

Meier-Ewert-Preis

Im Oktober 2005 hat die Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin DGZS erstmals in ihrem fünfjährigen Bestehen einen Preis verliehen. Der Preis soll an Personen gehen, die mit ihrem Wirken die zahnärztliche Schlafmedizin in Deutschland vorangebracht haben. Insofern war es nicht schwer, den ersten Preisträger und gleichzeitig Namensgeber des Preises auszumachen, den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. med. Karlheinz Meier-Ewert. Er hat als Pionier erstmals in Europa 1984 über den Einsatz von Unterkieferprotrusionsschienen bei Schlafapnoe publiziert (7th European Sleep Research Society Congress, Munich, 1984).

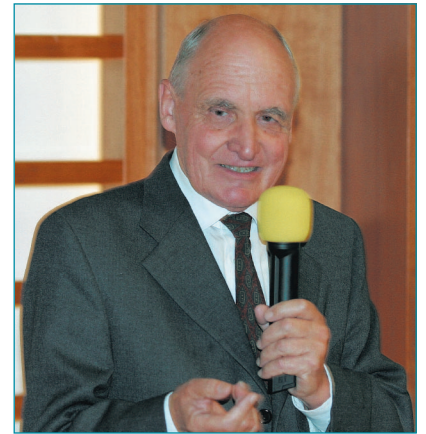
Geboren wurde Meier-Ewert 1933 in Rheinfelden/Baden. Sein Medizinstudium absolvierte er in Basel, Heidelberg, München, Genf und Düsseldorf und die anschließende Facharztusbildung an den Universitäten Düsseldorf, Köln, Tübingen und Freiburg. Es folgten Auslandsaufenthalte in London (Maida Vale und Queens Square Hospital), Marseille (Centre Saint Paul), Montreal (McGill University) und an der University of California, San Diego. Erste Polysomnographien erlernte er 1964 bei Prof. Henri Gastaut in Marseille. Nach siebenjähriger Oberarztzeit an der Technischen Universität München wurde Meier-Ewert 1974 Chefarzt der Hephata-Klinik für Neurologie und Psychiatrie in Schwalmstadt-Treysa, die er bis 1998 leitete. Mitte der 70er Jahre eröffnete Prof. Meier-Ewert im Rahmen eines Forschungsprojektes mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft das erste außeruniversitäre klinische Schlaflabor in Deutschland.

Meier-Ewerts erste Publikation über Protrusionsschienen war ein Poster auf dem europäischen Schlafkongress in München 1984. Weil ihre Wirkung der des Esmarch Handgriffs entspricht, wurden diese Geräte damals Esmarchschienen genannt; dieser Begriff ist heute noch vielen bekannt. Friedrich von Esmarch, 1823-1908, war ein deutscher Arzt und Begründer des Samariter-

wesens in Deutschland. Von 1854-1898 leitete er die chirurgische Universitätsklinik in Kiel und entwickelte wichtige Verfahren, die bis heute angewandt werden, u. a. den Esmarch-Heiberg-Handgriff, der dem Freihalten der Atemwege eines bewusstlosen Patienten dient.

Nach dieser ersten Veröffentlichung über den Einsatz von Esmarchschienen bei Schlafapnoe-Patienten folgten zahlreiche Publikationen aus seiner Arbeitsgruppe zu diesem Thema in dem bis dahin völlig neuen interdisziplinären Grenzbereich zwischen Schlaf- und Zahnmedizin. Zitieren möchte ich aus dem Buch "Sleep Related Disorders and Internal Diseases", eds. Peter, Podszus, von Wiechert, Springer Verlag Heidelberg 1987. Im Kapitel „Treatment of Sleep Apnea by Prosthetic Mandibular Advancement“ schreiben Meier-Ewert und Brosig: „Our results show that prosthetic mandibular advancement is an effective treatment for sleep apnea with immediate improvement in patients with and without retrogenia. It has little or no side effects. It has higher success rates than drug treatment and lower risks than surgery. It is less expensive and less cumbersome than continuous positive airway pressure.“

Auf dem Festabend des 5. Symposiums für zahnärztliche Schlafmedizin in Berlin am 14. Oktober 2005 hat der DGZS-Vorstand den Meier-Ewert-Preis erstmals verliehen. Die Laudatio hielt



Prof. Dr. med. K. Meier-Ewert

das Vorstandsmitglied Dr. Markus Heise, Herne. Der Preisträger Prof. Karlheinz Meier-Ewert schilderte anschließend in seiner Festrede spannend die Entwicklung der Esmarchschiene vor 22 Jahren. Wir bedanken uns auf diesem Wege noch einmal sehr herzlich bei Prof. Meier-Ewert.

Präsidentin der DGZS

Dr. med. dent. Susanne Schwarting,
Kiel

Rede des Preisträgers Prof. Dr. Karlheinz Meier-Ewert am 14. Oktober 2005 in Berlin anlässlich der Verleihung des Meier-Ewert-Preises

*Sehr verehrte Frau Dr. Schwarting,
sehr geehrter Herr Dr. Heise,
meine Damen und Herren.*

Als mich vor einigen Wochen Frau Dr. Schwarting aus Kiel anrief und mir von ihrem Vorhaben erzählte, das uns heute hier zusammengeführt hat, da kam dieser Anruf für mich aus einer fernen Vergangenheit, die mit meinem aktuellen Leben nicht mehr sehr viel gemein hat und ich musste auf dem Speicher einigen Staub schlucken, bis ich die Überbleibsel jener Periode geortet und ausgegraben hatte.

Umso mehr freut es mich, dass unsere Ansicht über die Nützlichkeit einer Schienenbehandlung der Schlaf-Apnoe und des Schnarchens schließlich doch noch Unterstützung gefunden hat, und dass diese Behandlung heute auf der ganzen Welt durchgeführt wird. Nach dem skeptisch-reser-

vierten Echo auf unsere ersten Veröffentlichungen war das nicht unbedingt zu erwarten.

Einer meiner Söhne kleidete damals seinen post-pubertären Vaterprotest in die Worte: Die Esmarch-Schiene sei doch wohl eher eine Lachnummer. Und als Lachnummer wurde diese Behandlung auch von manchen Kollegen eingeschätzt, auch wenn sie das zumindest mir gegenüber nicht so direkt ausdrückten.

Kurz, ein Neurologe, der sich mit Schnarch-Behandlung befasst und Zahnschienen propagiert, der riskierte, in Fachkreisen nicht mehr so ganz ernst genommen zu werden. Um das feine Lächeln der Kollegen locker zu ertragen, war eine gewisse innere Unabhängigkeit von Kollegenmeinungen erforderlich, die ich zum Glück besaß.

Aber auch veröffentlichungstechnisch saß man zwischen allen Stühlen. Alle Zeitschriften, in welchen Neurologen normalerweise publizieren, waren an Mitteilungen über Zahnschienen nicht interessiert.

Eine größere Arbeit über Therapie-Ergebnisse der Esmarch-Schiene bei 58 Apnoepatienten wurde noch Ende der achtziger Jahre sowohl von der Deutschen Medizinischen Wochenschrift als auch von der Zeitschrift Der Nervenarzt abgelehnt, weil die Herausgeber-Gremien nicht einsehen konnten, was Zahnschienen mit Innerer Medizin oder gar mit Neurologie und Psychiatrie zu tun haben sollten.

Soviel zum Thema Erfinder-Frust in Anführungsstrichen, wobei dieser Ausdruck im Hinblick auf meine Person irreführend ist, denn erfunden hat die Esmarch-Schiene nicht der Neurologe, sondern ein Mitglied Ihres Berufsstandes, nämlich mein Freund und Mit-Autor, der Zahnarzt Dr. med. dent. Heinrich Schäfer.

Und das kam so: 1980 hatte ich nach japanischem Vorbild zusammen mit einigen interessierten Patienten in Deutschland eine Selbsthilfegruppe für Narkolepsie ins Leben gerufen. Das Hauptsymptom dieser seltenen Erkrankung sind Einschlafattacken während des Tages. In der Folge wurden uns sehr viele Patienten mit Tagesschläfrigkeit zugewiesen. Nicht alle von ihnen hatten tatsächlich Narkolepsie, eine große Zahl von ihnen litt in Wirklichkeit an Schlafapnoe, für die es damals noch keine optimale Therapie gab. Medikamente waren mehr oder weniger ohne Effekt und das 1. CPAP-Gerät, das wir damals

aus Frankreich importierten, war so groß wie ein Nachttisch und machte einen Lärm wie ein mittlerer Rasenmäher.

Wie sollten wir also unsere vielen Apnoepatienten behandeln?

In dieser misslichen Situation publizierten 1982 Cartwright und Samelson eine Arbeit über die sog. Tongue-retaining device, bei der die Zunge in eine Art von Flaschenhals gesteckt wird und durch ein Vakuum (im Flaschenhals) nach vorn gezogen wird.

Ich war wie elektrisiert und fuhr noch in der gleichen Stunde mit einer Fotokopie dieser Arbeit zu meinem Zahnarzt und rotarischen Freund Dr. Heinrich Schäfer.

Der hatte zwar von Schlafapnoe noch nichts gehört und auch noch nie über eine zahnärztliche Behandlung des Schnarchens nachgedacht, aber er war der geborene Tüfeler und deshalb genau der richtige Mann für mein Problem. Hilfsbereit und aufgeschlossen wie er war, hörte er sich meine Ausführungen an und versprach, über alternative Möglichkeiten einer intraoralen mechanischen Schnarchverhinderung und Apnoetherapie nachzudenken.

Nach einigen Tagen rief er mich an und als ich bei ihm vorsprach, erklärte er mir, dass man das Vorziehen des Zungengrundes eigentlich auch mittels einer Protrusionsschiene erreichen könne, zumindest sollte man diese Möglichkeit testen, denn der Vakuumzug der Tongue-retaining device hatte u. a. den Nachteil, dass nach einigen Stunden die Zunge im Vakuumzug wund wurde und zu schmerzen anfang.

Ich stellte mich für erste Unterkiefer-Protrusions-Versuche zur Verfügung und erhielt nach wenigen Tagen das individuell für mich angefertigte Urmodell dessen, was später als Esmarch-Schiene bekannt geworden ist. Die Benennung Esmarch-Schiene (als Hinweis auf den Esmarch'schen Handgriff) erfolgte übrigens auf ausdrücklichen Wunsch meines Freundes. Sie ist bezeichnend für seine persönliche Bescheidenheit, denn er hätte das Produkt ebenso gut und mit voller Berechtigung Heinrich-Schäfer-Schiene nennen können.

Charakteristisch für das menschliche Niveau meines Freundes war übrigens auch sein verächtliches Desinteresse für den pekuniären Aspekt dieser intraoralen Schnarchbehandlung. Für die

frühen Exemplare der Esmarch-Schiene nahm er einen symbolischen Minimal-Preis. Als später die Nachfrage schließlich so answoll, dass er sie nicht mehr allein befriedigen konnte und deshalb mehrere jüngere Zahnärzte aus dem Ort und der Umgebung miteingeschaltet wurden, da verdreifachte sich der Preis innerhalb aller kürzester Zeit.

Kurz, Heinrich Schäfer war ein Zahnarzt, wie man ihn nicht alle Tage findet und er war ein Mann, auf den die deutschen Zahnärzte stolz sein dürfen.

Ohne ihn stünde ich heute nicht hier. Wäre ich damals mit meinem Anliegen an einen anderen Zahnarzt geraten, wäre möglicherweise alles im Sande verlaufen, denn nur aus unserer jahrelangen freundschaftlichen Zusammenarbeit konnte das entstehen, was schließlich daraus geworden ist. Mir als dem 20 Jahre Jüngeren erwuchs aus dieser Zusammenarbeit eine respektvolle Freundschaft, die bis zu seinem Tode in seinem 94. Lebensjahr eigentlich immer enger geworden ist und an die ich heute noch oft und gerne zurückdenke.

Doch nun zurück zur damaligen aktuellen Situation: Die schwerwiegende Frage, die jetzt anstand, war: Welche Nebenwirkungen hat eine allnächtliche Unterkieferprotrusion für die Kiefergelenke und wie viel Protrusion ist möglich, ohne dass bleibende Schäden verursacht werden?

Bevor ich eine solche experimentelle Therapie einem Patienten vorschlagen konnte, war ein längerer Selbstversuch zwingend erforderlich. Für die nächsten 9 Monate ging ich also allabendlich mit meiner geliebten Esmarch-Schiene zu Bett, rieb mir morgens meine Kiefergelenke und lauschte auf eventuelles verdächtiges Knacken oder andere Vorboten der von Kollegen prophezeiten schwersten Nebenwirkungen, die sich aber glücklicherweise nicht einstellten. Stattdessen ergab die eheliche Fremdbeobachtung, dass das sonst auf mittlere Alkoholexzesse folgende Schnarchen durch die Schiene wirkungsvoll verhindert wurde, was Versuchsperson und Ehefrau erfreut zur Kenntnis nahmen.

Als meine Kiefergelenke auch nach 9 Monaten noch unauffällig funktionierten, wagte ich schließlich, diese experimentelle Therapie einem Patienten anzubieten.

Der erste Patient, dem ich einen solchen Therapie-Versuch seiner schweren Schlafapnoe



Der Vorstand der DGZS mit dem Preisträger (v. li.): Dr. M. Heise, Herne, Dr. A. Hauschild, Heilbronn, Dr. S. Schwarting, Kiel, Preisträger Prof. Dr. K. Meier-Ewert, Dr. Dr. J. Schlieper, Hamburg. Nicht im Bild der zweite Vorsitzende der DGZS Dr. U. Hübers, Offenburg.

vorschlag, kam aus Berlin. Er schnarchte die ganze Nacht mit langen Atempausen und schlief auch tagsüber kontinuierlich, so dass er zu den Mahlzeiten geweckt werden musste.

Die Zustimmung zu diesem Experiment fiel ihm leicht, nachdem er die Alternative in Gestalt unserer französischen „Rasenmäher-CPAP“-Maschine in Augen- und Ohrenschein genommen hatte.

Für ihn wurde also eine 2. Esmarch-Schiene individuell angefertigt und nach wenigen Behandlungsnächten war der Patient tagsüber wach und musste nicht mehr zu den Mahlzeiten geweckt werden. Ich war begeistert, aber die Ehefrau des Patienten fand das Ergebnis eher selbstverständlich, denn dazu war sie schließlich mit ihrem Mann von Berlin nach Treysa gereist. Da durfte man nach ihrer Meinung schon eine umgehende und vollständige Heilung erwarten.

Nach diesem phänomenalen Erfolg wurde ich zuversichtlicher und als die Anmeldeformulare für den 7. Europäischen Schlafkongress in München 1984 ins Haus flatterten, hatten wir mittlerweile 6 Patienten mit und ohne Esmarchschiene im Schlaflabor abgeleitet und Apnoelänge und die in Apnoe verbrachte Gesamtzeit zwischen den Nächten mit und ohne Esmarch-Schiene verglichen. Bei 4 von 6 Fällen lag die Besserung zwischen 60 und 87 %.

Dieses Ergebnis stellten wir im Juli 84 in München und im September 86 auf dem 8. Europäischen Schlaf-Kongress in Szeged vor, ohne dass irgendjemand davon für uns merkbar Notiz genommen hätte.

Als ich im Juni 86 unsere Ergebnisse auf der amerikanischen Sleep Convention in Columbus/Ohio vorstellte, da war am nächsten Morgen unser Foto der Esmarch-Schiene mit einem scharfen Messer aus dem Poster herausgeschnitten. Ebenso stark, wenn auch wesentlich höflicher, war das Interesse in Japan, wo ich im Herbst 86 nach Kurume auf der südlichen Insel Kiushu eingeladen war und anschließend noch verschiedene Universitäten besuchte.

Als ich im Juni 95 anlässlich der 20. Jahrestagung der Japanischen Schlafgesellschaft zum Festvortrag eingeladen war und deshalb wieder nach Kurume kam, war die Protrusionsschiene in Japan bereits als CPAP-Alternative eingeführt und weit verbreitet.

Im Sept. 95, auf dem 2. Kongress der World Federation of Sleep Research in Nassau/Bahamas, wurde zum Thema „orthodontic treatment of sleep apnea“ bereits eine sog. Focusgroup organisiert, wo ich mit Frau Cartwright, Herrn Lowe, Herrn Schmidt-Novara, Herrn Ferguson und anderen Pionieren dieser alternativen Apnoetherapie zusammentraf.

In USA wurde diese neue Behandlungsalternative sehr rasch organisiert, patentiert und kommerzialisiert und so ist die Protrusionsschienenbehandlung schließlich – wie so manche andere Neuerung – auf dem Umweg über Amerika auch wieder nach Deutschland gelangt, worüber man sich nur freuen kann.

Wie Sie alle wissen, ist Schnarchen mit Atempausen bei Männern über 50 sehr weit verbreitet und wird durch Alkoholgenuß intensiv verstärkt.

Viele Millionen Männer und Frauen würden gesundheitlich ganz ohne Zweifel von einer Schienenbehandlung profitieren und ich kann mir eine Zeit vorstellen, wo jeder Mann in seinem Kulturbeutel genau so selbstverständlich wie die Zahnbürste auch seine Protrusionsschiene mit sich führt. Dass das der Volksgesundheit dienen würde, daran besteht für mich persönlich kein Zweifel.

Meine Damen und Herren, bevor ich zum Schluss komme, erlauben Sie mir bitte zweierlei: Ein Dankeswort an meine Mitarbeiter und eine kurze Zusammenfassung meiner Ausführungen für unsere englischsprachigen Gäste.

Wer in einem Landkrankenhaus Forschung betreiben will, muss zunächst einmal Mitarbeiter finden, die dazu willens und in der Lage sind. Und er muss eine Atmosphäre schaffen, in der Forschung überhaupt gedeihen kann. Beides ist mir in Treysa zumindest für einige Jahre gelungen. Damals hingen an den Wänden unseres Schlaflabors unsere Poster in deutscher, englischer und russischer Sprache.

Auch an der Erprobung der Esmarch-Schienen waren viele Mitarbeiter aktiv beteiligt, insbesondere Wolfgang Kloß, Burkhard Brosig, Frank Leu, mein langjähriger Oberarzt und heutiger Nachfolger in der Klinikleitung Prof. Geert Mayer und last not least meine japanischen Gastärzte und unter ihnen vor allem Frau Dr. Mizuma und Prof. Soichiro Miyazaki, der inzwischen in Japan selbst eine Klinik leitet und zum nächstjährigen Tagungspräsidenten der Japanischen Sleep Society gewählt wurde. Ihnen allen gilt mein Dank. Ohne ihre Hilfe wären die mühevollen Dokumentationen über den Effekt der Esmarch-Schiene nicht möglich gewesen.

Heute freut es mich zu sehen, dass unsere Bemühungen aus den 80er Jahren doch noch Spuren im Sand der Zeit hinterlassen haben.

Ich danke der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin für diese Ehrung, eine Ehrung, von der auch meinem Freund Dr. med. dent. Heinrich Schäfer, meinen damaligen Mitarbeitern, unseren japanischen Gastdoktoren und meiner früheren Klinik, der Hephata-Klinik in Schwalmstadt-Treysa ein gebührender Anteil zukommt.