

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

S3-Leitlinie (Kurzfassung)

Diagnostik und Therapie des Schnarchens des Erwachsenen

AWMF-Register-Nr. 017/068

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.



© DGHNO-KHC

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

Stand März 2019

Autoren

Boris A. Stuck¹
Bert Braumann²
Clemens Heiser³
Michael Herzog⁴
Joachim T. Maurer⁵
Sebastian Plößl⁶
Armin Steffen⁷
J. Ulrich Sommer⁸
Thomas Verse⁹
Benedikt Hofauer¹⁰

¹ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg, Philipps-Universität Marburg

² Poliklinik für Kieferorthopädie, Zentrum für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Universitätsklinikum Köln, Universität zu Köln

³ Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

⁴ Klinik für HNO-Krankheiten, Kopf- und Halschirurgie,
Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus

⁵ Universitäts-HNO-Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

⁶ Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-
Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie,
Universitätsklinikum Halle (Saale)

⁷ Klinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

⁸ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Helios Universitätsklinikum Wuppertal

⁹ Asklepios-Klinikum Hamburg Harburg, Abteilung
für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Hamburg

¹⁰ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
Universitätsklinikum Freiburg

Beteiligte und Institutionen

Deutsche Gesellschaft für
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Prof. Dr. med. Boris A. Stuck, Marburg
Priv. Doz. Dr. med. Clemens Heiser, München
Priv. Doz. Dr. med. Michael Herzog, Cottbus
Priv. Doz. Dr. med. Benedikt Hofauer, Freiburg
Prof. Dr. med. Joachim T. Maurer, Mannheim
Dr. Sebastian Plößl, Halle (Saale)
Prof. Dr. med. J. Ulrich Sommer, Wuppertal
Priv. Doz. Dr. med. Armin Steffen, Lübeck
Prof. Dr. med. Thomas Verse, Hamburg

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

Prof. Dr. med. M. Orth, Mannheim

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Prof. Dr. med. H. Pistner, Erfurt

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte

Dr. med. G. Gronke, Blankenfelde

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Prof. Dr. med. B. Braumann, Köln

Deutsche Gesellschaft zahnärztliche Schlafmedizin

Dr. med. M. Heise, Bochum

Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschlands e.V.

W. Waldmann, Ostfildern

Inhalt

1. Ziele und Zielgruppe der Leitlinie	5
2. Methoden	5
3. Nosologie/Definitionen	5
4. Epidemiologie, Risikofaktoren und gesundheitliche Folgen	5
5. Klinisches Bild	6
6. Diagnostische Maßnahmen	6
6.1 Anamnese	6
6.2 Klinische Untersuchung	6
6.3 Technische Untersuchungen und akustische Analyse	7
6.4 Schlafendoskopie und Drucksondenmessung	7
6.5 Polygraphie/Polysomnographie	7
7. Therapeutische Maßnahmen	7
7.1 Lagetherapie	7
7.2 Aktive/passive myofasziale Therapie	8
7.3 Gewichtsreduktion	8
7.4 Weitere konservative Verfahren	8
7.5 Intraorale Geräte	8
7.6 Operative Therapie	8

1. Ziele und Zielgruppe der Leitlinie

Ziel dieser S3-Leitlinie ist die Förderung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Versorgung von schnarchenden Erwachsenen. Sie richtet sich primär an alle, die mit der Diagnostik und Therapie des Schnarchens befasst sind. Auftraggeber dieser Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

2. Methoden

Die vorliegende Leitlinie ist entsprechend den methodischen Vorgaben zur Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erstellt worden und entspricht nach dem 3-Stufen-Konzept der AWMF einer S3-Leitlinie.

3. Nosologie/Definitionen

Die Leitlinie bezieht sich explizit auf das Schnarchen als eigenständiges Phänomen; Schnarchen als Symptom einer schlafmedizinischen Erkrankung, z.B. einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA), ist nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

Eine befriedigende Definition des Schnarchens existiert derzeit nicht. In Anlehnung an die ICSD-3 soll aus klinischer bzw. praktischer Sicht die Diagnose „Schnarchen“ dann gestellt werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind (starker Konsens):

- Die/der Betroffene bzw. die Bettpartnerin/der Bettpartner der/des Betroffenen berichtet über atmungsabhängige, in der Regel inspiratorische akustische Phänomene im Schlaf, wobei objektive Parameter zur Definition dieser akustischen Phänomene als „Schnarchen“ derzeit nicht zur Verfügung stehen.
- Die/der Betroffene klagt nicht über eine Schlafstörung, die ursächlich auf das Schnarchen zurückgeführt werden kann.
- Eine schlafmedizinische Diagnostik ergibt keinen Hinweis auf das Vorliegen einer anderen schlafbezogenen Atmungsstörung.

4. Epidemiologie, Risikofaktoren und gesundheitliche Folgen

Epidemiologische Untersuchungen zur Häufigkeit des Schnarchens sind vergleichsweise selten und stehen vor der Problematik, dass der zuverlässige Ausschluss einer OSA in diesen Untersuchungen nur selten gelingt. Es konnten jedoch eine Reihe von Risikofaktoren für das Vorliegen bzw. Auftreten eines Schnarchens identifiziert werden: männliches Geschlecht, mittleres bis höheres Lebensalter, Nikotinkonsum, erhöhter Body-Mass-Index, Nasenatmungs-behinderung, Hyperplasie des Weichgaumens und Alkoholkonsum. Ob das Schnarchen als solches als relevanter, insbesondere

kardiovaskulärer Risikofaktor anzusehen ist, wird weiterhin kontrovers diskutiert.

5. Klinisches Bild

Die Betroffenen (bzw. die Bettpartner) berichten über sozial störendes Schnarchen, ein wesentliches Merkmal ist hierbei der Grad der verursachten Belästigung.

6. Diagnostische Maßnahmen

Für die Diagnostik ist es von Bedeutung, das Schnarchen im Sinne dieser Leitlinie von Schnarchen im Rahmen einer OSA zu unterscheiden bzw. diese mit hinreichender Sicherheit auszuschließen. Im Folgenden sind die Empfehlungen zu den diagnostischen Standardverfahren genannt, eine Erweiterung der diagnostischen Schritte kann in Abhängigkeit vom individuellen Fall und von geplanten spezifischen Therapieverfahren notwendig werden.

6.1 Anamnese

- Die Anamnese, wenn möglich unter Einbeziehung der Angaben des Bettpartners, soll bei Schnarchern durchgeführt werden (starker Konsens).
- Die ergänzende Verwendung von Fragebögen wird empfohlen (starker Konsens).

6.2 Klinische Untersuchung

- Bei Vorliegen einer Nasenatmungsbehinderung soll zur Beurteilung der strömungsrelevanten nasalen Strukturen eine klinische Untersuchung der Nase erfolgen (starker Konsens).
- Auch ohne berichtete Nasenatmungsbehinderung kann die Untersuchung der Nase sinnvoll sein (starker Konsens).
- Die Untersuchung des Oropharynx soll durchgeführt werden (starker Konsens).
- Bei klinischem Verdacht auf ein laryngeales Schnarchen sollte eine Laryngoskopie erfolgen; diese kann mit einer medikamentös induzierten Schlafendoskopie (MISE) kombiniert werden (starker Konsens).
- Die Untersuchung der Mundhöhle soll durchgeführt werden (starker Konsens).
- Wird die Therapie mit einer progenerenden Schiene erwogen, soll eine Einschätzung der möglichen Unterkieferprotrusion erfolgen sowie ein Zahnstatus und orientierend ein klinischer funktioneller Befund von Kiefergelenk und Kaumuskulatur erhoben werden (Konsens).
- Bei der diagnostischen Abklärung des Schnarchens soll eine orientierende klinische Beurteilung der Morphologie des Gesichtsschädels erfolgen (starker Konsens).

6.3 Technische Untersuchungen und akustische Analyse

- Technische Untersuchungen wie nasale Funktionstests, die allergologische Diagnostik, bildgebende Verfahren und die akustische Analyse können im Rahmen einer Zusatzdiagnostik im Einzelfall sinnvoll sein (starker Konsens).

6.4 Schlafendoskopie und Drucksondenmessung

- Die MISE kann zur Topodiagnostik des oberen Atemweges bei alleinigem Schnarchen, zur Abgrenzung gegenüber einer OSA und zur Indikationsstellung für einen chirurgischen Ansatz am weichen Gaumen durchgeführt werden (Evidenzlevel 2b, Empfehlungsgrad 0, starker Konsens).
- Aufgrund des Fehlens externer Evidenz ist eine Aussage zum Einsatz von Drucksonden in der diagnostischen Abklärung des Schnarchens nicht möglich (starker Konsens).

6.5 Polygraphie/Polysomnographie

- Eine objektivierende schlafmedizinische Untersuchung (im Sinne einer Polygraphie oder vergleichbarer Verfahren) soll in den Fällen erfolgen, in denen der Verdacht auf eine andere schlafbezogene Atmungsstörung besteht, wenn ein Therapiewunsch bezüglich des Schnarchens besteht oder relevante kardiovaskuläre Komorbiditäten vorliegen (starker Konsens).

7. Therapeutische Maßnahmen

Das Schnarchen wird derzeit nicht als Erkrankung mit einer medizinischen Gefährdung verstanden und es besteht daher aktuell keine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung.

7.1 Lagetherapie

- Zur Wirksamkeit der Rückenlagevermeidung kann aufgrund fehlender klinischer Studien keine Evidenz-basierte Aussage getroffen werden (starker Konsens).
- Bei Rückenlage-bezogenem Schnarchen sollte ein Therapieversuch mit einer Rückenlageverhinderung angeboten werden (Evidenzlevel 5, Empfehlungsgrad B, starker Konsens).
- Die Schnarch-getriggerte Änderung der Kopfposition sollte zur Reduktion des Schnarchens angeboten werden (Evidenzlevel Ib, Empfehlungsgrad B, starker Konsens).

7.2 Aktive/passive myofasziale Therapie

- Die aktuell verfügbare Datenlage reicht für eine Empfehlung myofaszialer Maßnahmen zur Therapie des Schnarchens nicht aus (starker Konsens).

7.3 Gewichtsreduktion

- Eine Reduktion des Body-Mass-Index soll bei jedem übergewichtigen Schnarcher empfohlen werden, auch wenn die wissenschaftliche Datenlage hierzu begrenzt ist (Evidenzlevel 5, Empfehlungsgrad A, starker Konsens).

7.4 Weitere konservative Verfahren

- Bei einer Nasenatmungsbehinderung im Bereich der Nasenklappe sollte ein Therapieversuch mit internen oder externen nasalen Dilatatoren angeboten werden (starker Konsens).
- Der kurzfristige Einsatz von abschwellendem/n Nasenspray/tropfen zur Simulation einer operativen Therapie an den Nasenmuscheln kann erwogen werden (starker Konsens).
- Eine systemische medikamentöse Therapie oder die lokale intraorale Anwendung von Ölen oder Sprays wird nicht empfohlen (starker Konsens).

7.5 Intraorale Geräte

- In geeigneten Fällen soll bei bestehendem Behandlungswunsch die Therapie des Schnarchens mit einer Unterkieferprotrusionsschiene (UPS) empfohlen werden (Evidenzlevel 1b, Empfehlungsgrad A, starker Konsens).
- Die Anpassung und Kontrolle der UPS soll mit zahnmedizinischer und schlafmedizinischer Expertise erfolgen (Evidenzlevel 5, Empfehlungsgrad A, starker Konsens).
- UPS sollten nur bei ausreichend möglicher Protrusionsbewegung des Unterkiefers in Erwägung gezogen werden (Evidenzlevel 5, Empfehlungsgrad B, starker Konsens).

7.6 Operative Therapie

- Zur chirurgischen Therapie des Schnarchens sollten bevorzugt minimal-invasive Operationsverfahren eingesetzt werden (starker Konsens).
- Bei primär rhinologischer Indikationen zur Verbesserung einer subjektiven Nasenatmungsbehinderung sollte eine operative Therapie bei Schnarchern angeboten werden. Eine subjektive Verbesserung des Schnarchens hierdurch ist möglich (Evidenzlevel 3b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens).
- Nasenoperationen mit dem Ziel einer Reduktion des einfachen Schnarchens bei Schnarchern mit gleichzeitig bestehender Nasenatmungsbehinderung sollten nach gegenwärtigem Kenntnisstand angeboten werden (Evidenzlevel 3b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens).

- Zur Wirksamkeit einer Nasenchirurgie bei Patienten ohne subjektive Nasenatmungsbehinderung kann aufgrund der fehlenden Evidenz keine Aussage getroffen werden (starker Konsens).
- Stellt der Weichgaumen die vermutete Quelle des Schnarchens dar, sollen chirurgische Eingriffe am Weichgaumen zur Therapie bei bestehendem Behandlungswunsch angeboten werden (Evidenzlevel 1b, Empfehlungsgrad A, Konsens).
- Wird eine Chirurgie am Weichgaumen durchgeführt, so sollen, unter Berücksichtigung der individuellen Anatomie des Patienten, gering-invasive Eingriffe (starker Konsens) eingesetzt werden, wie z.B. die Radiofrequenz-Therapie (Evidenzlevel 1b, Empfehlungsgrad A) oder in speziellen Indikationen Weichgaumenimplantate (Evidenzlevel 4, Empfehlungsgrad B).
- Die Indikation zur invasiveren Uvulopalatopharyngoplastik, die üblicherweise mit einer Tonsillektomie ausgeführt wird, sollte wegen ihrer erhöhten Morbidität und Komplikationsrate streng gestellt werden (starker Konsens).
- Gering invasive Verfahren am Zungengrund und an den Gaumenmandeln können zur Therapie des Schnarchens im Einzelfall sinnvoll sein (starker Konsens).
- Invasive operative Verfahren außerhalb von Nase und Weichgaumen werden zur Therapie des Schnarchens nicht empfohlen (starker Konsens).

Erstellungsdatum: 12/1999

Überarbeitung von: 01/2019

Nächste Überprüfung geplant: 01/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online