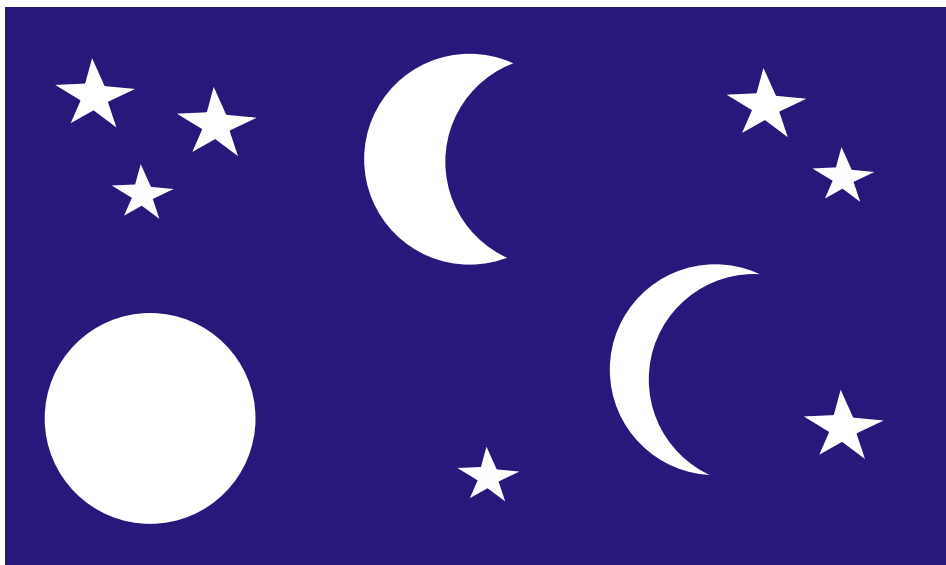


Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

Inhalt

Beatmungsgeräte und Hilfsmittelkatalog der Deutschen Krankenversicherungs AG	5
Sind Kontrolluntersuchungen bei Schlafapnoe-Patienten notwendig?	6
Schlafapnoe - eine Definition des MDK	7
Welche Wartezeiten auf eine Polysomnographie in einem Schlaflabor sind zumutbar	9
Schallgedämmt schläft man besser	10
Eisenüberschuß und chronische Müdigkeit	12
Schlafapnoe und Arbeitsunfähigkeit	13
Übernahme von Stromkosten für ein CPAP-Gerät	15
Beziehungen zwischen Schlafapnoe-Syndrom und plötzlichem Kindstod	16
Gibt es eine Alternative zum Beatmungsgerät	17
Adressen der Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband	19

Impressum

Herausgeber:

VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen, Wurzerstraße 4a, 53175 Bonn, Telefon 02 28/8 20 93-0, Telefax 02 28/8 20 93-46, Internet: <http://www.vdk.de/apnoe>, e-mail VdK.Deutschland@t-online.de, Verantwortlich: Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer, Layout und Satz: Julita K. Voigt, VdKDeutschland · 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 Veröffentlichung der Anzeigen nicht verbunden. · Diese Ausgabe wurde mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes, der Barmer Ersatzkasse (BEK) und des KKH-Bundesverbandes erstellt.

Antrag auf Mitgliedschaft 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 ihn an die in Ihrer Nähe befindliche Selbsthilfegruppe weiter.

Beitrittserklärung

ja, ich möchte Mitglied werden.

Name _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon/Fax _____

Datum, Unterschrift _____

Beatmungsgeräte und Hilfsmittelkatalog der Deutschen Krankenversicherungs-AG

In den letzten Monaten haben uns eine Reihe Schlafapnoe-Patienten geschrieben, die privat krankenversichert sind und die Schwierigkeiten bezüglich der Kostenübernahme von Beatmungsgeräten hatten.

Wir haben dies zum Anlaß genommen, uns mit der Deutschen Krankenversicherungs-AG (DKV) in Verbindung zu setzen und auf das Problem aufmerksam zu machen, damit in Zukunft privat versicherte Patienten Kosten für eine medizinisch notwendige Behandlung erstattet werden. Nachstehend veröffentlichen wir das Schreiben der DKV vom 11. Dezember 1998.

"Durch die Jahresmitteilung 1998 hat die DKV ihre Kunden zum Themenbereich Hilfsmittel informiert. Hieraus geht hervor, daß die DKV ihren Hilfsmittelkatalog auch um Geräte zur Schlafapnoe-Behandlung erweitert hat. Diese stehen allerdings nur unter Versicherungsschutz, wenn und soweit der Versicherte vor Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen (§ 4 Abs. 3 AVB). Die Zusage wird erteilt, wenn der Einsatz eines solchen Gerätes zur Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. In diesem Fall erfolgt die leihweise Überlassung des Gerätes in der Regel durch unseren Kooperationspartner Pro Reha.

Das dem Schreiben des VdK beigefügte Urteil stammt noch aus der Zeit vor der AVB-Änderung. Das erwähnte Urteil des OLG Frankfurt betraf nicht die DKV. Kern der Entscheidung ist die Aussage, daß eine in den AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen) enthaltene enumerative Auflistung von Hilfsmitteln im Zweifel nicht abschließend ist. In den AVB der DKV wird jedoch klar ausgedrückt, daß Aufwendungen für alle anderen (nicht in der Auflistung enthalten) Hilfsmittel nicht erstat-

tungsfähig sind. Der vom VdK "angeprangerte Mißstand", daß diese Auflistung Geräte zur Schlafapnoe-Behandlung nicht enthält, ist durch die inzwischen erfolgte AVB-Änderung beseitigt."

Sollten sich nach dieser Klarstellung erneut Probleme einstellen, bitten wir um Information, damit entsprechend reagiert werden kann. ■

Sind Kontrolluntersuchungen bei Schlafapnoe-Patienten notwendig?

Bei Beratungsgesprächen wird oft die Frage gestellt, ob nach Diagnose einer Schlafapnoe und entsprechender Einstellung mit einem Beatmungsgerät dennoch die regelmäßigen Untersuchungen notwendig sind und welche Kriterien gelten. Bei behandlungsbedürftigen schlafbezogenen Atmungsstörungen sind regelmäßige Nachuntersuchungen erforderlich. Bei mit einer nächtlichen Überdruckbeatmung therapierten Patienten sollen Kontrolluntersuchungen jährlich, sonst in Abhängigkeit von der klinischen Symptomatik durchgeführt werden. Wünschenswert ist bei diesen Nachuntersuchungen auch die Kontrolle des Maskendrucks, des Betriebsstundenzählers sowie eine Beratung zu flankierenden Maßnahmen (z.B. Gewichts- und Genußmittelproblematik, Schlafhygiene).

Hinzu kommt hinzu, daß auch bei der Langzeittherapie eine Besserung nicht in erforderlichem Umfang eintritt, wenn zum Beispiel die psychophysischen Symptome der Erkrankung sich unter der Therapie nicht bessern bzw. wieder verstärkt auftreten. Die Akzeptanz der Behandlung kann sich auch aufgrund von Nebenwirkungen - z. B. einer schlecht sitzenden Maske - verringern. Eine erhebliche Gewichtsabnahme oder Depressionen können den Erfolg einer Langzeittherapie mindern.

Also: Regelmäßige Nachuntersuchungen sind erforderlich, sie gewährleisten eine gute Behandlung und tragen dazu bei, negative Veränderungen zu beheben, die sich z.B. bei Veränderung des Druckes einstellen können. ■

Schlafapnoe - eine Definition des MDK

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat eine Arbeitshilfe "schlafbezogene Atemstörung zur sozialmedizinischen Begutachtung" entwickelt, in der auch die nachstehende Definition enthalten ist:

"Gelegentliche Apnoen und Hypopnoen im Schlaf sowie zeitweiliges Schnarchen kommen bei den meisten Menschen vor und sind nicht bedenklich. Als pathologisch gilt ein Schlafapnoe-Syndrom, wenn innerhalb einer ausreichend langen Schlafphase pro Stunde durchschnittlich mindestens 10 Atemstillstände von 10 Sekunden Dauer oder mehr auftreten, häufig begleitet von einem Abfall der Sauerstoffsättigung von wenigstens 4 bis 5 Prozent. Auch eine geringere Anzahl von Apnoen kann jedoch eine therapeutische Intervention rechtfertigen, wenn die Zerstörung der Schlafarchitektur zu einer typischen psychophysischen Symptomatik führt. Sistiert die Atmung nicht, nimmt aber der Atemgasstrom um mehr als 50 Prozent ab, resultiert eine Hypopnoe. Fällt während der Apnoen bzw. Hypopnoen die arterielle Sauerstoffsättigung häufig und/oder erheblich unter der für hypoxisch-reologische Organschäden kritischen Grenze von 90 Prozent ab, muß ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko angenommen werden.

Schlafbezogene Atemstörungen können mit (obstruktives Schnarchen/obstruktive Apnoe) und ohne Obstruktion der oberen Atemwege vorkommen. Zu letzteren zählen die alvioläre Hypopventilation bei Ausdruck einer erschöpften Atempumpe bei muskuloskelettaren euromuskulären, zerebralen, pneumologischen und kardiovaskulären Erkrankungen sowie die zentrale Apnoe (fehlender Atemantrieb mit Sistierung der Zwerchfellatmung.)"

Haben Sie bei diesen vielen Fachbegriffen alles verstanden?

Sicher nicht sofort alles, dieser Definitionshinweis soll auch behandelnde Ärzte auf ein Krankheitsbild aufmerksam machen, das häufig bei der Diagnose nicht beachtet wird. Vereinfacht ausgedrückt heißt dies:

Schlafapnoe bedeutet Atemstillstand im Schlaf. Die Sauerstoffversorgung verschlechtert sich. Der Schlaf ist leicht. Die Betroffenen werden immer wieder wach, machen einige Atemzüge und dann geht alles von vorne los: Atemstillstand, wach werden, atmen, weiterschlafen.

Weil immer wieder gefragt wird, welches die Anzeichen für eine obstruktive Schlafapnoe sind, veröffentlichen wir nachstehend einige Beispiele:

- Starkes, unregelmäßiges Schnarchen mit mehr als 10 Atempausen pro Stunde und einer Dauer von mehr als 10 Sekunden (Anhaltswerte);
- lautes Schnarchen, das zu Wachreaktionen führt;
- Unausgeschlafenheit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Konzentrationsmangel am folgenden Tag;
- Schnarchen im Intervall, d.h. im normalen Schlaf treten plötzlich schnappende Schnarchtöne auf. Nach einer Atempause öffnet sich dann bei tiefer Einatmung der Nasen-Rachenraum mit einem "Schnarchton"; durch diese Weckreaktion wird der normale Schlafablauf mit Traum- und Tiefschlafphasen erheblich gestört;
- Konzentrationsschwäche und Leistungsminderung im Arbeitsleben und in der Freizeit;
- ausgeprägte Tagesmüdigkeit bis hin zum Schlafzwang insbesondere bei monotonen Tätigkeiten (z.B. bei langen Autofahrten, bei Arbeiten am Schreibtisch, beim Lesen);
- Probleme im Beruf, Familie und Freundeskreis z.B. durch Antriebsarmut, Schwerfälligkeit, verminderte Einsatzbereitschaft und ständige Müdigkeit;
- Depressionen und Potenzstörungen;
- gesteigerte Reizbarkeit;
- unruhiger Schlaf, nächtliches Schwitzen und vermehrtes Wasserlassen.

Liegen solche Symptome vor, suchen Sie bitte Ihren Hausarzt oder Facharzt auf und machen Sie ihn auf Ihren Verdacht einer möglichen Schlafapnoe-Erkrankung aufmerksam. In einem Schlaflabor kann dann festgestellt werden, ob eine Schlafapnoe-Erkrankung vorliegt. ■

Welche Wartezeiten auf eine Polysomnographie in einem Schlaflabor sind zumutbar?

Auch wenn sich die Situation bezüglich der Wartezeiten in Deutschland gebessert hat, müssen Betroffene häufig mehrere Monate auf einen Meßplatz in einem Schlaflabor warten.

Im Gegensatz zum VdK Fachverband hält der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) für die Mehrzahl der Betroffenen mit leichten, mäßiggradigen oder schon diagnostizierten, aber bisher nicht behandelten schlafbezogenen Atmungsstörungen dies auch für akzeptabel, weil der MDK davon ausgeht, daß nach eingehender Aufklärung über das Krankheitsbild und dessen Symptomatik in vielen Fällen zunächst eine Anpassung der Lebensgewohnheiten die Atemstörungen günstig beeinflussen. Unsere Erfahrungen belegen, daß dies sehr zweifelhaft ist.

Der MDK hält es aber für dringend geboten, daß hochgradig gefährdete Patienten - insbesondere solche, die akut an Komplikationen eines schweren Schlafapnoe-Syndroms erkrankt sind - sofort oder zumindest kurzfristig diagnostizierend behandelt werden. Es kommt hinzu, daß sich in vielen Fällen die Wartezeiten auch auf die Dauer einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit auswirken.

Die Betroffenen haben häufig eine lange Leidenszeit hinter sich, bevor die Schlafapnoe diagnostiziert wird. Eine schnelle Diagnose und anschließende Behandlung sind enorm wichtig und dringend. Drängen Sie darauf. Es geht um Ihre Lebensqualität. ■

Schallgedämmt schläft man besser

von Eugen Pape

Von einem Kollegen bekam ich den Tip: Schallgedämmt schläft man besser. Ich benutze die Maske Sullivan. Beim Originalmaskenrahmen stört mich der intensiv austretende Luftstrahl. Trifft er auf das Bettzeug, so hört man ihn. Zieht man die Bettdecke hoch, so zieht es im Gesicht und im Sommer, wenn man die Arme bloß hat, kann es auch dort zum unangenehmen Auftreffen des Luftstrahls kommen. Schläft man zu zweit nebeneinander, so wird auch der andere gelegentlich in Mitleidenschaft gezogen.

Vorsichtshalber fragte ich bei MAP an, ob der Schalldämpfer auch für meine Maske geeignet sei, denn ich wußte schon, daß bei meinem Kollegen manches etwas anders ist. Die Antwort war, für den Schalldämpfer würde ich zusätzlich einen Maskenrahmen ohne Löcher und einen Adapter benötigen.

Der neue Maskenrahmen ist blau gefärbt. Sicherlich ist dies für den betrieblichen Versand notwendig, um Verwechslungen zu vermeiden. Nach dem Austausch des Maskenrahmens stellte ich fest, es geht auch ohne Adapter. Die Gummiverbindung ist etwas kurz. Wäre sie länger, würde die Verbindung sicherer sein - wäre sie sogar reichlich bemessen, so würde die Starrheit des Systems gemildert. So passiert es gelegentlich, daß der Schlauch nachts abrutscht. Dann wird man durch das fauchende Geräusch der Luft geweckt, damit man ihn wieder heraufschieben kann. Der 4 cm lange Schalldämpfer bringt zwar vorn am Schlauch etwas mehr Starrheit, aber das Atmen wird sanfter und tiefer. Von dem austretenden Atem bemerkt man kaum etwas.

Seitdem bin ich wieder zu meinen alten Schlafgewohnheiten zurückgekehrt.

Einen Vorteil hat der Schalldämpfer noch. Er läßt sich mit der Drehhülse in sich drehen. So kann man, nachdem man die Maske aufgesetzt hat, noch Verwerfungen des Schlauches, die sich durch die Drehspannung ergeben, durch Drehen des

Schlauches beseitigen. Der alte Maskenrahmen läßt zwar eine Drehung parallel zum Gesicht zu, aber eine Drehung in Richtung der Schlauchachse ist nur insofern möglich, als der Schlauch eine Verwindung zuläßt. Das hintere Ende des Schalldämpfers hat für den Schlauch einen etwas zu geringen Durchmesser. Hier rutscht der Schlauch leicht ab. Mit ein paar Windungen Tesaband habe ich diesem Mangel abgeholfen.

Die Systembeschreibung ist leider etwas zu klein geraten. So muß man erst einmal überlegen, was mit dem Begriff Schnapphaken gemeint sein soll. Der Unterbau wird gar nicht erwähnt. Er besteht aus einem Röhrenteil, in dem Längslöcher enthalten sind. Auf ihm befinden sich 21 Ringe, die als Lamellen bezeichnet werden. Am hinteren Ende sind gegenüberliegend je zwei Spalten vorhanden, so daß eine Zunge stehen bleibt.

Auf dieser Zunge sind hakenförmige Verdickungen, die verhindern, daß die Drehhülse und die Lamellen vom Unterbau heruntergleiten können. Diese Verdickungen sind die gesuchten "Schnapphaken". Leider sind diese Zungen so kurz geraten, daß man große Mühe hat, sie entsprechend der Beschreibung zusammen zu drücken, um die Einzelteile abzunehmen und reinigen zu können. Wer z.B. brüchige Fingernägel besitzt, der kommt mit der vorgeschlagenen Vorgehensweise kaum zurecht. Selbst mit einer Spitzzange habe ich Schwierigkeiten. Dem Konstrukteur ist zu empfehlen die Zungen zu verlängern und auf der Beschreibungsskizze deutlicher zu kennzeichnen.

Für die Reinigung sollte das Gerät täglich auseinandergenommen werden. D.h. es ist der Federstahlring herauszunehmen, die Schnapphaken zusammenzudrücken, die Drehhülse, ein Gummiring und 21 Lamellen abzunehmen. Damit nichts verloren geht sollte man die Teile in ein Sieb tun, sie mit warmem Seifenwasser reinigen und unter fließendem Wasser abspülen, und sie anschließend in einer Weinessiglösung eine halbe Stunde stehen lassen. Zum Schluß alles wieder zusammensetzen. Bei einem solchen Aufwand habe ich volles Verständnis dafür, wenn der Anwender keine Lust mehr hat das Gerät zu reinigen.

Es wäre eine Überlegung wert, ob es ausreicht, wenn man den Lamellendruck lockert und die Wäsche dann vornimmt. Bei

einer verlängerten Drehhülse könnte man Aussparungen einbauen, in die die sogenannten Schnapphaken in vorgezogener Stellung einrasten, so daß die nunmehr locker sitzenden Lamellen sich leicht durchspülen lassen. Oder aber, es wird nur für den Waschgang eine einschiebbare Verlängerung des Unterbaues mitgeliefert, auf die man die Drehhülse und die Ringe schiebt. Der Unterbau wird dann zum Reinigen freigelegt.

Wer auf die Idee gekommen ist, den Schlauch durchzuspülen, indem er das Schlauchende auf die Perlatur des Wasserhahnes schiebt, der kann Ähnliches mit dem Schalldämpfer versuchen. Hält er das Ende zu, so quellen kleine Tröpfchen zwischen den Lamellen hervor.

Wir hoffen, daß dieser Beitrag von Herrn Pape mit dazu beiträgt, daß die notwendigen Änderungen an der Konstruktion des Geräts im Interesse der betroffenen Patienten bald erfolgen. Sie würden die Handhabung sehr erleichtern. ■

Eisenüberschuß und chronische Müdigkeit

Amerikanische Wissenschaftler empfehlen Ärzten, das Blut ihrer Patienten regelmäßig auf Eisenüberschuß zu untersuchen.

Ein Zuviel des Minerals kann zu Hämochromatose führen, einer Störung, die Betroffene einem erhöhten Risiko für Diabetes, Zirrhose, chronischer Müdigkeit und Herzkrankheiten aussetzt. Der Mediziner P. Phatak vom Generalhospital in Rochester leitete eine vierjährige Hämochromatose-Studie mit mehr als 16.000 Patienten. Laut Phatak könnten mit entsprechenden Routineuntersuchungen mehr Leben gerettet werden als mit der regelmäßigen Überprüfung des Cholesterinspiegels. Die Störung führt dazu, daß der Darm zuviel Eisen absorbiert - etwa doppelt soviel wie er sollte. Das Mineral wird dann in Leber, Hirnanhangdrüse, Herz, Bauchspeicheldrüse und anderen Organsystemen eingelagert, die es schließlich zerstören kann. (AP) ■

Schlafapnoe und Arbeitsunfähigkeit

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Schlafapnoe-Patienten steigt kontinuierlich. Der Fachverband geht von einer Größenordnung von etwa 2,5 bis 3 Mio. Betroffenen aus. Insbesondere sind 40- bis 60-jährige Männer betroffen; wir wissen aber auch, daß die Schlafapnoe-Erkrankungen bei Frauen zunehmen. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom kann für sich allein bzw. durch seine Begleit- und Folgeerkrankungen zur Arbeitsunfähigkeit, auch auf Dauer und damit zur Erwerbsunfähigkeit, führen. Deshalb sollten folgende Fragen abgeklärt werden:

- Wird im Nacht- bzw. Schichtdienst gearbeitet?
- Wird als Kraftfahrer bzw. im Personentransport gearbeitet?
- Erfolgt die Arbeit unter Zeitdruck und/oder Akkord?
- Sind insbesondere dauerhaft monotone Tätigkeiten, die mit erhöhter Selbst- oder Fremdgefährdung einher gehen können, zu erledigen?

Darüber hinaus sollten folgende Erkrankungen abgefragt werden:

- Arterieller Hypertonus
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Hirninfarkt
- Pulmonale Erkrankungen
- Unfälle (auch Beinahe-/Einschlafunfälle)
- Alkohol-, Tabletten- und Drogenabhängigkeit

Schlafapnoe-Patienten sollten auch auf ihre eigenen Beobachtungen hinweisen wie z.B. Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigungen oder auch Depressionen. Auch Beschwerden wie Kopfschmerzen, Mundtrockenheit und Nykturie (vermehrtes nächtliches Wasserlassen) müssen berücksichtigt werden.

Ist nun die Diagnose gestellt, erfolgt die Behandlung mit einem Beatmungsgerät, dann sind bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zum einen die Schwere des Schlaf-Apnoe-Syndroms und zum anderen die bereits erzielten Therapie-Erfolge zu berücksichtigen. Mit der nächtlichen Überdrucktherapie können viele der oben beschriebenen Symptome beseitigt oder zumindest soweit gebessert werden, daß eine Beendigung der Arbeitsunfähigkeit möglich ist. Dies setzt aber auch voraus, daß das Gerät regelmäßig beim Schlafen benutzt wird.

Von einer Arbeitsunfähigkeit auf Dauer und von grundsätzlicher Aufhebung des Leistungsvermögens muß bei schwerwiegender therapieresistenter Tagesschläfrigkeit ausgegangen werden. Außerdem kann dauernde Arbeitsunfähigkeit bei nur unzureichend therapierbaren Patienten eintreten, die in Berufen arbeiten, die mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges, Arbeiten an laufenden Maschinen oder mit Absturzgefahr verbunden sind. Dabei sind alle Faktoren, z.B. auch die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung und deren mögliche Auswirkungen zu berücksichtigen.

Es ist vorstellbar, daß bei Personen, die beruflich starkem und wechselhaftem Leistungsdruck ausgesetzt sind oder im Akkord arbeiten, Auswirkungen eines massiv gestörten Nachtschlafs häufig erst in der arbeitsfreien Zeit auftreten und das familiäre und soziale Umfeld unter Umständen so stark beeinträchtigen, daß sich daraus wiederum weitere Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit ergeben. In diesen Fällen kann sich, z.B. bei Arbeitnehmern, die auch in Wechsel- oder Nachtschichten beschäftigt sind, ergeben, daß nach Möglichkeiten einer innerbetrieblichen Umsetzung gesucht wird. Sollten weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, wie etwa Gewichtsreduktion, Gesundheitsschulung (Schlafhygiene, Genußmittelgebrauch), nicht zu dem gewünschten Erfolg führen, muß geprüft werden, inwieweit die Auswirkungen der vorhandenen Ar-

beitsunfähigkeit Anlaß geben, einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente zu stellen. Dies muß in jedem Einzelfall geprüft werden unter Berücksichtigung der oben aufgezeigten Faktoren. Es empfiehlt sich, hier in jedem Fall das Gespräch zuerst mit dem behandelnden Arzt zu suchen.

Im Falle einer Antragstellung auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente helfen die VdK-Beratungsstellen den Mitgliedern. ■

Übernahme von Stromkosten für ein CPAP-Gerät

In seiner Arbeitshilfe kommt der Medizinische Dienst der Krankenkassen aufgrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu der Überlegung, daß die mit dem Betrieb medizinisch notwendiger Hilfsmittel zwangsläufig entstehenden Stromkosten in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen. Wenn auch bisher eine grundsätzliche gesetzliche Regelung aussteht, so kann man davon ausgehen, daß die Stromkosten für ein CPAP-Gerät übernommen werden können. Der VdK-Fachverband hat bisher bei einigen Krankenkassen erreichen können, daß Stromkosten mit einem Betrag von etwa 50 bis 80 Mark pro Jahr übernommen werden.

Wir empfehlen, daß Sie sich an Ihre jeweilige gesetzliche Krankenkasse wenden. Sollten Schwierigkeiten auftreten, bitten wir um Information, damit wir uns mit dem Vorstand der jeweiligen Krankenkasse in Verbindung setzen können. ■

Beziehungen zwischen Schlaf-Apnoe-Syndrom und plötzlichem Kindstod

Uns liegen einige Anfragen von Eltern vor, die wissen wollen, ob Schlafapnoen auch bei Kindern auftreten und welche Konsequenzen damit verbunden sind. Häufig tritt Schnarchen im Zusammenhang mit Infektionen der oberen Luftwege auf und dauert nur wenige Tage an. Es ist zu unterscheiden von chronischem Schnarchen, oft verbunden mit unruhigem Schlaf und Apnoen. Bei Kindern liegt das Problem darin, daß im Unterschied zu Erwachsenen keine auffällige Tagesmüdigkeit besteht, gegebenenfalls aber Konzentrationsstörungen. Das Verhalten der Kinder ist reizbar und aggressiv, es können Schwierigkeiten beim Essen auftreten sowie Einnässen, Einkoten und eine allgemeine Entwicklungsverzögerung.

Insgesamt ist die Beurteilung schlafbezogener Atmungsstörungen im Kindesalter schwierig und erfordert eine genaue Kenntnis der kindlichen Atmungs- und Kreislaufphysiologie.

Uns erreichten in der Vergangenheit einige Anfragen, ob ein Zusammenhang zwischen Schlaf-Apnoe-Syndrom und plötzlichem Kindstod besteht.

Eine Untersuchung von Frau Prof. M. E. Schläfke brachte dabei neuere Erkenntnisse. Dabei wurden wesentliche Unterschiede zu entsprechenden Erkrankungen im Erwachsenenalter aufgezeigt. Beim Kind können bedrohliche apnoische Zustände völlig unerwartet auftreten. Die Untersuchung kommt zu dem Schluß, daß der Einsatz des Schlaflabors sinnvoll bei Bekämpfung des plötzlichen Kindstodes sein kann, wenn obige Auffälligkeiten beobachtet werden.

Aufgrund der Bitten betroffener Eltern bieten wir an, einen Erfahrungsaustausch betroffener Eltern zu organisieren. Wer daran Interesse hat, soll sich bitte an den VdK-Fachverband wenden. ■

Gibt es eine Alternative zum Beatmungsgerät?

Wir alle wissen, daß nach der Diagnose Schlafapnoe und der Therapie mit einem Beatmungsgerät eine elementare Umstellung des Lebens und der Schlafgewohnheiten erforderlich wird. Für viele ist die bis zum Lebensende notwendige Benutzung eines Beatmungsgerätes und das Tragen einer Atemmaske ein großes Problem bis hin zu der Tatsache, daß manche damit nicht fertig werden und auf diese Therapie verzichten und dabei in Kauf nehmen, weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erfahren.

Weil dieses Problem bekannt ist, versuchen viele Firmen mit den unterschiedlichsten Methoden Alternativen aufzuzeigen, die bei einer vorhandenen Schlafapnoe das Benutzen des Beatmungsgerätes und der Maske überflüssig machen. Immer wieder werden neue Produkte zur Behandlung des Schnarchens und der Schlafapnoe auf den Markt gebracht. Falls ihnen überhaupt eine Wirkung zugesprochen werden kann, dann in der Regel nur eine Weckfunktion. So werden z.B. Kugeln oder Bälle in den Pyjama eingenäht, um das Liegen auf dem Rücken zu unterbinden, oder es wird versucht, mit Kinnbinden den Mund verschlossen zu halten. Halskrawatten zum Strecken des Halses und Nasenflügeldilatatoren vermindern zwar manchmal das Schnarchen, bewirken jedoch nicht nachweislich eine Verbesserung der Obstruktionen. Bei nur in Rückenlage auftretenden Apnoen können Kugeln und Bälle in ca. 1 bis 2 Prozent der Fälle wirksam sein.

Allen Produkten ist gemeinsam, daß ein Wirksamkeitsnachweis bisher nicht erbracht wurde und sie somit nicht verordnungsfähig sind. Die Betroffenen müssen die Kosten für diese Hilfsmittel selbst tragen.

Immer wieder werden wir gefragt, ob Operationen sinnvoll sind und dauerhaft helfen. Nach wie vor wird darüber berichtet, daß eine Laseroperation, bei der das "Zäpfchen" im Rachen gekürzt und durch zwei vertikale Einschnitte im weichen

Gaumen zusätzlich Platz geschaffen wird, gute Ergebnisse bringt. Nach wie vor empfehlen wir hier, bei Operationen sehr vorsichtig zu sein und verschiedene Meinungen von Ärzten einzuholen. Mindestens bei jedem 10. Patient versagen solche Behandlungsmethoden.

Eine andere sehr aufwendige und riskante Operation ist, den Unterkiefer nach vorn zu verlagern. Die Erfolge hier sind gering und meistens mit erheblichen Schmerzen verbunden.

Als neue Operationsmethode wird zur Zeit in den Medien ein Verfahren vorgestellt, bei der ein Kunststofffaden an der Zunge angebracht wird. Um dem Luftstrom im Rachen mehr Platz zu bieten, wird die Zunge mit einem unter der Schleimhaut vernähten Nylonfaden nach vorn in den Mund gezogen. Der Faden wird an einer im Unterkiefer implantierten Schraube verknotet.

Bisher wurde der Eingriff an wenigen Patienten durchgeführt. Die Nachuntersuchungen in Schlaflaboren haben deutliche Besserung des Zustandes ergeben.

Hierbei muß darauf hingewiesen werden, daß die Kosten für die Operation (über 2.000 Mark) von den gesetzlichen Krankenkassen nur in Einzelfällen übernommen werden. Möglicherweise hilft die Operationsmethode, die Betroffenen vom Dauerschnarchen zu befreien. Inwieweit damit z.B. ein schweres Schlafapnoe-Syndrom sinnvoll behandelt werden kann, muß nach wie vor bezweifelt werden, da nicht genügend Operationsergebnisse vorliegen.

Der VdK-Fachverband wird diese Operationsmethode weiter beobachten und dann, wenn genügend Erfahrungen vorliegen, die Bewertung durch einen Facharzt in unserer Fachzeitschrift veröffentlichen. ■

Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

Charlotteund Uwe Otto
SHG Schlafapnoe
Großhansdorf
Torfstieg 2
21502 Geesthacht
Fon 0 41 52/7 03 26

Dieter Kamps
Vorsitzender
SHG Schlafapnoe/Chronische
Schlafstörungen Ost-Friesland
Hievestraße 22
26725 Emden

Peter Hoedt
SHG Hannover und Umland
für Schlafapnoe
Göttinger Landstraße 19A
30966 Hemmingen
Fon 05 11/2 34 51 25

Helmut Richter
Vorsitzender
SHG Alfeld
Ostdeutsche Straße 26
31061 Alfeld
Fon 0 51 81/8 16 16

Josef A. Wirth
SHG Alfeld
Wiegandstraße 1
31061 Alfeld
Fon 0 51 81/12 03

Andreas Bensch
Vorsitzender
SHG Schlafapnoe/Atemstillstand
Zum Vogelrain 1a
34225 Baunatal

Reinhard Müller
Vorsitzender
SHG Kassel-Land und
SHG Marburg
Holzweg 22
34225 Baunatal
Fon 0 56 01/84 89

Helmut Paul
SHG Bad Wildungen
Buchenweg 5
34590 Wabern-Falkenberg
Fon 0 56 83/80 88
Fax 0 56 83/55 11

Herbert und Ursula Lückert
SHG Bad Sooden-Allendorf
Schützenstraße 9
37215 Witzenhausen
Fon und Fax 0 55 42/27 05

Heinrich Frost
Vorsitzender
SHG Herne
Erichstraße 51
44579 Castrop-Rauxel
Fon 0 23 05/8 33 57

Werner Lueg
Vorsitzender
SHG Recklinghausen
Albertstraße 29
45739 Oer-Erkenschwick
Fon 0 23 68/8 13 01
Fax 0 23 68/8 13 34

Dagmar Haflich
Vorsitzende
SHG Dorsten
Graefte 2a
46359 Heiden
Fon 0 28 65 / 1 07 07

Karl-Friedrich Soyke
Vorsitzender SHG Gronau
Graf-Luckner-Straße 23
48527 Nordhorn
Fon 0 59 21/99 27 71

Hans Haas
2. Vorsitzender
SHG Köln und Umgebung
Ferdinand-Stücker-Straße 42
51067 Köln

Peter Zabelberg
Vorsitzender
SHG Schlafapnoe/Atemstill-
stand Köln und Umgebung
Johann-Janssen-Straße 7
51375 Leverkusen
Fon 02 14/5 94 91 (privat)
Fon 02 14/5 40 - 5 33 (dienstl.)
Fax 02 14/5 40 - 4 20 (dienstl.)

Helmut Wied
Vorsitzender
SHG Siegen
Am Siegenstein 31
57080 Siegen
Fon 02 71/38 21 76

Ernst-August Gerhold
Vorsitzender SHG Hagen
Dickenbruchstraße 11
58135 Hagen
Fon 0 23 31/40 66 66

Alois Peter Nirwing
Vorsitzender SHG Halver
Waldweg 6
58553 Halver
Fon 0 23 53/26 78

Helmut Himmighoffen
SHG Schlafapnoe/Atemstörungen
Melemstraße 7
60322 Frankfurt am Main
Fon 0 69/59 58 02

Wolfgang Hautz
Vorsitzender
SHG Saar-Pfalz
SHG Gruppe Hauenstein
(Fon/Fax 0 68 21/5 72 15)
SHG Gruppe Kaiserslautern
(Fon/Fax 0 68 21/5 72 15)
Rembrandtstraße 28
66540 Neunkirchen
Fon/Fax 0 68 21/5 87 33

Adalhard Leidner
SHG Saar-Pfalz
Gruppe Hauenstein-Dahn
Sommerstraße 25
76846 Hauenstein
Fon 0 63 92/76 78

Dr. Werner Reinmann
SHG Saar-Pfalz
Gruppe Zweibrücken
c/o Evangelisches Krankenhaus
66482 Zweibrücken
Fon 0 63 32/42-0

Hermann Wüst
SHG Schnarchen und Schlafap-
noe Ludwigshafen/Vorderpfalz
Brechlochstraße 44
67063 Ludwigshafen
Fon 06 21/69 85 17

Hans Korn
Vorsitzender
SHG Schnarchen/Schlafapnoe
Ludwigshafen/Vorderpfalz
Berner Weg 26
67069 Ludwigshafen
Fon 06 21/66 18 89

VdK Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Ortenau
Harry Krellmann
Hauptstraße 108
77652 Offenburg
Fon 07 81/92 36 68-21

VdK Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Ortenau Sitz Lahr
Birgit Manceau
Tretenhof 3
77960 Seelbach
Fon 0 78 23/23 89

Überregionale VdK
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe
Gruppe Bodensee
Joachim Trefs
Hörstraße 46
78315 Radolfzell
Fon 0 77 32/23 04 (ab 18.00 Uhr)

VdK-Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Südbaden Sitz Freiburg
Andrea Biehler
c/o Sozialverband VdK
Südbaden
Bertoldstraße 44
79098 Freiburg
Fon 07 61/5 04 49-0

VdK-Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
SHG Freiburg
Hartwin Thielhorn
Starkenstraße 24
79104 Freiburg
Fon 07 61/3 31 73

VdK-Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
Gruppe Markgräflerland
Sitz Mülheim
Josef Kosiel
Mittelweg 12
79426 Buggingen
Fon 0 76 31/166 68

VdK-Selbsthilfegruppe
Schlafapnoe/Atemstillstand
Hochrhein/Markgräflerland
Jürgen Bühl
Schwarzwaldstraße 1
79539 Lörrach
Fon 0 76 21/13 03 92

Ludwig Mootz
Neumarkter Straße 9
79618 Rheinfeldern
Fon 0 76 23/18 62