

„Schnarchen bei Grundschulkindern“ – Auszüge eines Interviews mit Dr. Michael Urschitz, Universitätsklinikum Tübingen

Herr Dr. Urschitz, wie kamen Sie eigentlich darauf, diese Studie zum Thema "Schnarchen bei Grundschulkindern" zu machen?

Dr. Urschitz: Die Anregung dazu erhielten wir durch eine Studie aus dem Jahr 1998. Eine amerikanische Arbeitsgruppe hat damals 270 Grundschüler untersucht, die besonders schlecht in der Schule waren. In den USA werden die Schüler einer Klasse in einer Art Perzentilensystem eingestuft: das heißt, von den besten 10% bis zu den schlechtesten 10%. Diese Arbeitsgruppe hat die schlechtesten 10% mehrerer Schulklassen untersucht und herausgefunden, dass diese Kinder häufig schnarchten und auch Veränderungen in der nächtlichen Sauerstoffsättigung des Blutes aufwiesen, die auf eine schlafbezogene Atmungsstörung hindeuteten. Die Arbeitsgruppe hat dann den Eltern empfohlen, bei den auffälligen Kindern Mandeln oder Polypen oder beides entfernen zu lassen und deren schulische Leistungen anschließend weiter beobachtet. Dem stimmten ca. die Hälfte der Eltern zu. Dabei zeigte sich, dass die Noten der Kinder, die behandelt worden waren, sich verbesserten, während die unbehandelten Kinder gleichbleibend schlechte Noten nach Hause brachten. Das war der aller erste Hinweis darauf, dass zwischen schlafbezogenen Atmungsstörungen und Leistungsschwäche in der Schule ein Zusammenhang bestehen könnte. Wir wollen diese Untersuchung nun mit einer größeren Anzahl von Kindern (über 1000) wiederholen und dabei nicht nur schlechte Schüler untersuchen, sondern uns alle Kinder anschauen. Außerdem interessierten uns auch die Schulleistungen in verschiedenen Fächern also nicht nur eine globale, sondern eine fächerbezogene Schulleistungsauswertung.

Die amerikanische Studie hatte festgestellt, dass die nächtlichen Sauerstoffentsättigungen für die schlechten Schulleistungen verantwortlich waren. Sie sind ja nun zu einem etwas anderen Ergebnis gekommen: Nach Ihren Untersuchungen sind nicht die Sauerstoffentsättigungen, sondern die Weckreaktionen die Ursache des Problems.

Dr. Urschitz: Das liegt daran, dass die Amerikaner sich ausschließlich auf schlechte Schüler und da auf solche mit Blutgasveränderungen konzentriert hatten und auch nur diese weiterverfolgt hatten. Wir dagegen haben ja eine viel größere Anzahl von Kindern untersucht. Dadurch konnten wir zwischen schnarchenden Kindern mit und ohne Blutgasveränderungen unterscheiden und das Überraschende und für uns völlig Unerwartete war, dass die schnarchenden Kinder ohne Sauerstoffentsättigungen genauso schlecht in der Schule waren wie diejenigen, die nächtliche Sauerstoffentsättigungen aufwiesen.

Und wie viele Weckreaktionen pro Stunde haben Sie bei den Kindern festgestellt?

Dr. Urschitz: Als Maß für Weckreaktionen haben wir Veränderungen der Pulsrate genommen. Das ist zwar keine ganz genaue, sondern nur eine ungefähre Einschätzung dessen, was sich während des Schlafs an Weckreaktionen tatsächlich abspielt. Aber wir konnten doch feststellen, dass die Pulsratenveränderungen bei den schnarchenden Kindern um 20 bis 30% häufiger waren als bei den nicht schnarchenden ein Hinweis darauf, dass der Schlaf dieser Kinder durch vermehrte Weckreize gestört war.

Haben Sie auch untersucht, woher das Schnarchen bei den Kindern kam?

Dr. Urschitz: Ja. Wir haben eine Risikofaktorenanalyse gemacht und uns verschiedene mögliche, aus der Literatur bekannte Ursachen für das Schnarchen angeschaut. Bei den schnarchenden Kindern, die wir untersuchen, haben vor allem drei Faktoren eine Rolle gespielt. Einerseits war dies das Übergewicht. Es ist bekannt, dass Übergewicht zu Schnarchen führt. Wir stellten fest, dass bereits bei einem Body-Mass-Index (BMI) ab 21 ein deutlicher Anstieg des Schnarchens zu beobachten war, obwohl diese BMIs aus erwachsener Sicht eigentlich noch gar nicht so hoch sind. Dieses Ergebnis, dass im Kindesalter schon ein relativ geringfügig erhöhter BMI mit Schnarchen assoziiert ist, hat uns überrascht.

Wir haben die Eltern auch nach Hinweisen auf schlafbezogene Atmungsstörungen befragt. Eine dieser Fragen lautete: Atmet Ihr Kind tagsüber durch den Mund? Denn die Mundatmung ist ja Folge einer behinderten Nasenatmung. Bei schnarchenden Kindern wurde diese Frage sehr häufig mit Ja beantwortet. Behinderte Nasenatmung woher sie auch kommen mag kann also zu Schnarchen führen. Aus der Literatur ist auch bekannt, dass verschiedenste Probleme im Rachenbereich zum Beispiel vergrößerte Rachenmandeln oder immer wiederkehrende Infekte des Rachens eine Rolle spielen. Deshalb fragten wir die Eltern auch: Wie häufig hat Ihr Kind Halsschmerzen und Halsentzündungen? Und es hat sich gezeigt: Je häufiger Halsentzündungen auftreten, desto stärker schnarchen die Kinder.

Aber ist es denn dann nicht erstaunlich, dass ein Jahr später immerhin die Hälfte der untersuchten Kinder aufgehört hatte zu schnarchen? Wie könnte das zu erklären sein?

Dr. Urschitz: Das, was wir als habituelles oder gewohnheitsmäßiges Schnarchen bezeichneten, hatte nach einem Jahr um 50% abgenommen. Der Großteil dieser Kinder schnarchte zwar noch, aber nur noch manchmal. Das heißt, die Häufigkeit des Schnarchens hatte drastisch abgenommen. Das zeigt, dass Schnarchen im Kindesalter offenbar ein Prozess ist, der ziemlich starken Veränderungen unterworfen ist. Andererseits gibt es aber auch Kinder, die in ihrem Schnarchverhalten konstant sind. Und diese beiden Gruppen von Kindern unterschieden sich in unserer Untersuchung auch deutlich voneinander.

Inwiefern?

Dr. Urschitz: Wir haben festgestellt, dass zwei Faktoren bei diesen beiden Gruppen von Kindern schon von Anfang an unterschiedlich waren: Die Kinder, die nach einem Jahr noch immer gewohnheitsmäßig schnarchten, hatten am Anfang lauter geschnarcht als die anderen. Lautes Schnarchen hat also offenbar die Tendenz, bestehen zu bleiben, während leiseres Schnarchen eine gewisse Variabilität aufweist. Das war bisher nicht bekannt. Der zweite interessante Aspekt, den wir allerdings bisher nur schwer einordnen können, ist, dass die längerfristig schnarchenden Kinder aus Familien mit schlechterer Schulbildung kamen. Das heißt, dass hier also auch sozioökonomische Faktoren eine Rolle spielen, die noch näher untersucht werden müssen.

Könnte es denn nicht sein, dass die schlechten Leistungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder gar nicht auf das Schnarchen, sondern auf den schlechteren Bildungsgrad der Eltern zurückzuführen waren?

Dr. Urschitz: Diesem Punkt sind wir nachgegangen. Wir haben den Zusammenhang zwischen dem Schnarchen und der Schulleistung der Kinder adjustiert, das heißt, nach anderen Einflussfaktoren bereinigt. Solche anderen Einflussfaktoren waren beispielsweise die Schulausbildung der Mutter und des Vaters. Diese Faktoren haben wir aus unserem Studienmodell "herausgerechnet", sodass am Schluss wirklich nur der Einfluss des Schnarchens auf die Schulleistungen übrigblieb.

Planen Sie denn auch, zu untersuchen, warum Kinder von Eltern mit schlechter Schulbildung häufiger habituell schnarchen?

Dr. Urschitz: Ja. Wir möchten gern eine längere Studie durchführen, die schon Kinder nach der Geburt erfasst und sie bis zum Schuleintritt verfolgt also eine so genannte longitudinale Studie. Eine solche Studien eignet sich viel besser zur Klärung derartiger Zusammenhänge, weil man dann einen längeren zeitlichen Beobachtungsverlauf hat.

Gab es denn auch Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad des Schnarchens und den Leistungsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten?

Dr. Urschitz: Unsere Fragestellung konzentrierte sich auf die Häufigkeit des Schnarchens. Diejenigen Kinder, die immer also wirklich jede Nacht schnarchten (das waren allerdings nur 2%), schnitten in allen Schulleistungen und Verhaltensauffälligkeiten, die wir abfragten, noch deutlich schlechter ab als diejenigen, die zwar oft, aber nicht immer schnarchten.

Gab es auch Ausnahmen also Kinder, die immer schnarchten und trotzdem keine Probleme hatten?

Dr. Urschitz: Ja. Gut die Hälfte der Kinder, die gewohnheitsmäßig schnarchten, hatten keine Schulprobleme. Das bedeutet auch, dass man nicht schlussfolgern darf, dass jedes schnarchende Kind unbedingt behandelt werden muss.

Und weiß man denn, von welchen Faktoren es abhängen könnte, ob ein schnarchendes Kind Probleme in der Schule bekommt oder nicht?

Dr. Urschitz: Das versuchen wir jetzt gerade herauszufinden. Alle Informationen, die wir gesammelt haben, werden nun noch einmal im Hinblick auf diese Fragestellung untersucht. Aber diese Auswertungen laufen vorläufig noch, es liegen noch keine Ergebnisse dazu vor.

Was sollen Eltern denn nun tun, wenn ihre Kinder gewohnheitsmäßig schnarchen und Probleme in der Schule haben oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen?

Dr. Urschitz: Wichtig wäre auf jeden Fall, herauszufinden, warum das Kind schnarcht. Liegt es am Übergewicht, an einer Atemwegsallergie oder z.B. an einer Verlegung der Nasenatmung durch Nasenseidewandverkrümmung? Oder wird das Schnarchen durch große Polypen oder Rachenmandeln verursacht? Man muss also nach einer behebbaren Ursache des Schnarchens suchen, und wenn man diese gefunden hat, würde ich schon zu einer Therapie raten, denn die Chance ist groß, dass sich das Kind in der Schule verbessert, wenn das Schnarchen und die damit verbundene Schlafstörung behoben werden kann.

Und wenn es nicht an vergrößerten Rachenmandeln oder behinderter Nasenatmung liegt was soll man dann tun? Würden Sie bei Kindern eventuell auch zu einer CPAP-Therapie oder einem zahnärztlichen Schnarchschutz raten?

Dr. Urschitz: CPAP wird bei Kindern nur in speziellen Fällen verwendet. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass in 95% der Fälle Polypen und vergrößerte Rachenmandeln das Hauptproblem bei schnarchenden Kindern und Kindern mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung sind. Das sollte man also als erstes untersuchen und als zweites dann nachschauen, ob eine behinderte Nasenatmung oder Übergewicht die Ursache des Schnarchens sein könnte. Außerdem kann es ja auch noch sein, dass ein kieferorthopädisches Problem vorliegt dass es also durch einen zu weit zurückliegenden Unter- oder Oberkiefer zu Behinderungen der Atmung kommt. Solche Probleme kann man durch kieferorthopädische Therapien behandeln. Die CPAP-Therapie sollte beim Kind wirklich die letzte Behandlungsmöglichkeit sein, zu der man greift.

Aber vermutlich sind viele Eltern, die Ihre Studie nicht kennen, sich dieser Problematik gar nicht bewusst und die meisten Kinderärzte wohl auch nicht. Wird es nicht noch lange dauern, bis Eltern und Ärzte für dieses Problem sensibilisiert werden?

Dr. Urschitz: Ja, das befürchte ich auch, denn die Schlafmedizin ist in der Kinderheilkunde erst im Entstehen begriffen. Es gibt nur wenige Kollegen, die sich damit beschäftigen. Das Wissen der Kinderärzte auf diesem Gebiet ist beschränkt, denn sie haben das weder während ihres Studiums noch an der Klinik gelernt. Das heißt, es wird wohl noch einige Jahre dauern, bis derartige Informationen weitere Verbreitung finden.

Wie sieht es eigentlich mit schnarchenden Erwachsenen aus? Ihren Untersuchungsergebnissen zufolge müssten erwachsene Menschen, die gewohnheitsmäßig schnarchen, doch dann auch vergleichbare Probleme Konzentrationsstörungen, Leistungsschwäche etc. haben. Gibt es hierzu Untersuchungen?

Dr. Urschitz: Ich glaube, das Besondere bei Kindern ist, dass ihr Gehirn noch in der Entwicklung begriffen ist. Für ein solches Gehirn ist es eine besonders hohe Anforderung, das täglich Gelernte und die täglichen neuen Erfahrungen zu verarbeiten und zu speichern. Deshalb glaube ich auch, dass Faktoren, die die Aufmerksamkeit beeinflussen (und

Schnarchen ist offensichtlich ein solcher Faktor), bei Kindern eine viel größere Rolle spielen. Die Kinder verpassen dann leichter etwas in der Schule, während ein Erwachsener solche Probleme besser kompensieren und Bewältigungsmechanismen entwickeln kann, mit denen er seine Aufmerksamkeitsstörung überspielt. Ich denke, dass man Kinder und Erwachsene in dieser Hinsicht nicht vergleichen kann. Ein weiterer typischer Unterschied zwischen Erwachsenen und Kindern: Der schnarchende Erwachsene oder der Erwachsene mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung ist tagsüber müde, schläft vielleicht in monotonen Situationen sogar ein. Das Kind dagegen überspielt seine Müdigkeit durch Hyperaktivität. Daher wäre ich vorsichtig damit, Untersuchungsergebnisse von Kindern auf Erwachsene zu übertragen, und umgekehrt. Man kann hier wirklich keine Parallelen ziehen.

Das Gespräch führte Werner Waldmann, Verlag MediText, Herausgeber von: Das Schlafmagazin,
www.dasschlafmagazin.de