen hat die CPAP keine deutlich messbaren Auswirkungen auf den Blutdruck.

Ohne blutdrucksenkende Medikamente normalisiert sich der Blutdruck bei einer schweren Schlafapnoe jedoch auch mit der CPAP nicht. Deshalb müssen – zusätzlich zu anderen Maßnahmen wie dem Abbau von Übergewicht, der auch einer Schlafapnoe entgegenwirkt – Blutdrucksenker genommen werden. Laut Holzgreve haben sich vor allem Betablocker bewährt, die auch den durch die Atemaussetzer aufgewühlten Sympathikus beruhigen.

Katalog der Schlafstörungen

von Werner Waldmann

Wenn man zu Bett geht, sollte man sich eigentlich hinlegen, einschlafen und durchschlafen und dann am anderen Morgen wie neu geboren in den Tag treten. Schön wär's, doch leider hat kaum jemand solches Glück. Auch wenn es Menschen gibt, die sich damit brüsten, dass sie lehrbuchartig schlafen – es sind die Ausnahmen. Doch wann ist ein gestörter Schlaf wirklich eine Schlafstörung? Die Schlafmedizin kennt über achtzig Schlafstörungen, welche die Wissenschaftler systematisch geordnet haben. Diese beängstigende Armada des lädierten Schlafs wollen wir Ihnen hier vorführen. Wenn man einmal schlecht schläft, muss man keinesfalls an eine Schlafstörung denken. Kein Mensch schläft immer gleich gut. Das kann die unterschiedlichsten Gründe haben. Einmal wird man seine Gedanken nicht los, die um ein dickes Problem kreisen, das einen zur Zeit plagt. Oder äußere Einflüsse stören: Die Nachbarn lärmen bei einer Gartenparty draußen oder ein Gewitterregen geht nieder. Die sommerliche Hitze fördert auch nicht gerade den Schlaf, und eine Erkältungskrankheit im Anmarsch mag den Schlaf auch fernhalten.

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

Gestörter Schlaf macht sich durch ganz bestimmte Symptome bemerkbar. Wenn man Schwierigkeiten hat einzuschlafen oder wenn man nachts ständig aufwacht und sich schwer tut, wieder in den Schlaf zu kommen, und dies sozusagen eine feste Einrichtung ist, dann kann dies viele Ursachen haben. Ganz vordergründig können akute körperliche Erkrankungen dahinterstecken, ebenso psychische Probleme: Gut 90 % aller Depressionen gehen immerhin mit gestörtem Schlafverhalten einher.

In solchen Fällen sind die Schlafstörungen eigentlich gar keine, jedenfalls keine wirklichen Schlafstörungen; sie sind sozusagen die unangenehme Begleitmusik der Grunderkrankung. Gestörter Schlaf als eigenständige Schlafstörung, so sehen es die Schlafmediziner, liegt erst dann vor, wenn die Beeinträchtigung des Schlafes die Hauptbeschwerde darstellt und möglicherweise diese Schlafstörung andere physische oder psychische Störungen auslöst oder gar verschlimmert.

Die häufigsten Schlafstörungen sind die Schlaflosigkeit (Insomnie) und die Schläfrigkeit am Tage (Hypersomnie). Dies sind eigenständige Erkrankungen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen: Die Schlaflosigkeit muss mindestens dreimal pro Woche oder jede Nacht auftreten. Oder der Zustand der Schläfrigkeit am Tage muss über mindestens einen Monat lang regelmäßig gegeben sein und entweder einen spürbaren Leidensdruck verursachen oder sogar die soziale oder berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Den Arzt interessiert, wie häufig am Tag und über welchen Zeitraum hinweg die Symptome sich bemerkbar machen. Dies ist der Fall, wenn der Betroffene sich tagsüber lange Zeit ständig müde, abgeschlagen und so richtig kaputt fühlt. Neben Häufigkeit und Dauer der Beschwerden ist die gestörte Tagesbefindlichkeit ein wichtiges diagnostisches Schlüsselkriterium.

Internationale Klassifikation

Die Wissenschaft versucht, Erkrankungen nach deren Eigenheiten zu systematisieren. Dies geschieht nicht ohne Grund, denn eine solche systematische Einordnung erlaubt eine schnelle und exakte Diagnose, die wiederum Voraussetzung für eine wirkungsvolle Behandlung ist.

Die Internationale Klassifikation von Schlafstörungen (International Classification of Sleep Disorders = ICSD) basiert auf der Definition der „Amerikanischen Gesellschaft für Schlafstörungen“ (American Sleep Disorders Association) aus dem Jahre 1990. Sie umfasst 88 Krankheitsbilder. Vor der Behandlung ist eine genaue Diagnose erforderlich. Diese wird im Schlaflabor gestellt. Unter den rein körperlich bedingten Schlafstörungen überwiegen bei weitem die schlafbezogenen Atmungsstörungen.

I. Dyssomnien

Dyssomnie ist der Überbegriff für Schlafstörungen im Allgemeinen. Der Schlaf ist beeinträchtigt in Bezug auf Dauer, Qualität oder Abfolge der Schlafstadien. Möglich sind Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und Tagesmüdigkeit, also vermehrte Schläfrigkeit. Schlafdefizite infolge von Ein- und Durchschlafstörungen werden zusammenfassend als Insomnien bezeichnet; eine gesteigerte Tagesschläfrigkeit wird Hypersomnie genannt.

Intrinsische Schlafstörungen

(intrinsisch = von innen her wirkend) werden durch Faktoren verursacht, die im Organismus zu suchen sind. Erkrankungen dieser Gruppe sind z. B. das obstruktive und zentrale Schlafapnoe-Syndrom, das Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der unruhigen Beine), das Pickwick-Syndrom (alveoläres Hypoventilationssyndrom) mit Einschränkung des Atemantriebes bei extremem Übergewicht, die Narkolepsie (zwanghafte Einschlafanfälle am Tag), die Hypersomnie (krankhafte Schlafvermehrung) sowie die periodische Bewegung der Glieder (nächtliche Unruhe und Aufwachen infolge von periodischen stereotypen Bewegungsabläufen).

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

Extrinsische Schlafstörungen

(extrinsisch = von außen her wirkend) werden durch äußere Faktoren verursacht, die auf den Organismus einwirken. Zu dieser Gruppe zählen umweltbedingte Schlafstörungen (z. B. infolge von Lärm, Klimaschwankungen, Mondphasenwechsel), höhenbedingte Schlafstörungen, psychisch verursachte Schlafstörungen (z. B. bei Stress, Konflikten, Ängsten), Schlafprobleme infolge von Nahrungsmittelallergien, nächtlichem Essen und Trinken sowie Schlafstörungen bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum.

Störungen des zirkadianen Schlaf-wach-Rhythmus

(tag-, nacht- bzw. zeitabhängig) haben eine gemeinsame chronobiologische Grundlage und bilden daher eine eigenständige Gruppe innerhalb der Dyssomnien. Dazu zählen Schlafstörungen bei Zeit-zonenwechsel, Schichtarbeit, vorverlagertem bzw. verzögertem Schlafphasen-Syndrom (extreme Verlagerungen des Einschlafens in den frühen Abend oder die späte Nacht), sonstige zeitliche Abweichungen des Schlaf-wach-Rhythmus vom 24-Stunden-Rhythmus (ist z. B. bei Blinden möglich).

II. Parasomnien

Unter den Parasomnien fasst man schlafbezogene Anomalien zusammen, die zu Abweichungen des normalen Schlafablaufes führen, jedoch keine Ein- und Durchschlafstörungen oder vermehrte Tagesschläfrigkeit verursachen.

Aufwachstörungen (Arouselstörungen) führen zu teilweisem Erwachen aus dem Schlaf, das nicht durch äußere Einflüsse bedingt ist. Hierzu zählen Somnambulismus (Schlafwandeln), Schlaftrunkenheit (Verwirrtheit beim Aufwachen), Pavor nocturnus (Angstreaktionen im Tiefschlaf).

Bei Schlaf-wach-Übergangsstörungen kommt es während des Überganges von einem Schlafstadium zum nächsten zu vorübergehenden Störungen wie rhythmischen Bewegungsmustern, stammeln von Worten oder Lauten, Muskelzuckungen, Wadenkrämpfen.

REM-Schlaf assoziierte Parasomnien sind Störungen, die nur während der REM-Schlafphasen auftreten. Dazu zählen Alpträume, Schlaflähmungen (vorübergehende Bewegungsunfähigkeit von Kopf, Rumpf, Armen und Beinen, v. a. beim Einschlafen oder Erwachen), geschwächte oder schmerzhafte nächtliche Erektionen, Asystolien (vorübergehende Herzstillstände von mehr als 2,5 Sekunden Dauer bei fehlender organischer Herzerkrankung), Schenk-Syndrom (Verhaltensstörungen im REM-Schlaf, vorübergehend gesteigerter Muskeltonus mit traumbedingten, oft aggressiven Verhaltensweisen).

Andere Parasomnien, die sich den zuvor erwähnten Störungen nicht zuordnen lassen, sind Bruxismus (nächtliches Zähneknirschen), meist im Non-REM-Schlaf auftretend, Verschlucken von Speichel mit Hustenanfällen und Erstickungsgefühl, Epilepsien im Non-REM-Schlaf, primäres Schnarchen (einfaches Schnarchen ohne Atmungsstörung oder sonstige Komplikationen).

III. Medizinisch-psychiatrisch bedingte Schlafstörungen

Zu dieser Gruppe werden Schlafstörungen gezählt, die infolge anderweitiger Erkrankungen als Begleitsymptom auftreten. Dazu gehören beispielsweise:

Schlafstörungen bei psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Phobien, Panikattacken, Zwangsstörungen, Hirnabbauprozesse mit Demenz, Morbus Parkinson),

Schlafstörungen bei internistischen Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrankheiten, Magen-Darm-Leiden mit nächtlicher Symptomatik),

Schlafstörungen bei chronischen – auch nächtlichen – Schmerzen (z. B. bei Krebsleiden, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen).

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

IV. Vorgeschlagene Schlafstörungen

In dieser Gruppe werden Funktionsstörungen versammelt, über die es in der Fachliteratur Einzelberichte gibt, deren Krankheitswert jedoch noch weitgehend unklar ist. Als Beispiele seien Langschläfer und Kurzschläfer genannt.

Neufassung der Hauptkategorien

Die Hauptkategorien der Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen wurden 2005 von der Amerikanischen Gesellschaft für Schlafstörungen in der zweiten Auflage der ICSD (ICSD-2) veröffentlicht. Aufgeteilt wurde in acht Hauptgruppen:

- Insomnien: Sie unterteilen sich in Primäre Insomnien (psychophysiologische Insomnie), Insomnien infolge äußerer Einflüsse (z. B. Hitze, Kälte, Lärm, Gebrauch von Genussmitteln oder Pharmaka), sekundäre oder symptomatische Insomnien (bei körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen)
- Schlafbezogene Atmungsstörungen: Obstruktive Schlafapnoesynndrome (OSAS), Zentrale Schlafapnoesynndrome (ZSAS), Zentral-alveoläre Hypoventilationssynndrome (Pickwick-Syndrom)
- Hypersomnien ohne Bezug zu schlafbezogenen Atmungsstörungen: Primäre Hypersomnien mit genetischer Disposition (z. B. Narkolepsie), verhaltensbedingte Hypersomnien (z. B. durch mangelnde Schlafhygiene), symptomatische Hypersomnien (bei psychiatrischer oder körperlicher Vorerkrankung)
- Störungen des zirkadianen Rhythmus: Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus (etwa durch Zeitzonewechsel, Jet-Lag, Schichtarbeit, Hospitalisierung)
- Parasomnien: Störungen, die jeweils an charakteristischen Stellen des Schlafablaufs auftreten, ohne die Erholungsfunktion des Schlafs zu beeinträchtigen, z. B. Schlafwandeln
- Schlafbezogene Bewegungsstörungen: Restless-Legs-Syndrom (RLS), Periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf (PLMS)
- Isolierte Symptome und Varianten
- Andere Schlafstörungen, die sehr selten auftreten und sich nicht zuordnen lassen.

Mehr als bloße Lärmbelästigung: Schnarchen erhöht Schlaganfallrisiko!

Werner Waldmann

Noch bis vor kurzem galt Schnarchen eigentlich eher als soziales und partnerschaftliches Problem, das zu getrennten Schlafzimmern oder zu Peinlichkeiten führen kann – zum Beispiel, wenn jemand mitten in einem Vortrag einschläft und die verräterischen sägenden Geräusche von sich gibt. Inzwischen weiß man aber, dass auch „bloßes“ Schnarchen (ohne Atemaussetzer) gefährlich sein kann: Die Vibrationen beim Schnarchen können die Halsschlagader schädigen und zur Entstehung eines Schlaganfalls führen.

Dass eine obstruktive Schlafapnoe mit nächtlichen Atemstillständen und Sauerstoffentsättigungen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Arteriosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall erhöht, weiß man schon lange. Immer mehr rückt in neuerer Zeit aber auch das bloße Schnarchen aus seiner harmlosen Ecke eines einfach nur lästigen und peinlichen Phänomens heraus: Es wird immer klarer, dass Schnarchen (unabhängig vom Auftreten von Apnoen) ein eigenständiges Risiko für die Entstehung verschiedener Probleme und Erkrankungen darstellt. Zu den Meilensteinen auf diesem Weg gehören die Forschungsarbeiten von Dr. Michael Urschitz und seinen Kollegen, die in vielen Studien nachweisen konnten, dass Kinder, die gewohnheitsmäßig schnarchen, ihren Eltern häufiger durch schlechte schulische Leistungen und Verhaltensauffälligkeiten Kummer machen als ihre „schnarchfreien“ Altersgenossen. Neuere Studien zeigen, dass Schnarchen in der Schwangerschaft das Risiko für den gefürchteten Schwangerschaftsbluthochdruck (Präeklampsie) erhöht. Und seit einigen Jahren weiß man nun auch, dass Schnarcher sogar richtig gefährlich leben: Starkes Schnarchen begünstigt nämlich die Entstehung von Schlaganfällen.

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

Dass es da einen Zusammenhang geben könnte, diesen Verdacht hatten der schwedische Schlafmediziner Jan Hedner und der berühmte Colin Sullivan – Erfinder der CPAP-Therapie und seiner Zeit immer im Siebenmeilenstiefel-Tempo voraus – bereits im Jahr 1994 in einem Fachbuch zum Thema „Schlaf und Atmung“ geäußert. Die sich jede Nacht wiederholenden Vibrationen beim Schnarchen müssten, so vermuteten sie, nach dem Muster „Steter Tropfen höhlt den Stein“ doch eigentlich die empfindliche Innenschicht der Halsschlagader schädigen und für die Entstehung einer Arteriosklerose anfällig machen. Tatsächlich gehört eine Arteriosklerose der Halsschlagader (Karotis) zu den Hauptrisikofaktoren für einen Schlaganfall.

Außerdem, so schlussfolgerten Sullivan und Hedner, könnten die Schnarch-Vibrationen dazu führen, dass in einer Halsschlagader, in der sich bereits arteriosklerotische Ablagerungen (Plaques) gebildet haben, diese Plaques einreißen oder sich von der Gefäßwand ablösen. Werden diese Blutgerinnsel dann mit dem Blutstrom ins Gehirn geschwemmt und verstopfen dort eine Arterie, so ist ein Schlaganfall die Folge. Schnarchen würde demnach sowohl im Anfangs- als auch im Endstadium der Schlaganfallentstehung eine wichtige Rolle spielen – was ja eigentlich auch plausibel ist, wenn man bedenkt, wie nah die Karotis am Rachenraum verläuft, in dem sich das unheilvolle Schnarchgeschehen abspielt.

Sechs weiße Kaninchen bringen es an den Tag

Der Verdacht von Hedner und Sullivan wurde inzwischen tatsächlich durch mehrere wissenschaftliche Untersuchungen erhärtet. Forscher vom australischen Ludwig Engel Centre for Respiratory Research versuchten an einem Tiermodell zu zeigen, wie Schnarchen sich auf die Halsschlagader auswirken könnte. Zu diesem Zweck versetzten sie sechs Kaninchen („New Zealand White Rabbits“) in Narkose und setzten Katheter in ihre Halsschlagadern ein, die an der Spitze mit Druckaufnehmern versehen waren. Da Kaninchen normalerweise nicht unbedingt schnarchen, erzeugten die Wissenschaftler das Schnarchen künstlich, indem sie den Tieren kleine Sandsäcke auf den Hals legten. Dadurch wurde der Rachenraum so weit eingeeengt, dass die Kaninchen zu schnarchen begannen. Die Katheter mit den Druckaufnehmern maßen nun die Energie, die in der Halsschlagader während des Schnarchens entstand – mit dem Ergebnis, dass diese sich tatsächlich um das Elffache erhöhte. Damit war der Beweis erbracht, dass die Schnarch-Vibrationen im Rachenraum sich tatsächlich auf die Halsschlagader übertragen.

Wer laut schnarcht, lebt gefährlich

Aber was für Kaninchen gilt, muss ja nicht unbedingt auch auf den Menschen zutreffen. Deshalb untersuchten die Wissenschaftler vom Ludwig Engel Centre in einer nächsten Studie 110 freiwillige Probanden, zu denen sowohl Schnarcher als auch nicht-schnarchende Zeitgenossen, aber keine Schlafapnoiker gehörten. Um den Schnarchstatus festzustellen, wurden die Versuchspersonen in einem Schlaflabor einer Polysomnografie (Schlafaufzeichnung) unterzogen. Auf der Basis des polysomnografischen Befundes wurden die Probanden dann in drei Gruppen eingeteilt: leichte, mittelstarke und starke Schnarcher.

Parallel dazu untersuchten die Forscher per Ultraschall die Halsschlagadern der Versuchspersonen und – zu Vergleichszwecken – auch die Oberschenkelschlagadern. Dabei ergab sich eine eindeutige Korrelation zwischen dem Ausmaß des nächtlichen Schnarchens und dem Zustand der Karotis: Von den leichten Schnarchern litten nur 20 Prozent an einer Arteriosklerose der Halsschlagader; bei den mittelstarken Schnarchern waren es schon 32 und bei den starken Schnarchern sogar 64 Prozent. Der Zusammenhang zwischen Schnarchen und Arteriosklerose der Karotis bestand auch, nachdem die Wissenschaftler alle anderen bekannten Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Rauchen, Bluthochdruck etc.) mit statistischen Methoden aus diesem Ergebnis herausgerechnet hatten. Das Ausmaß der arteriosklerotischen Ablagerungen in den Oberschenkelschlagadern der Probanden korrelierte hingegen überhaupt nicht mit der Stärke des Schnarchens.

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Großraum Stuttgart e.V.

„Starkes Schnarchen erhöht das Risiko für eine Arteriosklerose der Halsschlagader deutlich, und zwar unabhängig von anderen Risikofaktoren“, so lautet das Fazit der Autoren dieser Studie. Und da Schnarchen so weit verbreitet ist (Schätzungen zufolge schnarchen ungefähr 40 Prozent aller Männer und 24 Prozent aller Frauen, wobei die Schnarchhäufigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt), kommt dieser neuen Erkenntnis eine wichtige Bedeutung für die Schlaganfallprävention zu: Wenn es um die Vermeidung von Schlaganfällen geht, sollte künftig nicht nur auf die bereits bekannten Risikofaktoren, sondern auch auf das Gefahrenpotenzial des Schnarchens geachtet werden. Und diese Prävention fängt bei jedem Einzelnen an. Denn man kann Schnarchen zwar nicht unbedingt immer verhindern, aber doch zumindest reduzieren, indem man sich an bestimmte Spielregeln hält: Dazu gehört zum Beispiel der Verzicht auf übermäßigen abendlichen Alkoholkonsum (Alkohol lässt das Gewebe im Rachenraum stärker erschlaffen und begünstigt bzw. verschlimmert Schnarchen) und der Kampf gegen überzählige Pfunde, die sich leider nicht nur an Bauch, Po und Hüften, sondern auch im Halsbereich breit machen und im Schlaf die oberen Atemwege einengen können. Wer ganz sichergehen möchte, ob sein Schnarchen bereits zu Schäden an der Halsschlagader geführt hat: Eine Ultraschalluntersuchung der Karotis ist einfach durchzuführen und vollkommen schmerzlos. Die Untersuchung wird von den gesetzlichen Krankenversicherungen zwar nicht bezahlt, sofern kein begründeter Verdacht auf ein erhöhtes Schlaganfallrisiko besteht; sie wird aber von vielen Ärzten als so genannte IGeL-Leistung (individuelle Gesundheitsleistung für Selbstzahler) angeboten und ist nicht teuer.

Wenn diese Untersuchung ergeben sollte, dass tatsächlich Plaques in der Halsschlagader vorliegen, die das Schlaganfallrisiko erhöhen, so sind verschiedene Therapiemaßnahmen möglich, um diese arteriosklerotischen Ablagerungen zu beseitigen: Man kann solche Plaques beispielsweise operativ ausschälen oder das Gefäß im Rahmen eines minimalinvasiven Eingriffs mithilfe einer Gefäßprothese (Stent) wieder eröffnen und offenhalten. Parallel dazu sind aber auch Änderungen der Lebensweise notwendig, um Risikofaktoren für eine erneute Verengung der Karotis auszuschalten oder zumindest so gering wie möglich zu halten: Ein bestehender Bluthochdruck muss möglichst gut eingestellt werden; ein zu hoher Cholesterinspiegel lässt sich durch fettreduzierte Ernährung, Gewichtsreduktion, mehr Bewegung und eventuell auch durch Einnahme cholesterinsenkender Medikamente normalisieren. Auch ein möglicherweise vorliegender Diabetes muss so gut wie möglich eingestellt werden – und dass Rauchen Gift für die Gefäße ist, braucht wohl nicht extra betont zu werden.