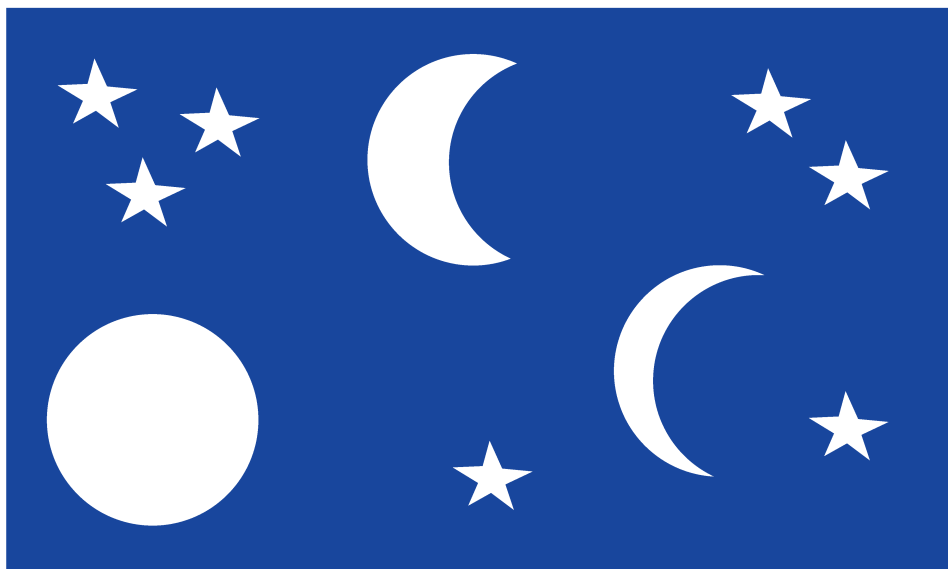


Schlafapnoe Aktuell



**Fachzeitschrift für
Apnoiker, Ärzte, Schlaflabore,
Krankenkassen und Hilfsmittelhersteller**

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

VdK

Fachverband Schlafapnoe -
Chronische Schlafstörungen



23

April 2006

Inhalt

| | |
|--|----|
| Impressum | 4 |
| Immer mehr Menschen mit Schlafstörungen | 5 |
| Bericht über die 13. Jahrestagung der DGSM und die 1. Jahrestagung der WASM in Berlin | 6 |
| Bundestag verabschiedet Arzneimittelsparpaket | 8 |
| Präventionsgesetz kann 2006 nicht in Kraft treten | 10 |
| Therapie-Compliance in Abhängigkeit vom Positiv-Druckverfahren | 11 |
| Methoden zur Verbesserung der compliance der Positivdruckbeatmung bei schlafbezogenen Atmungsstörungen | 13 |
| Unterschätzte Gefahr auf deutschen Straßen ⇒ Ankündigung Aktionstag | 14 |
| Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) | 16 |
| Behinderten WC-Schlüssel | 21 |
| „Wenn das Sandmännchen versagt“ – Schlaflos in der Nacht Das Schlaflabor der Westfälischen Klinik Lengerich | 22 |
| Zuzahlungsbefreiung: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze im Jahr 2006 | 25 |
| Patientenkongress „Volkskrankheit Schlafapnoe“ in Gerlingen Schulterschluss für mehr Prävention | 28 |
| Stromausfall und damit verbundene Ausfälle von Atemtherapie-Geräten | 31 |
| Neues Internetportal für Patienten mit Schlafstörungen | 32 |
| Müde trotz Überdrucktherapie bei Schlafapnoe? | 33 |
| Auf Lautstärke von Sauerstoff-Konzentrator achten | 34 |
| Langzeitcompliance bei CPAP | 35 |
| Lebensqualität unter Nasal-Continuous-Positive-Airway-Pressure-Therapie (nCPAP) | 36 |

| | |
|---|--------|
| Lebensqualität vor und unter nCPAP-Therapie | 37 |
| Anerkennung der Gemeinnützigkeit und Spendenrecht | 39 |
| Mehr als zwei Millionen Menschen profitieren von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke | 51 |
| Neue Gesundheitsinformationen im Internet vorgestellt | 52 |
| Rehabilitation als Generationenmodell | 54 |
| Neuropsychologische Einschränkungen und deren Reversibilität | 55 |
| Ist zu wenig Eisen im Gehirn eine Ursache von RLS? | 56 |
| Didgeridoo-Spielen kann gegen Schnarchen helfen | 57 |
| Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) | 58 |
| Feststellung einer Behinderung | 61 |
| Termine 2006 | 73-88 |
| Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/ Chronische Schlafstörungen | 89-101 |
| Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe | 102 |

Impressum

Herausgeber: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Fon 02 28/8 20 93-0, Fax 02 28/8 20 93-46,
www.vdk-schlafapnoe.de, info@vdk-schlafapnoe.de

Verantwortlich: Josef Müssenich, Bundesgeschäftsführer

Redaktion: Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Anja Engnath, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung
des Fachverbandes wieder. Manuskripte ohne Rückporto werden nicht
zurückgesandt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und anderes
Material wird keine Gewähr übernommen. Für Anzeigen ist die Zeitschrift
nur Werbeträger. Eine Sachempfehlung des Herausgebers ist mit der Ver-
öffentlichung der Anzeigen nicht verbunden.

Immer mehr Menschen mit Schlafstörungen

Weltkongress in Berlin

Die Zahl der Menschen mit Schlafstörungen nimmt zu. In Berlin zum Beispiel klagen inzwischen 13 Prozent der Bewohner über Schlafstörungen. Darauf haben Schlafexperten aus Anlass des Weltkongresses für Schlafmedizin in Berlin aufmerksam gemacht. Vom 13. bis 15. Oktober 2005 fand zunächst die 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) und daran anschließend der erste Weltkongress der World Association of Sleep Medicine (WASM) statt.

„Schlafstörungen werden in den westlichen Industrienationen häufiger“, so Tagungsleiter Privatdozent Dr. Ingo Fietze vom Schlafmedizinischen Zentrum der Charité Berlin. Dies hänge damit zusammen, dass die beruflichen und sozialen Anforderungen zunähmen, und dass vielen Menschen ein „Abschalten“ am Tagesende zunehmend schwer falle.

Besonders ausgeprägt sei das Problem in Großstädten wie Berlin, wo 13 Prozent der Bewohner angeben, unter Schlafstörungen zu leiden. Berlin sei damit Spitzenreiter in Deutschland, so Fietze. In ländlichen Regionen Bayerns, Baden-Württembergs oder Thüringens liege der Anteil bei einem Prozent.

Wissenschaftlich habe die Schlafmedizin in den letzten Jahren deutlich an Dynamik gewonnen, wie Professor Thomas Penzel aus Marburg ausführte. So wurden die genetischen Grundlagen der Narkolepsie entschlüsselt. Das Syndrom der unruhigen Beine wurde als schlafabhängige Störung beschrieben und Therapien etabliert.

Auch beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom, gebe es neue Erkenntnisse. So sei kürzlich erstmals belegt worden, dass die nächtliche CPAP-Behandlung die kardiovaskuläre Sterblichkeit senken könne. Weiteren Auftrieb erhoffen sich die Schlafmediziner durch die seit 2005 etablierte Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“.

(Quelle: Ärztezeitung online, 18.10.2005)

Bericht über die 13. Jahrestagung der DGSM und die 1. Jahrestagung der WASM in Berlin, 13. bis 18. Oktober 2005

Beide Veranstaltungen wurden vom Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen im Sozialverband VdK Deutschland mit einem mehrköpfigen Team, bestehend aus den Ehepaaren Möller und Wagner sowie den Damen Gabriele Kaenders und Otilie Wichter und den Herren Müller und Himmighoffen, beschickt. Der im Kongresszentrum bcc am Berliner Alexanderplatz aufgebaute Info-Stand fand großen Anklang und war eine gute Werbung für den VdK und seine Selbsthilfeaktivitäten.

Die Besucherzahlen während der ersten drei Tage des DGSM-Kongresses waren gut, wurden aber von dem Interesse während des internationalen WASM-Kongresses noch übertroffen. In den Gesprächen mit den internationalen Gästen aus Europa und Übersee war festzustellen, dass in vielen Ländern, die bereits über schlafmedizinische Zentren für die Behandlung von Schlafstörungen verfügen, noch keine oder nur wenige Selbsthilfegruppen tätig sind, dass aber das Interesse an dieser Arbeit groß ist. Verschiedene Besucher werden wahrscheinlich an uns herantreten, um evtl. von uns Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen anzufordern. Ein großer Anziehungspunkt war die von unserem Verband hergestellte Plakatwand und das Plakat mit dem Motto „Hinter jeder Maske steht ein Mensch“. Einer Reihe von Besuchern wurde auf Wunsch das Plakat zum Aushängen in Ihren Kliniken ausgehändigt. Außerdem wurde von uns wiederholt auf die Internetseite des VdK und den link zu unserem Fachverband hingewiesen, um sich dort weiter zu informieren.

Beide Kongresse standen unter dem Motto „Der Traum vom erholsamen Schlaf“ und wurden insgesamt von 1.800 Teilnehmern besucht, wobei auf den Weltkongress allein ca. 1000 entfielen. Die Jahrestagung der DGSM (Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin) fand vom 13. bis 15. Oktober 2005 statt und umfasste am ersten Tag Arbeitsgruppensitzungen zu verschiedenen Themen der Schlafmedizin sowie am Abend die feierliche Kongresseröffnung mit einem Festvortrag von Prof. Eckart Rüther aus Göttingen zu seinem historischen Beitrag zur Schlafmedizin in Deutschland und der Verleihung der Nachwuchsförderpreise an zwei junge Schlafmediziner. Der

Abend wurde mit einem Begegnungstreffen aller Teilnehmer in einem Restaurant in der Nähe des Kongressgebäudes beschlossen. Die beiden folgenden Tage waren mit Symposien und Vorträgen zu allen Themen der Schlafstörungen und ihrer Behandlung angefüllt, wobei auch Themen zu Narkolepsie und Restless-Legs-Syndrom (RLS) große Bedeutung zukamen. Während des Kongresses war auch erstmalig die DGSZ (Deutsche Gesellschaft Schlaftherapeutisch tätiger Zahnmediziner) mit einem eigenen Symposium vertreten.

Der gemeinsame Gesellschaftsabend von DGSM und WASM in der Ullstein-Halle der Axel Springer-Passage beschloss den DGSM-Kongress und leitete zum Gründungskongress der WASM (World Association of Sleep Medicine) über. Der WASM-Kongress dauerte vom 16. bis 18. Oktober und war vor allem durch die Vorträge zum Beitrag der US-Schlafmedizin geprägt, beschäftigte sich aber auch in starkem Maße mit den Entwicklungen in anderen Ländern und gewährte Ausblicke auf die zukünftige Entwicklung. Auch hier fanden Narkolepsie und RLS großen Raum in den Beiträgen.

Während der Kongresstage fand in der Eingangshalle des Bundesgesundheitsministeriums am 14.10.2005 zwischen 16:00 und 18:30 Uhr ein Bürgerforum statt, an dem Schlafmediziner verschiedener Ausrichtung, Vertreter von Selbsthilfegruppen für Schlafstörungen, RLS und Narkolepsie sowie Firmen aus Industrie und Gewerbe teilnahmen. Diese Veranstaltung wurde von ca. 500 Gästen besucht und die teilnehmenden Partner waren mit Ständen vertreten, auf denen sie ihre Organisationen und Firmen vorstellen konnten. Die Mediziner und Selbsthilfevertreter erhielten auch Gelegenheit zu einer kurzen Vorstellung auf dem Rednerpodium. Im Anschluss an die mündliche Einführung gab es Gelegenheit zu ausführlichen Gesprächen, die auch von den Besuchern ausgiebig wahrgenommen wurde.

Auf drei Plätzen Berlins gab es von Donnerstag, den 13.10. bis Samstag, den 15.10.2005 Gelegenheit, sich an Beratungsständen der Selbsthilfegruppen zu beteiligen und unsere Gruppe präsentierte sich am Potsdamer Platz mit unserem Motto „Hinter jeder Maske steht ein Mensch“. Dort erwiesen sich die Patientenbilder ebenfalls als großer Anziehungspunkt und das Interesse der vorbeikommenden Passanten war groß.

Insgesamt gesehen waren es für alle Beteiligten interessante und erfahrungsreiche Kongresse und für uns als Selbsthilfeorganisation war

u. a. besonders das Gespräch mit internationalen Besuchern wichtig, um etwas über die Verhältnisse auf dem schlafmedizinischen Sektor im Ausland zu erfahren. Ein Nachteil der Veranstaltung war, dass die beiden Kongresse in kurzem Abstand hintereinander stattfanden, was für manche Besucher und Aussteller, die auf beiden anwesend sein wollten, eine zu lange Zeit war. Dies wird zukünftig sicher vermieden werden, da der WASM-Kongress nur im Abstand von zwei Jahren und dann in unterschiedlichen Ländern (2007 in Bangkok) stattfinden wird.

(Quelle: Helmut Himmighoffen, SHG Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main / Reinhard Müller, Bundes- und Hessischer Landessprecher, SHG Kassel- und Land)

Bundestag verabschiedet Arzneimittelsparpaket

Am 1. April tritt das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, kurz AVWG) in Kraft. Es zielt darauf, die stark steigenden Arzneimittelausgaben einzudämmen. Das Gesetz traf auf erheblichen Widerstand der Ärzte, aber auch Krankenkassen und Patientenorganisationen äußerten Kritik an einzelnen Bestandteilen des Gesetzes.

Die Regelungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes im Einzelnen:

- Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 gilt ein zweijähriger Preisstopp, jedoch nur für Arzneimittel die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.
- Die Festbetragsregelung wird neu justiert. Festbeträge sind Obergrenzen für die Erstattung von Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Festbeträge für Arzneimittel werden abgesenkt.
- Arzneimittel mit Preisen von 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags können durch Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen von der Zuzahlung befreit werden.
- Die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken wird unterbunden. Apotheken hatten bisher die Mög-

lichkeit, kostenlose Packungen anzunehmen und zum vollen Listenpreis weiter zu verkaufen. Der Ausschluss von Naturalrabatten soll die Transparenz verbessern und den Preiswettbewerb im Arzneimittelmarkt zum Vorteil der Verbraucher und der Krankenversicherungen fördern.

- Für Arzneimittel im Generika fähigen Markt, also für patentfreie Arzneimittel mit gleichen Inhaltsstoffen, die von mehreren Unternehmen angeboten werden, wird ein Rabatt in Höhe von 10 Prozent des Herstellerabgabepreises erhoben. Dieser Rabatt ist für die Hersteller in der Regel belastungsneutral, weil der Rabatt dem Gegenwert der bisher gewährten Naturalrabatte entspricht, die durch dieses Gesetz abgeschafft werden.
- Die Ärzte sollen künftig stärker in die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneiverordnungen genommen werden (sogenannte Bonus-Malus-Regelung). Deshalb sollen künftig Zielvorgaben für die Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel gelten. Die Preiswürdigkeit der Arzneimittel in bestimmten Gruppen kann bestimmt werden mit Hilfe sogenannte Durchschnittskosten pro definierter Dosiereinheit auf Basis definierter Tagesdosen (DDD). Die definierten Tagesdosen sind durch eine amtliche Klassifikation vorgegeben, an deren Vorbereitung auch Vertreter pharmazeutischer Unternehmen beteiligt sind. Die Einzelheiten dieser Zielvorgaben für DDD-Kosten sollen von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene durch Vertrag vereinbart werden. Die Selbstverwaltung auf Landesebene erhält die Möglichkeit, diese Zielvorgaben durch eine regionale Vereinbarung abzulösen. Dabei erhalten die regionalen Vertragspartner den notwendigen Spielraum, um bei der Ausgestaltung der Verträge flexibel und kreativ sein zu können. Voraussetzung ist dafür nur, dass eine vergleichbare Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnung erreicht wird und verbindliche Ausgleichsverpflichtungen vorgesehen werden für den Fall, dass die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden.
- Die Praxissoftware in der Arztpraxis muss künftig manipulationsfrei sein. Damit wird insbesondere die weit verbreitete Praxis unterbunden, Ärzten kostenlose Software zu liefern, die bei der Auswahl von Arzneimitteln einen bestimmten Hersteller bevorzugt.
- Die Krankenhäuser sollen bei der Entlassmedikation auf Wirtschaftlichkeit achten.

Während der Sozialverband VdK Deutschland die Zuzahlungsbefreiung bei niedrig preisigen Arzneimitteln begrüßt, befürchtet er durch die massive Absenkung der Festbeträge und die Bonus-Malus-Regelung eine Verschlechterung der Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen. „Durch das Sparpaket droht den Patientinnen und Patienten eine weitere Erhöhung der Zuzahlung von bis zu 65 Prozent der Kosten für bestimmte Arzneimittel. Das kann im Einzelfall mehrere Hundert Euro pro Packung betragen, die nicht unter die Härtefallregelung fallen“, erklärte der Präsident des Sozialverbandes VdK Deutschland, Walter Hirrlinger. Da anders als früher nicht ein einzelner Hersteller, sondern viele Unternehmen von der Absenkung der Festbeträge betroffen sind, fürchtet der Sozialverband VdK, dass sie nicht wie bisher ihre Preise auf das Niveau der Festbeträge absenken. Die Differenz zwischen Festbetrag und Preis muss dann der Patient zahlen.

Hirrlinger kritisierte auch die Malusregelung für Ärzte: „Unter den geplanten Strafzahlungen für Ärzte, die zu viele Arzneimittel verordnen, werden vor allem chronisch kranke Patienten zu leiden haben. Werden die Tagestherapiekosten zu niedrig angesetzt, wächst für die Ärzte der Anreiz, teure Patienten loszuwerden. Diese stehen dann ohne die notwendige Versorgung da.“ Ein Patient, der ein teureres Medikament nehme oder mehr als der Durchschnitt verbrauche, werde in Zukunft kaum mehr einen Arzt finden, der ihm entsprechendes verordne.

Der Sozialverband VdK wird die Auswirkungen des Sparpaketes in der Versorgungspraxis sehr genau beobachten.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Präventionsgesetz kann 2006 nicht in Kraft treten

Das Präventionsgesetz wird voraussichtlich in diesem Jahr nicht mehr verabschiedet werden können. Das erklärte ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums am Rande des so genannten G-Gipfels in Berlin.

Das geplante Gesetz soll die Gesundheitsvorsorge über Bewegungsprojekte und Sportangebote in der Bevölkerung verstärken und damit

die gesetzlichen Krankenkassen entlasten. Ein erster Gesetzesentwurf der rot-grünen Bundesregierung war im Sommer 2005 im Bundesrat gescheitert. Wie Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) mitteilte, stehen in ihrem Ressort andere aktuelle gesundheitspolitische Gesetzeswerke zur Beschlussfassung an. «Ich hoffe aber, dass das Präventionsgesetz bald auf den Weg kommt. Mit einer vernünftigen Prävention können wir weit über 20 Milliarden Euro jährlich einsparen», sagte die Ministerin.

Schmidt gab in Berlin den Jahresauftakt zur Kampagne «Bewegung und Gesundheit». Drei Millionen Euro stehen dafür im Etat ihres Ministeriums zur Verfügung, drei Millionen Euro wurden für das Projekt bereits im Vorjahr ausgegeben. «Ich hoffe, dass unsere Initiative so erfolgreich wird, wie die Trimm-Dich-Kampagne des Deutschen Sportbundes in den 70er Jahren», sagte die Ministerin. DSB-Präsident Manfred von Richthofen, der gemeinsam mit der Schauspielerin Senta Berger und anderen Prominenten am G-Gipfel in Berlin teilnahm, wurde in den Kampagnen-Beirat berufen.

(Quelle: dpa-Meldung vom 13.02.2006)

Therapie-Compliance in Abhängigkeit vom Positiv-Druckverfahren

Autor: Randerath WJ

*Institut für Pneumologie an der Universität Witten/Herdecke,
Klinik für Pneumologie und Allergologie, Zentrum für Schlaf- und
Beatmungsmedizin, Krankenhaus Bethanien, Solingen*

Das wichtigste Problem in der Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) stellt die unzureichende Nutzung der Positivdruck-Therapie dar. Die regelmäßige Therapie-Nutzung beeinflusst jedoch die kardiovaskuläre Mortalität der OSAS-Patienten. Ursachen für die unbefriedigende Compliance werden darin gesehen, dass der Behandlungsdruck insgesamt als zu hoch empfunden werden kann oder dass er in der fixierten Form (CPAP) nicht an den wechselnden Bedarf nach Atemzyklus, Körperlage, Schlafstadium oder Nacht-zu-Nacht-Variabilität angepasst ist. Daher wurden Modifikationen der CPAP-Therapie entwickelt, bei denen der Positivdruck in Expiration und Inspiration auf unterschiedliche, aber festgelegte Niveaus einge-

stellt wird (Bilevel-Therapie) oder in der Expiration variabel abgesenkt wird (C-flex). Darüber hinaus stehen verschiedene Verfahren der automatischen CPAP- Therapie (APAP) zur Verfügung, die den Positivdruckverfahren dem aktuellen Obstruktionsgrad anpassen. Diese erfassen den Atemfluss, die Abflachung der inspiratorischen Flusskurve, das Schnarchen oder messen direkt den Widerstand der oberen Atemwege mit der forzierten Oszillationstechnik.

Trotz der breiten Anwendung der Bilevel-Therapie liegen nur begrenzte wissenschaftliche Daten im Vergleich zu CPAP, insbesondere auch zur Langzeitanwendung beim OSAS vor. Für die C-flex-Behandlung wurden jüngst widersprüchliche Daten auch zur Compliance aus kontrollierten Studien vorgelegt. Mit verschiedenen APAP-Systemen konnte eine gleiche Effektivität in der Beseitigung respiratorischer Störungen wie unter konstantem CPAP nachgewiesen werden. Dies gelang bei einer Verminderung des mittleren Behandlungsdruckes um bis zu 2-3 mbar.

Während sich in einzelnen Studien eine Verbesserung der Compliance zeigen ließ, blieben andere ohne signifikanten Unterschied. Die Patienten gaben reproduzierbar eine wesentliche höhere Präferenz zugunsten der APAP-Therapie an. Neueste APAP-Modifikationen kombinieren verschiedene Messparameter und erreichen damit eine Verminderung von artifiziellen Druckveränderungen und erlauben eine bessere Differenzierung der verschiedenen respiratorischen Störungen. Dazu stehen Daten zur Verbesserung der Compliance noch aus. Wenn APAP auch der konstanten CPAP-Therapie gegenüber in der Effizienz mindestens gleichwertig ist, so kann jedoch derzeit ein genereller Compliance-Vorteil noch nicht angegeben werden. Sie sind jedoch in bestimmten Situationen (hohe Druckvariabilität, hoher Druckbedarf, hohe Lage- und Schlafstadienabhängigkeit oder Nacht-zu-Nacht-Variabilität) dem konstanten CPAP gegenüber vorzuziehen. In einer Untersuchung bei unter konventionellem CPAP nicht zu behandelnden Patienten erwiesen sich Bilevel und APAP als gleich wirksam. Durch die Nutzung der beiden Formen konnte die Zahl der Therapieversager stark vermindert werden. Sie stellen damit eine wesentliche und sinnvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums dar.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Methoden zur Verbesserung der Compliance der Positivdruckbeatmung bei schlafbezogenen Atmungsstörungen

Autor: Nilius G

*Klinik für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin
Kooperierende Klinik der Universität Witten/Herdecke*

Die nächtliche Überdruckbeatmung stellt den Goldstandard in der Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen dar. Schwere, bedrohliche Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Ein hoher Anteil der Patienten klagt jedoch über subjektiv sehr störende Nebenwirkungen. Hierdurch ist die Langzeitcompliance deutlich eingeschränkt. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Versuche unternommen durch Verbesserungen der Beatmungsmaschinen, der Befeuchtung oder des Interface mit modifizierten nasalen, nasooralen oder oralen Masken die Compliance zu verbessern.

Bei all diesen Bemühungen ist bisher jedoch noch kein entscheidender Durchbruch erreicht worden.

Befeuchtung Beschwerden im Mund-Rachenbereich sind die häufigsten Nebenwirkungen. Eine aktive Warmluftbefeuchtung scheint die Beschwerden zu mindern und die Compliance zu verbessern.

Leckage Eigene Daten weisen daraufhin, dass Leckage (Maskenleckage oder Mundatmung) eine Verminderung der Compliance zur Folge hat.

Soziale Faktoren Allein lebende Patienten und Patienten, die kürzlich ein schweres Lebensereignis erlitten hatten, zeigten signifikant kürzere Nutzungszeiten.

Psychologische Faktoren Patienten mit einem hohen Angst oder Depressionsscore nutzen die Therapie ebenfalls deutlich schlechter.

Verbesserung der Tagessymptomatik Die Compliance ist bei den Patienten deutlich schlechter, die nur eine geringe Tagesschläfrigkeit oder geringe subjektive Verbesserungen unter CPAP verspüren.

Nebenwirkungen Daten aus der Literatur belegen, dass gerade die ersten Erfahrungen im Schlaflabor von entscheidender Bedeutung für die weitere CPAP-Compliance sind. Treten zu Beginn der Therapie

subjektiv sehr störende Probleme auf, so ist auf Dauer die Nutzung deutlich schlechter bzw. die Therapie wird beendet.

Schulungsmaßnahmen In verschiedenen Studien erwies sich eine aktive Unterstützung durch das Schlaflaborteam als hilfreich. Für Programme mit einer Videoschulung oder einer Gruppenunterweisung alle sechs Monate konnten in Studien ebenfalls eine Verbesserung der Compliance nachgewiesen werden. Günstig für eine hohe CPAP-Compliance erwies sich eine psychische Grundhaltung, die von den Psychologen als aktive Coping-Strategie bezeichnet wird. Diese Einstellung ist durch ein planvolles Herangehen an neue Lebenssituationen und der Bereitschaft zur Konfrontation mit den Lebensrisiken gekennzeichnet. Daher sollten Patienten im Aufbau aktiver Coping Strategien gefördert werden. Dafür sollten mit dem Patienten detaillierte und konkrete Pläne zur Anpassung an die CPAP-Therapie und der Lösung von eventuell auftretenden Problemen besprochen werden.

Schlussfolgerung Eine hohe Langzeitcompliance der CPAP-Therapie erfordert die Berücksichtigung zahlreicher Faktoren. Beschwerden im Nasen oder Rachenbereich erfordern eventuell eine aktive Warmluftbefeuchtung, die Ursachen einer Leckage müssen geklärt werden. Eine hohe Langzeitcompliance erfordert einen aufgeklärten und optimal informiert und betreuten Patienten. Um dies zu gewährleisten, muss eine hohe schlafmedizinische Kompetenz vorhanden sein.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Unterschätzte Gefahr auf deutschen Straßen

Aktionstag macht Sekundenschlaf im Straßenverkehr zum Thema

„Hellwach ohne Sekundenschlaf“, das ist das Motto eines bundesweiten Aktionstages zum Sekundenschlaf im Straßenverkehr am 5. April 2006. Der Aktionstag wird veranstaltet vom VdK – Fachverband Schlafapnoe, dem größten Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Schlafapnoe und chronischen Schlafstörungen.

Übermüdung und Einschlafen ist eine häufige Ursache schwerer Verkehrsunfälle. Nach einer Studie des Verkehrsclubs von Deutschland ist Sekundenschlaf die Ursache für jeden dritten Unfall - oft mit tödlichem Ausgang!

Ursache für den Sekundenschlaf am Steuer sind nicht nur kurzfristiger Schlafmangel oder zu lange Lenkzeiten. Eine wachsende Zahl von Menschen findet nachts keine Ruhe, weil sie an einer chronischen Schlafstörung wie Schlafapnoe leiden. Bei einer Schlafapnoe treten nachts Atemaussetzer auf, die bis zu drei Minuten dauern können - und davon bis zu 300 pro Nacht. Der Körper wird alarmiert und findet keine Ruhe. Viele Menschen bemerken von diesen Atemaussetzern nachts nichts und können sich ihre Tagesmüdigkeit nicht erklären.

Gefährdet sind insbesondere Berufskraftfahrer: Geht man von einer Häufigkeit der Schlafapnoe von 4 Prozent aus, so fahren auf unseren Straßen etwa 56.000 Berufskraftfahrer, die - oft ohne es zu wissen - an dieser Erkrankung leiden und ein erhebliches Unfallrisiko darstellen. Eine Behandlung der Schlafapnoe ist mit Hilfe einer nCPAP-Therapie recht einfach möglich, so dass auch betroffene Fernfahrer ihren Beruf ohne erhöhtes Unfallrisiko ausüben können.

Dieser alarmierende Befund hat den VdK-Fachverband Schlafapnoe veranlasst, das Thema Sekundenschlaf im Straßenverkehr durch einen bundesweiten Aktionstag in den Blickpunkt der Öffentlichkeit zu rücken. Über 50 Selbsthilfegruppen sind an diesem Tag im Einsatz, um gemeinsam mit der Polizei Fernfahrer über die Erkrankung zu informieren. In regionalen Veranstaltungen werden Fachleute aus der Medizin und dem Verkehrsbereich sowie Betroffene über Sekundenschlaf diskutieren.

Der VdK-Fachverband Schlafapnoe fordert das Verkehrsministerium auf, das Screening von Schlafapnoe bei der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung von Berufskraftfahrern verpflichtend vorzuschreiben. Dazu ist die Diagnostik mit einem portablen Messgerät erforderlich. Pläne, die Berufskraftfahrer bloß durch den Arbeitsmediziner befragen zu lassen, greifen zu kurz. Nur durch ein richtiges Screening lässt sich der Sekundenschlaf im Straßenverkehr eindämmen.

Weitere Informationen bekommen Sie bei Ihrer Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe.

(Quelle: Jens Kaffenberger, VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL)

Von *Andreas Bensch*

Es existieren eine Vielzahl von Leistungen, die für den einzelnen Versicherten unter Umständen wünschenswert sind, die aber das Maß des Notwendigen überschreiten. Solche Wunsch- oder Zusatzleistungen dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Man bezeichnet diese Leistungen auch als Individuelle Gesundheitsleistungen. Auf Initiative von Ärzten und Ärztenverbänden wurden diese Leistungen in der IGEL-Liste zusammengestellt. Sie können diese Leistungen selbstverständlich in Anspruch nehmen, jedoch nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft sondern auf private Rechnung. Da viele Menschen in den letzten Wochen von Ihren Ärzten Rechnungen für diese Leistungen erhalten haben, halte ich es für wichtig, diese Liste zu veröffentlichen.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Leistungen:

I. Vorsorge-Untersuchungen

- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“)
- Ergänzung der Gesundheitsuntersuchung um Belastungs- und/oder Ruhe-EKG sowie weitere Laboruntersuchungen („Checkup-Ergänzung“)
- Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr („Kinder-Intervall-Check“)
- Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten („Facharzt-Check“)
- Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung („General-Check“)
- Sonographischer Check-up der inneren Organe („Sono-Check“)
- Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- Lungenfunktionsprüfung zur Früherkennung (z. B. im Rahmen eines „General-Check“)
- Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs
- Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren

- Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggf. transrektaler Sonographie
- Hirnleistungs-Check („Brain Check“) zur Früherkennung von Demenzen
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter
- Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie

2. Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf

- Reisemedizinische Beratung, einschl. Impfberatung
- Reisemedizinische Impfungen
- Sportmedizinische Beratung
- Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung
- Sportmedizinischer Fitness-Test
- Eignungsuntersuchungen (z. B. für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport)
- Ärztliche Berufseingangsuntersuchung

3. Medizinisch-kosmetische Leistungen

- Medizinisch-kosmetische Beratung
- Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung
- Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
- Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung)
- Epilation von Haaren außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht
- Ästhetische Operationen (z. B. Facelifting, Nasenkorrektur, Lidkorrektur, Brustkorrektur, Fettabsaugung)
- Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Beseitigung von Besenreiser-Varizen
- Entfernung von Tätowierungen
- Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs
- UV-Bestrahlungen aus präventiven Gründen

4. Umweltmedizin

- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese
- Eingehende umweltmedizinische Beratung
- Umweltmedizinische Wohnraumbegehung
- Umweltmedizinische Schadstoffmessungen
- Umweltmedizinisches Biomonitoring
- Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes
- Umweltmedizinisches Gutachten

5. Psychotherapeutische Angebote

- Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation
- Selbstbehauptungstraining
- Streßbewältigungstraining
- Entspannungsverfahren als Präventionsleistung
- Biofeedback-Behandlung
- Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren
- Verhaltenstherapie bei Flugangst

6. Alternative Heilverfahren

- Akupunktur (z. B. zur Schmerzbehandlung, Allergiebehandlung)

7. Ärztliche Serviceleistungen

- Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der kassenärztlichen Pflichten auf Wunsch des Patienten (z. B. Bescheinigung für den Besuch von Kindergarten, Schule oder Sportverein oder bei Reiserücktritt)
- Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)
- Ärztliche Begutachtung zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit auf Wunsch des Patienten
- Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten
- Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung
- Gruppenbehandlung bei Adipositas

- Raucherentwöhnung
- Beratung zur Zusammenstellung und Anwendung einer Hausapotheke
- Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Lifestyle-Arzneimitteln außerhalb der GKV-Leistungspflicht

8. Labordiagnostische Wunschleistungen

- Blutgruppenbestimmung auf Wunsch
- Anlassbezogener Labor-Teiltest auf Patientenwunsch (z. B. Leberwerte, Nierenwerte, Blutfette, Sexualhormone, Schilddrüsenfunktion, HIV-Test)
- Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels 13C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (z. B. AFP, Toxoplasmose, Triple-Test zur Risikoabschätzung des M. Down)
- Tests zum Ausschluss von Metall-Allergien (z.B. auch Amalgam) ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise

9. Sonstige Wunschleistungen

- Kontaktlinsen-Anpassung und- Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung
- Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität
- Künstliche Befruchtung außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“)
- Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose
- Injektion eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten (z. B. Vitamin- und Aufbaupräparate, knorpelschützende Substanzen)
- Vorhautbeschneidung ohne medizinische Indikation
- IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation

- Andrologische Diagnostik (Spermiogramm) ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation
- Medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung (z. B. bei HWS-Schleudertrauma)

10. Neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- Refraktive Hornhautchirurgie zur Behandlung der Kurzsichtigkeit
- Bright-light-Therapie der saisonalen Depression
- Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen
- Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik und-therapie zur Rehabilitation nach Sportverletzungen und Operationen am Bewegungsapparat
- Apparative isotonische Muskelfunktionsdiagnostik und-therapie (z. B. MedX-Therapie)
- Auflichtmikroskopische Untersuchung zur Differentialdiagnose von Hautveränderungen Bitte trennen Sie hierbei die „Kassenleistung“ von diesen Angeboten Ihrer Ärzte. Alle Angebote sind von den Ausschüssen der Krankenkassen und Ärzten geprüft und haben aus irgendwelchen Gründen keine Kassenzulassung erhalten. Die Preise können individuell festgelegt werden.

Nicht alle Zusatzleistungen sind aber sinnvoll. Deshalb sollten Patientinnen und Patienten zusätzliche Therapie- oder Diagnosevorschläge von Ärzten kritisch prüfen. Sie sollten sich die Leistung genau erklären lassen und nachfragen, warum sie der Arzt für sinnvoll hält. Vor der Leistungsinanspruchnahme sollten sich die Versicherten bei ihren Krankenkassen erkundigen, ob es tatsächlich keine Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Krankenkasse gibt. Und schließlich ist zu empfehlen, sich einen schriftlichen Kostenvoranschlag geben zu lassen. Da die Ärzte die Leistungen privat abrechnen können, sollten Patientinnen und Patienten die Preise kritisch prüfen.

(Quelle: Andreas Bensch, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Kassel)

Behinderten WC-Schlüssel

Der Schlüssel passt an Autobahntoiletten, an Toiletten vieler Städte in der Bundesrepublik, in Österreich, der Schweiz und bereits in einigen weiteren europäischen Ländern. Wir sind darauf bedacht, dass der Schlüssel Behinderten ausgehändigt wird, die auf behindertengerechte Toiletten angewiesen sind.

Das sind: schwer Gehbehinderte; Rollstuhlfahrer; Stomaträger; Blinde; Schwerbehinderte, die hilfsbedürftig sind und gegebenenfalls eine Hilfsperson brauchen; an Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa erkrankte und Menschen mit chronischen Blasen- / Darmleiden. Auf jeden Fall erhalten Sie einen Schlüssel, wenn Sie einen GdB (Grad der Behinderung) von mindestens 70 im Schwerbehindertenausweis haben. Bei Vorliegen der Merkzeichen aG, B, H, oder BL erhalten Sie den Schlüssel unabhängig vom GdB.

Um Missbrauch zu vermeiden, bitten wir bei der Bestellung des EURO-Schlüssels um Zusendung einer Kopie des Schwerbehindertenausweises, bei Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa um einen ärztlichen Nachweis. Bestellungen über 3 Schlüssel werden nur bearbeitet, wenn diese von einem - nachweislich gemeinnützigen Verein, – Selbsthilfegruppe oder – Organisation bestellt werden.

Gern können Sie den Schlüssel auch per Post bestellen.

Informationen bezüglich der Zusendung des Schwerbehindertenausweises an den CBF Darmstadt erhalten Sie während des Bestellvorgangs.

| Rabatte | |
|----------------|--------------|
| ab 10 Stück | 6.5% Rabatt |
| ab 20 Stück | 13.5% Rabatt |
| ab 30 Stück | 20% Rabatt |
| ab 50 Stück | 26.5% Rabatt |

Anschrift:

CBF Darmstadt e.V.
Pallaswiesenstr. 123a
64293 Darmstadt

E-Mail:

info@cbf-darmstadt.de

Telefon:

(06151) 81 22 – 0

Telefax:

(06151) 81 22 - 81

Kontodaten:

Postbank Frankfurt

Konto-Nr.: 131415601

Bankleitzahl: 50010060

(Quelle: <http://www.cbf-da.de> / Siegward H. Grahner, SHG Schlafapnoe e.V. Hagen)

„Wenn das Sandmännchen versagt“ - Schlaflos in der Nacht ⇨ Das Schlaflabor der Westfälischen Klinik Lengerich

Eigentlich ist an diesem Abend alles wie sonst auch: Marion G. wünscht ihrem Mann Günther um kurz vor zehn eine gute Nacht, gibt ihm noch einen Schmatzer auf die Wange. Aber dann geht Marion G. aus dem Raum und hofft endlich auf eine ruhige Nacht ohne ihren Mann, der sie mit Schnarchen oft vom Schlafen abhält. Er jedoch hofft, dass alles so ist wie immer: Schnarchen, Luft holen und kaum erholsam schlafen. Denn heute wird alles aufgezeichnet. Er verbringt eine Nacht im Schlaflabor der Westfälischen Klinik Lengerich im Kreis Steinfurt.

Jahrelang schon haben bei Familie G. nachts die Wände gewackelt. „Es war als sägt mein Mann einen ganzen Wald kurz und klein“, erinnert sich Marion G. Die, die schnarchen haben oft kein Problem damit, eher die, die wach daneben liegen. So auch Marion G. Aber irgendwann war es auch Günther G. zuviel. Oft fühlte er sich morgens unwohl, war nicht voll leistungsfähig und sein Blutdruck schnellte über Nacht in die Höhe.

„Das ist wirklich ein klarer Fall für das Schlaflabor“, sagt Dr. Florian Bethke, Chefarzt der Abteilung für Neurologie an der Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL). Das Schlaflabor ist nach fachärztlicher Untersuchung durch Lungen-, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte oder Neurologen die letzte Instanz, die Ursachen des unerhol-

samen Schlafs zu ergründen. Bei Günther G. half nichts mehr und so liegt er nun in dem Lengericher Krankenzimmer. Es ist kein richtiges Labor. Gestreifte Vorhänge und grüne Schränke zieren das Zimmer im zweiten Stock. „Die Patienten sollen sich hier schließlich für die Nacht auch wohlfühlen“, sagt Silvia Thomas, Medizinisch Technische Assistentin (MTA) auf der Neurologischen Station. Doch als sich der Patient einmal genauer umblickt, bleibt sein Blick an der großen Infrarot-Kamera hängen, die direkt auf das Bett ausgerichtet ist. „Werde ich hier auch noch gefilmt?“, fragt er Silvia Thomas. Sie beruhigt den 54-Jährigen, alles nur zur Sicherheit der Patienten.

Die Patienten werden extra schon am Nachmittag im Schlaflabor empfangen, so dass sie sich an die ungewohnte Schlaf-Atmosphäre gewöhnen können, in der sie mindestens eine Nacht so normal unnormal wie möglich schlafen müssen. Und das ist mit über zehn Elektroden an Gesicht und Körper nicht ganz einfach. Chefarzt Bethke erklärt: „Wir brauchen viele verschiedene Werte, um eine konkrete Diagnose stellen zu können.“ Günther G. lässt sich geduldig verkabeln: Einige Elektroden für Hirnströme und EKG, andere für Augenbewegung und Körperlage, Muskelspannung, Atemfluss in der Nase, Bewegungen von Bauch und Brustkorb. Auch ein Mikrofon zur Aufzeichnung des Schnarchens tragen die Schlafenden.

Um kurz nach zehn ist Schlafenszeit im Schlaflabor der LWL-Klinik. Günther G. ist alleine im Raum und Silvia Thomas sieht über die Bildschirme im Nebenraum, wie er noch ein bisschen grübelt, aber dann ruhig einschläft. Lange ist durch das Mikro nichts zu hören, auf dem Bildschirm zeigen die Linien normale Ausschläge. Doch dann wird es lauter im Schlaflabor-Zimmer: Günther G. schnarcht. Erst leise, dann lauter. Die Linien vom Mikrofon und den Hirnströmen schlagen aus, aber der Patient liegt schlaff auf dem Rücken. Weil die Muskeln schlaff sind, fällt die Zunge in den Rachen. Es kommt zu einer Unterbrechung des Atemflusses im Rachen. Kurze Zeit später kommt es zu einem Abfall der Sauerstoffkonzentration im Blut und im Gehirn. Der Körper weckt sich selbst, wacht unterbewusst kurz auf, schnarcht einmal laut und alles geht von vorne los. Unzählige Male. Silvia Thomas beobachtet genau, sie kann sagen, wann Günther G. träumt und wann wieder die Atempausen auftreten. Sie ahnt schon die Diagnose: Schlafapnoe-Syndrom. Oft hängt es mit Übergewicht oder abendlichem Alkoholkonsum zusammen. „Es ist die häufigste von 80 Schlafkrankheiten“, erklärt Dr. Florian Bethke.

Etwa ein Drittel des Lebens schläft der Mensch und gerade deshalb ist regelmäßiger, erholsamer Schlaf wichtig, um leistungsfähig und fit zu sein. Und das war bei Günther G. nicht mehr so. Er schlief unruhig und fühlte sich morgens müde. Tipps, dass der Schlaf vor Mitternacht am wichtigsten sei und dass es möglich ist, Schlaf nachzuholen, hörte er oft, sie nützten aber wenig, bestätigt auch Dr. Bethke: „Wichtig ist regelmäßiger Schlaf, je nach Gewohnheit vier bis zehn Stunden.“ Viele Menschen klagen auch über lange Wachphasen in der Nacht. Aber Dr. Bethke weiß, dass es nur kurze Phasen sind, Sekunden oder wenige Minuten und sie nur länger scheinen. Aber das ist nicht Günther G.s Problem. Gegen sieben Uhr weckt Silvia Thomas ihn, er ist zunächst etwas irritiert wegen der Sensoren, fühlt sich gerädert wie so oft am Morgen. Dann ist er aber doch erleichtert, dass er „doch ganz gut oder zumindest so wie immer geschlafen hat“.

Wenn der Patient über Nacht seine Arbeit erledigt hat, beginnt sie für Chefarzt Bethke: „Es dauert mindestens eine Stunde bis wir alle Aufzeichnungen ausgewertet haben.“ Günther G. hat das Schlafapnoe-Syndrom, die Elektroden haben alles Wichtige aufgezeichnet. Es ist die häufigste Diagnose in der Schlafforschung und auch in Lengerich. Günther G muss auch noch eine 2. Nacht bleiben. Er bekommt eine Weste fürs Schlafen, in der Tennisbälle eingenäht sind: Rückenschlafen ist für ihn nun tabu. Problem erkannt? Problem gelöst? Das wird sich erst in den nächsten Wochen zeigen. Sonst müssen weitere Therapien angewandt werden und Günther G. noch einmal ins LWL-Schlaf Labor. Viele der rund 100 Patienten im vergangenen Jahr, die meist zwischen 50 und 60 Jahren sind, verbrachten mehrere Nächte dort. Viele bereiteten die Nächte im Schlaf Labor mit der Selbsthilfegruppe „Schlafapnoe“ vor und nach. Nach zwei Tagen holt Marion ihren Mann aus dem Schlaf Labor ab. Zum ersten Mal seit Monaten stellt sie wieder die Frage: „Hast du gut geschlafen?“ Und zum ersten Mal seit Monaten antwortet Günther: „Ja.“

(Quelle: www.lwl.org - Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 25.08.2005)

Zuzahlungsbefreiung: So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze im Jahr 2006

Mit der Gesundheitsreform wurden auch die Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung neu gestaltet. Damit die soziale Balance gewahrt bleibt, gibt es nach wie vor Belastungsgrenzen: Versicherte, die im Laufe eines Jahres ihre individuelle Belastungsgrenze erreicht haben, können sich von ihrer Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Grundsätzlich gilt: Die jährlichen Zuzahlungen der Versicherten dürfen zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten. Wer nach einer ärztlichen Bescheinigung schwerwiegend chronisch krank ist, zahlt nicht mehr als ein Prozent seiner Bruttoeinnahmen.

Zusätzlich gibt es Freibeträge für Ehegatten und für familienversicherte Kinder. Die Belastungsgrenzen verringern sich in diesen Fällen im Jahr 2006 wie folgt:

- Von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt können die Kinderfreibeträge in Höhe von 3.648 Euro pro Kind und der Freibetrag für den Ehepartner in Höhe von 4.410 Euro abgezogen werden. Bei einer Familie mit einem Kind liegt der Freibetrag dementsprechend bei 8.058 Euro.
- Alleinerziehende können den Freibetrag von 4.410 Euro für das erste Kind geltend machen.

Für chronisch Kranke beträgt die Belastungsgrenze auch für alle mitversicherten Familienmitglieder ein Prozent der Bruttoeinnahmen abzüglich der Freibeträge. Das Gleiche gilt für Familienmitglieder, die bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt folgende Sonderregelung: Als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze gilt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft der Regelsatz des Haushaltsvorstands. Freibeträge für Kinder und Ehepartner können deshalb nicht zusätzlich veranschlagt werden.

Welche Zuzahlungen werden angerechnet?

Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden sämtliche Zuzahlungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt:

- Die Praxisgebühr bei Arzt- und Zahnarztbesuchen
- Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln
- Zuzahlungen zu Heilmitteln, wie z. B. die physikalische Therapie (Massagen, Krankengymnastik), die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, die Ergotherapie sowie häusliche Krankenpflege
- Zuzahlungen zu Hilfsmitteln, wie z. B. Hörhilfen, Körperersatzstücke, Rollstühle oder Gehhilfen
- Zuzahlungen im Krankenhaus
- Zuzahlungen bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation
- Zuzahlungen bei der medizinischen Versorgung und Rehabilitation für Mütter und Väter
- Zuzahlungen bei einer Soziotherapie, bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege oder bei einer Haushaltshilfe
- Zuzahlungen zu genehmigten Fahrkosten

Nicht berücksichtigt werden hingegen Eigenanteile: zum Beispiel beim Zahnersatz, bei Arzneimitteln oder bei künstlicher Befruchtung.

Was zählt zu den Bruttoeinnahmen?

Für die Berechnung der Belastungsgrenze sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt aller in einem Haushalt lebenden Personen maßgeblich. Dazu gehören unter anderem das Arbeitseinkommen oder die Rente, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Abfindungen oder Betriebsrenten.

Das sollten Sie tun:

- Addieren Sie Ihre gesammelten Zuzahlungsbelege zu einem Gesamtbetrag und gleichen Sie diesen mit Ihrer persönlichen Belastungsgrenze ab. Bei der genauen Ermittlung Ihrer Belastungsgrenze hilft Ihnen Ihre Krankenkasse.
- Achtung:** Sie sollten darauf achten, dass Ihre Zuzahlungsbelege folgende Angaben enthalten:
- den Vor- und Zunamen des Versicherten
 - die Art der Leistung (z. B. Arzneimittel, Hilfsmittel)
 - den Zuzahlungsbetrag
 - das Datum der Abgabe
 - die abgebende Stelle (z. B. Apotheke)

- Haben Sie Ihre Belastungsgrenze erreicht oder bereits überschritten, können Sie sich bei Ihrer Krankenkasse auf Antrag von weiteren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr befreien lassen.
Achtung: Ihre Krankenkasse informiert Sie nicht automatisch, wenn Sie Ihre Zuzahlungsgrenze erreicht haben!
- Ihre Krankenkasse prüft den Antrag und stellt Ihnen einen Befreiungsbescheid aus. Wenn Sie diesen zum Beispiel beim Arzt, in der Apotheke oder im Krankenhaus vorlegen, müssen Sie keine weiteren Zuzahlungen mehr leisten.
Achtung: Der Bescheid gilt nur für das laufende Kalenderjahr!
- Wenn die addierten Zuzahlungen bereits oberhalb Ihrer Belastungsgrenze liegen, erstattet Ihnen die Krankenkasse den zu viel gezahlten Betrag zurück.
Achtung: Einen Anspruch auf Rückerstattung können Sie auch noch im Folgejahr geltend machen!

Wer bereits zu viel gezahlt hat, erhält den überschüssigen Betrag von seiner Krankenkasse zurück. Allerdings müssen Sie selbst aktiv werden, da Ihre Krankenkasse Sie nicht automatisch benachrichtigt, wenn Sie Ihre Belastungsgrenze überschritten haben.

Zuzahlungen:

So berechnen Sie Ihre Belastungsgrenze in 2006 (*)

Beispiel 1: Singlehaushalt

jährliche Bruttoeinnahmen in Höhe von 40.000 Euro, keine chronische Erkrankung.

Berechnung Belastungsgrenze:

Zwei Prozent von 40.000 Euro = **800 Euro pro Jahr**

Beispiel 2: Rentnerhaushalt

zwei Personen, jährliche Bruttoeinnahmen aus einem Renteneinkommen in Höhe von 15.000 Euro, ein Ehepartner mit chronischer Erkrankung.

Berechnung Belastungsgrenze:

15.000 Euro minus 4.410 Euro (Freibetrag Ehepartner) =
10.590 Euro (Abzug Freibetrag Ehepartner = 4.410 Euro)
Ein Prozent von 10.590 Euro = **105,90 Euro pro Jahr**

Beispiel 3: Familienhaushalt

mit zwei Kindern, jährliche Bruttoeinnahmen aus einem Erwerbseinkommen in Höhe von 40.000 Euro, keine chronischen Erkrankungen.

Berechnung Belastungsgrenze:

40.000 Euro minus 11.706 Euro = 28.294 Euro

(Abzug Freibetrag Ehepartner = 4.410 Euro, Freibeträge Kinder = 3.648 Euro x 2 = 7.296 Euro)

Zwei Prozent von 28.294 Euro = **565,88 Euro pro Jahr**

(Quelle: BMG - Bundesministerium für Gesundheit)

Patientenkongress „Volkskrankheit Schlafapnoe“ in Gerlingen Schulterschluss für mehr Prävention

Von Widmar Puhl

Das Schlafmagazin und die Klinik Schillerhöhe hatten wieder zu einem Patientenkongress eingeladen - zusammen mit den Bundesverbänden BFS, BSD, GSD und VdK. Rund 600 Betroffene und auch Fachleute sind der Einladung gefolgt und trafen sich am 5. November in Gerlingen auf dem Kongress zum Thema „Wenn Schnarchen gefährlich wird - Volkskrankheit Schlafapnoe“. Geboten wurden ein hochkarätiges Diskussionsforum und eine Fachaustellung.

„Erst jetzt, in Zeiten massiver Sparzwänge, hat man entdeckt, was es kostet, Schlafstörungen nicht zu behandeln.“

Was der Regensburger Schlafforscher Prof. Dr. Jürgen Zulle in diese einprägsame Formel brachte, konnte Privatdozent Dr. Friedhardt Raschke (Norderney) in seinem Vortrag über die volkswirtschaftlichen Kosten einer nicht therapierten Schlafapnoe mit harten Zahlen untermauern: Die korrekte Diagnose und Behandlung sämtlicher, auch der hochgerechneten Fälle von Schlafapnoe in Deutschland würde jährlich 45 Millionen Euro kosten, zugleich aber dem Gesundheitssystem Einsparungen von 359 Millionen Euro im Jahr bringen. Schlafapnoe-Patienten nicht adäquat zu diagnostizieren, um Geld einzusparen, ist also eine Milchmädchenrechnung.

Vor diesem Hintergrund ist, wie Dr. Raschke eindrucksvoll darlegte, auch die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.6.2004 sehr kritisch zu sehen. Die Richtlinie sieht vor, eine Polysomnografie zur Diagnose einer schlafbezogenen Atmungsstörung nur noch in „problematischen“ Fällen durchzuführen, wenn trotz ambulanter Polygrafie keine Entscheidung gefällt werden kann, ob eine Therapie mit CPAP oder anderen Verfahren erforderlich ist. Eine Polygrafie - so Raschke - kann die Polysomnografie als diagnostisches Instrument aber niemals ersetzen; denn sie kann zwar verschiedene wichtige Parameter wie Schnarchen, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung messen, nicht aber den Schlaf selbst mit seinen verschiedenen Stadien. Daher lässt sie auch keine Rückschlüsse auf die Erholbarkeit des Schlafs zu. Angesichts der hohen Risiken und Folgeerkrankungen der Schlafapnoe ist es kontraproduktiv, an der Diagnostik und Betreuung ausgerechnet dieser Patienten zu sparen.

Sehr schön zeigte dieses Problem schon ein Film des Schlafmagazin-Herausgebers Werner Waldmann: Der halbstündige Streifen „Volkskrankheit Schlafapnoe“ führte aufrüttelnd vor Augen, welche verheerende Folgen eine nicht oder spät erkannte bzw. unzulänglich therapierte Schlafapnoe für das Privatleben der Patienten, in der Arbeitswelt und für die Kranken- und Rentenversicherungen hat.

Der Regierung ständig auf die Füße treten

Kein Wunder, dass schon die Grußworte zum Teil politisch wurden. So beklagte Hubert Seiter, Direktor der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die Einschränkungen der Prävention durch den Gesetzgeber, der beharrlich ignoriere, wie unverträglich teuer die Behandlung von Spätfolgen einer untherapierten Schlafapnoe ist: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Störungen sowie Produktionsausfälle und Schäden durch Unfälle wegen Übermüdung und Sekundenschlaf - das geht in Milliardenbeträge.

Prominente Unterstützung bekam Seiter von Walter Hirrlinger, dem Präsidenten des Sozialverbandes VdK Deutschland. Der Sozialpolitiker bekräftigte, man müsse „jeder Regierung ständig auf die Füße treten und sie daran erinnern, dass hinter all diesen Zahlen immer Menschen stecken“. Der Mensch hat im Mittelpunkt der Medizin zu stehen, aber auch im Mittelpunkt einer Politik, die schließlich den Auftrag hat, für das Gemeinwohl zu arbeiten.

In die gleiche Kerbe schlug aus medizinischer Sicht Prof. Matthias Leschke, Ärztlicher Direktor der Städtischen Kliniken Esslingen a.N., mit seinem Vortrag über die Folgeerkrankungen eines schlecht oder

nicht therapierten Schlafapnoe-Syndroms: Bluthochdruck, Arteriosklerose, Diabetes und ein drastisch erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko.

Breites Themenspektrum

Abgesehen vom wichtigen gesundheitspolitischen Aspekt deckten die Vorträge ein breites Themenspektrum rund um die Diagnostik und Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms ab: Der Stuttgarter Hals-Nasen-Ohren-Arzt Prof. Dr. Dr. Helmut Steinhart stellte die verschiedenen HNO-ärztlichen Maßnahmen bei Schlafapnoe vor, berichtete ausführlich über Chancen und Risiken und erläuterte, welche Maßnahme für welchen Patienten sinnvoll sein kann.

Dr. Susanne Schwarting, I. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V. (vormals: Deutsche Gesellschaft schlaftherapeutisch tätiger Zahnmediziner e.V.) aus Kiel, berichtete über die Therapie von Schnarchen und Schlafapnoe mit Unterkieferprotrusionsschienen. Weitere Vorträge waren dem Thema „Schlafapnoe im Kindesalter“, der Titration und Therapie des OSAS mittels autoCPAP und dem Schlafapnoe-Screening in einem Verkehrsbetrieb gewidmet.

Auch die große Industrieausstellung demonstrierte das breite Spektrum verschiedener Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der Schlafapnoe. Und getreu dem Motto „Prävention“ konnten die Besucher auch gleich vor Ort einiges tun, um ihre Gesundheitsrisiken besser einzuschätzen: An einem Stand der Städtischen Kliniken Esslingen konnten sie ihre Halsschlagader auf arteriosklerotische Ablagerungen untersuchen lassen. Die Klinik Schillerhöhe bot Lungenfunktionsprüfungen an; die Firma AMtech aus Weinheim führte Pupillografische Vigilanztests durch, mit denen sich die Tagesschläfrigkeit messen lässt.

Hinter jeder Maske steckt ein Mensch

„Hinter jeder Maske steckt ein Mensch“ stand in großen Lettern über dem Stand des VdK, und dementsprechend wurden ständig Beratungsgespräche mit Betroffenen geführt. Die Selbsthilfegruppen füllen in mühevoller Kleinarbeit und selbstlosem Einsatz große Lücken des „offiziellen“ Medizinbetriebs in Bereichen wie Patienteninformation, Aufklärung der Öffentlichkeit und politischer Lobbyarbeit. Wo Ärzte und Krankenkassen noch erschreckende Defizite zeigen, ist die Arbeit der Selbsthilfegruppen unentbehrlich.

(Quelle: Das Schlafmagazin Nr. 4/2005)

Stromausfall und damit verbundene Ausfälle von Atemtherapie-Geräten

Ein Erfahrungsbericht von Karl Uwe Katzur, Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim

In der Sylvesternacht kam es in unserem Ort zu einem etwa einstündigen Stromausfall. Der daraus resultierende Ausfall meines Atemtherapie-Gerätes war eine äußerst unangenehme Erfahrung. Deswegen habe ich nach Lösungen gesucht, wie solchen Ausfällen zu begegnen ist.

Zwei Möglichkeiten bieten sich an:

Bei der ersten handelt es sich um eine Netzausfall-Alarmierung. Dieses Gerät wird zwischen Steckdose und Atemtherapie-Gerät installiert und gibt bei Stromausfall einen Alarmton von bis zu 100db ab.

Solch ein Gerät ist für 67,- Euro (inkl. Mehrwertsteuer + Versandkosten) bei der

Firma M. Baumann
Am Leuchtturm 43
27628 Sandstedt
Tel.: 04702/1397
FAX: 04702/920291 erhältlich.

Das Gerät ist mit 3 RR-Batterien funktionstüchtig.

Die Geräte können auch zu einem Sonderpreis i.H.v. 62,- Euro (inkl. Mehrwertsteuer + Versandkosten) bestellt werden. Bei der Bestellung muss allerdings der Hinweis auf den VdK erscheinen, nur dadurch ist der Sonderpreis möglich. Eine Sammelbestellung bietet sich an, denn dann sind die Versandkosten gering.

Die zweite Möglichkeit wäre eine „Unterbrechungsfreie Stromversorgung“ (USV). Hierbei handelt es sich um eine Batterie zwischen Steckdose und Atemtherapie-Gerät, die die Stromversorgung eine gewisse Zeit aufrechterhält. Sollte die Stromversorgung gegen Ende dieses Zeitraumes immer noch nicht wiederhergestellt sein, gibt das Gerät einen Alarmton von sich.

Solche Geräte sind mit ca. 30kg von der Firma Baumann bzw. 12 kg von der Firma APC relativ schwer. Sie kosten zwischen 80,- Euro und

800,- Euro (jeweils inkl. Mehrwertsteuer). Die Lebensdauer der Akkus bzw. Batterien beträgt ca. 3 bis 6 Jahre.

APC Deutschland GmbH
Landsberger Str. 406
89241 München
Tel.: 0800/1010062
<http://www.apcc.com/de>

Des Weiteren habe ich mich bei Stromversorgern über die mögliche Dauer von Ausfällen erkundigt. Mir wurde mitgeteilt, dass man keinen Mittelwert nennen könne, da unter Umständen bereits nach zehn Minuten der Strom wieder ins Netz gespeist würde, es aber auch drei Stunden bis zur Versorgung des letzten Abnehmers dauern könne. Solch ein Zeitraum würde aber auch die Möglichkeiten einer USV übersteigen. Aufgrund dessen, des Preises und vor allem des hohen Gewichtes halte ich daher eine Netzausfall-Alarmierung für die bessere Lösung.

(Quelle: Karl Uwe Katzur, Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim)

Neues Internetportal für Patienten mit Schlafstörungen

*Online-Schlaftrainer gibt Betroffenen Tipps bei Schlafproblemen/
Bei Bedarf wird empfohlen, sich an einen Arzt zu wenden*

Wer schlecht schläft, weiß oft nicht, warum das so ist. Das hat die Auswertung von 5700 Fragebögen zu Schlafstörungen am Schlafmedizinischen Zentrum der Universität Regensburg ergeben.

Die Fragebögen sind Teil des Online-Serviceportals <http://www.schlaftrainer.de/>. Es wurde von dem Regensburger Schlafmediziner Professor Jürgen Zulley entwickelt.

Verknüpft ist das Portal mit einem computergestützten Expertensystem, als erste Anlaufstelle für Betroffene mit Schlafstörungen. Wer den Fragebogen ausfüllt, erhält innerhalb von 24 Stunden eine computer-generierte, zehenseitige Auswertung, in der gegebenenfalls empfohlen wird, sich an einen Arzt oder ein Schlaflabor zu wenden.

Eine wichtige Erkenntnis der Untersuchung: Wer schlecht schläft, weiß meistens nicht, warum. Jeder dritte gab an, abends länger als

45 Minuten wach zu liegen. Ein weiteres Drittel klagte über Durchschlafstörungen. Von diesen Betroffenen erklärte jeder zweite, er könne sich die Probleme nicht erklären.

Die Folgen der Schlafprobleme sind erheblich. Immerhin jeder zehnte Teilnehmer an der Umfrage berichtete über Erfahrungen mit Sekundenschlaf am Steuer. 38 Prozent gaben an, dass die Schlafprobleme zu einer gedrückten Stimmung beitragen. Jeder Vierte nimmt gelegentlich Schlafmittel, sieben Prozent tun das regelmäßig.

Außer Daten über Schlafstörungen und ihre psychosozialen Folgen für die Betroffenen liefert die Untersuchung auch eine interessante Korrelation, die sich der Schlafforscher derzeit noch nicht erklären kann: Bei Männern gibt es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Körpergröße und Schlafdauer.

Wer größer ist als ein 1,80 Meter, der schläft im Mittel eine Viertelstunde länger als kleinere Geschlechtsgenossen. Bei Frauen gibt es dagegen nur einen nicht-signifikanten Trend: Wer die Durchschnittsgröße von 1,67 Meter überschreitet, schläft im Mittel sechs Minuten länger als kleinere Frauen.

(Quelle: Ärztezeitung online, 19.10.2005)

Müde trotz Überdrucktherapie bei Schlafapnoe?

Oft muss der Geräte-Druck erhöht oder der Maskentyp gewechselt werden / Bleibt die Tagesmüdigkeit, ist eine medikamentöse Behandlung Option

Etwa ein Drittel der Patienten, die wegen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (SAS) mit nächtlicher kontinuierlicher Überdrucktherapie (CPAP) behandelt werden, klagen weiter über Tagesmüdigkeit. Dann ist detektivisches Gespräch gefragt.

Dr. Peter Geissler vom Schlafmedizinischen Zentrum der Universität Regensburg berichtete auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin von einer eigenen Untersuchung bei 156 SAS-Patienten, die mit CPAP behandelt wurden. 31 Prozent von ihnen hätten trotz der Versorgung mit einem CPAP-Gerät weiter über Müdigkeit geklagt.

Bei einem Viertel sei die Compliance das Problem gewesen, so Geisler. Die Patienten hatten das CPAP-Gerät weniger als 3,5 Stunden pro Nacht eingesetzt. Bei weiteren 19 Prozent war etwa die Einstellung des Geräts nicht optimal. Oft musste der Druck erhöht werden.

Nach Erfahrungen von Privatdozent Ingo Fietze aus Berlin lässt sich sogar bei bis zu zwei Dritteln der Betroffenen die Tagesmüdigkeit durch eine Optimierung der CPAP-Beatmung verringern. Außer einer Druckerhöhung könnten auch ein Austausch des Maskentyps, eine Befeuchtung der Atemluft und etwa Kinnbinden zum Erfolg führen.

Es kann aber auch eine zweite Schlafstörung zusätzlich zum SAS bestehen. Bis zu einem Viertel der Patienten beschreiben Beschwerden, die zu einem Restless-Legs-Syndrom passen.

(Quelle: Ärztezeitung online, 18.10.2005)

Auf Lautstärke von Sauerstoff-Konzentrator achten

Bei einer notwendig werdenden Therapie mit Sauerstoff-Konzentrator sollte man sich vorab sorgfältig über die Lautstärke (Dezibel) des verordneten Gerätes informieren, berichtet Hans Haas von der SHG Köln und Umgebung.

Seine Erfahrungen dokumentieren wir im Folgenden:

Bei mir wurde in einem Schlaflabor ermittelt, dass ich wegen zunehmender Herzinsuffizienz eine intensivere Sauerstoffgabe, kombiniert mit dem nCPAP-Gerät, nutzen sollte.

Es ist wichtig, dass sich ein von Schlafapnoe Betroffener bei einer evtl. notwendig werdenden Therapie mit einem Sauerstoff-Konzentrator vorab selbst über das verschriebene Gerät gut informiert!

Ich hatte bereits vor einigen Jahren einmal versuchsweise einen derartigen Sauerstoff-Konzentrator verordnet bekommen und einige Wochen genutzt. Das Gerät war aber dermaßen laut, dass nicht nur ich selbst nicht schlafen konnte, sondern unser an sich sehr toleranter Nachbar es im Doppelhaus nebenan sogar störend hören konnte.

Deshalb ließ ich damals das Gerät vom Vertriebshändler wieder abholen. Ich hatte zwar ein schlechtes Gewissen, dass ich den eigentlich notwendigen Konzentrator absetzte, aber er war einfach zu laut.

Doch, wie gesagt, vor kurzem, bei einer nochmaligen Schlaflabor-Untersuchung, riet man mir nun dringend zur Nutzung dieses Sauerstoffgerätes. Ich erhielt ein Rezept, die Krankenkasse genehmigte das Gerät. Aber diesmal ließ ich mir nicht irgendein Gerät kommen, sondern ich setzte mich mit Herstellerfirmen in Verbindung, ließ mir Prospekte zusenden, sah mir auch einige Geräte an. Und ich ließ mir vor allem die Höhe der Lautstärke in Dezibel nennen. Beim Vergleich der Geräte untereinander ließ ich mir dann ein Gerät liefern, mit dessen Lautstärke meine Frau und ich, und auch mein Nachbar, gut schlafen können.

Ich kann jedem nur raten, falls notwendig werdend, auch so zu verfahren!

(Quelle: Hans Haas, SHG Köln und Umgebung e.V.)

Langzeitcompliance bei CPAP

Ergebnisse einer retrospektiven Analyse

*Autoren: Hein H., Kuziek G., Schucher B., Magnussen H.
Krankenhaus Großhansdorf, Zentrum für Pneumologie und
Thoraxchirurgie, Großhansdorf*

Fragestellung: Wie ist die Langzeitcompliance der CPAP-Therapie schlafbezogener obstruktiver Atmungsstörungen?

Methoden: Retrospektive Analyse der Daten von Patienten mit schlafbezogenen obstruktiven Atmungsstörungen, die regelmäßig zur Kontrolle der eingeleiteten CPAP-Therapie in einem großem Schlaflabor geplant nachuntersucht wurden. Alle Patienten hatten die Möglichkeit, sich bei Therapieproblemen kurzfristig im Schlaflabor vorzustellen. Eingeschlossen wurden nur Werte von Patienten, die nach der Ersteinstellung auf eine CPAP-Therapie nach mindestens 2 Jahren polysomnografisch im Labor nachuntersucht wurden. Ergänzt werden die Daten durch eine Literaturübersicht.

Ergebnisse: Daten von 244 Patienten (36 Frauen, 208 Männer, Alter 55 ± 10 Jahre, Body-Mass-Index 31 ± 6 kg/m², Apnoe-Hypopnoe-Index initial 29 ± 24 /Stunde) waren auswertbar.

Der Zeitraum zwischen der Einstellung auf die CPAP-Therapie und der letzten Kontrolluntersuchung lag im Mittel bei $4,5 \pm 1,7$ Jahren. Nach dieser Zeit betrug der Apnoe-Hypopnoe-Index unter der The-

rapie $2,2 \pm 5$ /Stunde, der Tiefschlafanteil hatte sich von 10 ± 11 auf $17 \pm 14\%$ verbessert, der REM-Anteil von 9 ± 11 auf $16 \pm 9\%$, die subjektive Schläfrigkeit gemessen in der Epworth-Skala von $12 \pm 4,8$ auf $8,6 \pm 4,5$ Punkte. Die Therapie wurde von 84% aller Patienten täglich und von 81% die ganze Nacht genutzt, für durchschnittlich $5,1 \pm 2,2$ Stunden/Nacht. Zufrieden mit der Therapie waren 90% der Untersuchten. Diese Zahlen sind vergleichbar den Ergebnissen nach

3 Monaten und den dazwischen liegenden Untersuchungen. Das Körpergewicht blieb im Mittel konstant. 90% aller Patienten, die auf eine CPAP-Therapie eingestellt wurden, kamen zu den geplanten Nachuntersuchungsterminen.

Schlussfolgerungen: Die Langzeitcompliance nach Einstellung auf eine CPAP-Therapie ist unter der Voraussetzung einer intensiven Betreuung gut. Probleme treten überwiegend in den ersten 3 Monaten der Therapie auf. Ist die Therapie gut eingestellt, ändern sich Nutzungs- und Nebenwirkungsraten kaum.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Lebensqualität unter Nasal-Continuous-Positive-Airway-Pressure-Therapie (nCPAP) im Kindes- und Jugendalter bei Obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom aus der Sicht der Patienten und deren Eltern

Ergebnisse einer bundesweiten Multicenterstudie

Autoren: Stock K, Paditz E, Schütze P, Rieger B, Kemper G, Scholle S, Zwacka G, Schlüter B, Erler T, Feldmann E, Großmann H, Handwerker G, Elmasri J, Bülow R, Rinschen K, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Robert-Koch-Krankenhaus, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin, Apolda Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/Herdecke, Datteln Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Kinderklinik Neunkirchen-Kohlhof, Neunkirchen, Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin Stadtkrankenhaus Worms gGmbH, Worms

Kinderklinik Dritter Orden, Passau Kinderklinik, Eichsfeld Kliniken gGmbH, Heilbad Heiligenstadt Kinderklinik des Evangelischen Krankenhauses Lippstadt

Ziele: Die Lebensqualität stellt ein wichtiges Maß in der Einschätzung des Erfolges einer Therapie dar. Wir haben mithilfe von Fragebögen die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom (OSAS) vor und unter nCPAP-Therapie ermittelt und die Einschätzung der Eltern bezüglich der Lebensqualität ihrer Kinder unter dieser Therapie erfragt.

Methoden: An 39 Kinder zwischen 8 und 16 Jahren und deren Eltern wurde der KINDL-Fragebogen (24 Fragen zur Lebensqualität) und der Dresdner OSAS-Fragebogen (18 Fragen zu den OSAS-Symptomen und 7 Fragen zur nCPAP-Therapie) verschickt. Hiermit wurde jeweils das Befinden der Kinder und Jugendlichen vor und während der nCPAP-Therapie erfragt. Die Eltern sollten parallel dazu ihre Einschätzung über das Befinden ihrer Kinder vor und während der Therapie abgeben.

Ergebnisse: Nach Angaben der Kinder und Jugendlichen verbesserten sich 6 der 24 Lebensqualitäts-Parameter signifikant. Die Eltern beobachteten bei 10 der 24 Parameter eine signifikante Verbesserung des Befindens ihrer Kinder. 13 der 18 erfragten OSAS-Symptome verringerten sich aus Sicht der Kinder signifikant unter der nCPAP-Therapie und aus Sicht der Eltern 15 der 18 Symptome.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass unter der nCPAP-Therapie die Lebensqualität aus Sicht der behandelten Kinder und Jugendlichen und deren Eltern deutlich zunimmt. Außerdem verringert sich ein Großteil der OSAS-Symptome unter der Therapie signifikant.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Lebensqualität vor und unter nCPAP-Therapie

Ein Vergleich mittels eines FOSQ-Fragebogens

*Autoren: Büttner A., Schimanski C., Galetke W., Rühle KH. .
Klinik Ambrock, Klinik für Pneumologie, Allergologie und
Schlafmedizin, Universität Witten/Herdecke, Hagen*

Einleitung: Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom führt nicht nur zu rein organischen Folgeerkrankungen, sondern ebenfalls zu einer Minderung der Lebensqualität sowie deren subjektiver Erlebbarkeit. Eine wichtige Rolle spielen hierbei sowohl der Schweregrad der Erkrankung als auch die Länge der bisher erfolgten Therapie.

Zur Untersuchung der Lebensqualität werden unterschiedliche Fragebögen, die sich teilweise erheblich unterscheiden, verwendet. So soll der Functional Outcome of Sleep Questionnaire (FOSQ) die symptom-spezifischen Aspekte der Lebensqualität (Tagesschläfrigkeit) bei Schlafapnoe-Syndrom erfassen. Ziel dieser Untersuchung war es nun, die subjektiv symptom-spezifische Lebensqualität und ihrer verschiedenen Komponenten mittels FOSQ bei OSAS-Patienten vor und nach nCPAP-Therapie zu untersuchen.

Methoden: Die Untersuchung erfolgte an zwei Gruppen: an Gesunden und Schlafapnoe-Patienten, wobei die Patienten anhand ihrer klinischen Diagnose (nach ICD-10) und die Gesunden per Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Die Probanden sollten möglichst das Altersspektrum der klinischen Gruppe abdecken. Alle Patienten wurden polysomnografisch untersucht und mussten bei ihrer Erstdiagnose einen AHI m 10/h aufweisen.

| Gruppe | Anzahl der Vp | Altersmittelwerte | BMI | AHI |
|------------------------|---------------|-------------------|------------|-------------|
| Gesunde | 210 | 45,3 ± 14,5 | 25,2 ± 2,6 | |
| Patienten vor Therapie | 150 | 54,0 ± 11,2 | 30,8 ± 5,7 | 35,0 ± 20,2 |

Das Untersuchungsdesign sah den Vergleich der Patienten sowohl im Therapieverlauf als auch mit einer Kontrollgruppe vor. Die Datenerhebung erfolgte an 150 OSAS-Patienten (26 weiblich, 124 männlich) sowie den 210 Probanden (alle männlich) anhand einer mehrteiligen Fragebogentest-batterie. Diese setzte sich aus drei Fragebögen, einem, der die klinisch-demografischen und anthropometrischen Daten erhob, der Epworth Sleepiness Scale (ESS), dem Functional Outcome of Sleep Questionnaire (FOSQ).

Ergebnisse: Die Überprüfung der symptom-spezifischen Lebensqualität bzgl. der Tagesschläfrigkeit ergab in allen 5 Subskalen des FOSQ höchst signifikante Unterschiede zwischen den Gesunden und den OSAS-Patienten.

| | Gesunde | OSAS | Signifikanz |
|-------------------------------|----------------|-------------|--------------------|
| Aktivität | 21,41 ± 2,93 | 15,8 ± 4,9 | < 0,001 |
| Vigilanz | 20,49 ± 4,33 | 14,6 ± 6,4 | < 0,001 |
| Intimität | 22,28 ± 3,92 | 17,3 ± 6,5 | < 0,001 |
| Soziale LQ | 22,63 ± 3,30 | 18,9 ± 5,5 | < 0,001 |
| Allgemeine Leistungsfähigkeit | 22,34 ± 2,68 | 17,9 ± 5,2 | < 0,001 |

Unter nCPAP-Therapie (>6 Monate) kam es - bei der Auswertung der bisher rückläufigen Katamnesebögen (n = 67) - nur bei der Subskala Vigilanz (Wachheit, Reaktionsbereitschaft) zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität in allen Subskalen des FOSQ.

Diskussion: Es zeigte sich, dass das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom die subjektiv erlebte symptom-spezifische Lebensqualität beeinflusst und dass sich insbesondere die subjektiv eingeschätzte Vigilanz unter erfolgreicher nCPAP-Therapie verbessert. So dass sich zusammenfassend sagen lässt, dass eine kontinuierliche nCPAP-Therapie demnach nicht nur die OSAS-Symptomatik verbessert, sondern auch das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Anerkennung der Gemeinnützigkeit und Spendenrecht

Bei der letzten Tagung der SHG-Leiter tauchte die Frage auf, unter welchen Voraussetzungen SHGs als gemeinnützig anerkannt und zur Ausstellung von Spendenquittungen berechtigt werden können. Zudem war unklar, ob nur rechtsfähige Vereine als solche anerkannt werden können. Grundsätzlich gilt, dass auch nicht eingetragene Vereine als gemeinnützig anerkannt werden können. In jedem Fall muss sich die SHG eine Satzung geben, aus der hervorgeht, dass sie steuerbegünstigte Zwecke fördert. Die Gemeinnützigkeit alleine reicht aber noch nicht aus, um steuerbegünstigte Spenden empfangen zu können.

Ein vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannter Verein ist nur dann berechtigt, Spenden steuerbegünstigt entgegenzunehmen, wenn er mildtätige, kirchliche, religiöse, wissenschaftliche oder einen als besonders förderungswürdig anerkannten gemeinnützigen Zweck verfolgt.

Im Folgenden dokumentieren wir ein Merkblatt der Oberfinanzdirektion Hannover zur Gemeinnützigkeit und zum Spendenrecht. Darin wird detailliert auf die Voraussetzungen und das Verfahren der Anerkennung eingegangen.

Das Merkblatt richtet sich in erster Linie an Vereine, die die steuerrechtliche Gemeinnützigkeit anstreben. Es soll Ihnen einen ersten Überblick über das Recht der Gemeinnützigkeit und über das Spendenrecht vermitteln. Sollten Sie weitergehende Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das zuständige Finanzamt. Das ist das Finanzamt, in dessen Bezirk sich die Geschäftsleitung des Vereins befindet bzw. bei einem zu gründenden Verein sich befinden wird.

Gemeinnützigkeit

Unter dem Begriff „Gemeinnützigkeit“ werden allgemein die steuerbegünstigten Zwecke im Sinne der §§ 51 bis 68 der Abgabenordnung - AO - verstanden. Die Gemeinnützigkeit ist Voraussetzung für zahlreiche steuerliche Vergünstigungen, z. B. Befreiung von der Körperschaft- und Gewerbesteuer, ermäßigter Steuersatz bei der Umsatzsteuer. Außerdem berechtigt sie unter bestimmten Voraussetzungen zum Empfang steuerbegünstigter Spenden.

Vereine

Die Rechtsverhältnisse der Vereine sind in den §§ 21 bis 79 Bürgerliches Gesetzbuch sowie im Gesetz zur Regelung des öffentlichen Vereinsrechts - Vereinsgesetz - vom 5. August 1964 (Bundesgesetzblatt 1964 Teil I Seite 593) geregelt. Für die steuerrechtliche Gemeinnützigkeit ist unerheblich, ob der Verein durch Eintragung im Vereinsregister Rechtsfähigkeit erlangt hat oder ob es sich um einen nicht rechtsfähigen Verein handelt.

Ein Verein wird als gemeinnützig anerkannt, wenn er nach der Satzung und nach seiner tatsächlichen Geschäftsführung steuerbegünstigte Zwecke im Sinne der §§ 51 bis 68 AO fördert. Es empfiehlt sich deshalb, dem Finanzamt einen Entwurf der Satzung zur Prüfung einzureichen, bevor die Satzung verabschiedet werden soll.

Steuerbegünstigte Zwecke

Steuerbegünstigte Zwecke im Sinne der AO sind

- gemeinnützige Zwecke (§ 52 AO)
- mildtätige Zwecke (§ 53 AO)
- kirchliche Zwecke (§ 54 AO)

Als gemeinnützige Zwecke führt § 52 AO beispielhaft an

- die Förderung von Wissenschaft und Forschung, Bildung und Erziehung, Kunst und Kultur, der Religion,
- der Völkerverständigung, der Entwicklungshilfe, des Umwelt-, Landschafts- und Denkmalschutzes, des Heimatgedankens,
- die Förderung der Jugendhilfe, der Altenhilfe, des öffentlichen Gesundheitswesens, des Wohlfahrtswesens und des Sports; Schach gilt als Sport,
- die allgemeine Förderung des demokratischen Staatswesens in der Bundesrepublik Deutschland,
- die Förderung der Tierzucht, der Pflanzenzucht, der Kleingärtnerie, des traditionellen Brauchtums einschließlich des Karnevals, der Fastnacht und des Faschings, der Soldaten- und Reservistenbetreuung, des Amateurfunkens, des Modellflugs und des Hundesports.

Im Zweifelsfall erteilt Ihnen das Finanzamt Auskunft darüber, ob Ihr Verein einen steuerbegünstigten Zweck fördert.

Förderung der Allgemeinheit

Die Tätigkeit des Vereins muss darauf gerichtet sein, die Allgemeinheit zu fördern. Die Allgemeinheit wird nicht gefördert, wenn sich die Auswahl der Mitglieder an sachfremden Merkmalen orientiert. Grundsätzlich muss die Mitgliedschaft jedem offen stehen. Eine Begrenzung ist nur unschädlich, wenn sie sich an dem steuerbegünstigten Zweck orientiert. Bei einem Tauchsportverein ist es zum Beispiel unschädlich, wenn an den Lehrgängen nur Personen teilnehmen können, die sich erfolgreich bestimmten medizinischen Untersuchungen unterzogen haben.

Die Mitgliedschaft darf für weite Bevölkerungskreise auch nicht durch hohe Eintrittsgelder und Mitgliedsbeiträge praktisch ausgeschlossen werden. Bei Vereinen, deren Tätigkeit in erster Linie ihren Mitgliedern zugute kommt (z. B. Sportvereine), ist eine Förderung der Allgemeinheit noch anzunehmen, wenn

- die Mitgliedsbeiträge und Mitgliederumlagen zusammen im Durchschnitt 1.023 Euro je Mitglied und Jahr und
- die Aufnahmegebühren für die im Jahr aufgenommen Mitglieder im Durchschnitt 1.534 Euro

nicht übersteigen.

Daneben kann von den Mitgliedern ohne Gefährdung der Gemeinnützigkeit für konkrete Investitionsvorhaben oder größere Reparaturen eine Investitionsumlage erhoben werden. Die Investitionsumlage ist auf einen Betrag je Mitglied von maximal 5.113 Euro über einen Zeitraum von 10 Jahren begrenzt. (Hinweis: Investitionsumlagen sind keine steuerlich abziehbaren Spenden).

Fördervereine

Auch Vereine, deren Zweck sich darauf beschränkt, Mittel für den steuerbegünstigten Zweck einer anderen Körperschaft zu beschaffen, können grundsätzlich gemeinnützig sein. Die Beschaffung von Mitteln muss dazu als Satzungszweck festgelegt, ein steuerbegünstigter Zweck, für den die Mittel beschafft werden, in der Satzung angegeben sein.

Ist die Körperschaft, für die die Mittel beschafft werden, eine unbeschränkt steuerpflichtige Körperschaft des privaten Rechts, ist Voraussetzung, dass auch sie selbst steuerbegünstigt ist. Dies gilt nicht für die Beschaffung von Mitteln für einen Betrieb gewerblicher Art einer juristischen Person des öffentlichen Rechts. Sie muss die Mittel aber auch steuerbegünstigt verwenden.

Satzung

In der Satzung müssen der Satzungszweck oder - bei Förderung mehrerer steuerbegünstigter Zwecke - die Satzungszwecke und die Art der Verwirklichung jedes einzelnen Satzungszwecks genau bestimmt sein. Hinweise auf Satzungen und Regelungen Dritter oder Erklärungen außerhalb der Satzung genügen diesen Anforderungen nicht, die alle notwendigen Bestandteile für eingetragene Vereine enthält. Die für die Anerkennung der Gemeinnützigkeit notwendigen Bestandteile sind kursiv gedruckt. Die Verwendung der Mustersatzung ist nicht vorgeschrieben, jedoch empfehlenswert.

Unter: http://www.ofd.niedersachsen.de/master/C323304_N9590_1636_L20_D0.html finden Sie eine Mustersatzung.

Die Satzung darf keine nicht steuerbegünstigten Zwecke enthalten. Dazu gehören auch ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb oder eine Vermögensverwaltung. Die Erwähnung der Kameradschaft in der Satzung neben dem gemeinnützigen Zweck ist grundsätzlich unschädlich, sofern sich aus der Satzung ergibt, dass damit lediglich eine Verbundenheit der Vereinsmitglieder angestrebt wird, die aus der gemeinnützigen Vereinstätigkeit folgt. Um Abgrenzungsschwierigkeiten zu vermeiden, sollte hierauf grundsätzlich verzichtet werden.

Grundsätzlich kann ein Verein auch mehrere steuerbegünstigte Zwecke fördern. Es ist jedoch zu bedenken, dass auch die tatsächliche Geschäftsführung der Satzung entsprechen muss. Werden bestimmte Satzungszwecke nicht oder über längere Zeit nicht gefördert, kann der Verein die Gemeinnützigkeit verlieren. Die „vorsorgliche“ Aufnahme steuerbegünstigter Zwecke in die Satzung sollte deshalb vermieden werden.

Vermögensbindung

Eine besondere Bedeutung kommt der Vermögensbindung zu. Die Vermögensbindung soll sicherstellen, dass das Vermögen, das der Verein unter den Vorgaben des Gemeinnützigkeitsrechts gebildet hat, auch auf Dauer für steuerbegünstigte Zwecke verwendet wird. Deshalb ist in der Satzung genau zu benennen, welcher bestimmten juristischen Person des öffentlichen Rechts oder welcher bestimmten anderen steuerbegünstigten Körperschaft das Vermögen bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall seines steuerbegünstigten Zwecks zufließen soll oder alternativ zu welchem bestimmten begünstigten Zweck eine beliebige juristische Person des öffentlichen Rechts oder beliebige andere steuerbegünstigte Körperschaft das Vermögen entsprechend verwenden soll.

Kann der Verwendungszweck aus zwingenden Gründen nicht benannt werden, genügt es ausnahmsweise, wenn in der Satzung lediglich bestimmt wird, dass das Vermögen zu steuerbegünstigten Zwecken zu verwenden ist. Es muss dann zusätzlich festgelegt sein, dass ein künftiger Beschluss über die Verwendung des Vermögens erst nach Einwilligung des zuständigen Finanzamts ausgeführt werden darf. Sobald der zwingende Grund wegfällt, ist die Satzung zu ändern und die begünstigte Körperschaft genau zu benennen.

Ein Verstoß gegen die Vermögensbindung führt zum Verlust der Gemeinnützigkeit und zu einer weit reichenden Nachversteuerung.

Zeitnahe Mittelverwendung

Der Verein hat seine Mittel grundsätzlich vollständig und stets zeitnah (fortlaufend) für die steuerbegünstigten Zwecke zu verwenden. Eine zeitnahe Verwendung der Mittel liegt noch vor, wenn die in einem Geschäftsjahr zugeflossenen Mittel im Laufe des folgenden Jahres für die steuerbegünstigten Zwecke tatsächlich verwendet werden. In bestimmten Fällen lässt das Gesetz Ausnahmen von der zeitnahen Mittelverwendung zu (Rücklagenbildung).

Verfahren

Über die Gemeinnützigkeit entscheidet das Finanzamt im Veranlagungsverfahren zur Körperschaftsteuer.

Bei neu gegründeten Vereinen kann der Verein beim zuständigen Finanzamt eine vorläufige Bescheinigung über das Vorliegen der satzungsmäßigen Voraussetzungen für die Steuervergünstigung beantragen. Dem Antrag sind beizufügen:

- die beschlossene Satzung,
- das Protokoll der Mitgliederversammlung,
- die Eintragungsnachricht des Amtsgerichts (bei eingetragenen Vereinen)
- Bestätigung des in der Vermögensbindung der Satzung ausgewiesenen Empfängers, dass er als Gemeinnützig anerkannt ist.

Das Finanzamt prüft in diesem Verfahren, ob die Satzung den Anforderungen der AO an die Gemeinnützigkeit entspricht. Die vorläufige Bescheinigung ist in der Regel auf 18 Monate beschränkt. Nach Ablauf des Kalenderjahres prüft das Finanzamt, ob die tatsächliche Geschäftsführung den gemeinnützigkeitsrechtlichen Anforderungen entspricht.

Die vorläufige Bescheinigung, ihr Widerruf oder die Ablehnung der Erteilung einer vorläufigen Bescheinigung sind keine Verwaltungsakte und können nicht mit einem Rechtsbehelf angefochten werden.

Anschließend erfolgt in einem dreijährigen Turnus eine Überprüfung, ob die Voraussetzungen für die Steuerbefreiung weiter vorliegen.

Vereine, die einen steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhalten, werden jährlich zur Abgabe einer Steuererklärung aufgefordert.

Wirtschaftliche Betätigungen

Der Gesetzgeber gestattet den Vereinen, sich auch außerhalb des steuerbegünstigten Zwecks (ideeller Bereich) zu betätigen. Damit soll den Vereinen die Möglichkeit gegeben werden, durch eine wirtschaftliche Betätigung Mittel zur Erfüllung ihrer satzungsmäßigen Zwecke zu beschaffen. Der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb darf nicht Satzungszweck sein. Beispiele für wirtschaftliche Geschäftsbetriebe sind:

- Verwertung von gesammeltem Altmaterial,
- Durchführung von Basaren und Flohmärkten,

- Verkauf von Speisen und Getränken, auch bei sportlichen und kulturellen Veranstaltungen.

Soweit ein Verein einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb unterhält, entfällt die Steuerbefreiung (partielle Steuerpflicht). Im Übrigen bleibt die Steuerfreiheit unberührt. Übersteigen die Einnahmen einschließlich Umsatzsteuer des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes nicht 30.678 Euro im Jahr, so unterliegt der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb nicht der Körperschaftsteuer und der Gewerbesteuer.

Unter bestimmten Voraussetzungen wird ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb als Zweckbetrieb angesehen. Das ist dann der Fall, wenn

- die wirtschaftliche Betätigung in ihrer Gesamtrichtung dazu dient, die steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke des Vereins zu verwirklichen,
- die zu verwirklichenden Zwecke nur dadurch erreicht werden können und
- der Zweckbetrieb nicht zu den nicht begünstigten Betrieben derselben oder ähnlicher Art in größerem Umfang in Wettbewerb tritt.

Ein Zweckbetrieb wird dem steuerbegünstigten Bereich zugerechnet, d. h., er ist von der Körperschaft- und Gewerbesteuer befreit; bei der Umsatzsteuer gilt der ermäßigte Steuersatz, es sei denn, die Umsätze sind nach dem Umsatzsteuergesetz steuerfrei.

Für Einrichtungen der Wohlfahrtspflege, Krankenhäuser, sportliche Veranstaltungen und bestimmte Betätigungen bestehen besondere Regelungen zur Einordnung als Zweckbetrieb.

Die Erträge aus einer wirtschaftlichen Betätigung sind für die satzungsmäßigen Zwecke zu verwenden. Mittel des ideellen Bereichs dürfen nicht zum Ausgleich von Verlusten des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes verwendet werden.

Nachweis/Aufzeichnungspflichten

Der Verein ist verpflichtet, durch ordnungsmäßige Aufzeichnungen über Einnahmen und Ausgaben den Nachweis zu führen, dass die tatsächliche Geschäftsführung den festgelegten Anforderungen und Satzungsbestimmungen entspricht.

Der Vereinsvorstand muss jährlich Rechenschaft gegenüber der Mitgliederversammlung ablegen. Soweit dazu in der Vereinsatzung keine

Sonderregelungen getroffen sind, finden die allgemeinen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches Anwendung. Danach besteht die Verpflichtung zur Aufzeichnung aller Einnahmen und Ausgaben sowie zur Anfertigung eines Bestandsverzeichnisses und zur Aufbewahrung der dazu gehörenden Belege.

Die Einnahmen und Ausgaben sind getrennt für:

- den ideellen Bereich (das ist der satzungsmäßige Zweck),
- die Vermögensverwaltung,
- einen Zweckbetrieb und
- einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb

aufzuzeichnen:

| | Einnahmen | Ausgaben |
|--|--|--|
| ideeller Bereich | Mitgliedsbeiträge Spenden Zuschüsse Bußgelder | Personalausgaben Sachausgaben sonstige Ausgaben |
| Vermögensverwaltung | Kapitalerträge Mieteinnahmen sonstige Einnahmen | Aufwendungen- Kapitalerträge Aufwendungen- Mieteinnahmen sonstige Ausgaben |
| Zweckbetrieb | Betriebseinnahmen | Betriebsausgaben |
| wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb | Betriebseinnahmen | Betriebsausgaben |

Bei einem größeren wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb besteht die Verpflichtung, den Gewinn durch Bestandsvergleich zu ermitteln.

Steuerbegünstigte Zuwendungen

Gemeinnützige Vereine und andere steuerbegünstigte Körperschaften sind zur Finanzierung ihrer der Allgemeinheit dienenden Aufgaben auf die finanzielle Unterstützung durch ihre Mitglieder und Dritte (Spender) angewiesen. Der Gesetzgeber unterstützt dies, indem er die Zuwendungen steuerlich fördert (Abzug nach § 10 b des Einkommensteuergesetzes, § 9 Abs. 1 Nr. 2 des Körperschaftsteuergesetzes).

Begünstigte Körperschaften

Die Gemeinnützigkeit berechtigt eine Körperschaft noch nicht, steuerbegünstigte Zuwendungen entgegenzunehmen. Ein vom Finanzamt als gemeinnützig anerkannter Verein ist nur dann berechtigt, Zuwen-

dungen entgegenzunehmen, wenn er einen mildtätigen, kirchlichen, religiösen, wissenschaftlichen oder einen als besonders förderungswürdig anerkannten gemeinnützigen Zweck verfolgt.

Besonders förderungswürdig anerkannte gemeinnützige Zwecke

Diese Zwecke sind in einem Verzeichnis der allgemein als besonders förderungswürdig anerkannten gemeinnützigen Zwecke zusammengestellt, die Sie unter http://www.ofd.niedersachsen.de/master/C323304_N9590_I636_L20_D0.html finden.

Das Verzeichnis finden Sie nebenstehend unter „Downloads“. Das Verzeichnis ist in die Abschnitte A und B aufgeteilt.

Bei Vereinen, die im Abschnitt A aufgeführte Zwecke fördern, sind beim Spender Spenden und Mitgliedsbeiträge abziehbar. Bei Vereinen, die im Abschnitt B aufgeführte Zwecke fördern, sind nur Spenden abziehbar.

Bei Vereinen, die Zwecke fördern, die sowohl in Abschnitt A als auch in Abschnitt B aufgeführt sind, sind ebenfalls nur Spenden abziehbar.

Sind die Mitgliedsbeiträge nicht abziehbar, darf der Verein dafür auch keine Zuwendungsbestätigung ausstellen. Bei einer Geldspende an einen solchen Verein muss ausdrücklich bestätigt werden, dass es sich nicht um Mitgliedsbeiträge, sonstige Mitgliederumlagen oder Aufnahmegebühren handelt.

Förderung kultureller Zwecke

Die Förderung kultureller Zwecke ist sowohl in Abschnitt A als auch in Abschnitt B aufgeführt. Grundsätzlich ist die Förderung kultureller Zwecke dem Abschnitt A zuzuordnen. Dem Abschnitt B sind die kulturellen Betätigungen zuzuordnen, die in erster Linie der Freizeitgestaltung dienen (z.B. Gesangvereine, Theaterspielvereine und Theaterbesuchsorganisationen). Bei diesen Vereinen sind nur Spenden steuerbegünstigt.

Förderung mildtätiger, kirchlicher, religiöser und wissenschaftlicher Zwecke

Bei Vereinen, die mildtätige, kirchliche, religiöse oder wissenschaftliche Zwecke fördern, sind Spenden und Mitgliedsbeiträge abziehbar, auch wenn diese Zwecke nicht in dem Verzeichnis der allgemein als besonders förderungswürdig anerkannten gemeinnützigen Zwecke enthalten sind.

Zuwendungen

Steuerbegünstigte Zuwendungen sind in erster Linie Spenden und unter bestimmten Voraussetzungen Mitgliedsbeiträge. Umlagen und Aufnahmegebühren werden wie Mitgliedsbeiträge behandelt. Nicht begünstigt sind Umlagen zum Ausgleich von Verlusten eines steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes oder von Verlusten aus einer Vermögensverwaltung.

Steuerbegünstigte Zuwendungen sind freiwillige, unentgeltliche Ausgaben zur Förderung der satzungsmäßigen steuerbegünstigten Zwecke des Vereins. Sie können in Geld- oder Sachzuwendungen bestehen.

Nicht zu den steuerbegünstigten Zuwendungen gehören Dienstleistungen oder die Überlassung von Nutzungsmöglichkeiten. So sind die unentgeltliche Arbeitsleistung für den Verein oder die unentgeltliche Überlassung von Räumen an den Verein keine Spenden.

Eine Ausnahme gilt für so genannte Aufwandsspenden, bei denen der Förderer auf einen ihm zustehenden Aufwendungsersatzanspruch gegenüber dem Verein verzichtet. Voraussetzung hierfür ist, dass ein satzungsgemäßer oder ein schriftlich vereinbarter vertraglicher Aufwendungsersatzanspruch besteht oder dass ein solcher Anspruch durch einen rechtsgültigen Vorstandsbeschluss eingeräumt worden ist, der den Mitgliedern in geeigneter Weise bekannt gemacht wurde. Der Anspruch muss vor der zum Aufwand führenden oder zu vergütenden Tätigkeit eingeräumt worden sein. Der Anspruch muss ernsthaft und rechtswirksam eingeräumt werden und darf nicht unter der Bedingung des Verzichts stehen. Dem Mitglied muss es also freistehen, ob er den Aufwendungsersatz vereinnahmt oder ob er ihn dem Verein als Spende überlässt. An der Ernsthaftigkeit von Aufwendungsersatzansprüchen fehlt es in der Regel dann, wenn der Verein infolge seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht in der Lage ist, den geschuldeten Aufwendungsersatz zu leisten.

Über Art und Umfang der geleisteten Tätigkeiten und über die dabei entstandenen Ausgaben müssen geeignete Aufzeichnungen und Nachweise vorhanden sein.

Diese Ausführungen gelten entsprechend, wenn dem Mitglied ein Aufwendungsersatz nach einer vorhergehenden Geldspende ausgezahlt wird.

Sachspenden können Wirtschaftsgüter aller Art sein. Die Sachspende ist grundsätzlich mit dem gemeinen Wert des gespendeten Gegen-

standes zu bewerten, das ist der Marktwert. Ist der Gegenstand vor der Spende aus einem Betrieb entnommen worden, kann höchstens der Wert angesetzt werden, den der Spender vorher der Entnahme zu Grunde gelegt hat, jedoch zuzüglich der bei der Entnahme angefallenen Umsatzsteuer.

Einnahmen eines Vereins, für die eine Gegenleistung erbracht wird, sind keine Spenden, weil in diesem Fall die Ausgabe des Förderers nicht unentgeltlich erfolgt. Das gilt auch dann, wenn die Zuwendung den Wert der Gegenleistung übersteigt. Eine Aufteilung der Zuwendung in ein Entgelt für die Gegenleistung und eine Spende ist nicht zulässig.

Sponsoring

Unter Sponsoring wird die Gewährung von Geld oder geldwerten Vorteilen durch Unternehmen verstanden, mit der regelmäßig auch eigene unternehmensbezogene Ziele der Werbung und Öffentlichkeitsarbeit verfolgt werden. Beim Sponsoring gelten besondere Grundsätze, über die Sie bei Bedarf das Finanzamt informiert.

Zuwendungsbestätigung

Der Spender kann seine Zuwendungen nur dann von der Steuer absetzen, wenn er seinem Finanzamt eine ordnungsgemäße Zuwendungsbestätigung nach amtlichen Muster vorlegt. Muster für eine Geldspende und eine Sachspende finden Sie unter http://www.ofd.niedersachsen.de/master/C323304_N9590I_I636_L20_D0.html.

Die Zuwendungsbestätigung ist eine unverzichtbare sachliche Voraussetzung für den Spendenabzug.

Bei den Zuwendungsbestätigungen ist darauf zu achten, dass das in der Bestätigung angegebene Datum des Freistellungsbescheides oder Steuerbescheides nicht länger als fünf Jahre oder das Datum der vorläufigen Bescheinigung nicht länger als drei Jahre seit dem Tag der Ausstellung der Zuwendungsbestätigung zurückliegt. Das Finanzamt des Spenders erkennt Bestätigungen mit länger zurückliegenden Daten nicht als ausreichenden Nachweis für den Spendenabzug an.

Die Zuwendungsbestätigung muss grundsätzlich von mindestens einer durch Satzung oder Auftrag zur Entgegennahme von Zahlungen berechtigten Person unterschrieben werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann das zuständige Finanzamt genehmigen, dass Bestätigungen maschinell ohne eigenhändige Unterschrift erstellt werden.

Bei Sachspenden muss die Zuwendungsbestätigung den Wert und die genaue Bezeichnung jeder einzelnen Sache enthalten.

Vertrauensschutz

Der Spender darf auf die Richtigkeit der Bestätigung über Spenden und Mitgliedsbeiträge vertrauen, es sei denn, dass er diese durch unlautere Mittel oder falsche Angaben erwirkt hat oder dass ihm die Unrichtigkeit infolge grober Fahrlässigkeit nicht bekannt war.

Haftung

Dem Vertrauensschutz auf Seiten des Spenders steht auf Seiten des Vereins und seiner Verantwortlichen die Haftung für die durch ihn verursachten Steuerausfälle gegenüber. Wer vorsätzlich oder grob fahrlässig eine unrichtige Bestätigung ausstellt (Ausstellerhaftung) oder wer veranlasst, dass Zuwendungen nicht zu den in der Bestätigung angegebenen steuerbegünstigten Zwecken verwendet werden (Veranlasserhaftung), haftet für die entgangene Steuer. Diese ist mit 40 v. H. des zugewendeten Betrages anzusetzen. Die Steuererminderung bei der Gewerbesteuer wird mit 10 v. H. des zugewendeten Betrages berücksichtigt.

Die Haftung kommt zum Beispiel in Betracht, wenn:

- ein nicht gemeinnütziger oder ein gemeinnütziger aber nicht spendenbegünstigter Verein Zuwendungsbestätigungen ausstellt,
- der Wert einer Spende in der Bestätigung zu hoch angegeben wird,
- Bestätigungen über nicht gezahlte Spenden erteilt werden,
- Bestätigungen über Spenden für einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ausgestellt werden.

Missbräuche im Zusammenhang mit der Ausstellung von Zuwendungsbestätigungen können zudem zum Verlust der Gemeinnützigkeit führen.

Aufzeichnungspflichten

Die Vereinnahmung der Zuwendung und ihre zweckentsprechende Verwendung sind ordnungsgemäß aufzuzeichnen. Ein Doppel der Zuwendungsbestätigung ist aufzubewahren. Bei Sachzuwendungen und beim Verzicht auf die Erstattung von Aufwand müssen sich aus den Aufzeichnungen auch die Grundlagen für den vom Verein bestätigten Wert der Zuwendung ergeben.

(Quelle: www.ofd.niedersachsen.de)

Mehr als zwei Millionen Menschen profitieren von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke

Inzwischen nehmen über zwei Millionen chronisch kranke Menschen an einem qualitätsgesicherten strukturierten Behandlungsprogramm (Disease Management Programm, DMP) teil.

Im Dezember 2005 waren 2.040.967 Versicherte in eines der rund 6.000 zugelassenen Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs und koronare Herzkrankheit eingeschrieben. Für zwei weitere Krankheiten - Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen - sind die Zulassungsvoraussetzungen in Rechtsverordnungen bereits festgelegt, nachzulesen unter http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=196. Die Programme werden derzeit von den Krankenkassen vorbereitet und stehen in Kürze den Versicherten zur Verfügung.

Mit den strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) soll eine koordinierte, qualitätsgesicherte Behandlung sichergestellt werden. Die Anforderungen zur Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme werden gemäß der gesetzlichen Vorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss - unter Beteiligung externer Fachexperten aus der ambulanten Versorgung, dem stationären Bereich und der Wissenschaft - regelmäßig auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse hin überprüft und aktualisiert.

Nachdem im Herbst 2005 das DMP Diabetes mellitus Typ 2 aktualisiert wurde, ist seit heute mit der 13. Änderungsverordnung zur Risikostrukturausgleichsverordnung erstmalig eine Aktualisierung der Zulassungsanforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme bei Brustkrebs umgesetzt worden. Damit wird eine weitere Verbesserung der Versorgungs- und Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen erreicht. So wurden neue Diagnose- und Therapiekonzepte auf der Grundlage von Leitlinien-Empfehlungen einbezogen. Auch wurde die Rehabilitation eingebunden und damit das Ziel des interdisziplinären und sektorenübergreifenden Behandlungsansatzes weiterverfolgt. Zusätzlich wurde der Umfang der in den Programmen

erforderlichen Dokumentation auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß beschränkt.

Derzeit sind über 35.000 Frauen (Stand: 16.01.2006), in Disease Management Programme für Brustkrebs eingeschrieben. Die Rechtsverordnung ist veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2006 Teil I Nr. 5, ausgegeben zu Bonn am 30. Januar 2006, S. 228 und demnächst im Internet abrufbar unter ⇒ Gesetze und Verordnungen ⇒ der Internetseite des BMG (www.bmg.bund.de, Gesetzliche Krankenversicherung).

(Quelle: BMG - Bundesministerium für Gesundheit)

Neue Gesundheitsinformationen im Internet vorgestellt

Medizinische Informationen gibt es viele im Internet. Doch ob sie wissenschaftlich gesichert sind, und welche Interessen vielleicht dahinter stehen, das ist für Laien schwer zu erkennen.

Jetzt ist das neue Internetportal **www.gesundheitsinformation.de** online gegangen, ein Angebot des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den Nutzen medizinischer Leistungen für den Patienten untersucht. Es erforscht, was therapeutisch und diagnostisch möglich und sinnvoll ist und informiert Ärzte und Patienten darüber. Das Institut wurde im Zuge der Gesundheitsreform am 1. Juni 2004 als private Stiftung gegründet und ist im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bundesgesundheitsministeriums tätig. An der Erarbeitung der Patienteninformationen werden auch Patientenvertreter, darunter auch der Sozialverband VdK Deutschland, im Rahmen einer Anhörung beteiligt. Anmerkungen oder Kritik an der Website oder den dort veröffentlichten Patienteninformationen können jederzeit an den Sozialverband VdK gegeben werden.

Geplant ist der schrittweise Aufbau einer Internetbibliothek auf **www.gesundheitsinformation.de**, die Patientinnen und Patienten über viele Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten aufklären wird. Die Informationen des IQWiG-Portals bemühen sich um

zwei wesentliche Aspekte: Sie sollen wissenschaftlich fundiert sein und das Siegel der Unabhängigkeit tragen.

Patientennahe Informationsangebote

Das Portal geht zunächst mit einem Basisangebot online, das schrittweise ausgebaut wird. Auf der Startseite werden den Nutzern des Portals aktuelle Texte zu Themen wie Sojanahrung für Babys oder Wechseljahre bei Frauen angeboten. Außerdem stellen die IQWiG-Mitarbeiter vertiefende Dossiers zu wichtigen Krankheiten bereit: den Anfang macht das Thema „Vorbeugung von Darmkrebs“. Man erfährt hier, wie diese Krebsart entsteht, welche Risikofaktoren es gibt, welche vorbeugenden Maßnahmen helfen oder welche - nach heutigem Wissensstand - keine Wirkung haben. Für die Informationen wird der neueste medizinische Wissensstand ausgegeben, den Interessierte im ausführlichen Literaturverzeichnis nachrecherchieren können. Einen besonderen Service bieten die Merkblätter, die das Wissen kompakt zusammenfassen. Zudem enthalten die Dossiers ein krankheitsspezifisches Glossar und ein Quiz zum Thema. Schließlich wird eine Frage aufgegriffen, die aktuell in der Forschung diskutiert wird. Beim Thema Darmkrebs geht es darum, ob Kalzium Darmkrebs vorbeugen kann.

Zahlreiche weitere Elemente ergänzen die Informationen und erhöhen die Nutzerfreundlichkeit der Seite. So gibt es zum Start des Portals einen Film, der sich mit dem Komplex Menopause und Wechseljahre befasst; weitere Filmbeiträge sind in Vorbereitung. Mit Hilfe so genannter „Entscheidungsbögen“ haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich grundlegend über bestimmte Therapieformen aufklären zu lassen. Die Entscheidungsbögen sind insbesondere bei umstrittenen Behandlungen wie etwa der Hormontherapie sinnvoll, weil sie die wissenschaftlich evaluierten Vor- und Nachteile klar benennen und so den Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich selbst ein Urteil zu bilden.

Auch anhand von konkreten Patientengeschichten, den „Erfahrungsberichten“, werden Behandlungsmöglichkeiten deutlich gemacht. Ein Glossar schließlich bringt die wichtigsten medizinischen Begriffe auf den Punkt: von A wie Antibiotika bis Z wie Zahnversiegelung. Selbstverständlich stehen alle Informationen den Internetnutzern kostenfrei zur Verfügung.

(Quelle: VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Rehabilitation als Generationenmodell

3. Deutscher Reha-Tag

„REchtzeitig HAndeln - Engagement für Generationen“

Unter dem Motto „Rechtzeitig Handeln - Engagement für Generationen“ wird der 3. Deutsche Reha-Tag am 23. September 2006 mit einem neuen, regionalisierten Konzept stattfinden. Im Mittelpunkt steht die Rehabilitation als Generationenmodell.

Rehabilitation unter Berücksichtigung sowohl medizinischer als auch sozialer und beruflicher Rehabilitation ist eine Generationenaufgabe und wichtiger denn je. Psychische Erkrankungen durch Arbeitslosigkeit nehmen ebenso zu wie die Dickleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Die geriatrische Rehabilitation mit dem sich ständig verstärkenden Problem einer alternden Gesellschaft und der Zunahme chronischer Erkrankungen rückt weiter in den Vordergrund. Dabei geht es nicht nur um die Eingliederung und Teilhabe von behinderten Menschen, sondern auch um Konzepte zur Vermeidung von Ausgrenzung durch chronische Erkrankungen und/oder Behinderungen.

Der Reha-Tag wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Rentenversicherung, den Dachverbänden der Leistungserbringer der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und Behindertenverbänden, darunter der Sozialverband VdK Deutschland, organisiert. Der wirtschaftliche Nutzen der Rehabilitation und ihre Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung und die Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung soll hervorgehoben werden. Das Konzept sieht neben den bewährten (Gemeinschafts-) Aktionen und Tagen der offenen Tür der Rehabilitationskliniken und -einrichtungen, regionale Schwerpunktveranstaltungen im Umfeld des Reha-Tages vom 1. September bis zum 31. Oktober 2006 vor. Zum Auftakt des Reha-Tages sind am 21. September 2006 an zentraler Stelle in Berlin ein parlamentarisches Gespräch und am 22. September 2006 eine Pressekonferenz geplant. Eine zentrale Auftaktveranstaltung wie 2005 wird es nicht mehr geben.

(Quelle: Jens Kaffenberger, VdK-Fachverband Schlafapnoe)

Neuropsychologische Einschränkungen und deren Reversibilität bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen

Autor: Weeß H-G

Interdisziplinäres Schlafzentrum, Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Klingenmünster

Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) zeigen in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Erkrankung Einschränkungen in neuropsychologischen Funktionsbereichen. In Meta-Analysen werden im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen oder Normdaten in erster Linie Einschränkungen in Aufmerksamkeitsfunktionen, Langzeitgedächtnisprozessen und bei Untersuchungsverfahren zur Fahreignung beschrieben. Die aufmerksamskeitsbezogenen Einschränkungen beziehen sich auf die Aspekte selektive Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit. Insbesondere in monotonen (low event rate) Untersuchungsverfahren über längere Zeiträume (Vigilanz) werden nicht unerhebliche Leistungsdefizite beschrieben.

Während Kurzzeitgedächtnisprozesse eher unbeeinträchtigt beschrieben werden, finden sich in vielen Studien vor allem für das visuelle und verbale Langzeitgedächtnis Berichte über Einschränkungen im Vergleich zu Kontrollen.

In verschiedenen früheren Studien wurden die nächtliche Schlaffragmentierung infolge respiratorischer Arousal (Erregungszustand) und die nächtliche Hypoxämie (erniedrigter Sauerstoffgehalt) als Ursache der Leistungseinschränkungen der Patienten mit SBAS gesehen. Postuliert wurde eine Reversibilität der Einschränkungen, welche eher auf die Schlaffragmentierung zurückgeführt werden kann und eine Irreversibilität für diejenigen Einschränkungen, welche eher im Zusammenhang zur nächtlichen Hypoxämie und der Dauer der Erkrankung stehen.

Zur Frage der Reversibilität der neuropsychologischen Einschränkungen liegen uneindeutige Ergebnisse vor. Die Uneindeutigkeit der Befunde dürfte in erster Linie auf methodische Probleme, Güte der Therapie, divergierende Therapie-Compliance zwischen den Studien als auch auf die Genese der Einschränkungen (Hypoxämie vs. Schlaffragmentierung) zurückgeführt werden können.

Vor allem für die Defizite in Untersuchungsverfahren zur Fahreignung stellen sich unter suffizienter Therapie in den meisten Studien vergleichbare Leistungen mit Gesunden ein. In vielen Studien wird bei regelmäßiger Nutzung der nächtlichen Ventilationstherapie eine vergleichbare Unfallhäufigkeit bei Patienten mit SBAS mit Normalpersonen beschrieben. In einer eigenen Studie fanden sich unter Therapie keine weiteren Einschränkungen in dem Aufmerksamkeitsaspekt Vigilanz, theoriekonform ließen sich diese Defizite regressionsanalytisch vornehmlich auf die nächtliche Schlaffragmentierung zurückführen.

Die Reversibilität von gedächtnisbezogenen Einschränkungen der Patienten mit SBAS wird uneindeutig beschrieben. Eine hirnorganische Komponente infolge dauerhafter hypoxischer Schädigungen des ZNS durch repetitive nächtliche Atemstillstände wird diskutiert und erscheint möglich.

(Quelle: Somnologie Volume 9, Oktober 2005)

Ist zu wenig Eisen im Gehirn eine Ursache von RLS?

Hirnregion Substantia nigra ist betroffen

Forscher vermuten, dass Störungen bei der Eisenaufnahme im Gehirn an der Entstehung eines Restless-Legs-Syndroms (RLS) beteiligt sind. So tritt bei familiärem RLS Eisenmangel in der Hirnregion (Substantia nigra) auf.

Auf dem Weltkongress der Schlafmediziner in Berlin schätzte Professor Wayne Hening aus New York, dass bei etwa einem von 30 Patienten mit RLS eine Behandlung nötig ist. Das primäre Problem sei wahrscheinlich ein Eisenmangel im Gehirn.

So sei auffällig, dass Menschen mit tendenziellem Eisenmangel wie Schwangere, Nierenpatienten und regelmäßige Blutspender eine erhöhte RLS-Neigung hätten. In der Substantia nigra sei der Eisengehalt bei familiärem RLS deutlich vermindert. Offensichtlich liege ein zelluläres Problem vor, das Hirnzellen daran hindere, ausreichend Eisen zu speichern.

Hening empfiehlt daher einen Therapieversuch mit Eisen nicht nur bei manifestem Eisen-Mangel, sondern bereits, wenn der Eisenwert

im niedrig-normalen Bereich liegt. Mehrere Studien laufen derzeit mit intravenösem Eisen, welches das Gehirn eventuell besser erreicht als die orale Form.

Das zweite an der RLS-Pathogenese beteiligte System ist das dopaminerge System. L-Dopa ist derzeit das einzige in Deutschland zugelassene Mittel gegen RLS. Therapieerfolge gibt es aber auch mit Dopamin-Agonisten, die zum Teil kurz vor der Zulassung für diese Indikation stehen.

Eine Erklärung für deren Wirksamkeit ist, dass tagesabhängige Schwankungen in der Dopamin-Freisetzung bei RLS-Kranken dazu führen, dass sie abends und nachts zu wenig, morgens eher zu viel Dopamin produzieren.

(Quelle: Ärztezeitung online, 18.10.2005)

Didgeridoo-Spielen kann gegen Schnarchen helfen

Krankhaftes Schnarchen lässt sich auch durch Didgeridoo-Spielen behandeln. Das Blasinstrument der australischen Ureinwohner führe laut einer Studie dazu, dass das Schnarchen abnehme und der Schlaf besser werde, meldet die Universität Zürich.

Der Grund dafür ist wahrscheinlich, dass bei Patienten mit einem so genannten Schlafapnoe-Syndrom die Muskeln der oberen Atemwege schwächer ausgebildet sind. Beim Didgeridoo-Spielen wird genau diese Muskulatur durch die Atemtechnik trainiert.

Die Forscher um die Wissenschaftler Otto Brändli und Milo Puhan teilten 25 Patienten, die unter einer leichten Schlafapnoe litten, in eine Didgeridoo-Gruppe und eine Kontrollgruppe ein. Nach viermonatigem, regelmäßigem Spielen zeigten die Didgeridoo-Spieler eine deutlich geringere Tagesmüdigkeit.

Außerdem fühlten sich ihre Partner weniger durch das Schnarchen gestört. Die neue Behandlung sei möglicherweise eine Alternative zur so genannten CPAP-Therapie, bei der die Patienten nachts eine Atemmaske tragen, so die Universität.

Die Studie wurde auch in der Online-Ausgabe des British Medical Journal unter <http://bmj.bmjournals.com> veröffentlicht.

(Quelle: dpa-Meldung, Februar 2006)

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Die eGK ist ein eHealth-Großprojekt. Beteiligt sind daran ca. 253 gesetzliche Krankenkassen, 50 private Krankenversicherungen, 1300 Reha-Kliniken, 2.200 Krankenhäuser, 123.000 niedergelassene Ärzte, 65.000 Zahnärzte, 21.000 Apotheken und viele andere Leistungserbringer wie z.B. Physiotherapeuten. Für die 80 Mio. GKV - und PKV - Versicherten ändert sich dann einiges.

Pflichtanwendungen mit der eGK werden zunächst sein:

- Versichertenadresse
- Krankenkasse
- Versichertenstatus
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Lichtbild
- das neue eRezept (elektronisches Rezept)
- EHIC-Europäische Krankenversicherungskarte

Die freiwilligen Anwendungen, die nur durch eine geheime persönliche Identifikationsnummer (PIN) und von Inhabern eines eHeilberufsausweises genutzt werden können:

- Notfalldaten ⇒ wie Blutgruppe, Vorerkrankungen, Allergien
- eArztbrief ⇒ Befunde, Diagnosen, Therapien
- Arzneimittel ⇒ Arzneimitteltherapiesicherheit
- ePatientenakte ⇒ Daten die der Versicherte über sich angibt, wie Patientenverfügung u.a.
- Patientenquittung ⇒ Kostenauflistung an Zuzahlungen usw.

Neu an der eGK ist das Lichtbild des Versicherten. Zurzeit wird geklärt, wie die Krankenkassen diese Bilder vom Versicherten erhalten sollen und auf die eGK zeitnah aufdrucken können. Hierdurch soll ein Kartenmissbrauch deutlich verringert werden.

Mit Hilfe eines besonders gesicherten Datennetzes erfolgt bei Vorlage der eGK eine Anfrage an den Mitgliederbestand der jeweiligen Krankenkasse. Aktuelle Daten wie eine Zuzahlungsbefreiung oder Änderungen der persönlichen Angaben sind sofort erkennbar.

Das eRezept des Arztes wird bei Ausstellung auf den besonderen Rechner im „Gesundheitsnetz“ verschlüsselt gespeichert. Bei der

Apotheke oder Internetapotheke werden diese Daten dann mit Hilfe der eGK gelesen, entschlüsselt und bei Medikamentenabgabe auch abgerechnet.

Welche Daten im „Gesundheitsnetz“ hinterlegt werden, kann nur mit Patienteneinverständnis geschehen.

Die Einsparungen durch eRezept, eArztbrief und ePatientenakte werden auf ca. 516 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. Man vermutet, dass durch eine lückenlose Arzneimitteldokumentation ca. 10.000 Todesfälle auf Grund von Arzneimittelunverträglichkeit vermieden werden können.

Besonders Doppeluntersuchungen werden vermieden und alle Ärzte können schnell auf Laborbefunde, Röntgenbilder und andere Daten zurückgreifen. Es erfolgt eine verbesserte Kooperation und Kommunikation im Gesundheitswesen. Verwaltungsprozesse werden optimiert und Ressourcen besser genutzt.

Was können wir Patienten von der neuen eGK erwarten?

1. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung
2. Kosteneinsparungen für die Krankenkassen und dadurch eine Beteiligung der Mitglieder durch spezielle Anreize oder einer Beitragssenkung
3. Einsatz „weltweit“ durch die Möglichkeiten der Telemedizin
4. Registrierung von Notfalldaten
5. Schnelleren und genaueren Datentransfer zwischen Arzt, Krankenkasse und Leistungserbringer

Ein derartiges Projekt hat seinen Preis. Mit 1,4 Mrd. Euro mindestens wurden die voraussichtlichen Kosten veranschlagt, wobei dann die Betriebskosten im ersten Jahr mit ca. 150 Mio. Euro vergleichsweise gering sind. Zu tragen sind die Kosten letztlich aus den Beitragsmitteln von GKV und PKV.

Bevor die eGK und ihre Anwendungen flächendeckend zur Anwendung kommen können, sind noch eine Vielzahl von Tests erforderlich.

Mit einhelliger Zustimmung der Länder hat das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt, in welchen Ländern Tests mit der elektronischen Gesundheitskarte starten sollen.

Die beteiligten Länder und ihre Regionen sind:

Bochum-Essen (Nordrhein-Westfalen)

Bremen (Bremen)

Flensburg (Schleswig-Holstein)
Heilbronn (Baden-Württemberg)
Ingolstadt (Bayern)
Löbau-Zittau (Sachsen)
Trier (Rheinland-Pfalz)
Wolfsburg (Niedersachsen)

Die Tests laufen in drei Stufen ab:

In der ersten Stufe (Labortests) werden Tests unter Laborbedingungen durchgeführt. Die Tests haben bereits begonnen.

In der zweiten Stufe (Anwendertests) führen Ärzte, Apotheker und sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen praktische Anwendertests mit Testdaten durch. Versicherte sind nicht beteiligt. Die Tests sollen in Kürze beginnen.

In der dritten Stufe (Feldtest/10.000er-Test) werden in einzelnen Testregionen Tests unter realen Einsatzbedingungen durchgeführt. Dabei werden Echtdaten der Versicherten und der Leistungserbringer verwendet. Bei den Tests sollen bis zu 10.000 Versicherte und die für deren Gesundheitsversorgung zuständige Kostenträger und Leistungserbringer mitwirken. Die Feldtests sollen Mitte dieses Jahres beginnen, so dass also etwa im Juni in den Testregionen erstmals in größerem Umfang Gesundheitskarten an Versicherte ausgegeben werden. Es ist vorgesehen, dass nicht alle Testregionen die Tests gleichzeitig beginnen, sondern Sachsen und Schleswig-Holstein starten, gefolgt von Bayern und NRW, Baden-Württemberg und Rheinland Pfalz sowie Bremen und Niedersachsen.

In der vierten Stufe (100.000er-Tests) wird der 10.000er Feldtest in den ausgewählten Testregionen auf bis zu 100.000 Versicherte erweitert. Vorgesehen ist bislang, dass es sich hierbei um die Testregionen in Bayern, Baden-Württemberg und NRW handelt. Der Zeitplan der 100.000er-Tests wurde bislang nicht festgelegt. Die Tests beginnen vermutlich im Frühjahr 2007.

Was geschieht zurzeit?

Mit der eGK erhält jeder Versicherte eine lebenslange neue KVNR. Die bisherige Krankenversicherungsnummer bezog sich auf die jeweilige Krankenkasse. Auch die bisherige Rentenversicherungsnummer, die mit Aufnahme einer Beitragszahlung lebenslang zugeteilt wurde, wird ungültig.

Zuerst müssen die entsprechenden Daten im Krankenkassenbestand geklärt werden. Dazu werden Fragebögen zugesandt, die unbedingt an die Krankenkasse zurückgeschickt werden müssen. Die Fragen beziehen sich darauf, ob es schon eine Rentenversicherungsnummer gibt - weil dann schon alle Daten geklärt sind - oder ansonsten nach dem Geburtsland, der aktuellen Staatsangehörigkeit und dem Geburtsort letztlich auch für alle Kinder. Es soll ja jeder seine persönliche Nummer erhalten.

(Quelle: Andreas Bensch, SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Kassel)

Feststellung einer Behinderung

Von Günther Brenner

Rechtliche Grundlagen zur Feststellung einer Behinderung und des daraus resultierenden Grades der Behinderung

Nach § 69 Abs. 1 des Neunten Sozialgesetzbuches (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Antrag des behinderten Menschen das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. In Rheinland-Pfalz sind dies die Ämter für soziale Angelegenheiten (früher: Versorgungssämter).

Die Legaldefinition einer Behinderung findet sich in § 2 des SGB IX. Danach sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Schwerbehindert sind Menschen, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

In diesen beiden Sätzen sind einige grundsätzliche Begriffe enthalten, die sicher geläufig sind, aber dennoch immer wieder einer Erläuterung bedürfen. Die angesprochene „Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ wird in ihren Auswirkungen als Grad der Behinderung (GdB) nach 10-er Graden abgestuft und von 20-100 festgestellt. Hierbei ist wichtig zu wissen, dass der GdB keine

Aussage darüber treffen kann, in welchem Umfang ein Mensch mit Behinderung bei der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bezieht sich nämlich auf alle Lebensbereiche und nicht alleine oder überwiegend auf den Arbeitsbereich.

Beispiele

Eine Amputation eines Beines im unteren Bereich eines Unterschenkels bewirkt bei der heutigen guten orthopädischen Versorgung mit Prothesen in der Regel keine Erwerbsunfähigkeit. Trotzdem ist der Betreffende nach dem SGB IX, dem früheren Schwerbehinderten-Gesetz schwerbehindert. Im täglichen Leben - Teilhabe in der Gesellschaft - ist er gegenüber einem Gleichaltrigen gesunden gehandikapt. Er kann z.B. nicht einfach ins Wasser springen und schwimmen, er muss ständig den Stumpf pflegen usw.

Bei einem Dachdecker ist es durch Verschleiß zu einer vollständigen Versteifung in einem Hüftgelenk gekommen. Er kann seinen Beruf als Dachdecker nicht mehr ausüben. Nach dem SGB IX ist er jedoch nicht schwerbehindert. Das berufliche Handicap wirkt sich nicht erhöhend auf den GdB, der 30 beträgt, aus.

Anders ist es im Sozialen Entschädigungsrecht, z.B. im Bundesversorgungsgesetz, wo beispielsweise „besonderes berufliches Betroffensein“ erhöhend bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) berücksichtigt werden kann.

An dieser Stelle ist weiterhin zu erwähnen, dass eine Behinderung im Schwerbehindertenrecht (SGB IX) nach dem Finalitätsprinzip festgestellt wird, d.h. es wird nicht berücksichtigt, auf welcher Ursache eine Gesundheitsstörung beruht, deren Feststellung als Behinderung beantragt wird. Es werden nicht die Erkrankung, der Unfall oder die Operation bewertet, sondern die funktionellen Auswirkungen im Alltag. Im sozialen Entschädigungsrecht und in der Unfallversicherung ist dies anders. Hier gilt das Kausalitätsprinzip, d.h. es sind die Gesundheitsstörung und die daraus folgenden Schädigungsfolgen zu bewerten, die ursächlich auf einen versorgungsrechtlich geschützten Tatbestand zurückzuführen sind (z.B. Wehrdienstbeschädigung, Opfer von Gewalttaten u.a.).

Begriff der Behinderung

Die Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung setzt immer eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus. Dies gilt für Kinder und Menschen in fortgeschrittenem Lebensalter gleichermaßen. Physiologische Verän-

derungen im Alter sind daher beim GdB nicht zu berücksichtigen. Auch das wird oft verkannt. Es handelt sich hier um altersbedingte, allgemeine Minderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, leichte Verminderung der Beweglichkeit von Gliedmaßen und Wirbelsäule, altersentsprechendes Nachlassen des Gedächtnisses, der geistigen Beweglichkeit und der seelischen Belastbarkeit etc.

Krankhafte Veränderungen aber, d.h. Gesundheitsstörungen, die nicht regelmäßig und nicht nur im Alter beobachtet werden können, sind beispielsweise Folgen gefäßsklerotisch bedingter Organerkrankungen (Schlaganfall und Herzinfarkt), Geschwülste (Krebs), hirnorganische Abbauerscheinungen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Voraussetzung für die Feststellung einer Behinderung und des GdB ist, wie oben erwähnt, auch eine nicht nur vorübergehende Gesundheitsstörung, wobei dieser Zeitraum mehr als sechs Monate andauern muss. Auch in der Zukunft zu erwartende Gesundheitsstörungen können bei der Bildung des GdB nicht berücksichtigt werden. Zum Beispiel kann der zu erwartende fortschreitende Verschleiß nach einer Gelenkfraktur ebenso nicht schon im Voraus mit bewertet werden wie die Druckanpassung des Herzens an den hohen Blutdruck. Auch sind nicht zu berücksichtigen z.B. medizinische Kontraindikationen für Operationen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen - Blutungsneigungen, schwere Beeinträchtigungen des Herz-Kreislauf-Systems u.a.

Heilungsbewährung

Eine für Menschen mit Behinderung ebenfalls schwer nachvollziehbare Situation ist die Herabstufung eines GdB nach Ablauf einer so genannten Heilungsbewährung. Die Notwendigkeit des Abwartens einer Heilungsbewährung bei bestimmten Gesundheitsstörungen führt zur Feststellung eines höheren GdB, als er sich aus dem rein funktionellen Schaden am Funktionssystem ergibt. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um bösartige Gewebeneubildungen (Krebserkrankungen). Der höhere GdB rechtfertigt sich für die Zeit des Abwartens der „Heilungsbewährung“ im Wesentlichen mit der psychischen Belastung der betroffenen Menschen, der erstmaligen Konfrontation mit der bösartigen Erkrankung und der erforderlichen Umstellung in der Lebensführung.

Beispiel: Der Zustand nach Entfernung eines Mammakarzinoms im Stadium I rechtfertigt einen GdB von 50 für die Zeit der Heilungsbewährung von fünf Jahren. Nach Ablauf wird nur noch der eigentliche Organschaden

bewertet. Hierfür ist ein GdB von 30 vorgesehen bei vollständiger Entfernung einer Brust oder ein GdB von 0 bis 10 bei Entfernung des Tumors unter Erhaltung der Brust.

Bildung des „Gesamt-GdB“

Nun kommt es häufig vor, dass der GdB nicht auf Grund einer einzelnen Gesundheitsstörung beurteilt werden muss, sondern mehrere Gesundheitsstörungen vorliegen, deren Auswirkungen in ihrer Gesamtheit zur Bildung des so genannten „Gesamt-GdB“ führen. Eigentlich ist dieser Begriff untechnisch. Er geht aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hervor, dass die Unterscheidung zwischen sog. Einzel-GdB und Gesamt-GdB aus rechtstechnischen Gründen eingefordert hat. Einzel-GdB dienen dem ärztlichen Gutachter nur zur Darstellung der Gesamtheit aller Funktionsbeeinträchtigungen und der besseren Möglichkeit, hieraus den (Gesamt-) GdB zu bilden. Und gerade dies erfordert vom Gutachter viel Erfahrung und Einfühlungsvermögen. Dem nichtärztlichen Mitarbeiter der Verwaltung und dem Richter im sozialgerichtlichen Verfahren wird damit auch eine bessere Nachvollziehbarkeit des Grades der Behinderung ermöglicht. Wenn im Gesetz die Rede von dem GdB ist, so meint es den Gesamt-GdB. Nur dieser kann eingeklagt werden.

Wonach beurteilt der ärztliche Gutachter das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung?

Grundlage sind die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht. Die „Anhaltspunkte“ können kein medizinisches Lehrbuch ersetzen und stellen, wie der Name schon verrät, Leitlinien für die Begutachtung dar. Im Wesentlichen enthalten die „Anhaltspunkte“ häufige so genannte Regelfälle und/oder schwierige Sachverhalte, die es dem ärztlichen Gutachter ermöglichen, gleichgelagerte medizinische Konstellationen im Analogieschluss zu beurteilen. Deshalb sind sie auch für den medizinischen Laien nicht geeignet, um Behinderungen und dem daraus resultierenden Grad der Behinderung schlichtweg abzulesen.

In einer Vielzahl der Fälle müssen bei der Feststellung einer Behinderung bzw. der Bildung des GdB - wie schon erwähnt - mehrere Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden. Hierzu bestimmt der § 69 Abs. 3 des SGB IX die Feststellung des GdB nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berück-

sichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander. Wer sich die Anhaltspunkte ansieht, wird feststellen, dass für die verschiedenen Funktionssysteme des menschlichen Körpers (z.B. Kopf und Gesicht, Nervensystem und Psyche, Bewegungsapparat u.a.) Vorschläge für einen GdB gemacht sind.

Die Vermutung liegt nahe, dass bei Vorliegen einzelner dieser aufgeführten Funktionsbeeinträchtigungen eine Addition der einzelnen GdB-Werte erfolgen müsste. Aber genau dies darf nicht sein. Die Bildung des (Gesamt-) GdB entzieht sich jeder Rechenmethode oder sonstiger den Denkgesetzen entlehnten Methodik. Stattdessen ist bei der Gesamtwürdigung der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen unter Berücksichtigung aller sozialmedizinischen Erfahrungen Vergleiche mit Gesundheitsschäden anzustellen, zu denen in der Tabelle feste GdB-Werte angegeben sind. Prominentes Beispiel für solch einen festen Wert ist der Verlust einer Hand oder eines Beines im Unterschenkel, wofür in der Regel ein GdB von (mindestens) 50 festgestellt wird. Wenn in der Gesamtbetrachtung die Auswirkungen der verschiedenen Funktionsbeeinträchtigungen in einem anderen Fall mit einem solchen „Basiswert“ vergleichbar sind, kommt die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft in Betracht.

Ganz so einfach ist es selbstverständlich nicht, da sich verschiedene Funktionsbeeinträchtigungen gegenseitig beeinflussen können. Dies kann sich auf das Gesamtausmaß der Behinderung verstärkend auswirken oder Funktionsstörungen können einander überlagern, so dass sie sich in ihrer Gesamtheit nicht so stark auswirken, dass der Gutachter eine Erhöhung des Gesamtausmaßes der Behinderung vorschlagen kann.

Diese grundsätzlichen Erwägungen werden durch eine Vielzahl von Sondersituationen komplettiert. Grundsätzlich gilt aber bei der Bildung des GdB, dass ausgehend von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB zu prüfen ist, ob durch das Hinzutreten weiterer Funktionsstörungen sich das Ausmaß der Behinderung vergrößert. Hierzu sollte man auch wissen, dass in der Regel Funktionsstörungen, die für sich genommen nur einen GdB von 10 oder 20 bedingen, nicht geeignet sind, das Ausmaß der Behinderung zu vergrößern.

Feststellungsverfahren

Nach Eingang des Antrages erfolgt die Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes. Dafür wird zunächst der Antrag ausgewertet, wel-

che Feststellung überhaupt zu treffen ist (handelt es sich um einen Erstantrag, Änderungsantrag oder um einen Antrag auf Feststellung gesundheitlicher Merkmale für die Beanspruchung von Nachteilsausgleichen).

In der Regel erfolgt anschließend eine Anfrage bei den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder anderen Sozialleistungsträgern, da der Behinderte selbst regelmäßig nicht über die medizinischen Befundunterlagen verfügt und seinem Antrag beilegt. Sollten geeignete Befundunterlagen auch dort nicht zu beschaffen sein, erfolgt eine gutachterliche Untersuchung.

Nach Eingang der Befundunterlagen erfolgt bei Entscheidung nach Aktenlage der Gutachtenauftrag an den ärztlichen Dienst. Dort wird entweder durch einen Versorgungsarzt oder einen so genannten Außengutachter die gutachterliche Beurteilung vorgenommen. Dabei macht der Arzt in seiner Stellungnahme nur einen Entscheidungsvorschlag. Die eigentliche Entscheidung erfolgt mit dem Erlass des so genannten Feststellungsbescheides (Verwaltungsakt).

Nachdem der medizinische Sachverhalt aufgeklärt ist, entscheidet das Amt für soziale Angelegenheiten über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung. Außerdem stellt es in dem Bescheid fest, ob gesundheitliche Merkmale, so genannte Merkzeichen für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen gegeben sind.

Die Feststellung eines GdB von mindestens 50 ist Voraussetzung für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises. Der Ausweis dient zur Dokumentation der Schwerbehinderteneigenschaft und - je nach Art des Eintrags im Ausweis - zur Inanspruchnahme behinderungsbedingter Nachteilsausgleiche.

Vor- bzw. Widerspruchsverfahren

Sofern der Antragsteller mit der Entscheidung des Amtes für soziale Angelegenheit nicht einverstanden ist, weil er mit der Ablehnung seines Antrages oder dem Inhalt des begehrten Bescheides nicht einverstanden ist, kann er durch Einlegung des Widerspruches das Rechtsbehelfsverfahren eröffnen. Dieses soll die Verwaltung veranlassen, ihre Entscheidung noch einmal auf Rechtmäßigkeit der Entscheidung zu überprüfen. Nicht selten führt das Widerspruchsverfahren auch dazu, dass weitere - im Antragsverfahren nicht bekannte - Gesundheitsstörungen vorgetragen werden. Je nach Ausgang des Verfahrens erfolgt eine volle Abhilfe (dem Antragsbegehren wird vollständig entsprochen) oder eine Teilabhilfe (z.B. nur der GdB erhöht sich oder

die gesundheitlichen Voraussetzungen - Merkzeichen - für Nachteilsausgleiche werden noch festgestellt). Sofern eine Abhilfe des Widerspruchs nicht möglich ist, steht dem Betroffenen der Klageweg offen. Zuständig ist im Schwerbehindertenrecht die Sozialgerichtsbarkeit (die drei Instanzen: Sozialgericht und Landessozialgericht = Tatsacheninstanzen, Bundessozialgericht = Rechtsmittelinstanz). Sie überprüft die Verwaltungsentscheidung und das der Entscheidung zugrunde liegende sozialmedizinische Gutachten.

Im sozialgerichtlichen Verfahren gilt als Untersuchungs-Maxime der Amts-Ermittlungs-Grundsatz, d.h. der Richter klärt im Vorfeld der Verhandlung den Sachverhalt durch Beweiserhebung auf. Die Entscheidung ergibt sich aus der Würdigung der Gesamtumstände (ist der medizinische Sachverhalt für eine richterliche Entscheidung ausreichend ermittelt, ergibt sich für den Richter ein schlüssiges Bild über den Gesundheitszustand des Klägers?). Der Kläger selbst hat den normierten Anspruch auf gutachtliche Anhörung eines frei gewählten Arztes (§ 109 Sozialgerichtsgesetz - Verfahrensgrundsatz des rechtlichen Gehörs). Nach der Eidesnorm der Zivilprozessordnung (§ 410) hat der Gutachter das Gutachten unparteiisch, nach bestem Wissen und Gewissen nach dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung höchstpersönlich zu erstatten. Und hier liegt ein Problem, das den Versorgungsärzten täglich sehr viel Mühe macht. Im sozialgerichtlichen Verfahren müssen Gutachten, die das Gericht selbst in Auftrag oder auf Wunsch des Klägers in Auftrag gegeben hat, überprüft werden. Hierzu wird die Versorgungsverwaltung im Klageverfahren von den Sozialgerichten aufgefordert. Dabei ist häufig zu beobachten, dass die Gutachter nicht so erfahren mit der Anwendung der „Anhaltspunkte“ sind, wie der Versorgungsarzt. Und dies erfordert eine schlüssige und fundierte Argumentation gegenüber dem Sozialgericht. Auf der anderen Seite kennen Gutachter, sofern sie zugleich Behandler sind, die Kläger, so dass hier das Wissen um die tatsächlichen Gesundheitsprobleme des Klägers größer ist.

Objektivität ärztlicher Gutachten und Atteste

Ein anderes Problem der versorgungsärztlichen Begutachtung betrifft die Objektivität von Befundunterlagen behandelnder Ärzte. Nicht selten formulieren Behandler aus falsch verstandenem Interesse ihrer Patienten oder in Unkenntnis von Begutachtungsgrundsätzen Befunde, deren Verwertung im Antrags- bzw. Vorverfahren nicht möglich ist. So werden statt objektiver Beschreibungen von Funktionsstörungen

Beschreibungen gewählt wie „schwerste Einschränkung der Hüftbeweglichkeit“, „massivste Einschränkung der Lungenfunktion“ .

Für eine Begutachtung nach Aktenlage hilfreich sind aber nur klinisch gesicherte und objektivierbare Befunde bzw. apparatetechnisch nachgewiesene. Funktionseinschränkungen z.B. durch Ruhe-/Belastungs-EKG, EEG, spirometrische Befunde, bildgebende Verfahren, wie Röntgen, CT, MRT etc.

Die Problematik ist vor dem Hintergrund des Arzt-Patienten-Verhältnisses und dem wirtschaftlichen Druck, dem viele Ärzte ausgesetzt sind, nachvollziehbar. Sie dient aber letztlich nicht einer patientengerechten Entscheidung durch die Versorgungsverwaltung.

Ein limitierender Faktor für die Zügigkeit des Antragsverfahrens auf Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung ist die Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes auf der Grundlage der Beziehung von Befundunterlagen bei behandelnden Ärzten. Hier kommt es häufig zu erheblichen Verzögerungen in der Antragsbearbeitung. Man muss zugeben, dass die Ausstellung von Befundberichten für die niedergelassenen Ärzte eine Belastung neben der eigentlichen Praxistätigkeit bedeutet. Dennoch handelt es sich um eine normierte sozialstaatliche Pflicht (§ 21, 22 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch i.V.m. der Zivilprozessordnung). Die Versorgungsverwaltung hat ein abgestuftes Verfahren, wonach Zeugen und Sachverständige auf ihre Mitwirkungspflichten hingewiesen werden. Der Antragsteller wird bei der Erinnerung darüber informiert, dass sich eine Verfahrensverzögerung durch die fehlende Mitwirkung des Behandlers ergibt. Dies soll nicht das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten sondern dem behinderten Menschen die Möglichkeit geben, beispielsweise beim nächsten Arztbesuch mit seinem Behandler zu sprechen.

Ebenso wie für Zeugen und Sachverständige gilt auch für den Antragsteller die Pflicht zur Mitwirkung, insbesondere bei der Aufklärung des medizinischen Sachverhalts (§ 60 ff. Erstes Buch Sozialgesetzbuch). Das Amt für soziale Angelegenheiten ermittelt den Sachverhalt grundsätzlich von Amts wegen (Untersuchungsgrundsatz), ist hierbei aber wie oben dargestellt auf die Mitwirkung anderer angewiesen. Wie die Amtsermittlung erfolgt, steht im pflichtgemäßen Ermessen des Amtes. So sind z.B. aus Patientenschutzgründen Doppeluntersuchungen zu vermeiden (§ 96 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch). Aus diesem Grund werden von anderen Leistungsträgern (Renten-/Kranken-/Pflegeversicherung) oft Gutachten beigezogen, wozu der Antragsteller im Antrag

gesondert sein Einverständnis erklären muss (Sozialdatenschutz). In letzter Zeit ist verstärkt zu beobachten, dass Antragsteller der Aufforderung zur Untersuchung nicht nachkommen bzw. die Sinnhaftigkeit hinterfragen. Auf der anderen Seite wird im Widerspruchsverfahren immer wieder kritisiert, dass der medizinische Sachverhalt nur unvollständig aufgeklärt wurde. Diese Beobachtungen widersprechen sich. Deshalb an dieser Stelle die herzliche Bitte, der Aufforderung des Amtes nachzukommen. Es gibt im Grunde keine bessere Möglichkeit der Sachaufklärung, als die Untersuchung und das persönliche Gespräch.

Änderungsanträge / Wesentliche Änderung

Gesundheitsstörungen haben regelmäßig die Eigenart, sich im Laufe der Zeit zu verändern. Chronische Leiden verschlimmern sich oder bessern sich durch Heilerfolge, Unfallfolgen heilen aus, neue Erkrankungen treten hinzu usw. Weil dies so ist, bietet das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) Grundlagen, um diesen geänderten Lebenssachverhalten Rechnung zu tragen.

Mit der Bekanntgabe eines Bescheides des Amtes für soziale Angelegenheiten erlangt die Entscheidung Bestandskraft, d.h. die Statusfeststellung (z.B. Schwerbehinderteneigenschaft) bleibt solange wirksam, wie der Bescheid nicht zurückgenommen, widerrufen wird oder auf sonstige Weise seine Erledigung findet. Mit Ablauf der Rechtsbehelfsfrist bzw. Abschluss des Widerspruchsverfahrens wird der Bescheid schließlich bindend, d.h. jeder ist an die Regelung gebunden.

Sofern in der Zukunft nun eine Änderung (Verschlechterung) im Gesundheitszustand eintritt, bietet es sich aus Sicht des Menschen mit Behinderung an, einen Änderungsantrag zu stellen. Dieser führt dazu, dass das Amt für soziale Angelegenheiten prüft, ob in den im Zeitpunkt der ursprünglichen Entscheidung vorgelegenen Verhältnissen eine (wesentliche) Änderung eingetreten ist. Wesentlich im Rechtssinne ist - eine Änderung dann, wenn der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten hat oder voraussichtlich anhalten wird und sich der Grad der Behinderung um mindestens 10 ändert oder gesundheitliche Voraussetzungen für Merkzeichen vorliegen. Sofern dies der Fall ist, liegen die Voraussetzungen zur Aufhebung des ursprünglichen Feststellungsbescheides und zur Erhöhung der GdB (oder Zuerkennung von Merkzeichen) vor. Die wesentliche Änderung kann aber nicht nur durch Änderung der tatsächlichen (gesundheitlichen) Verhältnisse hervorgerufen werden. Auch das Erreichen einer

bestimmten Altersgrenze, Rechtsänderungen oder Änderungen der „Anhaltspunkte“ können eine wesentliche Änderung bedeuten.

Kompliziert: der Umgang mit fehlerhaften Entscheidungen

Der Antrag auf „Neufeststellung“ kann auch dazu führen, dass ursprünglich rechtswidrige, weil nicht den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen entsprechende, Entscheidungen aufgedeckt werden. Hier gebietet das Recht eine retrospektive Prüfung. Diese kann dazu führen, dass die ursprüngliche Entscheidung als von Anfang an „zweifelsfrei unrichtig“ erkannt wird, wobei es auf die Erkenntnismöglichkeiten im Zeitpunkt der seinerzeitigen Bescheiderteilung ankommt. An die „zweifelsfreie Unrichtigkeit“ werden gleichwohl hohe Erwartungen geknüpft, so dass die Feststellung einer „zweifelsfreien“ Unrichtigkeit nicht allzu häufig vorkommt. Zur Wiederherstellung der materiellen Gerechtigkeit ist in einem solchen Fall eigentlich die Herabsetzung des GdB bzw. der Entzug von Merkzeichen geboten. Die rechtlichen Bestimmungen sehen jedoch aus Gründen der „Rechtssicherheit“ bzw. des „Rechtsfriedens“ vor, dass die Durchbrechung der Bestandskraft solcher Entscheidungen regelmäßig nicht mehr möglich ist, wenn mehr als zwei Jahre seit Bekanntgabe der Entscheidung vergangen sind. Das hat damit zu tun, dass der behinderte Mensch regelmäßig keine Verantwortung für das Zustandekommen dieser rechtswidrigen Entscheidung trägt (Gutgläubigkeit). Weil die Bestandskraft einer rechtswidrigen Entscheidung aber aus rechtsstaatlichen Gründen und der gebotenen Gleichbehandlung behinderter Menschen ein unerwünschtes Ergebnis darstellt, bietet das Verfahrensrecht eine elegante, wenn auch etwas schwer eingängige Lösung. Der Grad der Behinderung wird „eingefroren“. Das bedeutet, dass bei einer Verschlimmerung einer bereits anerkannten Behinderung oder neu hinzutretenden Gesundheitsstörung solange keine „Höherbewertung“ wegen einer (eigentlich wesentlichen) Änderung erfolgt, bis der rechtswidrig aber bestandskräftig zu hoch festgestellte GdB durch die tatsächlichen Verhältnisse erreicht bzw. überschritten wird. Damit ist das Verlangen nach Wiederherstellung der materiellen Gerechtigkeit auf Umwegen erreicht. Dies ist auch einzusehen, weil niemand aufgrund einer Behinderung schlechter gestellt, aber auch nicht besser gestellt werden soll, als ein Mensch ohne eben diese Behinderung. Es soll also auf eine fehlerhafte Entscheidung ohne sachlichen Grund nicht noch „aufgesattelt“ werden. Wenn man es sich so verdeutlicht, ist die Rechtslage gar nicht so kompliziert.

Nachprüfungen

Neben dem Verfahren auf Betreiben des behinderten Menschen prüft die Versorgungsverwaltung im Rahmen so genannter Nachprüfungen, ob die Voraussetzungen für eine Herabsetzung des GdB oder der Wegfall von gesundheitlichen Voraussetzungen für Merkzeichen gegeben ist (Beispiel der „Heilungsbewährung“). Der Eintritt der Heilungsbewährung ist nach den „Anhaltspunkten“ definiert (2 oder 5 Jahre). Wenn diese durch Zeitablauf eintritt, ist hierin auch eine „wesentliche Änderung der Verhältnisse“ zu sehen, obgleich aus subjektiver Sicht des behinderten Menschen allein durch Zeitablauf keine Änderung spürbar ist. Dies ist naturgemäß schwer zu verdeutlichen und führt oft zu Widersprüchen und Klageverfahren.

Änderung der Anhaltspunkte

Mitte des Jahres 2004 wurden die „Anhaltspunkte“ neu aufgelegt. Hintergrund war u.a., dass die Auflage 1996 komplett vergriffen war und dies zum Anlass genommen wurde, die seit dieser Zeit vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS), „Sektion Versorgungsmedizin“, bis 1. Mai 2004 herausgegebenen Beiratsbeschlüsse einzuarbeiten. Daneben wurden neue Erkenntnisse in der medizinischen Wissenschaft, geänderte Rechtsgrundlagen (insbesondere das SGB IX, Infektionsschutzgesetz) bei den neuen „Anhaltspunkten“ berücksichtigt. Im Hinblick auf die vom Bundessozialgericht seit mehreren Jahren geforderte „Verrechtlichung“ der „Anhaltspunkte“ hat das BMGS auf eine systematische Überarbeitung verzichtet. (Die „Anhaltspunkte“ können aus dem Internet (www.bmgs.de) heruntergeladen werden. Damit ist das zuständige Bundesministerium der Forderung des Bundessozialgerichtes nach Transparenz der Bewertungskriterien für die Feststellung von Behinderungen nachgekommen.)

Fragen aus dem Publikum

Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

Sinnvoll ist es, vorher zu den Ärzten zu gehen, die bei der Antragstellung benannt werden. Sie sollen wissen, dass und warum ein Antrag gestellt wurde, da sie ja zu einer Stellungnahme herangezogen werden. Die so genannten Anhaltspunkte sind den Ärzten z. T. unbekannt. Es kommt aber bei der Stellungnahme auf die Formulierung an, da oft von ihr die richtige Einstufung abhängt. Hilfreich ist ohne Zweifel, wenn der Antragsteller dem Arzt die Anhaltspunkte mitbringt

und dann seinen Fall mit ihm bespricht. Eine Begründung wie z. B. „schlecht versorgbares Stoma“ reicht nicht.

Dem Antrag sollten - wenn möglich - schon Kopie von ärztlichen Befunden beigelegt werden. Eine genaue Formulierung kann eine höhere Einstufung des GdB zur Folge haben. Beim Antrag muss „die medizinische Sachaufklärung“ erfolgen, d.h. alle Beschwerden und alle Behinderungen sollen aufgeführt werden. Evtl. ist eine Überweisung zum Facharzt nötig, um dort ein Gutachten erstellen zu lassen.

Was ist mit dem Begriff „Heilungsbewährung“ zu verbinden?

Die Heilungsbewährung ist ein rechtlicher Begriff. Man geht davon aus, dass nach mindestens zwei bis fünf Jahren dieser Prozess einsetzt. Am Anfang ergeht eine höhere Einstufung beim GdB, weil der Patient mit einer unerwarteten Gegebenheit (auch psychisch) konfrontiert wurde. Wenn die Zeit der Heilungsbewährung abgelaufen ist, wird der GdB auf das eigentliche Maß - wie in der Tabelle vorgesehen - gesenkt. Daraus ist zu schließen, dass das Auftreten von Rezidiven einen Änderungsantrag zur Folge haben sollte; damit wird die Laufzeit der Heilungsbewährung angehalten und beginnt von neuem.

Die Dauer einer Heilbewährung ist abhängig von der Schwere der Grunderkrankung. Wenn ein Stomaträger nach der Heilbewährungszeit das Infoschreiben seine Herabstufung betreffend erhält, sollte er bei der Stellungnahme genau so verfahren wie bei der Antragstellung.

Auszüge aus einem Referat beim Fort- und Weiterbildungsseminar des ILCO-Landesverbandes Rheinland-Pfalz/Saarland, Dez. 2004

Anschrift des Referenten:

Dr. Günther Brenner, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung,
Dienstgebäude Koblenz, Baedekerstraße 2-10, 56073 Koblenz

(Quelle: ILCO Praxis Nr. 3/05, September 2005)

Termine 2006

14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlaf- forschung und Schlafmedizin

Tagungsort: Universität Regensburg
05.-07. Oktober 2006

DGSM Tagungsleitung

Prof. Dr. Jürgen Zulley
Prof. Dr. Göran Hajak
SMZ - Psychiatrische Universitätsklinik
am Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstr. 84
93053 Regensburg
Tel.: 0941 941 1501
E-Mail: info@dgsm2006.de
(Quelle: www.dgsm.de)

Internationaler Kongress: "Sleep and the Cardiovascular System"

vom 06.-09. April 2006 in Marburg

Schlafbezogene Atmungsstörungen stellen ein anerkanntes kardiovaskuläres Risiko dar. Mortalität und Morbidität konnten durch große internationale klinische Studien bereits belegt werden. Von aktueller Bedeutung ist der Zusammenhang von Herzinsuffizienz und schlafbezogenen Atmungsstörungen. So sieht man im Auftreten der Cheyne-Stokes-Atmung im Schlaf einen aussagekräftigen Vorhersagewert für den Verlauf der Herzinsuffizienz.

Mehrere pathophysiologische Mechanismen in diesem Zusammenhang sind bereits gut beschrieben. Wie diese Mechanismen jedoch zusammen wirken und wie sie zur Erhöhung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität beitragen, konnte bisher noch nicht geklärt werden.

Das internationale Symposium wird in etwa 30 Vorträgen neue methodische Entwicklungen, Berichte über neueste Forschungsergebnisse zu und zu klinischen und therapeutischen Erfahrungen präsentieren.

Internationale und nationale Arbeitsgruppen sollen weitergeführt und intensiviert werden.

Im ersten Teil des Symposiums stellen international anerkannte Experten aus Fakultäten der Natur- und Ingenieurwissenschaften, die diagnostischen Grundlagen zu den aktuellsten Methoden vor.

Das Zentrum der Veranstaltung bilden die pathophysiologischen Grundlagen und Konsequenzen schlafbezogener Atmungsstörungen. Der Bereich Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen und der kardiovaskulären Konsequenzen, bildet den abschließenden Kongressabschnitt.

Das Symposium soll die Reihe von themenzentrierten Symposien des Marburger Schlaflabors fortsetzen, die regelmäßig internationale und nationale Beachtung gefunden haben. Das letzte Symposium fand 2001 zum Thema "Schlaf und das autonome System" statt. Es dient dem Austausch des aktuellsten Forschungsstands und der Stimulation neuer wissenschaftlicher Kooperation.

Mit diesem Symposium würdigt das Schlafmedizinische Labor Marburg sein 25 jähriges Bestehen.

Das Symposium soll zum Anlass werden die aktuelle Schlafforschung weiter zu entwickeln und die Möglichkeit bieten, auf die Geschichte der Schlafforschung zurück zu blicken.

(Quelle: www.uni-marburg.de)

47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie

29. März - 01. April 2006

Tagungspräsident: Prof. Worth

Kongressort: CongressCenter Nürnberg, CCN-Ost,

Karl-Schönleben-Str.

90471 Nürnberg

Eintrittsbeiträge:

| Angaben in Euro | DGP-Mitglied | Nicht-DGP-Mitglied |
|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| Kongresskarte | 50 | 100 |
| Ass.-Arzt | 35 | 75 |
| Tageskarte | 20 | 40 |
| Tageskarte Ass.-Arzt | 15 | 30 |
| AIP u. nicht-ärztl. Pers. | 15 | 20 |
| Studenten | - | - |

Bei einem Besuch der Postgraduierten-Kurse wird eine Kursgebühr von 40,- EURO für Frühseminare von 20,- EURO berechnet. Kein Eintritt wird erhoben von eingeladenen Referenten und Vorsitzenden. DGP-Mitglieder, auch wenn sie eingeladen wurden, erhalten keine Reisekostenerstattung.

Patienten-Forum der AG Lungensport in Deutschland e.V.

01. April 2006, 14:30 - 16:30 Uhr

Kongressort:

Uplift-Zelt der Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co.KG vor dem CCN-Ost / Messegelände Nürnberg, 90471 Nürnberg

(Quelle: [www.pneumologie.de/Deutsche Gesellschaft für Pneumologie](http://www.pneumologie.de/Deutsche_Gesellschaft_für_Pneumologie))

Schlafapnoe Duisburg e.V.

Die **Gruppenabende 2006** finden an jedem **ersten Dienstag** im Monat um **18:00 Uhr** im Schulungsgebäude Raum I der „**Klinik am Kalkweg**“ statt.

(Wedau Kliniken, Zu den Rehwiesen 9, 47055 Duisburg, Telefon 0203 / 733-0)

Um zahlreiches Erscheinen wir gebeten!

(Quelle: Josef Köhler, www.schlafapnoe-online.de/Duisburg)

Selbsthilfverein für Schlafapnoe – Partner für gesunden Schlaf Nienburg

12. April 2006

Vortrag HNO Arzt

Thema:

Auswirkungen der CPAP Therapie auf die Nase und Bronchien

10. Mai 2006

Maskensprechstunde mit der Fa. ResMed

07. Juni 2006

Vorstellung von Therapiegeräten der Firma Respirationics

14. Juli 2006

Grillabend - Ort und Zeit wird noch bekannt gegeben

August

Sommerpause

13. September 2006

Allgemeiner Erfahrungs- und Meinungsaustausch

11. Oktober 2006

Dr. Brandenburg von Heinen u. Löwenstein zum

Thema: Schlafapnoe und sexuelle Dysfunktionen

08. November 2006

Vorstellung einer Schlauchheizung und Befeuchtersysteme durch die Firma Fisher u. Paykel

08. Dezember 2006

Weihnachtsfeier

Ab sofort führen wir auch auf Wunsch Einzelberatungen jeweils von 18:30 bis 19:30 Uhr an den jeweiligen Gruppenabenden durch (in einem separaten Raum).

Terminänderungen vorbehalten!

Info-Hotline

Bernd Andermann: 05024 / 1645 (nach 19 Uhr)

(Quelle: Bernd Andermann, Selbsthilfverein für Schlafapnoe - Partner für gesunden Schlaf Nienburg)

Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.

10. Mai 2006, 19:00 Uhr

Ort: Paritätischen Zentrum - Kaiserstr. 80, Hameln

Thema: Kieferschiene als Alternative zur CPAP-Therapie

Referent: Herr Dr. Helmut Rekaté Zahnarzt „Kopmanshof 75 in Hameln

12. Juli 2006, 19:00 Uhr

Ort: Paritätischen Zentrum, Kaiserstr. 80, 31785 Hameln

Thema: Schlafapnoe und sexuelle Dysfunktionen

Referent: Dr. Gerold Schulz-Schmieke, Urologe, Posthof 9, Hameln

13. September 2006, 19:00 Uhr

Ort: Paritätischen-Zentrum, Kaiserstr. 80, 31785 Hameln

Thema: Sekundenschlaf – eine der häufigsten Unfallursachen im Straßenverkehr

Referent: Herr Andreas Hinz, Verkehrssicherheitsberater bei der Polizei Hameln-Holzminden

08. November 2006, 19:00 Uhr

Ort: Paritätisches-Zentrum, Kaiserstr. 80, 31785 Hameln

Thema: offen

Referent: –

29. November 2006, 19:00 Uhr

Ort: Paritätischen-Zentrum, Kaiserstr. 80 in 31785 Hameln

Jahresabschluss mit gemütlichem Beisammensein

(Quelle: Lothar Honka, Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.)

SHG Berchtesgadener Land/Salzburg

10. April 2006

„Schnarchen und Schlafapnoe“

mit Dr. Wilhelm Röder, Lungenfacharzt, Bad Reichenhall

28. August 2006

„Erektionsstörungen – kein Grund zum Verzweifeln!“

mit Günther Steinmetz, Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion, München, und PD Dr. Nikolaus Netzer, Bad Reichenhall

20. November 2006

„Was Sie schon immer über Schlaf wissen wollten“

mit Dr. Peter Holländer, Bad Reichenhall

Die Veranstaltungen finden jeweils um 19.30 Uhr im Kurgastzentrum Bad Reichenhall statt, der Eintritt ist frei!

Kontakt: Ilse Rothstein

SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/Salzburg

Peilsteinstraße 6, 83435 Bad Reichenhall

Fon 0 86 51/81 88, e-mail: ilse.rothstein@t-online.de

(Quelle: www.vdk-schlafapnoe.de)

Dresdner Schlafapnoe Selbsthilfegruppe

05. April 2006

Thema: Neue Hilfsmittel und Erfahrungsaustausch

Referent: Herr Kunze, Fa. VitalAir

21. Juni 2006

„Tag des Schlafes 2006“ in einem Dresdner Schlaflabor

06. September 2006

Vortrag und Gespräch mit einem HNO Arzt aus der Uni-Klinik,
Gespräch mit der AOK Dresden zum Thema Hilfsmittel und anderen Fragen

06. Dezember 2006

Jahresabschluss

Die Veranstaltungen finden jeweils von 15:00 bis 17:00 Uhr in der Geschäftsstelle der KISS, Ehrlichstraße 3, 01067 Dresden statt.

Weiter wird sich unsere SHG zu folgenden Veranstaltungen repräsentieren:

06. Mai 2006

zum Selbsthilfetag aus Anlass der „800 Jahre Dresden“ im World-Trade-Center Dresden

23. September 2006

zum Gesundheitstag in der Rehaklinik Raupennest, Altenberg

Änderungen vorbehalten.

Wenn Sie ein Betroffener oder ein Angehöriger sind bzw. sich für diese Thematik interessieren, können Sie sich in unserer Selbsthilfegruppe informieren oder auch mitarbeiten. Die Teilnahme ist kostenlos, jedermann ist willkommen!

Maskensprechstunden mit telefonischer Anmeldung

Schlaflabor Dresden Friedrichstadt Tel.: 0351/4801136

| | |
|------------------------------|---------------------|
| Firma Sägering Heidenau | Tel.: 03529/56260 |
| ResMed Frau Hauptvogel | Tel.: 0160/5831058 |
| VitalAir Großenhainer Straße | Tel.: 0351/ 8520960 |

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Sprecher Herr Wolfgang Unterainer, | Tel. 0351/3 10 85 40 |
| KISS Dresden Frau Zumpe, | Tel. 0351/3 13 84 92 |
| VdK Dresden Herr Dr. Henschel, | Tel. 0351/25 63-480 |

(Quelle: Wolfgang Unterainer, SHG Dresden)

SHG Schlafapnoe e.V. Hagen

Unsere Veranstaltungen finden jeweils am 3. Montag in den Monaten September bis Oktober und Januar bis Mai 2006 um 18:00 Uhr im Ribbertsaal der Klinik Ambrock statt.

Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

17. April 2006

Thema: Konzentration und Gedächtnis bei Schlafapnoe – mit Erfahrungsaustausch

Referent: Dr. Jörg Blanke

15. Mai 2006

Thema: Geräte- und Maskenschulung - mit Erfahrungsaustausch

Referent: Fa. Rubel, Herr Klaus Peter Hildebrandt

Bitte beachten Sie unsere Ankündigungen und Informationen auf unserer Homepage: www.bsd-web.de/hagen

Weiterhin werden Mitwirkende für folgende Info-Teams gesucht:

1. „Grüner Damen und Herren“

jeweils Dienstags ab 18.00 Uhr in der Klinik Ambrock

Ansprechpartner ist

Hermann Oellrich

Jageplatz 33a

58300 Wetter

Tel.: 02335/8499 57 oder 0172/7 85 08 80

2. „Fernfahrerstammtisch“

die Termine können bei Herrn Ehls erfragt werden

Gerhard Ehls
Papenstück 30
58099 Hagen
Tel.: 02331/6 43 35
Fax: 02331/96 15 35

Kontakt:

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe – Atemstillstand in der Schlafphase
– gemeinnütziger eingetragener Verein in Hagen seit 1992

1. Vorsitzender Siegward H. Grahner
Kettelerstr. 54
58099 Hagen-Helfe
Tel.: 02331/6 65 03
Fax: 02331/6 67 90
Mobil: 0178/9 23 53 08

2. Vorsitzender Hans-Peter Romberg
Königstr. 34
58300 Wetter
Tel.: 02335/48 33
Fax: 02335/80 23 35

www.bsd-web.de/hagen

e-mail: SchlafapnoeHagen@web.de

(Quelle: www.hagen.bsd-web.de)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne

Wir laden Sie herzlich zu den Mitgliederversammlungen des ersten Halbjahres 2006 ein. Sie finden jeweils um 18:00 Uhr im Marienhospital I in Herne statt.

18. April 2006

Thema: Erholsamer Schlaf ist unverzichtbar

Referent: OA Dr. Büchner, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums Herne

16. Mai 2006

Sporttag mit Herrn Schwarz ab 16:00 Uhr
Wir wandern durch den Gysenberg-Herne/Solingen

20. Juni 2006

Fachbezogene Schlafapnoe, Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit Betroffenen.

Herr Mosinski/Herr Urban/Hr. Altmeyer

24. Juni 2006

„Woche des Schlafes“, Info-Stand im Vorraum des Marienhospitals von 11:00-17:00 Uhr

Schlaflabor-Besichtigung 11:00 und 16:00 Uhr.

Im Juli kein Treffen da Ferien.

Wir hoffen wieder auf Ihre rege Teilnahme!

(Quelle: Alfons Altmeyer, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen e.V. Herne)

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe-Atemstillstand Hilden e.V.

Die SHG feiert in diesem Jahr ihr 10-jähriges Bestehen mit dem **Hildener Schlaf – Forum 2006** unter dem Motto „Liebling du Schnarchst – Schnarchen macht einsam“, eine Veranstaltung zum Thema Schlafapnoe und ihren Folgeerkrankungen.

13. Mai 2006 von 10:00 Uhr bis 15:00 Uhr

Ort: Stadthalle Hilden

Fritz Gressard-Platz 1

40721 Hilden

Schirmherr Herr Bürgermeister Günter Scheib

Mit einer Ausstellung der Medizin-Industrie im Foyer.

Infostände von 10:00 Uhr bis 15:00 Uhr und Fachvorträgen von bekannten Schlafmediziner in der Halle von 10:30 Uhr bis 14:00 Uhr.

(Quelle: Friedel Hafner, Selbsthilfe Schlafapnoe-Atemstillstand Hilden e.V.)

SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Kassel und Land

Atemstillstände während des Schlafes lassen den betroffenen Apnoe-Patienten wie gerädert erwachen und der gesamte Tagesablauf ist stark leistungsgemindert.

Die gesundheitlichen Schäden bei den Betroffenen sind enorm.

Eine rechtzeitige und gute Therapie kann Leben retten!

Unsere Selbsthilfegruppe trifft sich zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung in allen Lebenslagen.

Freunde unserer Gruppe, die an einem solchen Treffen teilnehmen möchten, müssen sich nicht anmelden. Wir freuen uns über Ihren Besuch!

Selbsthilfegruppe Baunatal

Termine 2006

Freitags 19:00 Uhr im Dorfgemeinschaftshaus Baunatal-Grossenritte, Alte Schule am grünen Weg, 1. Stock

Ansprechpartner: Reinhard Müller, Holzweg 22, 34225 Baunatal, Telefon: 05601-8489

*26. Mai 2006, 29. September 2006 und am 29. November 2006 findet das **10. Baunataler Symposium für Schlafmedizin** statt.*

Selbsthilfegruppe Kassel

Termine 2006

Dienstags 19:00 Uhr in den Räumen des Nachbarschaftshilfevereins „Hand in Hand e.V.“, Zentgrafenstr. 86, 34130 Kassel (Straßenbahnhaltestelle Teichstraße)

Ansprechpartner: Otmar Möller, Bardelebenstr. 6 A, 34130 Kassel, Telefon: 0561-65759

25. April 2006, 27. Juni 2006, 29. August 2006, 31. Oktober 2006, 12. Dezember 2006

Das „10. Baunataler Symposium für Schlafmedizin“ findet am Mittwoch, den 29. November 2006, in der Baunataler Stadthalle statt.

Themen sind: Sekundenschlaf im Straßenverkehr und Kinder mit Schlafapnoe

Die Veranstaltung wird wieder unter der wissenschaftlichen Leitung und Moderation von Professor Dr. Martin Konermann, Marienkrankenhaus Kassel, stehen.

Es haben eine Reihe namhafter Referenten bereits ihre Teilnahme zugesagt.

(Quelle: www.schlafapnoe-kassel.de)

SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz

SHG-Treffen:

*Jeden letzten Mittwoch der Monate März, Mai, Juli, September,
November 2006,
18:00 Uhr,*

im Vital-Zentrum „Ernst-Lorenz-Haus“, Raiffeisenstr. 24,
67071 Ludwigshafen-Oggersheim,
Straßenbahnhaltestelle „Wilhelm-Tell“,
Linie 4 und Rheinhardtbahn

(Quelle: www.vdk-schlafapnoe.de)

SHG-Schlafapnoe / Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V. - Sitz Moers -

Die regelmäßigen Treffen finden an jedem 2. Mittwoch der geraden Monate 2006, jeweils um 19 Uhr in der Personalcafeteria des Krankenhauses Bethanien, Bethanienstr. 21, 47441 Moers statt.

An den Veranstaltungen kann jeder teilnehmen. Auch Nichtmitglieder sind herzlich eingeladen! Die Teilnahme an den regelmäßigen Treffen und den Maskensprechstunden ist kostenlos. Zum Sommerfest, dem Grünkohlessen und zu Ausflügen sowie der Weihnachtsfeier sind Anmeldungen erforderlich.

12. April 2006

SHG Treffen: Herr Huppers stellt die Produkte der Firma Respiro-nics vor und berät Schlafapnoepatienten

10. Juni 2006

Sommerfest - Grillen im Naturfreundehaus

14. Juni 2006

SHG Treffen: Referentin Frau Hohmann von der Leitstelle „Älterwerden Altenhilfeplanung“ stellt ihren Tätigkeitsbereich vor

09. August 2006

SHG-Treffen / ReferentIn NN von der Kardiologie Bethanien

15. August 2006

Tagesfahrt zu den Karl-May-Festspielen nach Elspe

11. Oktober 2006

SHG Treffen / ReferentIn NN von der AOK

10. November 2006

Grünkohlessen im Krankenhaus Bethanien

13. Dezember 2006

Weihnachtsfeier 15 bis 19 Uhr

Genauere Informationen zu den Veranstaltungen werden noch ausgehängt. Mitglieder der SHG erhalten wie bisher Einladungen. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei den SHG-Treffen oder beim Vorstand unter folgenden Telefonnummern:

Gabriele Kaenders: Tel.: 0 28 41/50 55 04

H.-Dieter Kremmers: Tel.: 0 28 41/3 15 53

Hildegard Malke: Tel.: 0 28 41/53 66 25

Dieter Gottlieb: Tel.: 0 28 41/39 50 84

SHG - Schlafapnoe / Chronische Schlafstörungen

Niederrhein e.V. - Sitz Moers -

I. Vorsitzende Gabriele Kaenders

Im Kämpken 3, 47443 Moers

Telefon: 0 28 41/50 55 04

Fax: 0 28 41/8 84 47 31

e-mail: schlafapnoe-niederrhein@t-online.de

(Quelle: www.vdk-schlafapnoe.de)

Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland

20. April 2006, 19:30 Uhr

Gruppenabend

Pasteurstraße 5, Oldenburg

25. April 2006, 19:30 Uhr

Vortrag „Schlafapnoe“

Kreishaus (VHS Ammerlandallee), Westerstede

18. Mai 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend mit der Fa.VitalAir
Referent: Herr Hartmann
Pasteurstraße 5, Oldenburg

15. Juni 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend vor der „Woche des Schlafes“
Pasteurstraße 5, Oldenburg

20. Juli 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend, Pasteurstraße 5, Oldenburg

17. August 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend, Pasteurstraße 5, Oldenburg

21. September 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend, Pasteurstraße 5, Oldenburg

19. Oktober 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend mit Firma rumeditec
Referent Herr Menzel

16. November 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend, Pasteurstraße 5, Oldenburg

21. Dezember 2006, 19:30 Uhr
Gruppenabend im Advent, Pasteurstraße 5, Oldenburg

(Quelle: Hans-Hermann Töpken, Sprecher Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland)

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main

Die Selbsthilfegruppe trifft sich an folgenden Terminen - dienstags um 18:30 Uhr - in der Bezirksgeschäftsstelle des VdK, Ostparkstr. 37, 60385 Frankfurt am Main:

09. Mai, 04. Juli, 29. August, 10. Oktober, 05. Dezember 2006

Die Gruppe bietet ihren Mitgliedern unter anderem:

1. Gespräche und Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen
2. Beratung und Hilfe bei Problemen mit dem Beatmungsgerät und/oder der Atemmaske

3. Unterstützung bei Fragen zur ärztlichen Versorgung, bei Problemen mit Behörden, Krankenkassen etc.
4. die Präsentation von Hilfsmitteln durch Hersteller oder medizintechnische Firmen
5. Vorträge von Medizinern und anderen für die Patientenversorgung wichtigen Fachleuten

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Sprecher der Gruppe:

Helmut Himmighoffen, Melemstr. 7, 60322 Frankfurt am Main

Telefon: Festnetz: 069-595802 / Mobil: 0179-2093436

Telefax: 069 / 5974172, e-mail: Easysleeper@web.de

(Quelle: Helmut Himmighoffen, SHG Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main)

SHG-Saar-Pfalz

Bei der Gruppe Schönenberg-Kübelberg:

Treffen immer jeden 1. Mittwoch der geraden Monate 2006, um 18:00 Uhr im Bürgerhaus, Schönenberg-Kübelberg.

Bei der Gruppe Hauenstein-Dahn-Anweiler & Umgebung:

Treffen immer jeden 3. Mittwoch in den ungeraden Monaten 2006, um 18:30 Uhr im Hotel Waldesruh, 76846 Hauenstein an der alten B 10.

(Quelle: „SHG Schlafapnoe“ Saar-Pfalz Hauenstein-Dahn und Umgebung)

SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Solingen

11. April 2006

Thema: Neues bei Masken und Geräten

Referentin: Frau Andrea Richter, Fa. VitalAir

09. Mai 2006

Thema in Vorbereitung

Referent: Herr Prof. Dr. med. Winfried J. Randerath

13. Juni 2006

Akupunktur

Referent: Herr Olivier Weh, Facharzt für Allgemeinmedizin

11. Juli 2006

Sommerpause

26. August 2006

4. Solinger Selbsthilfetag im Klinikum Solingen

23. September 2006

9. Deutscher Lungentag im Krankenhaus Bethanien

Hilfe bei Problemen bietet das Krankenhaus Bethanien in einer Masken-Sprechstunde. Täglich, auch samstags, in der Zeit zwischen 10:30 Uhr und 12:00 Uhr. Bitte rufen Sie vorsichtshalber an. Telefon: 0212 / 63 67 70. Ansprechpartnerin: Frau Vida Andreevska

Die Firma VitalAir GmbH bietet mit Frau Andrea Richter eine Masken-Sprechstunde an.

Die Sprechstunde findet in der Geschäftsstelle Pierstraße 1, 50997 Köln statt.

Teilnahme nur nach telefonischer Voranmeldung bei: Frau Rösner, VitalAir GmbH, Telefon: 02236 / 9661714

Bei ausreichender Teilnehmerzahl kann eine Sprechstunde auch in Solingen stattfinden.

(Quelle: www.schlafapnoe-solingen.de)

SHG Schlafapnoe Zweibrücken e.V.

17. Mai 2006

Thema: Schlafapnoe und Bluthochdruck

Referentin: Frau OÄ Dr. Judith Schmitt, Theresienkrankenhaus Mannheim

21. Juni 2006

Thema: Schlaf in großer Höhe

Referent: Dr. Gröschel, Universität Homburg Robert Koch-Klinik

20. September 2006

Thema: Schlafmedizin in der heutigen Zeit / Moderne operative
Therapieverfahren

Referentin: Frau Dr. Fabian, Universität Homburg HNO-Klinik

(Quelle: Werner Madle, www.schlafapnoe-zweibruecken.de)

SHG Hannover und Umland

Veranstaltungen im I. Halbjahr 2006 in Hemmingen,
Beginn jeweils 19:00 Uhr

11. April 2006

Vorstellung Masken und Atemtherapiegeräte

Vortrag: Frau Fechtler, von der Firma VitalAir

Rathaus, Rathausplatz 1, Bürgersaal

09. Mai 2006

Vorstellung Masken und Atemtherapiegeräte

Vortrag: Herr Strauch, Herr Weide von der Firma Weinmann

Rathaus, Rathausplatz 1, Bürgersaal

(Quelle: www.shus.info/ueberuns.html,

Selbsthilfegruppe Hannover und Umland für Schlafapnoe)

Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

Achtung aktualisiert !

Dresden

Wolfgang Unterainer, SHG Dresden,
Mansfelder 68, 01309 Dresden
Fon/Fax 03 51 /3 10 85 40
DresdnerSchlafapnoe@web.de

Cottbus

Wolfgang Krüger, Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe „Lausitz“ e.V. Cottbus,
Th.-Brugsch-Straße 7, 03050 Cottbus
Fon/Fax 03 55/42 17 51
krueger-shglausitz@gmx.de

Großhansdorf

Steffen Schumacher, Leiter der SHG Schlafapnoe Großhansdorf,
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek
Fon/Fax 0 40/7 22 25 53
steffenschumacher@alice-dsl.de
www.schlaf-portal.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow
Fon 0 58 41/96 17 21
schiel@automenzel.de

Oldenburg und Umland

Hans-Hermann Töpken, Sprecher,
Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Eugen-Richter-Straße 4, 26133 Oldenburg
Fon 04 41/4 73 73

Heino Melchers, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Tiniburg I, 26434 Wangerland
Fon 0 44 63/51 99

Hubert Gregor, Schlafapnoe-SHG Oldenburg und Umland,
Diedrich-Brinkmann-Straße 34, 26125 Oldenburg
Fon 04 41 / 39 16 64

Cloppenburg und Umgebung

Günter Lipka,
Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und Umgebung,
Dr. Niermann Straße 22A, 26169 Friesoythe
Fon 0 44 91/18 50, Fax 0 44 91/46 95
guenter.lipka@ewetel.net

Emden/Ostfriesland

Helmut Schwarz, SHG Emden/Ostfriesland,
Föhrenweg 10, 26725 Emden
Fon 0 49 21/54 64

Thom. Dieter, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Ost-Friesland,
Efeuweg 22, 26639 Wiesmoor
Fon 0 49 44/61 03

Ganderkesee

Jürgen-Dieter Paulus, SHG Schlafapnoe Ganderkesee,
Im Sande 4, 27777 Ganderkesee
Fon 0 42 22/87 85, Fax 0 42 22/95 17 54
j.d.paulus@vdk.de
www.vdk.de/ov-ganderkesee

Celle

Walter Klingeberg, Celler-Schlafapnoe-SHG Heideschläfer,
Alte Straße 11, 29303 Bergen/Offen (Hof Ohlhoff)
Fon privat 0 50 51/72 70

Hannover und Umland

Peter Hoedt, Vorsitzender, SHG Hannover und Umland,
Greiffenberger Straße 18, 30966 Hemmingen
Fon/Fax 05 11/23 45 125
peter.hoedt@SHUS.info
www.SHUS.info

Hildesheim

Karl Uwe Katzur, Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim,
Dresdener Straße 5, 30982 Pattensen
Fon 0 50 69/9 61 64, Fax 0 50 69/9 61 65
Schlafapnoe@katzur.de

Alfeld

Rolf Rosenkranz, 1. Vorsitzender,
Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,
Oberer Sindesberg 8, 31061 Alfeld
Fon 0 51 81/2 46 98

Helmut Richter, 2. Vorsitzender,
Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,
Ostdeutsche Straße 26, 31061 Alfeld
Fon 0 51 81/8 16 16, Fax 0 51 81/2 68 70

Prof. Dr. Josef A. Wirth,
Fachbeiratsvorsitzender SHG Alfeld,
Wiegandstraße 1, 31061 Alfeld
Fon 0 51 81/12 03
jwirtha@aol.com

Lothar Honka, Komm. Vorsitzender,
Alfelder Schlafapnoe Gesellschaft e.V., Gruppe Hameln-Pyrmont,
Emmerstraße 38, 31860 Emmerthal
Fon 0 51 55/53 61
lotharhonka@freenet.de

Nienburg

Bernd Andermann, Selbsthilfverein für Schlafapnoe -
Partner für gesunden Schlaf Nienburg,
Verd. Landstraße 13, 31623 Drakenburg
Fon 0 50 24/16 45, Fax 0 50 24/82 30
bandermann@t-online.de

Bad Münden

Rolf Mund, Geschäftsführer und 1. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe Bad Münden e.V.,
Brunnenweg 2, 31832 Springe
Fon 0 50 41/51 50
rolf.mund@arcor.de

Wilhelm Grundmeier, Stellvertreter,
Heckenrosenweg 18, 30974 Wennigsen
Fon 0 51 03/92 56 01

Kassel

Otmar Möller, Leiter der SHG Schlafapnoe/Atemstillstand, Bardelebenstraße 6A, 34130 Kassel
Fon 05 61/6 57 59, Fax 05 61/9 20 90 02
Mobil 0175/8 45 83 39
Moeller@schlafapnoe-kassel.de

Andreas Bensch, Landessprecher Hessen,
Zum Vogelrain 1a, 34225 Baunatal
Fon privat 0 56 01/8 68 06,
bensch@schlafapnoe-kassel.de
www.schlafapnoe-kassel.de

Kassel und- Land

Reinhard Müller, Bundes- und Hessischer Landessprecher,
SHG Kassel- und Land, Holzweg 22, 34225 Baunatal
Fon 0 56 01/84 89, Fax 0 56 01/9 69 00 46
mueller@baunaweb.de
www.schlafapnoe-kassel.de

Marburg

Margrit Fritze, Sprecherin, SHG Marburg,
Am Mühlhof 3, 35041 Marburg
Fon/Fax 0 64 21/1 43 22

Ernst Wagner, Sprecher, SHG Marburg,
Neustadt 14, 35466 Rabenau-Geilshausen
Fon und Fax 0 64 07/78 14
sleepinfo.connection@gmx.net

Bad Wildungen

Horst Hommel, SHG Bad Wildungen,
Molkenpfad 34, 34582 Borken
Fon 0 56 82/7 11 14

Wilfried Haßler, SHG Bad Wildungen,
Frankfurter Straße 18, 34590 Wabern
Fon 0 56 83/71 65

Gießen

Ursula Gheorghiu, Sprecherin, SHG Gießen,
Schützenstraße 18, 35398 Gießen
Fon/Fax 06 41/87 01 70
Vladimir.A.Gheorghiu@psychol.uni-giessen.de

Klaus Bepler, SHG Gießen,
Am Drosselschlag 24, 35452 Heuchelheim
Fon 06 41/6 52 29, Fax 06 41/6 57 78
Klaus.Bepler@t-online.de

Fulda

Roland Scholz,
Arndtstraße 5, 36093 Künzell
Fon 06 61/933 89 92
roscho.fd@web.de

Hersfeld-Rotenburg

Hermann Krutzinna, 1. Vorsitzender, SH Schlafapnoe
und chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,
Am Weinberg 15, 36251 Bad Hersfeld
Fon 0 66 21/91 56 28, Fax 0 12 12-5-48 52 17 80
shg@notaxe.de

Karlheinz Demuth, 2. Vorsitzender, SH Schlafapnoe
und chronische Schlafstörungen Hersfeld-Rotenburg e.V.,
Zum Mühlberg 7, 36199 Rotenburg
Fon 0 66 23/54 69

Bad Sooden-Allendorf

Herbert und Ursula Lückert,
SHG Schlafapnoe/Atemstillstand Bad Sooden-Allendorf,
Schützenstraße 9, 37215 Witzenhausen
Fon und Fax 0 55 42/27 05
herbert.ursula@gmx.de

Düsseldorf

Klaus Hillebrand, Vorsitzender, SHG Düsseldorf,
Kamper Weg 290, 40627 Düsseldorf
Fon 02 11/926 91 70, Fax 02 11/27 36 70

Hilden

Friedel Hafner, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe-Atemstillstand
Hilden e.V., Wilhelmine-Friednerstraße 1,
40723 Hilden
Fon/Fax 0 21 03/6 21 09
Schlafapnoe-Hilden@t-online.de
www.schlafapnoe-hilden.de

Solingen

Hartmut Rentmeister, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Solingen,
Postfach 12 02 12, 42677 Solingen
Fon/Fax 02 12/2 64 30 94
hareso@t-online.de
www.schlafapnoe-solingen.de

Ingrid Hohnrath, 2. Vorsitzende
Fon/Fax 02 12/4 32 65

Wanne-Eickel

Therese Littmann, Vorsitzende,
SHG/Atemstillstand Wanne-Eickel,
Edmund-Weber-Straße 22, 44651 Herne
Fon/Fax 0 23 25/7 56 31

Herne

Alfons Altmeyer, Vorsitzender, SHG Herne,
Michaelstraße 2, 45661 Recklinghausen
Fon 0 23 61/7 27 33

Gelsenkirchen

Günter Berger, Vorsitzender,
SHG Atmen & Leben,
Nordring 2, 45701 Herten
Fon/Fax 02 09/61 17 37
anne_guenter@gmx.de

Recklinghausen

Werner Lueg, 1. Vorsitzender,
SHG Recklinghausen e.V.,
Albertstraße 29, 45739 Oer-Erkenschwick
Fon 0 23 68/8 13 01 oder 8 13 34, Fax 0 23 68/8 13 34

Christiane Nowack, 2. Vorsitzende,
SHG Recklinghausen e.V.,
Gahlensche Straße 196, 44809 Bochum

Dorsten

Klaus-Peter Karger,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Dorsten e.V.,
Frankampstraße 134, 45891 Gelsenkirchen
Fon 02 09/7 17 34
kpkarger@arcor.de

Duisburg

Josef Köhler, Vorsitzender,
Schlafapnoe Duisburg e.V.,
Fischerstraße 44, 47055 Duisburg
Fon 02 03/77 42 66, Fax 02 03/73 92 146
Jupp.Koehler@t-online.de
www.schlafapnoe-online.de/Duisburg

Niederrhein

Gabriele Kaenders, I.Vorsitzende,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V.,
Im Kämpken 3, 47443 Moers
Fon 0 28 41/50 55 04, Fax 0 28 41/8 84 47 31
schlafapnoe-niederrhein@onlinehome.de

Krefeld

Helmut Welbers, I.Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V.,
Dionysiusstraße 122, 47798 Krefeld
Mobil 01 77/2 49 16 15

Margot Bliem, 2.Vorsitzende,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V.,
Nieper Straße 229 c, 47802 Krefeld
Fon 0 21 51/56 20 68

Gronau

Hasso Freise, Vorsitzender, SHG Gronau e.V.,
Schürblick I A, 48599 Gronau
Fon 0 25 62/2 04 02, Fax 0 25 62/99 14 61
freise-h@versanet.de

Köln

Hans Haas, I.Vorsitzender,
SHG Köln und Umgebung e.V.,
Ferdinand-Stücker-Straße 42, 51067 Köln
Fon/Fax 02 21/69 73 35

Aachen

Hans Peter Kremer, Vorsitzender,
Marshallstraße 25, 52066 Aachen
Fon/Fax 02 41/6 28 79

Alzey und Umgebung

Toni Walk, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V.,
Elisabethenstraße 26, 55130 Mainz
Fon 0 61 31/83 31 30
toni.walk@web.de O D E R Schlafapnoe-Alzey@gmx.de
www.schlafapnoe-online.de/alzey

Bad Kreuznach und Umgebung

Ottilie Wichter, Vorsitzende,
Schlafapnoe Selbsthilfe Bad Kreuznach und Umgebung e.V.
Am Pfalzsprung 21, 55583 Bad Münster/Ebernburg
Fon/Fax 0 67 08/34 92
o.wichter@online.de

Siegen

Helmut Wied, Vorsitzender, SHG Siegen e.V.,
Am Siegenstein 31, 57080 Siegen
Fon 02 71/38 21 76, Fax 02 71/38 51 04 (nach Anruf)
helmut@rhwied.de
<http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-siegen>

Hagen

Siegward H. Grahner, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe e.V. Hagen,
Kettelerstraße 54, 58099 Hagen
Fon 0 23 31/6 65 03, Fax 0 23 31/6 67 90, Handy: 0178/9235308
SchlafapnoeHagen@web.de
www.bsd-web.de/hagen

Meinerzhagen

Peter-Max Engelbert,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Auf den Breien 2, 58540 Meinerzhagen
Fon/Fax 0 23 58/6 26

Halver

Alois Peter Nirwing, Vorsitzender, SHG Halver,
Waldweg 6, 58553 Halver
Fon/Fax 0 23 53/26 78
shg-halver@glusa-net.de
<http://shg-halver.glusa-net.de>

Frankfurt am Main

Helmut Himmighoffen,
SHG Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main,
Melemstraße 7, 60322 Frankfurt am Main
Fon 0 69/59 58 02, Fax 0 69/5 97 41 72
easysleeper@web.de

Darmstadt

Rainer Schmitt, I. Vorsitzender,
Verein Gestörter Schlaf Darmstadt e.V.,
Im Wesner 8k, 64401 Groß-Biebrau
Fon 0 61 62/45 59, Fax 0 61 62/91 15 85
rainer.schmitt@online.de

Zweibrücken

Werner Madle, Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe Zweibrücken e.V.,
Jägerstraße 6, 66440 Blieskastel
Fon 0 68 42/75 76, Fax 0 68 42/89 12 02
wernermadle@web.de
www.Schlafapnoe-Zweibruecken.de

Ludwigshafen/Vorderpfalz

Hermann Wüst, Vorsitzender,
SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz,
Brechlochstraße 44, 67063 Ludwigshafen/Rh.
Fon/Fax 06 21/69 85 17

Doris Schmitt,
SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz,
Hardenburgstraße 39, 67122 Altrip
Fon 0 62 36/3 02 52

Mutterstadt

Birgit Schmitt, 1. Vorsitzende,
SHG Schlafapnoe Mutterstadt und Umgebung e.V.,
Fritz-Schalk-Straße 22, 67112 Mutterstadt
Fon 0 62 34/30 20 858
Fax 0 62 34/30 52 30
SHGMutterstadt@web.de
<http://www.shgmutterstadt.de>

Freudenstadt

Rolf Fleig, Vorsitzender, SHG Schlafapnoe Freudenstadt,
Wilhelm-Hauff-Weg 7, 72280 Dornstetten
Fon 0 74 43/9 11 18
rolf.fleig@web.de

Südpfalz

Norbert Faul, Vorsitzender des Vorstands,
SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V., c/o Bethesda,
Bodelschwinghamstraße 27, 76829 Landau/Pfalz
Fon 0 63 23/98 04 05
Fax 0 63 23/98 98 23
SHGSuedpfalz@aol.com
www.schlafapnoe-suedpfalz.de

Bernd Bechtold, Vorsitzender des Vorstands, SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V.,
Hochgasse 40, 67483 Edesheim
Fon 0 63 23/39 23

Saar-Pfalz

Adelhard Leidner, Leiter der SHG-Saar-Pfalz,
Hauenstein-Dahn-Annweiler & Umgebung,
Prälatsommerstraße 25, 76846 Hauenstein
Fon/Fax 0 63 92/76 78
Mobil 01 75 / 389 57 63
aleidner@wuetto.de
www.schlafapnoe-saarpfalz.de

GRUPPEN IN

66901 Schönenberg-Kübelberg
Dieter Müller
Fon/Fax 06 37 37/89 17 94

66540 Neunkirchen
Franz Junkes
Fon 0 68 21/75 87 56

66482 Zweibrücken
Hans Striegel
Fon 0 63 32/4 38 04

Ortenau

Günter Nickert, VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Ortenau, In der Gifiz 44, 77656 Offenburg
Fon privat 07 81/5 65 17, Fon dienstl. 07 81/93 24 70,
Fax dienstl. 07 81/9 32 47 39
nickert.sen@t-online.de

Bodensee

Petra Mauch,
VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Gruppe Bodensee,
c/o Sozialverband VdK Regionalgeschäftsstelle,
Bleichwiesenstraße 1/1, 78315 Radolfzell
Fon 0 77 32/92 36-31, Fax 0 77 32/92 36-20
p.mauch@vdk.de

Südbaden

Britta Bühler,
Sozialverband VdK Baden-Württemberg e.V.,
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit,
Johannesstraße 22, 70176 Stuttgart
b.buehler@vdk.de

Willi Goppelsröder,
VdK-Regionalgeschäftsstelle Karlsruhe,
Karlstraße 53 - 55, 76133 Karlsruhe
w.goppelsroeder@vdk.de

Markgräflerland/Müllheim

Klaus-Dieter Sippel, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstill-
stand Gruppe Markgräflerland Sitz Müllheim,
Eckstraße 24, 79283 Bollschweil
Fon 0 76 33/80 19 15, Fax 0 76 33/80 19 16
christa.regulierung@t-online.de

Berchtesgadener Land/Salzburg

Ilse Rothstein,
SHG „Schlafstörungen“ Berchtesgadener Land/Salzburg,
Peilsteinstraße 6, 83435 Bad Reichenhall
Fon 0 86 51/81 88
ilse.rothstein@t-online.de

Coburg-Oberfranken

Ernst Franke,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Coburg-Oberfranken,
Am Weinberg 5, 96450 Coburg
Fon 0 95 61/2 97 85

Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe

Die meisten Selbsthilfegruppen haben sich im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen als dem Dachverband zusammengeschlossen, um gemeinsam für die Interessen der Betroffenen einzutreten.

Werden Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe.

Senden Sie bitte den ausgefüllten Antrag an den

VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Telefax 02 28/ 8 20 93-46.

Wir leiten diesen an die in Ihrer Nähe befindliche Selbsthilfegruppe weiter.

Beitrittserklärung

ja, ich möchte Mitglied werden.

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Fax

Datum, Unterschrift