

SCHLAFSTÖRUNGEN

SCHLAFSTÖRUNGEN EINE MASSENKRANKHEIT?

Laut Weißbuch der Schlafmedizin (1995)

- leiden über 20 Millionen Deutsche an Ein- und Durchschlafstörungen
- davon sind 8,5 Millionen unbedingt behandlungsbedürftig
- zwei Drittel der an Ein- und Durchschlafstörungen leidenden sind länger als zwei Jahre davon betroffen. Darunter 7 % von ihrer Kindheit an!
- bei 3,3 Millionen besteht chronische Tagesmüdigkeit
- 2,7 Millionen Deutsche nehmen regelmäßig Schlafmittel ein. Ihre Beschwerden bleiben häufig unverändert, obgleich 1,4 Millionen die Schlafmittel täglich einnehmen. Sie sind Arzneimittelabhängige geworden, ohne eine Heilung des Grundleidens erreicht zu haben.
- Viele Medikamentenverordnungen erfolgen ohne medizinische Diagnose. Dies ist aber dringend notwendig, denn es gibt 88 verschiedene Formen der Schlafstörungen, die in einem Internationalen Diagnostikmanual festgelegt sind.

HAUPTGRUPPEN DER SCHLAFSTÖRUNGEN

Die Schlafstörungen sind in 4 Hauptgruppen unterteilt.

1. **Dyssomnien** (= gestörter Schlaf).

Sie werden auch als primäre Schlafstörungen bezeichnet, die als

- Insomnie (Schlaflosigkeit) und als
- Hypersomnie (übermäßiges Schlafbedürfnis)

nochmals unterteilt werden.

2. **Parasomnien**. Das sind

- Störungen beim Erwachen,
- Störungen bei partiellem (teilweisen) Erwachen
- Störungen beim Stadienwechsel (Sprung von einem Schlafstadium zum anderen).

3. Schlafstörungen bei körperlichen und psychischen Störungen bzw. Krankheiten.

Weil die Grundkrankheit die Ursache der Schlafstörungen ist, nennt man sie auch sekundäre Schlafstörungen. Bei diesen ist zu allererst die Grundkrankheit zu behandeln (z. B. Depression oder chronische Schmerzen).

4. Schlafstörungen oder Schlafprobleme unterschiedlicher Genese. Das ist eine uneinheitliche Gruppe, mit teilweise nicht zweifelsfreier Bestimmung, ob Störungen des Schlafs vorliegen oder nicht. In diese Gruppe sind u. a. der Schlaf der schwangeren Frauen und mögliche Kurzschläfer eingeordnet.

Alle 88 Formen abzuhandeln würde die Grenzen dieses Buchs bei weitem überschreiten. Außerdem ist bereits in allen vorausgegangenen Kapiteln auf die eine oder andere Form eingegangen worden. Wie man grundsätzlich einen guten Schlaf erreichen kann, erfährt der Leser im Kapitel „Schlafhygiene“. Wer keine Schlafstörungen haben möchte, sollte so früh wie möglich Schlafhygiene betreiben, aber sich hüten Schlafmittel einzunehmen. Zur Schlafhygiene gehört auch das gesundheitsbewusste Verhalten der Erziehungsberechtigten gegenüber ihren Kindern. 7 % = 140.000 Deutsche haben von der Kindheit an Schlafstörungen und das stimmt sehr bedenklich.

Nachfolgend soll etwas Grundsätzliches zu den Schlafstörungen gesagt werden und einige der wichtigsten Formen sollen beschrieben werden.

ALLGEMEINE ERSCHEINUNGSBILDER VON SCHLAFSTÖRUNGEN

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen mit bewusstem Langzeiterwachen
- Durchschlafstörungen mit häufigem bewussten Kurzzeiterwachen
- Durchschlafstörungen mit häufigem unbewussten Erwachen (Arousal),
Fragmentierter Schlaf
- Früherwachen
- vorverlegte Schlafphase, am frühen Abend schon müde (frühe Zubettgehzeit)
- verzögerte Schlafphase (verspätete Zubettgehzeit), Müdigkeit tritt spät ein, z. B. gegen Mitternacht
- Tagesmüdigkeit
- Tagesschläfrigkeit
- Eingeschränkte Leistungsfähigkeit (körperlich und geistig)

DEFINITION DER CHRONISCHEN INSOMNIE (SCHLAFLOSIGKEIT)

Eine Insomnie wird als manifeste Erkrankung angesehen, wenn sich die Beschwerden innerhalb eines Monats mindestens 3x pro Woche wiederholen und beim Patienten Einbussen des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit am Tage auftreten oder psychische oder/und physische Störungen auslöst bzw. diese verschlimmert [APA, American Psychiatric Association 1987; WHO 1991].

FÜNF P-FRAGEN ZUR URSACHE VON SCHLAFSTÖRUNGEN

Die Schlafmediziner orientieren sich gewöhnlich an 5 Fragenkomplexen, um die Ursache der Schlafstörungen (Schlaflosigkeit) bei den Patienten zu ergründen.

1. P = **physikalisch** z. B. Schmerzen, Jucken der Haut, Fieber, Infekt, Hormonumstellung, Tumor, Lärm, Licht, elektromagnetische Felder, Temperatur, Wetter (Smog, Föhn) u. a.
2. P = **physiologisch** Schichtarbeit, unregelmäßige Lebensweise, häufige Reisen, verlängerte Bettliegezeiten, niedriger Blutdruck, Krimi vor dem Schlafengehen, häufig wechselnde Aufsteh- und Zubettgehzeiten u. a.
3. P = **psychologisch** Vorgeschichte: Schlaf in der Kindheit, Konflikte (Partner, Arbeitsplatz, Familie, Schwiegermutter), Trennung vom Partner oder vom Elternhaus, Trennung durch Todesfall, emotioneller Stress u. a.
4. P = **psychiatrisch** Psychische Störungen, z. B. Angst, Krankheiten, Neurosen, Essstörungen, Depressionen, Suchtkrankheiten u. a.
5. P = **pharmakologisch** Medikamente verschiedener Art, z. B. Blutdrucksenker, Betablocker, Appetitzügler, Kortison, stimulierende psychotrope Pharmaka, Kaffee, Coca Cola, schwarzer Tee, Schlafmittelabhängigkeiten, Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen u. a.

PSYCHOPHYSIOLOGISCHE INSOMNIE (VOR ALLEM STRESSINDUZIERTE SCHLAFLOSIGKEIT)

Als primäre Schlafstörung kommt sie am häufigsten vor. Die Angaben schwanken zwischen 40 % und 60 % aller Schlafstörungen.

NACHTSYMPTOME

- Einschlafstörungen
- Eingeschränkte Fähigkeit zum Durchschlafen
- Langzeitiges Erwachen, Wiedereinschlafprobleme
- Häufiges Kurzerwachen
- Früherwachen
- „Gedankenkreiseln“, d. h. Grübeln über Ärgernisse, Angst, Zukunft, eigene Krankheiten usw. beim Wachliegen
- Zerschlagenheit, mangelnde Erholung
- Herzrasen, Schwitzen, innere Unruhe

TAGESSYMPTOME

- Erhöhtes psychophysiologisches Anspannungsniveau (Hyperarousal)
- Verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, leicht erschöpfbar
- Innere Unruhe, Neigung zur Unstetigkeit
- Anzeichen schlafverhindernder Assoziationen
- Schlafen wollen (wird zur Anstrengung) wirkt schlafverhindernd
- Gewohnte Schlafräumlichkeit stoppt das Einschlafen (plötzlich hellwach)
- Gefühl der körperlichen Anspannung, besonders stark im Gesicht und um die Augen
- Schlafangst und Bettgrübeln (meist negative Gedankenspiele)
- Verlust der Zeitstruktur des Schlaf-Wach-Zyklus
- Tagesmüdigkeit, erschöpft, zerschlagen. Es herrscht das Gefühl vorm nie richtig erholt zu sein.

Die Ursachen sind sehr mannigfaltig. Vorbeugung und Behandlung sind im Kapitel Schlafhygiene beschrieben.

UNRUHIGE BEINE HINDERN AM SCHLAF

- Restless-legs-Syndrom (RLS, Ruhelosigkeit der Beine)
Im Ruhezustand am Abend und in der Nacht erleben von Missempfindungen in den Beinen.
 - Kribbeln, Ameisenlaufen, oft sehr quälend
 - dabei ängstlich, depressive Zustände
- Periodische Beinbewegungen im Schlaf (PMS)
In 20-40 Sekunden-Intervallen treten wiederholte 0,5-5,0 Sekunden dauernde Kontraktionen der Beinmuskeln (selten Armmuskeln) im Schlafzustand anfallartig auf. Krankhaft, wenn mehr als 5 Anfälle mit mehr als je 4 Kontraktionen pro Stunde auftreten. Beide Erscheinungen stören den Schlaf. Die Ursache ist noch unbekannt. Es wird angenommen, dass beide Erscheinungen eine gemeinsame Ursache haben.

Ursächliche Zusammenhänge von RLS und PMS wurden beobachtet bei

- Gicht
- Eisenmangelanämie
- Folsäuremangel
- Dialyse
- Diabetes mellitus
- Störungen der Schilddrüsenfunktionen
- Nach Einnahme von
 - trizyklischen Antidepressiva
 - „Fettsendern“
- Begleitsymptome bei Schlafapnoe-Syndrom

Therapiemöglichkeiten: Magnesium, Folsäure

(unbedingt den Arzt konsultieren!)

SCHLAFAPNOE-SYNDROM (VON APNOUS - ATEMLOS)

Während einer ablaufenden Normalatmung erfolgt ein kurzfristiges 10-30 Sekunden (in extremen Fällen bis 50 Sekunden) dauerndes Aussetzen der Mund- und Nasenatmung. Es können bis zu 100 derartige Episoden pro Nacht auftreten. Wichtigste Symptomatik:

1. Atemstillstandepisoden 10-30 Sekunden
2. Schnarchen (Lautstärke bis zu 80 dB)
3. Abnorme Tagesschläfrigkeit (Unfallgefahr), Schlafanfälle
4. Häufig Übergewicht

Formen der Schlafapnoe

1. Obstruktive Apnoe (Verschluss der Atemwege)
Kollaps der oberen Atemwege, wodurch der Fluss der Atemluft unterbrochen wird. Die Bauch- und Brustatmung gehen dabei weiter. Therapie: NCPAP = Nasal Continuous Positive Air Pressure, Nasaler kontinuierlicher positiver Luftdruck
2. Zentrale Apnoe Atemstillstand bei nicht verschlossenen Atemwegen. Jede Atembewegung fehlt dabei. Sie wird deshalb als Zwerchfellapnoe bezeichnet. Einschränkung der Funktion des Atemzentrums.
3. Gemischte Apnoe
Atemstillstand bei nicht geschlossenen Atemwegen, gefolgt von einer Verschlussapnoe mit vergeblichem Bemühen der Brust- und Bauchatmung.

Folgen der Atemstillstandsepisoden:

- zerhackter Schlaf
- Senkung der Sauerstoffsättigung im Blut
- Herzattacken
- Blutdruckkrisen

Bei langfristigem Bestehen der Schlafapnoe sind arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und Veränderungen im psychischen Verhalten möglich. Die Diagnose der Schlafapnoe erfolgt zunächst mit einer ambulanten Messapparatur. Danach Untersuchung im Schlaflabor.

Das Vorkommen:

5 % der erwachsenen Bevölkerung. Männer : Frauen 10 :1
> 5. Lebensjahr besonders häufig. Es gibt auch Fälle, bei denen die Schlafapnoe vor dem 50. Lebensjahr eintreten kann.

NARKOLEPSIE

Von nark = Erstarrung, Krampf, Lähmung und
lepis = annehmen, empfangen

Volkstümlich: Schlafkrankheit, Schlummersucht, Lachschlagkrankheit.
Dieses Krankheitsbild wurde im Kapitel 4 schon besprochen. Es soll an dieser Stelle
noch einmal erwähnt werden, weil es zu den Hypersomnien (übermäßiges Schlafen)
gemeinsam mit der Schlafapnoe gezählt wird.

SYMPTOMATIK

- Tagesschläfrigkeit, Schlafanfälle
- Plötzlicher Tonusverlust der Muskulatur bei emotionaler Erregung
(Lachen, Ärger, Enttäuschung, Angst, Schreck). Daher der Name
Lachschlag.
- Abnormer zerhackter (fragmentierter) Nachtschlaf mit hypnogenen
Traumbildern
- Schlaflähmung beim Aufwachen

STÖRUNG DES SCHLAF-WACH-RHYTHMUS

Bei dieser Form liegt eine Verschiebung zwischen dem gepflegten Schlaf-Wach-
Rhythmus und des eigenen zirkadianen Rhythmus vor. Einfacher ausgedrückt:
Der Schlaf-Wach-Rhythmus stimmt nicht mit der inneren Uhr überein.

Folge:

- Insomnie (Schlaflosigkeit) in der Nacht
- Einschlaf- und Durchschlafstörungen
- Kein erholsamer Schlaf
- Erschöpfungszustände
- Versagen im Beruf und in der Familie
- Hypersomnie (übermäßige Schläfrigkeit am Tage), zerschlagenen
Aufwachen, Erschöpfung, Einschränkung sozialer Beziehungen,
Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Diese Menschen sind unfähig
am Tage wach zu bleiben, in der Nacht dagegen misslingt jeder Versuch
zu schlafen.

Formen:

- Vorgelagerte Form - Betroffener geht zu früh ins Bett
- Verzögerte Form - Betroffener geht zu spät ins Bett
- Desorganisierte Form - keine fest umrissenen Hauptschlafzeiten. Der Schlaf-Wach-Rhythmus stellt ein stochastisches oder sogar chaotisches Muster dar.
- Wechselnde Form der Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, vor allem bei Schichtarbeitern, Vielreisenden, Menschen mit unregelmäßig ablaufenden Verpflichtungen u. a.
- Tagtypenverkehrte Arbeitszeit, z. B. wenn Abendtyp sehr früh am Morgen seine Arbeit aufnehmen muss und der Morgentyp zur Nachtschicht eingesetzt wird.

Wenn die Störungen längere Zeit bestehen, werden sie konditioniert (verinnerlicht). Diese Patienten sind dann sehr schwer zu behandeln. Lichttherapie hilft häufig sehr gut (Jürgen Zulley, Universität Regensburg).

ABNORME TAGESSCHLÄFRIGKEIT KANN AUFTRETEN BEI:

- Einnahme von beruhigenden Medikamenten (Sedativa) oder als Folge von Nachwirkungen von Schlafmitteln
- Nach abendlichem größeren Genuss von alkoholischen Getränken
- Schlafapnoe
- Narkolepsie
- Schädel-Hirntrauma oder Gehirnhautentzündung
- Niedrigem Blutdruck (arterielle Hypotonie)
- Schichtarbeit
- Jetlag-Syndrom
- Längerer Einnahme von Psychostimulanzien
- Depressiven Zuständen

SONDERFÄLLE DER CHRONISCHEN SCHLAFSTÖRUNGEN

Bei chronisch Schlafgestörten werden häufig folgende Verhaltensänderungen nachgewiesen.

- 1. Die Schlaffixierten:** Solche Menschen haben eine lange Leidensgeschichte und plagen sich über Jahre mit einem gestörten Schlaf. Infolgedessen sind bei ihnen der „Schlaf“ und das „Nicht-Schlafen-können“ in den Mittelpunkt des Lebens gerückt. Der Sinn des Lebens dieser Menschen ist ausschließlich auf den Schlaf orientiert. Tagesinteressen werden diesem untergeordnet. Auftretende Probleme, Missbehagen, Konflikte und Schwierigkeiten werden auf den „schlechten Schlaf zurückgeführt. Der Schlaffixierte befindet sich in einem Teufelskreis, aus dem er schwer herauskommen kann. Die Bettangst verstärkt sich zunehmend. Schlafmittel helfen gewöhnlich nicht. Gelegentlich können angstlösende Mittel den Schlaf anbahnen, das ist aber keine Dauerlösung. Die Befreiung von der „Schlaaffixierung“ kann am günstigsten durch einen „Umerziehungsprozess“ vollzogen werden. Hierzu ist eine grundlegende Veränderung der Lebenseinstellung und der Lebensweise erforderlich. Diese müssen auf das gesunde Wachsein orientiert werden. Eine solche „Umerziehung“ ist ein langwieriger Prozess und ist im Schweregrad vergleichbar mit dem Abgewöhnen des Rauchens bei einem starken Raucher.
- 2. Die Schlafverleugner:** Solche Patienten haben nachweisbare Schlafstörungen, die aber von ihnen wenig beachtet oder sogar ignoriert werden. Sie suchen den Arzt wegen der verschiedensten körperlichen oder geistigen Beschwerden auf. Zum Beispiel führen sie Herz-Kreislauf-Erkrankung, Leiden des Verdauungssystems oder des Stoffwechsels an. Sie klagen auch über Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, über Schwindel, Augendruck, Ohrendruck, Leistungs- und Vitalitätsverlust. Niemals erwähnen die Patienten jedoch den „schlechten Schlaf“. Nur der geschulte Arzt erkennt das Schlafleiden der „Schlafverleugner“. Diese Patienten müssen dazu angehalten werden, ihren Schlaf-Wach-Zyklus richtig einschätzen zu lernen. Sie müssen erkennen, welche Bedeutung der Schlaf für sie hat und dass manche ihrer Krankheiten mit einer schlechten Schlafqualität zusammenhängen können. Schlafhygienisches Verhalten kann den „Schlafverleugnern“ helfen, ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

3. Die „Schlafneurotiker“: Auch bei den Schlafneurotikern sind echte Schlafstörungen objektiv nachzuweisen. Sie empfinden den Schlaf als etwas Unangenehmes. Der Schlafneurotiker wird bereits im Kindesalter geprägt. Die Schlafneurose hat ihre Ursache im Zwang des Kindes zum Schlaf. Auch die nächtliche soziale Isolierung (Einzelzimmer) des Kindes von den Eltern sowie die Dunkelangst können Verursacher einer „Schlafneurose“ sein. Alle Faktoren, die beim Kind eine Aversion gegen den Schlaf auslösen, sind angetan, den Schlafneurotiker zu prägen. Der Schlafneurotiker muss angehalten werden, sein Schlafdefizit nicht zu groß werden zu lassen. Sonst kann sein Leiden verstärkt werden. Auch andere Krankheiten können sich infolgedessen dazugesellen. Der Schlafneurotiker ist vom natürlichen Kurzschläfer abzugrenzen. Das ist für den Arzt häufig sehr schwierig. War ja der Erfinder der Glühlampe, Edison, vielleicht gar kein Kurzschläfer, sondern ein Schlafneurotiker? Auch für Napoleon I. trifft diese Frage zu. Solche Dinge werden heute diskutiert.

WER IST PROBLEMSCHLÄFER?

Die Problemschläfer nehmen eine Zwischenstellung von Schlafgesunden und Schlafgestörten ein. Man kann sagen, dass die Problemschläfer zwar keinen völlig normalen Schlaf haben, aber auch noch nicht schlafgestört sind. Da ihr Schlafpolygramm im Normbereich liegt, subjektiv aber ein Leidensdruck besteht, den er dem Arzt schwer verdeutlichen kann, fühlt sich der Problemschläfer in der medizinischen Betreuung größtenteils unverstanden. Häufig besorgt er sich auf eigene Initiative Schlaftabletten und verschlechtert dadurch seinen Zustand.

Nach neueren Erkenntnissen weiß man, dass bei vielen dieser Menschen eine subjektive Fehleinschätzung ihres Schlafverhaltens vorliegt. In diesem Fall weist das Schlafprofil, das im Schlaflabor aufgenommen wird, Normalität aus. Der Betroffene hat stets das Gefühl nicht oder wenig geschlafen zu haben. Hier liegt eine nicht einfach zu beurteilende aber sichere Schlafstörung vor.

BEI SCHLAFMITTELN WEG VOM STEUER

Abschließend soll noch kurz auf die Beziehung zwischen Schlafmittel und Verkehrstauglichkeit eingegangen werden. Es wird die Auffassung vertreten, dass der Anteil der unfallverursachenden Kraftfahrer, die 24 Stunden vor dem Unfall ein Medikament einnahmen, 20 bis 30 % betragen soll. In den USA wurde vor Jahren in einigen Städten, z. B. Boston, dazu übergegangen, Autofahrer, die unter Schlaf- und Beruhigungsmitteln standen, genauso zu ahnden wie alkoholisierte Kraftfahrer am Steuer. Arzneimittelabhängigkeit, nicht erkannte Arzneimittelvergiftungen und Entzugssymptome bedeuten Verkehrsunfähigkeit. Ein Kraftfahrer nimmt z. B. Pharmaka ein, damit seine Krankheit, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit bedeutet, geheilt wird. Als unerwünschte Nebenwirkung des Medikaments tritt eine weitere Einschränkung der Fahrtüchtigkeit ein. In diesem Fall muss ein grundsätzliches Verbot für das Autofahren seitens des Arztes ausgesprochen werden. Was hier für die Autofahrer gesagt wurde, gilt erst recht für Piloten.

1.3 SCHLAFSTÖRER SCHNARCHEN

Das Schnarchen ist eine weitverbreitete Begleiterscheinung des Schlafs mit unangenehmem Geräusch für den Schnarcher und vor allem für seine nächsten Mitmenschen. Schließlich können Schnarchgeräusche eine Lautstärke von 60-80 Dezibel (dB) erreichen. Es gibt aber auch Spitzenwerte bis zu 100 dB. Aus diesem Grund sind Partner von Schnarchern nicht zu beneiden. Sie ersinnen oft raffinierte Kniffe, um dessen Schnarchen einzuschränken. Da bekannt ist, dass Schnarchen in Rückenlage am häufigsten auftritt, band eine Frau ihrem Mann jeden Abend die Hände am Bett fest, damit er nicht in die Rückenlage zurückfalle. Eine Frau, die bereits zweimal gegen ihres Schnarchens geschieden worden war, verhinderte das in der dritten Ehe, indem sie sich jeden Abend ein Holzscheit auf den Rücken band und sich auf diese Weise nicht für längere Zeit in die Rückenlage begeben konnte. Andere verwenden einfachere Methoden. Auch ein Tuch um den Brustkorb, mit dem Knoten auf den Rücken gebunden, vermeidet die Rückenlage. Ein beliebtes Mittel der Partner von Schnarchern ist Ohropax.

Nicht selten sind Partnerinnen von Schnarchern schlafgestört und bedürfen ebenfalls einer ärztlichen Behandlung. Der Schnarcher kann sich, wenn er laut schnarcht auch selbst wecken. Durch ein Verhaltensmuster Einschlafen - Schnarchen - Aufwachen - Einschlafen - Schnarchen - Aufwachen usw. entwickelt sich ein zerhackter (fragmentierter) Schlaf, der auf die Dauer gesundheitsschädlich ist.

VERURSACHER DES SCHNARCHENS

Für das Verursachen des Schnarchens werden zahlreiche Faktoren angeführt, von denen nachfolgend wesentlich aufgezählt werden sollen:

- genetische Faktoren (Schnarcherfamilien)
- neuromuskuläre Erkrankungen
- Lebensalter
- Übergewicht
- Schlafentzug
- Schlaftiefe
- Alkohol
- Rauchen
- Medikamente (Beruhigungs- und Schlafmittel)
- erhöhter Nasenwiderstand
- Rachenmandeln
- große Gaumenmandeln
- große Zunge
- kleiner Unterkiefer

- Kehlkopf-Tiefstand
- mechanische Faktoren
- negativer Einatemungsdruck
- Halsbeengung
- Rückenlage
- Lungenvolumen

WAS KANN GEGEN DAS SCHNARCHEN GETAN WERDEN?

So vielfältig wie die Ursachen für das Schnarchen sind, so vielfältig sind auch entsprechende Behandlungsverfahren. Deshalb kann es keine allgemeingültigen Empfehlungen geben. Folgende Ratschläge sind daher immer für den speziellen Fall, bezogen auf die Ursache, gedacht. Zu den sogenannten konservativen Methoden zählen:

- Reduzierung von Nahrung bei Übergewichtigen
- keine Schlafmittel
- Reduzierung des Alkoholgenusses bei solchen, die regelmäßig trinken
- Nichtraucher
- Einsatz von Weckmitteln zur Veränderung der Körperlage, in welcher geschnarcht wird
- Halskrawatten und Kinnbinden
- Stellungsregulation der Zunge und Zähne
- nasale kontinuierliche Überdruckbeatmung bei Vorliegen von Schlafapnoe
- Psychotherapie in bezug auf die Einhaltung einer schnarchlosen Körperlage
- Behandlung der Ehepartner der Schnarcher

Schutzmaßnahmen gegen Schnarchen des Partners, vor allem zur Bekämpfung des Schlafdefizits.