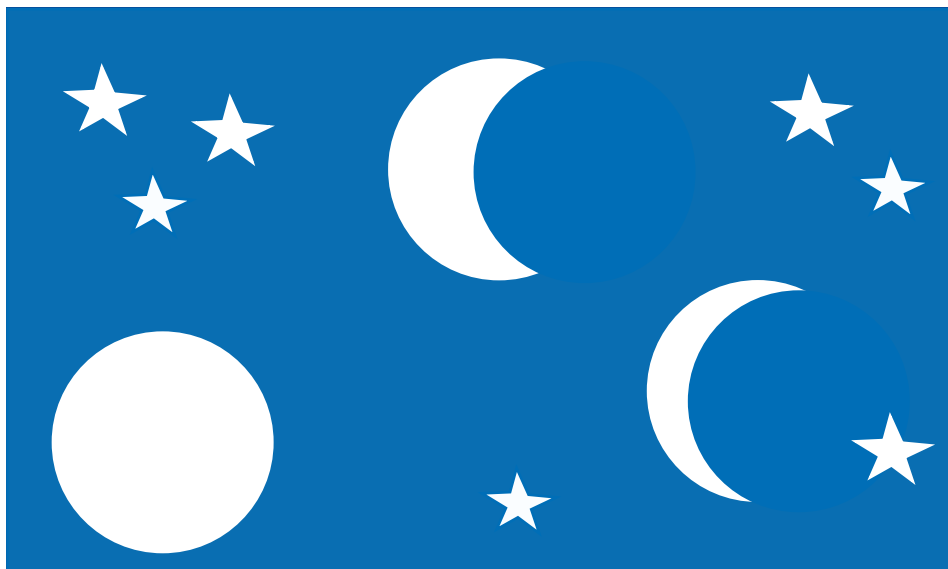


Schlafapnoe Aktuell



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

Informationen über Atemstillstand, Schnarchen,
chronische Schlafstörungen und ihre Auswirkungen

VdK

Fachverband Schlafapnoe -
Chronische Schlafstörungen



20

Oktober 2004

Inhalt

| | |
|---|----|
| Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss | 5 |
| Auch Kinder leiden unter Schlafapnoe | 8 |
| Die Rolle des Hausarztes in der Schlafmedizin | 10 |
| Fit in die Ferien! | 13 |
| Forderungskatalog des Hilfsmittelausschusses des VdK-Fachverbands Schlafapnoe | 17 |
| Forderungskatalog für Atemmasken | 26 |
| Seminar zur Förderung des gesunden Schlafs | 28 |
| Integrierte Versorgung für Schlafapnoe-Patienten in Baden-Württemberg | 30 |
| Frage zum CPAP-Gerät | 36 |
| Merkblatt Schlafapnoe und operative Eingriffe | 37 |
| Miteinander füreinander etwas bewegen, jedoch darf nicht ohne uns über uns gesprochen werden | 38 |
| Apnoeverdacht bei Bluthochdruck | 42 |
| „Liebling, ich schnarche nicht mehr!“ | 43 |
| Patienten mit Schlafapnoe haben häufiger eine isolierte diastolische Hypertonie | 45 |
| Zuzahlungen im Hilfsmittelversorgungsbereich | 45 |
| Sehr viele Deutsche schlafen schlecht | 47 |
| Ist die Schlafapnoe eine Ursache des Schlaganfalls? | 48 |
| Schlafstörungen im Alter – vielleicht eine falsche Arznei? | 50 |
| Apnoe-Patienten sind oft weder dick noch männlich | 51 |
| Nasenspülung beugt Erkältungen vor | 52 |
| Schniefnase durch Philodendron im Wohnbereich | 53 |
| Auch ein Grund für gestörte Nachtruhe | 53 |
| Reinigung von Atemmasken und -schläuchen | 54 |
| Wie kommt man wach und fit über den Tag? | 55 |
| Zuzahlung im Schlaflabor | 56 |
| 250 000 Schlafapnoiker in Polen | 56 |
| Sozialrichter stärken Patientenrechte | 57 |
| Nicht-erholsamer Schlaf | 58 |
| Prozess in Merseburg geplatzt – Unglücksfahrer von der A 9 soll nicht schuld am Tod von Reisenden sein | 59 |

Inhalt

| | |
|---|-----|
| Ein Stammtisch für Schlafapnoiker in Aachen | 61 |
| Rechtstipp: Schlafapnoegeräte sind nicht erstattungsfähig | 61 |
| Schlafstörungen und Depressionen | 62 |
| Schnelle unbürokratische Hilfe | 67 |
| Wartung von SOMNOcomfort WM 24000/ SOMNOcomfort WM 24050 | 68 |
| Fortsetzung der CPAP-Therapie im Krankenhaus | 70 |
| TV am Bett stört den gesunden Schlaf | 71 |
| Schlafstörungen im Alter sind nicht immer krankhaft | 72 |
| Wenn der Schlaf zur Nervensäge wird | 75 |
| Wenn nachts im Schlaf die Luft wegbleibt | 77 |
| „Wenn die Beine nicht zur Ruhe kommen“ | 78 |
| Lärmschutz im Schlafzimmer | 80 |
| Leitfaden zu den deutschen Patientenrechten | 83 |
| Kurzbericht über die 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) in Freiburg vom 23.–25. 9. 2004 | 89 |
| Termine | 93 |
| Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/ Chronische Schlafstörungen | 94 |
| Antrag auf Mitgliedschaft im VdK-Fachverband Schlafapnoe und in einer Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe | 103 |

Impressum

Herausgeber: VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Wurzerstraße 4 a, 53175 Bonn, Fon 0228/8 20 93-0, Fax 0228/8 20 93-46,
www.vdk-schlafapnoe.de, info-schlafapnoe@vdk.de

Verantwortlich: Ulrich Laschet, Bundesgeschäftsführer

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

Benjamin Rannenberger, Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung
des Fachverbandes wieder. Manuskripte ohne Rückporto werden nicht zu-
rückgesandt. 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 Veröf-
fentlichung der Anzeigen nicht verbunden. Diese Ausgabe wurde
finanziell unterstützt von VdAK/AEV und dem AOK-Bundesverband.

Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Seit dem 1. Januar 2004 ist die Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen deutlich verbessert worden, denn nun können sich erstmals Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligen. Mit der Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss, einem der einflussreichsten Gremien in der Gesetzlichen Krankenversicherung, wurde eine langjährige Forderung der Patientenorganisationen und Selbsthilfeverbände umgesetzt. Dort wird über die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und die Qualitätssicherung entschieden. Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt sich zusammen aus unterschiedlichen Kammern, den inhaltlich-fachlich vorbereitenden zur Zeit 25 Unterausschüssen und der Geschäftsführung. Der Vorsitzende sowie die unparteiischen Mitglieder des GemBa dürfen ihr Mitberatungsrecht in die Sitzungen der Unterausschüsse einbringen. Das Recht an den Sitzungen teilzunehmen haben auch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und Mitarbeiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Maximal fünf von den Patientenverbänden benannte Vertreter können an den Sitzungen der Unterausschüsse mit beratender Stimme teilnehmen, wobei themenbezogen unterschiedliche Personen benannt werden können. Die Sitzungen der Unterausschüsse wie die Plenen des GemBa sind nicht öffentlich. Das Plenum bildet die in unterschiedlicher Besetzung zusammenkommenden Kammern. Mit einer Mehrheit von 12 Stimmen kann der so genannte „kleine Gesetzgeber“ in den Plenen Beschlüsse fassen. Wird diese Mehrheit nicht erreicht, so muss auf Antrag ein Mitglied des GemBa eine wiederholte Sitzung einberufen. Der GemBa muss dann dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziales die beschlossenen Richtlinien zur Überprüfung vorlegen. Dem BMGS als Rechtsaufsicht über den GemBa obliegt es einen Beschluss binnen zwei Monaten zu beanstanden oder ihn in Kraft treten zu lassen. Sollte der GemBa nicht zu einer Einigung gelangen, erfolgt eine Ersatzvornahme durch das BMGS, das heißt das BMGS ist damit Letztentscheider.

Als „kleiner Gesetzgeber“ kann der GemBa eine Reihe von Beschlüssen zu Richtlinien auf den Weg bringen. Zu seinen Entscheidungsfeldern gehören die Einführung neuer Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden, die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Maßnahmen im Bereich Früherkennung von Krankheiten, sowie Empfängnisverhütung und Schwangerschaft und die Bedarfsplanung. Neue Aufgaben sind auf dem Gebiet der medizinischen und stationären Qualitätssicherung, der Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, des Aufbaus eines internen Qualitätsmanagements und der Änderung der Festbetragsgruppen hinzugekommen.

Das vom GemBa neu gegründete fachlich unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen fungiert als eine öffentliche Informationsplattform und wissenschaftliche Bewertungsstelle zu Fragen des Gesundheitswesens. Schwerpunktmäßig folgende Aufgabenbereiche werden vom Institut abgedeckt:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
3. Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
5. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Der GemBa steht mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in Zusammenarbeit, denn er vergibt Aufträge an das Institut und dieses leitet die Auftragsergebnisse in Form von Empfehlungen an den GemBa zurück. Die Empfehlungen soll der GemBa in Bezug auf seinen Aufgabenbereich berücksichtigen. In seiner internen Organisation besteht das Institut aus einem Stiftungsrat sowie einem

fünfköpfigen Vorstand. Beratende Gremien wie ein Kuratorium und ein wissenschaftlicher Beirat unterstützen das Institut in seiner Aufgabenstellung. Aus dem 30 Mitglieder zählenden Kuratorium sollen sich ein Drittel der Benennungen aus den Selbstverwaltungsorganisationen, sonstigen Leistungserbringern und kirchlichen Vertretern zusammensetzen. Insgesamt sechs Mitglieder zählt der wissenschaftliche Beirat, der durch die Vorstandsvorsitzenden gewählt wird. Als ein Meilenstein in der Bewegung zur politischen Selbstbestimmung behinderter und chronisch kranker Menschen kann die Patientenbeteiligung innerhalb des GemBa verstanden werden. Neben den zwei unparteiischen Vorsitzenden und neun gestellten Mitgliedern der Spitzenverbände der Krankenkassen und Leistungserbringer sitzen seit dem 1. Januar an den Entscheidungen mitwirkende Patientenvertreter im GemBa. Die Patientenvertreter beteiligen sich im GemBa auf der Grundlage eines gesetzlich verankerten Mitberatungs- und Antragsstellungsrecht.

Laut Gesetz sind die Patientenvertreter aber nicht dazu berechtigt abzustimmen. Von den Patientenverbänden sind nach namentlicher Benennung und im gemeinsamen Einvernehmen neun Personen in den GemBa zu entsenden. Hierzu befugt sind der Deutsche Behindertenrat (DBR), unter dem sich eine Reihe von Mitgliedsorganisationen wie auch der VdK zusammengeschlossen haben, der Bundesverband der Verbraucherzentralen (VzBV), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAG P). Weitere Organisationen kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf Antrag anerkennen, sofern sie noch kein Mitglied der genannten Patientenverbände darstellen. Gesetzlich geregelt ist, dass mindestens die Hälfte der entsandten Vertreter selbst betroffen sein muss. Einigung ist in der konkreten Benennung durch die zuvor genannten Patientenorganisationen erzielt worden. Demnach benennen die Beraterverbände VzBV, DAG SHG und der BAG P drei und die Betroffenenverbände FORUM, BAGH, Weibernetz e.V., Sozialverband Deutschland und Sozialverband VdK sechs Personen. Alle Mitglieder des GemBa sind ehrenamtlich und für vier Jahre in ihrem Amt tätig.

(Quelle: Sozialverband VdK)

Auch Kinder leiden unter Schlafapnoe

In Abhängigkeit vom Lebensalter leiden bis zu 25% aller Kinder unter schlafbezogenen Störungen. Im ersten Lebensjahr führt der plötzliche Tod im Schlaf (Plötzlicher Säuglingstod sudden infant death, SID) die Todesstatistik vor allen anderen Erkrankungen mit bis zu 40% an. Das Vorkommen schlafbezogener Atmungsstörungen (Schlafapnoe) ist bei Kindern mit einer Vergrößerung der Rachenmandeln im Kleinkind-, Vorschul- und Schulalter besonders hoch. Insomnien (Ein- und Durchschlafstörungen) und andere Schlafstörungen betreffen bis zu zwei Drittel aller Kinder in unterschiedlichsten Entwicklungsstadien. Schlafstörungen durch mangelhafte Schlafhygiene mit nachfolgenden dauerhaften Beeinträchtigungen chronobiologischer Rhythmen spielen bei Jugendlichen eine ernst zu nehmende Rolle. Bei unzureichender Beachtung und fehlender Behandlung solcher Störungen können bereits im Kindesalter Krankheitsbilder mit potenziell lebenslänglicher Auswirkung von kaum überschaubarer Tragweite vorprogrammiert werden. So sind beispielsweise schlafbezogene Regulationsstörungen mit anhaltend negativer Beeinflussung der Schlafarchitektur Ursache von Gedeihstörungen, verzögerter geistiger und feinmotorischer Entwicklung, Herzerkrankungen, Infektanfälligkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Sprachstörungen, Konzentrationsschwäche, kognitiver Leistungsminderung und sozialem Fehlverhalten. Damit gewinnt die Polysomnographie bzw. eine umfassende schlafmedizinische Diagnostik gerade im Kindes- und Jugendalter zunehmend an Bedeutung und sollte im Diagnostikspektrum großer Kliniken nicht fehlen. Die zunehmende Häufigkeit schlafmedizinischer Probleme bei Kindern veranlasste die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Cottbus, die mit 110 Betten größte Kinderklinik des Landes Brandenburg (Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Charité zu Berlin), im Jahr 1994 zur Einrichtung eines Schlaflaborplatzes. Die in benachbarten Räumen der Kinder-Intensivstation untergebrachte Messeinheit, mit der in den ersten beiden Jahren vorwiegend Säuglingsuntersuchungen durchgeführt wurden, konnte bereits nach wenigen Monaten den Anforderungen moderner polysomnographischer Diagnostik nicht mehr gerecht werden. Um die gewachsenen fachlichen, personellen, gerätetechnischen und räumlichen Ansprüche zu erfüllen, wurde 1996 in einer speziell geschaffenen schlafmedizinischen Diagnostikeinheit die Arbeit mit einem 2-Platz-Messsystem aufgenommen. Im gleichen Jahr erhielt das pädiatrische Schlaflabor die offizielle Akkreditierung der

Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. An einem von den beiden Ableiträumen separierten Aufzeichnungsplatz arbeiten inzwischen vier Kinderkrankenschwestern mit speziellem somnologischem Ausbildungsprofil an fünf Tagen bzw. Nächten pro Woche. Geleitet wird das Schlaflabor von einem Facharzt für Kinderheilkunde mit Qualifikationsnachweis Somnologie. Neben verschiedenen Ableitkonfigurationen kompletter polysomnographischer Untersuchungen steht ein Screening-System zur Vorfelddiagnostik zur Verfügung, dessen prästationäre Anwendung bei älteren Kindern zur Reduktion eines First-Night-Effekts beiträgt (also des Phänomens, dass der Schlaf des Kindes sich aufgrund der ungewohnten Umgebung im Schlaflabor verändert, es z.B. schlechter schläft). Jährlich werden bis zu 1000 komplette Polysomnographien durchgeführt, erklärbar durch die Tatsache, dass auch Tagableitungen bei sehr jungen Säuglingen (Kindern bis zum zweiten Lebensmonat) realisierbar sind. Zu beachten ist, dass schlafmedizinische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen nicht allein aus polysomnographischen Untersuchungen besteht. Vielmehr hat sich, ähnlich wie im Erwachsenenbereich, ein Stufenschema bewährt, in dem erst in letzter Instanz die komplette, personell und technisch aufwendige Polysomnographie Anwendung findet. Eine Besonderheit der Somnologie bei Kindern besteht in der großen Bandbreite von Schlafstörungen in verschiedenen Altersgruppen und den daraus resultierenden unterschiedlichen Diagnostik- und Therapieansätzen. So stehen beispielsweise bei unreifebedingten schlafbezogenen Atmungsstörungen Frühgeborener medikamentöse atmungsstimulierende Behandlungskonzepte im Vordergrund, während beim obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS) des Kleinkindes nach Beurteilung durch den HNO-Facharzt eine Tonsillektomie (operative Entfernung der Gaumenmandeln) oder Adeno-Tonsillektomie (Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln) indiziert ist. Während vermeintliche Ein- und Durchschlafstörungen im Säuglingsalter häufig durch mangelhafte Sachkenntnis der Entstehung des Schlafes vonseiten der Eltern erklärt werden können, sind Leistungseinbußen, Verhaltensstörungen u.ä. im Jugendalter nicht selten auf grobe Verletzungen der altersentsprechenden Schlafhygieneregeln zurückzuführen.

Schlafstörungen bei Kindern bedürfen also nicht von vornherein der polysomnographischen Diagnostik, gehören aber in die Hand eines sowohl pädiatrisch als auch somnologisch ausgebildeten Kollegen. Erst nach der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung kann über das weitere diagnostische und das daraus resultierende thera-

peutische Vorgehen entschieden werden. Bei der Diagnostik reicht dabei die Palette von der mehrwöchigen Führung eines Schlaf-Wach-Protokolls über ergänzende Labordiagnostik bis hin zur Einbeziehung beratender Fachkollegen (z.B. Psychologe, HNO-Facharzt, Kardiologie, Neurologe u.a.).

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 3 / 2004)

Die Rolle des Hausarztes in der Schlafmedizin

Für Menschen mit einer unentdeckten Schlafapnoe ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Freilich kommen Patienten selten wegen dieses Problems in die Sprechstunde, vielmehr sind es ganz andere Symptome, die aber auf die Schlafapnoe zurückgehen. Die folgenden Ausführungen stammen von einem Workshop bei der letzten DGSM-Tagung in Cottbus.

Noch in den Neunzigerjahren war ich der Ansicht, dass nur ein Schlafmediziner in der Lage ist, Schlafmedizin richtig zu praktizieren. Doch inzwischen arbeite ich sehr eng mit einem Netzwerk von Hausärzten zusammen und habe meine Meinung grundlegend geändert. Die Mitarbeit des Hausarztes ist dringend notwendig; anders können die Schlaflabore den Ansturm der vielen Patienten mit Schlafstörungen und schlafbezogenen Erkrankungen gar nicht bewältigen.

Daher ist inzwischen ein Teil der Schlafmedizin – nämlich die Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen – in den ambulanten Bereich verlagert worden. Dennoch kommen beispielsweise in Sachsen immer noch ungefähr 7000 Betroffene auf einen Arzt, der ein Schlafapnoe-Screening durchführen kann. Das heißt, wir brauchen ein System, mit dem auch Patienten geholfen werden kann, in deren Nähe sich kein solcher Mediziner befindet. Dies geht nur über ein flächendeckendes Netz von Ärzten, und das sind nun einmal die Hausärzte.

Wie sollte die Betreuung schlafgestörter Patienten in Zukunft aussehen? Wünschenswert wäre meiner Ansicht nach eine interdisziplinäre Kooperation mit dem Hausarzt als einer Art „Lotse“ – und zwar nicht im negativen Sinn als Arzt, der seinen Patienten lediglich an einen Schlafmediziner überweist, sondern im positiven Sinn als Mitbehandler. Und der Hausarzt kann, wenn er sich mit Schlafmedizin beschäftigt und sich auf diesem Gebiet weiterbildet, durchaus eine zentrale Rolle bei der schlafmedizinischen Betreuung seiner Patienten spielen.

Eine wichtige Aufgabe, die der Hausarzt übernehmen könnte, ist die der Information und Prävention – und zwar sowohl bei Schlafstörungen als auch bei schlafbezogenen Erkrankungen.

Es gibt einige standardisierte Verfahren, die dem Hausarzt bei der Beratung seiner Patienten eine Hilfe sein können. Wichtig ist zunächst einmal, dass er seinen Patienten die richtigen Fragen stellt. Klagt ein Patient beispielsweise über Ein- oder Durchschlafstörungen, so sollte der Arzt danach fragen, ob der Schlaf an den zirkadianen Rhythmus des Patienten angepasst ist und ob der Patient eventuell schlafstörende Substanzen (Alkohol, Koffein, Medikamente etc.) einnimmt. Weiterhin können Informationen und Empfehlungen zur Schlafhygiene ein wichtiger erster Schritt zur Verbesserung des Schlafes sein.

Nicht alle Patienten, die an einer Insomnie leiden, müssen gleich im Schlaflabor untersucht werden. Sie gehören – falls schlafhygienische und sonstige Maßnahmen nicht helfen – zunächst einmal in die Behandlung eines Neurologen, Psychiaters oder Psychotherapeuten.

Patienten mit einer Hypersomnie hingegen sollten sofort ins Schlaflabor überwiesen werden, während man Patienten, bei denen der Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung besteht, zunächst einmal einer ambulanten Screening-Untersuchung unterziehen sollte.

Welche Patientengruppen sollten denn nun eigentlich gescreent werden? Wenn ich vor Hausärzten referiere, sage ich ihnen immer: „Gehen Sie in Gedanken einmal Ihr heutiges Patientengut durch. Wie viele Ihrer Patienten haben geschnarcht und waren übergewichtig? Wie viele hatten zusätzlich eine Hypertonie, wie viele litten an einer koronaren Herzerkrankung?“ Als Nächstes stelle ich dann die Frage:

„Und wie viele dieser Patienten haben Sie zum Screening geschickt?“ In der Regel bekomme ich die Antwort: „Keinen.“ Genau diese Patienten sollten aber gescreent werden, nicht die bloßen Schnarcher.

Im Grunde genommen braucht der Hausarzt (und auch der Kardiologe) seinen Patienten nur zwei Fragen zu stellen:

1. Schnarchen Sie?
2. Wurden bei Ihnen schon nächtliche Atemstillstände beobachtet?

Ich konnte zwei Kardiologen davon überzeugen, diese beiden Fragen in ihre Patientenfragebogen zu integrieren, und nach zwei Wochen riefen sie entnervt bei mir an: „Welches Schlaflabor soll denn all die vielen Patienten untersuchen?“

Eine weitere wichtige Rolle könnte der Hausarzt in der CPAP-Therapiekontrolle spielen. Patienten, die auf CPAP oder Bi-PAP eingestellt werden, gehen ja in der Regel anschließend zurück in den ambulanten Bereich und sehen ihren Schlafmediziner dann bis zur ersten Kontrolluntersuchung nicht wieder; aber sie sehen ihren Hausarzt. Und obwohl das Schlaflaborpersonal den Patienten sagt: „Kommen Sie zu uns, wenn Sie Probleme haben“, geht die Hälfte dieser Patienten mit ihren Problemen zum Hausarzt.

Und es gibt durchaus einige Dinge, die der Hausarzt tun kann. Zunächst einmal muss er natürlich die Frage stellen, ob der Patient sein CPAP-Gerät überhaupt benutzt. Auch nach Therapie-Nebenwirkungen sollte er fragen, denn wir wissen: Wenn solche Nebenwirkungen schnell behoben werden, wird der Patient sein Gerät weiterhin benutzen. Geht man dagegen erst nach einem halben Jahr daran, die Nebenwirkungen zu beheben, so ist der Patient bereits demotiviert und bricht möglicherweise die Therapie ab.

Bei welchen Problemen kann der Hausarzt auf einfache Weise Abhilfe schaffen? Bei Trockenheit der oberen Atemwege kann er beispielsweise ein Vitamin-Nasenöl verschreiben oder – wenn das nichts hilft – den Patienten zum HNO-Arzt oder an sein Schlaflabor weiterverweisen, damit ihm gegebenenfalls ein Warmluftbefeuchter verordnet werden kann. Solche und ähnliche einfache CPAP-Beratungen könnten durchaus in der Hausarztpraxis stattfinden. Der Hausarzt kann,

wenn er sich mit diesen Dingen beschäftigt, eine Kompetenz nicht nur in der Diagnostik, sondern auch in der begleitenden Beratung während der CPAP-Therapie entwickeln.

Werden schlafgestörte Patienten künftig besser betreut werden? Ich glaube ja, wenn wir es schaffen, eine enge Kooperation zwischen Hausärzten und Somnologen aufzubauen.

(Quelle: freier atmen, Heft Nr. 1 / 2004)

Fit in die Ferien!

Wussten Sie, dass Müdigkeit am Steuer Unfallursache Nummer 1 ist, vor Alkohol und Drogen? Schläfrigkeit ist vor allem in der Hauptreisezeit im Sommer ein Problem. Hohe Temperaturen verstärken die Müdigkeit. Genau genommen sind wir von der Gefahr durch Schläfrigkeit am Steuer aber das ganze Jahr über umgeben, und dies nicht nur auf weiten Autobahnstrecken, sondern, wie neuere Untersuchungen zeigen, selbst bei kurzen Wegen im Stadtverkehr. Woher kommt diese Müdigkeit? Wie lässt sie sich vermeiden? Was tut man am besten dagegen?

Bernhard und Sylvia H. sind urlaubsreif. Hinter ihnen liegen Wochen voller Stress und Termindruck. Die Kinder bekommen heute Ferien und gleich morgen früh soll es losgehen. Nach Südfrankreich. Aber erst einmal gibt es noch so viel zu tun. Am letzten Tag bei der Arbeit Besprechungen und Terminsachen, die unbedingt noch erledigt werden müssen. Man kommt spät und erschöpft nach Hause. Nun werden die Koffer gepackt, mit den Nachbarn letzte Dinge zur Pflege der Haustiere und Blumen besprochen. Um halb eins fallen Bernhard und Sylvia todmüde ins Bett. Das Auto ist gepackt und der Wecker auf vier Uhr gestellt.

Die Kinder können dann auf der Fahrt weiterschlafen. Aber man möchte unbedingt zeitig am Ferienhaus ankommen und den Staus auf den Autobahnen entgehen, vor denen die Automobil-Club5 gewarnt haben. Nach dreieinhalb Stunden Schlaf begeben sich Sylvia und Bernhard H. auf ihre 1500 km lange Reise. Damit die Kinder zunächst

weilerschlafen, wird erst einmal etliche Stunden ohne Pause gefahren. Ablösen lässt Bernhard H. sich nicht, da er ein schlechter Beifahrer ist.

So oder so ähnlich beginnen viele Urlaubsreisen. In erschöpftem Zustand („urlaubsreif“) und mit nur halb so viel Schlaf wie gewöhnlich fahren Urlauber am ersten Urlaubstag oft ein Vielfaches der Kilometerzahlen, die sie normalerweise zu fahren gewöhnt sind.

Diese Rechnung kann nicht gut aufgehen. Sie geht auch nicht auf. Trotz besserer Witterungsverhältnisse gibt es in den Sommermonaten durch Urlaubsverkehr und Hitze wesentlich mehr Unfälle als in der dunklen, kalten Jahreszeit bei längerer Dunkelheit, Straßenglätte und Schnee. Dahinter stehen solche typischen“Rezepte“ für Urlaubsfahrten wie das unserer Beispielfamilie.

Den Zustand bei einem solchen Start in den Urlaub nennen Wissenschaftler „teilweisen Schlafentzug“. Bernhard H. schlief vor dem Urlaubsstart nur halb so viele Stunden, wie er sonst braucht, um leistungsfähig zu sein. Dies führt zwangsläufig zu Schläfrigkeit und Einschlafgefährdung; das Gehirn möchte den mangelnden Nachtschlaf bei Tag nachholen und macht in Richtung Schlaf „Druck“.

Das Resultat ist im Extremfall Sekundenschlaf; allerdings kommt es lange davor bereits zu verlangsamer Reaktion und Fehlverhalten infolge von gefährlicher Schläfrigkeit. Die Fahrt von Familie H. begann noch dazu in der zweiten Hälfte der Nacht, wo die Einschlafgefahr von Verkehrsteilnehmern und die dadurch bedingte Unfallgefahr am größten ist. Dies zeigen Untersuchungen in verschiedenen europäischen Ländern.

Wenn man einschläft, das merkt man doch!? – mag mancher einwenden. Die Antwort darauf ist bestenfalls „Jein“ und eher ein Nein. Tatsächlich entgeht vielen Fahrern wie auch zum Beispiel Arbeitern während der Nachtschicht völlig, dass sie für Sekunden einschlafen, so genannte Micro-Sleeps haben. Das haben Studien mit EEG-Messungen bei Schichtarbeitern und Untersuchungen mit dem Pupillographischen Schläfrigkeitstest (PST) bei Autofahrern ergeben.

Genau darin liegt die Gefahr: Wir merken also nicht genau, wie müde wir sind und wie groß die Einschlafgefahr ist. Allerdings können wir fast immer sagen, ob wir gerade wach oder müde sind. Deshalb ist es

von großer – unter Umständen lebenswichtiger – Bedeutung, wie wir uns bei aufkommender Müdigkeit bei Autofahrten verhalten.

Alte Tricks wie Fenster öffnen, Radio lauter stellen, Äpfel essen – darauf schwören viele. Diese sind aber gegen Schläfrigkeit nicht wirksam und wiegen uns nur scheinbar in Sicherheit. Machen Sie bei Anzeichen von Müdigkeit so bald wie möglich eine Pause von 10 bis 30 Minuten. Eine solche Pause sollten Sie auf jeden Fall im Abstand von zwei Stunden einplanen. Versuchen Sie in dieser Zeit kurz zu schlafen, dies ist das wirksamste Mittel gegen Schläfrigkeit und für Fitness am Steuer.

Nach britischen Untersuchungen lässt sich die Wirksamkeit der Schlafpause durch Koffein noch verstärken, notfalls auch ersetzen. Dennoch sollten Sie als Autofahrer keinesfalls generell Schlaf durch Kaffeetrinken ersetzen, da Sie die Wachheit sonst durch andere gesundheitliche Probleme erkaufen. Bewegung, etwa in Form gymnastischer Übungen bei der Rast, ist natürlich gesund (beispielsweise für die Beindurchblutung), aber gegen Schläfrigkeit nachgewiesenermaßen unwirksam.

Die menschliche Wachheit beziehungsweise Leistungsfähigkeit ist während der Tagesstunden nicht ständig gleichmäßig hoch. Ein hohes Risiko für Unfälle durch Sekundenschlaf besteht neben der zweiten Nachthälfte in den frühen Nachmittagsstunden, einer Zeit, zu der viele Menschen gern ein Mittagsschläfchen machen, wenn sie die Möglichkeit dazu haben.

Dies ist nicht nur bei älteren Menschen der Fall, sondern auch bei einem beträchtlichen Teil jüngerer Erwachsener. Wenn Ihnen dieses „Nachmittagstief“ vertraut ist, richten Sie sich unbedingt nach Ihrer inneren Uhr und planen Sie beim Autofahren zu dieser Zeit in jedem Fall eine Pause mit Kurzschlaf ein.

Bernhard und Sylvia H. haben einen Tag früher Urlaub genommen. Der Start in den Urlaub nahtlos nach dem Endspurt im Büro letztes Mal war doch nur Stress pur. Sie nehmen sich Zeit zum Packen und für letzte Erledigungen. Am Abend vor dem Start gehen sie zur gewohnten Zeit schlafen. Am nächsten Morgen klingelt der Wecker wie immer, und statt zur Arbeit und Schule startet die Familie gemeinsam

und ausgeruht in den Urlaub. Die lange Strecke zum Ferienzziel wird in 2-Stunden-Etappen aufgeteilt. Dann gibt es längere Pausen, in denen Bernhard beziehungsweise Sylvia kurz schlafen. Die Kinder können sich währenddessen auf dem Raststätten-Spielplatz richtig austoben. Deshalb sind sie während der Fahrt auch ausgeglichener. In der Mittagshitze legt die Familie öfter kürzere Pausen ein.

Immer wenn Bernhard H. merkt, dass er müde wird, überlässt er Sylvia das Steuer und umgekehrt. Die Familie kommt ausgeruht und wohlbehalten am Urlaubsziel an.

Goldene Regeln für Ihre Urlaubsfahrt

- Schlafen Sie vor weiten Fahrten ausreichend lang. Viele schlafen gerade vor dem Start in den „Urlaub“ viel zu kurz.
- Vermeiden Sie Nachtfahrten. Vor allem in den frühen Morgenstunden ereignen sich Unfälle durch Einschlafen, da Menschen um diese Zeit am wenigsten konzentrationsfähig sind.
- Machen Sie mindestens alle 2 Stunden eine Pause von mindestens 10 Minuten.
- Legen Sie Fahrerwechsel ein, wenn dies möglich ist.
- Achten Sie auf erste Anzeichen von Müdigkeit (Gähnen, „müde“ Augen, Bewegungsdrang).
- Unterschätzen Sie solche ersten Anzeichen von Müdigkeit nicht und legen Sie so bald wie möglich eine Pause ein!
- Das beste Mittel gegen Schläfrigkeit ist Kurzschlaf (10-20 Minuten). Lassen Sie sich wecken (Partner, Handy) und trinken Sie eventuell Kaffee.
- Koffein ist ein wirksames Gegenmittel gegen Müdigkeit, der Konsum sollte aber aus gesundheitlichen Gründen nicht übertrieben werden.
- Wenn Sie oft unter Müdigkeit leiden, obwohl Sie ausreichend schlafen, sollten Sie sich von einem Schlafmediziner untersuchen und beraten lassen.

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 3 / 2004)

Forderungskatalog des Hilfsmittelausschusses des VdK-Fachverbands Schlafapnoe

Der vom Hilfsmittelausschuss überarbeitete Forderungskatalog richtet sich in erster Linie an die Hersteller von CPAP-Geräten. Die Standardisierung für alle Geräte mithilfe einer vom Hilfsmittelausschuss produzierten Software soll der tendenziell steigenden Ausfallquote von neuen CPAP-Geräten entgegenarbeiten. Dazu hat der Hilfsmittelausschuss konkrete Qualitätskriterien für die CPAP-Geräte, Atemluftanfeuchter und Atemmasken erstellt. Teilerfolge wurden dahingehend erzielt, dass einige Hersteller bereits einzelne Elemente aus dem Hilfsmittelkatalog umgesetzt haben.

Anforderungen an moderne, zeitgemäße, betriebssichere und weitestgehend wartungsfreie CPAP-Geräte und Atemluftanfeuchter:

Grundsätzliche Anforderungen:

A: CPAP-Geräte:

- A1. Das CPAP-Gerät muss nach DIN EN ISO 17510-1 ausgeführt sein.
- A2. Das Betriebsgeräusch darf höchstens 25 dB (A) betragen.
- A3. Bei der Prüfung der Druckkonstanz und Druckregelgeschwindigkeit nach DIN EN ISO 17510-1 Abs. 56.103 darf der Druck maximal um $\pm 0,3$ mbar abweichen.
- A4. An jedes CPAP-Gerät muss sich nachträglich ein beheizbarer Atemluftanfeuchter durch wenige Handgriffe und ohne außenliegende Schläuche anbauen lassen. Er muss mit dem Gerät eine Einheit bilden. Der Atemluftanfeuchter darf den Therapie- druck und dessen Regelung durch das CPAP-Gerät, speziell die Druckkonstanz und Druckregelgeschwindigkeit nicht negativ beeinflussen. Eine erneute Therapiedruckeinstellung im Schlaf- labor darf durch den Befeuchteranbau nicht erforderlich sein. (Screeningnacht)
- A5. Jedes CPAP-Gerät muss mit wenig Aufwand in ein Bilevelgerät umrüstbar sein.

- A6. Für den Atemluftfilter ist eine Filterkammer vorzusehen, die es auch ungeschickten sowie alten und behinderten Patienten ermöglicht, die Filter fehlerfrei einzusetzen.

Es ist ein Grob- und ein Feinstaubfilter vorzusehen. Der Feinstaubfilter muss alle Partikel $= 0,3 \mu\text{m}$ zurückhalten. Für Allergiker müssen entsprechend der Allergene feinere Filter lieferbar sein. Am Gerät muss angezeigt werden, wann ein Filterwechsel nötig ist. Die voraussichtlichen Zeitintervalle, in denen Filterwechsel bei normalen Betriebsbedingungen anfallen, sind in der Bedienungsanleitung anzugeben

- A7. Der Leitungskanal für die Atemluft innerhalb des CPAP-Gerätes muss streng getrennt vom Belüftungssystem der elektronischen Schaltkreise und der Netzversorgung geführt werden. Der Raum, in dem sich die elektronische Schaltung und das Netzteil befinden, ist absolut dicht gegen den Leitungskanal für die Atemluft auszuführen. Wenn durch die Gerätebauform eine Zwangskühlung der Elektronik erforderlich ist, darf die Kühlluft nicht dem Atemluftkanal entnommen werden. Die Kabelverbindungen zur Turbine müssen 100% luftdicht sein.

Prüfung: Die Filterkammer wird luftdicht verschlossen. Am Anschluss für den Atemschlauch wird mittels einer Pumpe über ein Ventil ein Druck von 50 mbar angelegt. Nach dem Schließen des Ventils darf der Druck innerhalb 5 Minuten um maximal 5 mbar abfallen.

- A8. Die Turbine ist mit einem Temperaturbegrenzer auszustatten, der die Turbine im Fehlerfall unmittelbar hauptstromseitig abschaltet. Der Abschaltpunkt ist so zu wählen, dass keinerlei Gase oder Stäube aus der Motorwicklung oder sonstigen Lacken bzw. Kunststoffen an die Atemluft des Patienten abgegeben werden können. Der Patient ist durch einen Signalton zu wecken und auf die Gefahr aufmerksam zu machen. Der Fehler muss namentlich oder über Fehlernummer angezeigt und in einem Fehlerspeicher hinterlegt werden. Der Patient muss sich mindestens in der Bedienungsanleitung informieren können, welcher Fehler vorliegt und was er tun muss. Dass ein bürsenloser Motor Verwendung findet, ist Voraussetzung.

- A9. Die Regelung des eingestellten Therapiedrucks ist über einen 2 Sensor zu überwachen. Im Fall einer Abweichung $> \pm 0,3$ mbar muss der Patient gewarnt und informiert werden, wie er handeln muss.
- A10. Die zyklische Programmabarbeitung der Mikrokontrollersteuerung für die Druckregelung und die Motorsteuerung ist mittels einer Watchdogschaltung zu überwachen. Im Fehlerfall muss die gesamte Steuerung einschließlich Turbine hauptstromseitig abgeschaltet werden. Der Patient ist zu wecken und über ein optisches Signal zu informieren. Bevor die Watchdogeinrichtung abschaltet, sollte auf eine Redundanzschleife umgeschaltet werden. Dieser Vorgang, ob erfolgreich oder nicht, ist in einem Fehleraufzeichnungsspeicher zu hinterlegen.
- A11. Mindestens der Druckverlauf der letzten 30 Nächte (Schlafperioden) ist im CPAP-Gerät zu speichern. Der Patient soll, wenn er Probleme mit seiner Therapie bzw. seinem CPAP-Gerät hat, mit seinem CPAP-Gerät sein Schlaflabor aufsuchen können. Dieses muss in der Lage sein, aufgrund der im Gerät aufgezeichneten Daten seinen Schlafverlauf zu begutachten.
- A12. Die Stromversorgung des CPAP-Gerätes ist so auszulegen, dass es in allen gängigen Reiseländern ohne besondere Voreinstellungen oder Sicherungswchsel betrieben werden kann. Ein direkter Anschluss für 12V ist vorzusehen. Das CPAP-Gerät muss einschließlich Atemluftanfeuchter mit 12V Gleichspannung zu betreiben sein. Wenn das Netzteil für die Niederspannung (110–220V) defekt ist, muss das Gerät + Atemluftanfeuchter noch mit Kleinspannung 12V weiterzubetreiben sein. Der Hersteller hat in der Bedienungsanleitung Angaben über die größtmögliche Restwelligkeit, die Toleranz der Kleinspannung 12V und über die benötigte Nennleistung zu machen.
- A13. Ist eine Einschlaframpe (der Druck wird in Zeitabschnitten bis zum vollen Therapiedruck erhöht) eingestellt, muss durch eine Einrichtung am CPAP-Gerät gewährleistet sein, dass vorher eine Maskendichtheitsprüfung mit dem vollen Therapiedruck durchgeführt wurde.

- A14. Sind Maskenlecks während der Nacht aufgetreten, müssen diese angezeigt und in einem Fehlerspeicher hinterlegt werden. Der Druckverlauf ist zwecks Leckageerkennung, auch dann wenn der Mund geöffnet wird, auszuwerten. Mindestens muss eine Leckage dann signalisiert und hinterlegt werden, wenn das CPAP-Gerät bei voller Turbinenleistung den eingestellten Soll-druck nicht mehr erreichen kann.
- A15. Parallel zu den Aufzeichnungen über die Compliance des Patienten ist ein Fehleraufzeichnungssystem zu installieren. In diesem müssen alle durch das Überwachungssystem veranlassten Betriebsunterbrechungen, Warnungen und alle Abweichungen von vorgegebenen Solldaten mit Zeit und Datum hinterlegt werden. Daten die mindestens abgespeichert werden müssen: Überschreitung der eingestellten Druckdifferenzen zwischen den 2 Drucksensoren (Abs.A9), Zeiten, in denen der Therapie-druck die Toleranzgrenzen über- oder unterschreitet mit Angabe der Uhrzeit und den absoluten Abweichungen nach oben bzw. nach unten, Anzahl der Maskenlecks und wann (Abs.A14), Fehler und Differenzen in der Stromversorgung des CPAP-Gerätes, Netzspannungsabweichungen, die außerhalb der Angaben in den technischen Daten des CPAP-Gerätes liegen. Unterbrechungen im Versorgungsnetz, Betriebsstörungen am CPAP-Gerät (Abs. A8, A10) sowie dem Atemluftanfeuchter. Fehlerhafte Atemschlauchanschlüsse und fehlerhafte Druckschlauchanschlüsse bzw. Störungen durch Wassertropfen im Druckschlauch müssen analysiert, angezeigt und abgespeichert werden.

Aus dem Fehlerspeicher und der Aufzeichnung über die Compliance müssen mindestens die Werte der letzten 12 Monate abrufbar sein.

Diese Daten müssen dem Arzt im Schlaflabor, dem Facharzt sowie auch dem Wartungstechniker zur Verfügung gestellt werden können. Die beiden Speicher müssen auch auslesbar sein, wenn der Mikrokontroller der Hauptsteuerung nicht mehr arbeitet.

B: Atemluftanfeuchter:

- B1. Den Atemluftanfeuchter müssen auch ungeschickte sowie alte und behinderte Patienten und das Pflegepersonal problemlos demontieren, reinigen und wieder funktionsfähig zusammensetzen können.

Die Einzelteile des Atemluftanfeuchters müssen unzerbrechlich sein.

- B2. Der Atemluftanfeuchter muss in seiner Leistung so ausgelegt sein, dass er bei einer Raumtemperatur von 30 °C und aus Therapiedrücken >10 hPa resultierenden Luftdurchsätzen eine relative Atemluftanfeuchtung von > 95 % bewirken kann.

Die Heizleistung des Atemluftanfeuchters muss so bemessen sein, dass dieser in 6 Stunden mindestens 250 ml Wasser verdampfen kann. Abgekochtes Leitungswasser muss genügen.

- B3. Der Befeuchter muss so gestaltet sein, dass die größtmögliche Wasserfüllung bei Entleerung der Wasserkammer infolge einer defekten Dichtung oder ungeschickter Handhabung nicht in das CPAP-Gerät eindringen kann.

- B4. Alle im Umkreis von 200 mm am Luftbefeuchter und am damit verbundenen CPAP-Gerät angeordneten Bedienungs- und Anzeigeelemente müssen, wenn diese in einem Winkel = 45° angebracht sind, mindestens der Schutzart IP 54 (spritzwassergeschützt), bei flacherer Anordnung der Schutzart IP 65 (strahlwassergeschützt) entsprechen.

Alle elektrischen Steckverbindungen, die sich in diesem Bereich befinden, müssen in Schutzart IP 67 (eintauchgeschützt) ausgeführt sein.

- B5. Die Stromversorgung und die Regelung des Atemluftanfeuchters muss über das CPAP-Gerät erfolgen.

Ist die Verwendung von Fremdgeräten vorgesehen, muss die maximal anschließbare Leistung vorgegeben sein.

C: Auslieferprotokoll:

- C1. Mit jedem neuen CPAP-Gerät ist ein Protokoll der Endprüfung im Herstellerwerk auszuliefern mit folgenden Daten:
- C2. Fertigungsnummer und Identifikationsnummer des Gerätes (muss mit dem Typenschild übereinstimmen).
- C3. Herstellungsdatum des Gerätes (muss mit dem Typenschild übereinstimmen).
- C4. Ausgabestand der installierten Software. (Betriebs- u. Setup-Software).
- C5. Typenbezeichnung, Fertigungsdatum und Fertigungsnummer der eingebauten Turbine.
- C6. Typenbezeichnung, Fertigungsdatum und Fertigungsnummer der eingebauten Elektronikplatinen, getrennt nach Funktion im Gerät.
- C7. Typenbezeichnung, Fertigungsdatum und Fertigungsnummer des eingebauten Netzteils.
- C8. Gemessene Therapiedruckwerte nach DIN EN ISO 17510-1 Absatz 56.103 über mindestens 2 Stunden als Diagramm.
- C9. Werte der Dichtheitsprüfung des Atemluftkanals innerhalb des CPAP-Gerätes.
- C10. Vorgesehene Gerätewartungen, die der Patient durchzuführen hat.
- C11. Vorgesehene Wartungsintervalle für den Kundendienst.
- C12. Komplette Wartungspläne für das jeweilige Wartungsintervall mit allen Arbeiten, die durchgeführt werden müssen, und allen Teilen, die auszuwechseln sind.
- C13. Zeitaufwand für die einzelnen Wartungspläne.
- C14. In den Begleitpapieren sind Angaben in Betriebsstunden darüber zu machen, wie lange die eingebaute Turbine, samt der zugehörigen Leistungselektronik, sicher und störungsfrei betrieben werden kann.

- C15. Es ist ein Blockschaltbild beizulegen, aus dem die Funktion und das Zusammenwirken der einzelnen Gerätekomponenten ersichtlich sind.
 - C16. Der logische Ablauf ist durch Sinnbilder nach DIN 66001 darzustellen (alternativ als Nassi-Shneiderman-Diagramm (DIN 66261))
 - C17. Nach jeder Reparatur und nach jeder Wartung, die über einen bloßen Filterwechsel hinausgeht, ist ein Probelauf nach DIN EN ISO 17510-1 Absatz 56.103 über 2 Stunden durchzuführen und das Diagramm dem Gerät beizulegen.
 - C18. Das Ergebnis der gesamten Prüfung sowie ein Bericht mit einer Auflistung aller durchgeführten Arbeiten sind, mit Datum und Unterschrift des Ausführenden versehen, dem Gerät beizufügen.
- D: Alle CPAP-Geräte, insbesondere die mit angebautem Atemluftanfeuchter, müssen über ein ansprechendes äußeres Erscheinungsbild verfügen. Das Gerät muss mit schwingungsdämpfenden Gerätefüßen ausgerüstet sein, welche die Möbelerflächen nicht beschädigen können. Der Patient muss Vertrauen zu seinem ständigen Begleiter CPAP-Gerät gewinnen können. Er darf nicht durch komplizierte und für ihn als Laien unbegreifbare oder schlecht nachvollziehbare Handhabungen, die er durchführen muss, irritiert werden. Alle Tätigkeiten, die jeden Abend und Morgen auszuführen sind, müssen überschaubar und einfach sein. Der müde Patient, der endlich schlafen möchte, darf nicht noch vorher komplizierte Montagetätigkeiten ausführen und noch dazu auf vorgeschriebene Einschalttriale achten müssen.

E: Begründungen und Argumente zu einzelnen Abschnitten:

Zu A4:

Sehr viele Patienten benötigen entweder unmittelbar nach Therapiebeginn oder auch im späteren Verlauf einen Atemluftanfeuchter. Wird dann ein separates Gerät verordnet, weil kein Anbau möglich ist, hat der Patient eine zusätzliche, nicht fest eingebaute und deswegen un-

sicher stehende Ausrüstung neben seinem Bett, die er jeden Abend und jeden Morgen bedienen muss.

Die Compliance leidet darunter und sinkt. Jede noch so kleine Reise kommt einem Umzug gleich. Außerdem kostet ein anbaubarer Atemluftanfeuchter nur einen Bruchteil eines separaten Gerätes.

Zu A6:

Bei hoher Filterleistung entfällt die Staubablagerung in den Luftkanälen und auf den Turbinenschaufeln.

Diese müssen nicht gereinigt werden und sind wartungsfrei. Auch entfällt die Gefahr einer Staubentzündung oder gar einer Staubexplosion im Fehlerfall an der Turbine.

Zu A8 bis A10:

Infolge dieser und zuvor verlangter Ausstattungsmaßnahmen ist das CPAP-Gerät praktisch wartungsfrei. Wartungskosten fallen kaum mehr an.

Zu A10:

Erläuterung für den unbedarften Leser: Sie kennen sicherlich den Begriff: „Der Computer ist abgestürzt“. So etwas kann auch in der CPAP-Gerätesteuerung vorkommen. Eine Watchdogschaltung überwacht dies. Mit einer so genannten Redundanzschleife soll ein Notprogramm aufgerufen werden, das alle notwendigen Steuerungs- und Regulierungsaufgaben übernimmt. Ist das nicht möglich, wird abgeschaltet.

Zu A12:

Wiederholt haben uns Patienten, u. a. Schiffsreisende, in den Selbsthilfegruppen berichtet, dass die Stromversorgung für ihr CPAP-Gerät mancherorts nicht funktionierte und sie sich mit dem Kleinspannungsanschluss weiterhelfen mussten. Z.B. konnten bei Schiffsreisen die Bordelektriker den Betroffenen 12V Stromversorgungen zur Verfügung stellen.

Zu A13:

Laufend kommen Patienten zum Gruppenabend und klagen über rote und entzündete Augen oder ähnliche Probleme. Bei der Analyse stellt

sich regelmäßig heraus, dass diese Patienten die Einschlaframpe an Ihrem Gerät auf 30 Minuten und mehr eingestellt haben, aber keine Prüfung auf Dichtigkeit vorgenommen hatten, nachdem die Maske angelegt wurde. Als der volle Therapiedruck erreicht war, waren sie längst eingeschlafen. Die Maske war undicht und die Luft blies in die Augen. Daher kamen ihre Probleme. Meistens wurden noch Augenärzte und Allergologen konsultiert, die, weil sie die Ursache nicht kannten, nicht weiterhelfen konnten. Krankenschreibungen waren nicht selten die Folge.

Zu Block C:

Infolge dieser Forderungen muss der Hersteller durch die bei jedem neuen Gerät verlangten Auslieferungspapiere bestätigen, dass das Gerät gemäß den Anforderungen zur Hilfsmittelnummer-Vergabe gefertigt wurde. Bei Gerätewartungen soll dokumentiert werden, was gemacht wurde, ob das Gerät wieder vollkommen gebrauchstüchtig ist und ob das verlangte Entgelt gerechtfertigt ist.

Die Krankenkassen sollen abschätzen können, welches Gerät insgesamt über die kalkulierte Verwendungsdauer das preisgünstigere ist.

Der Wartungsdienst soll, ohne das Gerät öffnen zu müssen, wissen, welche Teile eingebaut sind. Ein mit der Materie CPAP-Therapie nicht 100% vertrauter Techniker soll aufgrund des Blockschaltbildes und des Ablaufdiagramms erkennen können, welche Geräteart er vor sich hat und wie diese funktioniert.

Zwecks Kostensenkung sollte in Zukunft die Fernabfrage aller Daten (A8–A15) möglich sein, um eine Ferndiagnose (Patient und CPAP-Gerät) und Fernkorrektur am CPAP-Gerät zu ermöglichen. Bedingung ist ein für alle Hersteller gleiches System oder die kostenlose Überlassung der jeweils notwendigen Software.

Jeder zugelassene Kundendienst muss jedes Gerätefabrikat warten können.

Jeder zugelassene Hilfsmittellieferant muss in der Lage sein, alles Zubehör von sämtlichen Fabrikaten liefern zu können.

Forderungskatalog für Atemmasken

I. Allgemeine Produkthanforderungen:

- 1.1 Die Maske soll in mindestens 3 Größen verfügbar sein.
- 1.2 Ausführungen für Sonderfälle müssen möglich sein.
- 1.3 Die Zuführungsrichtung des Schlauchs muss vom Patienten frei wählbar sein.
- 1.4 Die Bewegungsfreiheit des Patienten darf während des Schlafs nicht eingeschränkt werden.
- 1.5 Es darf keine bestimmte Schlafposition vorgeschrieben werden.
- 1.6 Es dürfen keine Schlafunterbrechungen durch Bewegungen, Geräusche oder Leckagen ausgelöst werden. Druckstellen auf der Haut müssen ausgeschlossen werden.
- 1.7 Die Maske muss innerhalb des vom Hersteller festgelegten Arbeitsdrucks bei minimaler Gurtspannung (Zugdehnung), die zu definieren ist, absolut dicht sein.
- 1.8 Die Stirnstütze darf nicht als Hilfskonstruktion gegen seitliches Verschieben dienen.
- 1.9 Die Maske muss leicht zu reinigen, zu demontieren und sicher zu montieren sein. Die Zerlegbarkeit darf nicht zu Lasten der Trageeigenschaften, der Funktionssicherheit und der idealen Dichtlippenausführung, die eine bestmögliche Compliance garantiert, gehen.

Der Schlauchanschluss:

- 2.1 muss nach DIN / EN 17510-2 ausgeführt werden;
- 2.2 muss, sofern dies mit der Maskenkonstruktion vereinbar ist, eine Drehvorrichtung besitzen, die horizontal um 360° drehbar und vertikal um 45–60° vom Gesicht weg bewegbar sein muss. Bei einigen Maskentypen, wie beispielsweise Olivenmasken, ist dies nicht notwendig. Der Schlauch muss jedoch so anzubringen sein, dass Drehspannung nicht entstehen kann.

- 2.3 Hinter der in DIN/EN 17510-2 festgelegten Patientenanschlussöffnung darf der Schlauchdurchmesser nicht reduziert werden.

3. Die Maske:

- 3.1 Der Maskenkörper muss so klein wie möglich sein, damit Totraum vermieden und die Ausatemluft möglichst vollkommen abgeführt wird.
- 3.2 Das Maskenkissen darf nicht in die Haut einschneiden und muss aus entsprechend weichem Material bestehen. Es muss hautverträglich und nicht hautreizend sein und darf keine Allergien auslösen. Der Druck auf Nasenrücken und Oberkiefer ist so gering als möglich zu halten.

4. Die Stirnstütze:

- 4.1 muss ein locker anliegender Abstandshalter sein und darf nicht evtl. fehlende Flexibilität des Maskenkissens ersetzen.
- 4.2 muss aus hautverträglichem und allergiemeidendem Material sein;
- 4.3 muss größtmäßig dem individuellen Gesichtsprofil angepasst werden können;
- 4.4 Das Stirnband darf nur als flexible Fixierung dienen.

5. Das Ausatemsystem:

- 5.1 muss so gestaltet sein, dass es bei jeder möglichen Schlafposition mit der im Raum erzeugten Sekundärluftbewegung nicht den Patienten oder dessen Bettnachbarn/in stört.
- 5.2 muss so beschaffen sein, dass nach Füllung der Maske mit H_2O und anschließender Wiederentleerung der Luftdurchsatz der der Maske/dem Ventil beiliegenden Druck-/Volumen-Kurve gewährleistet ist;
- 5.3 muss auch bei ungewollter teilweiser Abdeckung des Luftabfuhrspaltes die Einhaltung der vorgegebenen Druck-/Volumen-Kurve sicherstellen;

5.4 darf keine Geräusentwicklung über 20 dB zulassen, deren Messung nach DIN / EN 17510-2 zu erfolgen hat und in der Gebrauchsanleitung anzugeben ist.

6. Die Maskenhaltebänder:

6.1 dürfen, soweit sie nur mit der Haut in Berührung kommen, nur Teile enthalten, die aus atmungsfähigem, schweißabführendem Material (wie bei Sportkleidung) bestehen;

6.2 dürfen nur aus farbbeständigen Materialien gefertigt sein;

6.3 müssen leicht und sicher zu bedienende Verschlusselemente haben;

6.4 dürfen die ausreichende Abführung der Kopfwärme nicht behindern.

(Quelle: Hilfsmittelausschuss VdK Fachverband Schlafapnoe/ Mai, September. 2004

Seminar zur Förderung des gesunden Schlafs

Ungefähr 10% der Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen Ein- und Durchschlafstörungen. Jeder dritte Hausarztbesuch steht im Zusammenhang mit Schlafstörungen. Schlafstörungen bergen ein erhöhtes Unfallrisiko, führen zu vermehrten Krankheitstagen, Kuraufenthalten und Arztbesuchen. Schlafmittel zur Behandlung von Schlafstörungen sollten aufgrund des hohen Abhängigkeitspotentials nicht länger als vier Wochen, in Ausnahmefällen nicht länger als zwei Monate eingenommen werden. Trotzdem gehen Schätzungen von 800.000 bis 1.600.000 schlafmittelabhängigen Patienten in Deutschland aus.

Das interdisziplinäre Schlafzentrum des Pfalzkrankenhauses hat ein neues Behandlungskonzept für Ein- und Durchschlafstörungen entwickelt. Das Konzept des Seminars beruht auf jahrelangen Erfahrungen mit Patientengruppen, ist nach aktuellen wissenschaftlichen Gesichtspunkten entwickelt und seine hohe Erfolgsrate ist wissenschaftlich evaluiert. Von herausragender Bedeutung ist die Tatsache, dass das

erfolgreiche Behandlungsprogramm nicht auf der Anwendung von Schlafmitteln, sondern auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen beruht und von jedermann leicht erlernbar ist. Das Seminar wird von klinisch und wissenschaftlich tätigen Schlafexperten durchgeführt.

Im Rahmen des dreitägigen Seminars werden ausführliche Informationen in Form von Vorträgen, Diskussionen und Übungen zu schlafförderlichen und schlafstörenden Verhaltensweisen vermittelt. Für jeden einzelnen Teilnehmer werden Maßnahmen aufgezeigt, seinen eigenen Schlaf zu verbessern. Nicht selten können Schlafmittel reduziert oder abgesetzt werden. Ziel ist ein medikamentenfreier, erholsamer Nachtschlaf und Wohlbefinden am Tage. Am Ende der Veranstaltung besteht die Möglichkeit zur Einzelberatung.

Im Einzelnen halten Schlafexperten Vorträge zu gesundem Schlafverhalten, stellen die häufigsten Schlafstörungen und ihre medizinischen Ursachen vor und klären über die Wirkungsweisen und Risiken von Schlafmitteln auf.

Auf häufig gestellte Fragen werden wissenschaftlich fundierte Antworten gegeben:

Wie viel Schlaf benötigt der Mensch?

Führt Schlaflosigkeit zu ernsthaften Erkrankungen?

Wie lange darf man Schlafmittel einnehmen?

Gibt es Alternativen zu Schlafmitteln?

Wie gelingt es mir Schlafmittel abzusetzen und trotzdem gut zu schlafen?

Wie kann ich trotz nCPAP-Gerät nachts wieder gut ein- und durchschlafen?

Was mache ich bei Platzangst unter nCPAP-Therapie?

Welche Krankheiten verbergen sich hinter Schlafstörungen?

Welche medizinischen Hilfen gibt es bei Schlafstörungen?

Muss ich zur Behandlung meiner Schlafprobleme ins Schlaflabor?

Verhaltensweisen und Einstellungen, welche den Schlaf fördern, und diejenigen, welche den Schlaf stören, werden dargestellt und mit den Teilnehmern ausführlich diskutiert.

Das Einüben spezieller Vorgehensweisen zur erfolgreichen Verbesserung der Einschlaffähigkeit stellt einen weiteren Schwerpunkt des Präventionsseminars dar. Dabei werden nicht nur spezielle Entspannungs- und Abschalttechniken vermittelt, vielmehr werden auch allgemeine Maßnahmen zur Reduktion von schlafstörendem Stress und negativer Anspannung den Teilnehmern vermittelt.

Für betroffene Patienten, welche neben einer Schlafapnoe auch an einer Ein- und Durchschlafstörung leiden, mit ihrem Therapiegerät nicht gut zurechtkommen oder Maskenprobleme haben, stehen besondere Programmpunkte und Übungen zur Verbesserung der Beschwerden und der Verträglichkeit der Beatmungstherapie zur Verfügung.

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. H.-G. Weeß, Leiter des Interdisziplinären Schlafzentrums des Pfalzkrankenhauses, gerne zur Verfügung:
(Tel.: 06349/900-2119, E-Mail: hans-guenter.weess@pfalzkrankenhaus.de)

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 2 / 2004)

Integrierte Versorgung für Schlafapnoe-Patienten in Baden-Württemberg

Der Berufsverband der Pneumologen Baden-Württembergs unter deren I. Vorsitzenden Dr. med. Martin Kunze hat zusammen mit der Klinik Schillerhöhe und einigen weiteren Pneumologen im Frühjahr dieses Jahres im Rahmen der integrierten Versorgung ein Modell für die Behandlung von Schlafapnoe-Patienten erarbeitet. Im Folgenden dokumentieren wir ein Interview, das das schlafmagazin mit der Leiterin des Schlaflabors der Klinik Schillerhöhe, Dipl. Psych. Sabine Eller, führte.

Seit diesem Jahr wird von den gesetzlichen Krankenkassen 1% des jährlichen Budgets entnommen für neue, so genannte „integrierte“ Versorgungsmodelle: Niedergelassene Ärzte und Kliniken können wirtschaftliche Kooperationen entwickeln, die ihnen selbst zu Son-

dereinnahmen, aber vor allem den Patienten zu einer nahtloseren, dichteren und konsequenten Therapiebegleitung verhelfen sollen.

Voraussetzung für die Aufnahme in das Programm ist, dass sich der Patient bewusst für die Behandlung bei seinem Arzt und der mit ihm kooperierenden Klinik einschreibt. In dem Projekt „Schlafapnoe“ wird der Patient nach genau definierten und umfangreicheren Voruntersuchungen dann möglichst zügig in das assoziierte Schlaflabor aufgenommen. Dort erwartet ihn neben der Therapieeinleitung eine definierte Begleitung mit auf das Krankheitsbild zugeschnittenen Maßnahmen: ein erweitertes Angebot, bei auftauchenden Problemen unbürokratisch das Atemzentrum der Klinik aufsuchen zu können, bei Wunsch Erfahrungsaustausch, helfende Gespräche, auch mit dem Ehepartner. Nach ungefähr vier Monaten soll der Patient bei stärkerem Übergewicht an einer Ernährungsberatung teilnehmen. Außerdem findet nach vier Monaten eine ambulante Kontrolluntersuchung statt (Compliance, Frage nach Geräte- oder Maskenproblemen).

Nach zwölf Monaten beschließt eine nochmalige Erfolgskontrolle mit Feststellung der Nutzungsdauer und eine Schlafapnoe-Untersuchung beim Facharzt das Modellprogramm.

Die Ärzte sind verpflichtet, nach 6, 12 und 18 Monaten in einer gemeinsamen Konferenz ihre Erfahrungen auszutauschen. Zusätzlich erfolgt einmal im Jahr eine ärztliche Fortbildung. Dieses Modell wird der Ärzteschaft vorgestellt und dann mit den Kostenträgern verhandelt. Wir hoffen, dass das Programm den Patienten baldmöglichst zunächst im Raum Stuttgart angeboten wird.

Wie schätzen Sie die bisherigen Bemühungen um eine integrierte Versorgung im Bereich der Schlafapnoe ein?

Es war ein sehr interessanter und für alle Beteiligten spannender Vorgang, dieses Modell der integrierten Versorgung gemeinsam zu erarbeiten. Wichtig war dabei, dass jede Seite ihre Standpunkte erörtert hat. Gerade dadurch konnte man die Schwerpunkte der niedergelassenen Ärzte und die Aufgabe der Klinik herausarbeiten. Herausgestellt hat sich bei unseren Gesprächen, dass sowohl niedergelassene Fachärzte als auch Kliniken am Rande ihres zeitlichen und kräftemäßigen Limits arbeiten und dass die integrierte Versorgung auf keinen Fall noch mehr an Arbeit bringen darf. Die integrierte Versorgung verbessert eine vorhandene Schnittstelle insofern, als der Patient mit seinem Krankheitsbild deutlicher in den Mittelpunkt rückt; sie geht

aber mit einem erheblichen Aufwand für Datenaufbereitung, Dokumentation und die Weiterleitung an die assoziierten Partner einher, und ich glaube fast, dass dieser massive Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten auch zum Problem werden könnte. Wir müssen uns fragen: Wird die finanzielle Honorierung so viel besser, dass sich dieser Aufwand lohnt; oder ist nicht die jetzige Qualität, die an unserem Schlaflabor in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und in Verbindung mit unserem Atemzentrum und den Handelspartnern der CPAP-Geräte erreicht worden ist, schon so gut, sodass dieses Maß sich nicht unbedingt noch steigern lässt?

Worin liegt der Unterschied zwischen dem, was ohnehin schon praktiziert wurde, und dem neuen Modell?

Wir möchten erreichen, dass der Patient noch mehr das Gefühl bekommt, dass seine individuelle Problematik ganz gezielt angegangen wird. Der Patient könnte unter dem neuen Modell vielleicht noch etwas mehr den Eindruck vermittelt bekommen, dass er schnell und kompetent geführt wird. Einweisender Arzt und behandelndes Labor bilden eine definierte Einheit. Vor allem der Zeitfaktor sollte sich verändern: Ähnlich wie bei Belegbetten hätte jeder Arzt ein verlässliches Bettenkontingent pro Zeiteinheit. Durch Direktübergabe von vorermittelten Daten glaubt man, Doppeluntersuchungen einsparen zu können. Ob das Einrichten noch weiterer Messplätze durch die finanziellen Ressourcen, die dieses Modell bietet, überhaupt aufgefangen wird, ist allerdings nicht klar.

Sind die Krankenkassen auch an der Diskussion um dieses Modell beteiligt?

Diese Diskussion ist bundesweit ganz aktuell, also kann man von einem Interesse aller Beteiligten ausgehen. Allerdings ist es trotz vielfacher Bemühungen nach über 12-18 Monaten intensiven Nachdenkens, dieses Modell in die Praxis umzusetzen, bis jetzt noch nirgends in der Bundesrepublik zu einem konkreten Vertragsabschluss gekommen. Deshalb denke ich, dass unsere Überlegungen an der Klinik Schillerhöhe durchaus repräsentativ für viele andere sind, d.h. die Beteiligten setzen sich zusammen, erarbeiten Modelle und erkennen die Schwierigkeiten, die diese Verträge mit sich bringen. Es besteht allerdings die Befürchtung, dass durch eine massive weitere Zunahme an Arbeit und zusätzlichem Verwaltungsaufwand für die beteiligten Partner der Rahmen des Machbaren gesprengt würde.

Das vorliegende Modell wurde auch mit dem Medi-Verbund diskutiert?

Die niedergelassenen Ärzte, die sich an der integrierten Versorgung beteiligen, würden plötzlich bindende Vertragspartner einer Klinik, d.h. diese Mitarbeit ist zwar grundsätzlich freiwillig, kann aber nicht jederzeit wieder beendet werden. Für einen bestimmten Zeitraum, der mit der Kasse erarbeitet wird (1, 2 oder 5 Jahre), werden Gelder vereinbart und Patientenzahlen bestimmt. Auch der Patient schreibt sich ein und wählt damit seine Therapieorte. In ein solches Programm muss die Ärzteschaft möglichst breit miteinbezogen werden.

In der Fachpresse werden bereits laufende DMPs (Diabetes, Mamma-Ca) immer wieder als zu teuer, zu bürokratisch und ineffizient kritisiert. Träfe dies nicht auch auf das vorliegende Modell zu?

So kann man das nicht sagen. Aus konkreter Erfahrung einer anderen Klinik weiß ich, dass durchaus im Rahmen solcher Programme Patienten besondere Aufmerksamkeit genießen. Die Kritiker sagen sogar, wenige Patienten absorbierten für sich Gelder, die dann der breiten Masse nicht mehr zur Verfügung stünden. Für Patienten, die in diesen Programmen erfasst werden, kann man schon von einer aufmerksamen Sonderbehandlung ausgehen. Für die Leistungen der integrierten Versorgung wird 1% des Jahresbudgets der gesetzlichen Krankenkassen freigestellt. Wir glauben, dass wir ein wirklich gutes Modell anbieten können, das bei der Unzahl bereits vorhandener Anträge eine gute Chance auf Verwirklichung hat.

Wann könnte dies alles Realität werden?

Eigentlich sofort, wenn die Vertragspartner so weit wären, mit den Kassen ein schlüssiges Konzept zu beschließen. Das Modell befindet sich zurzeit in der letzten Verhandlungsphase und soll dann gleich den Kostenträgern angeboten werden. Allerdings sehen wir bei den Kostenträgern bundesweit noch eine große Zurückhaltung im Abschluss solcher Verträge.

Und wer bestimmt, ob die Zusammenarbeit erfolgreich ist?

Eine Schlüsselrolle fällt natürlich auch dem Patienten zu. Wir hoffen sehr, dass die Patienten unsere Bemühungen honorieren und für die Länge der vereinbarten Zeit in diesem Programm bleiben. Aus der eigentlich sehr selbstverantworteten Risikohaftung des Arztes und der Klinik heraus ergibt sich auch eine Problematik. Die Verantwor-

tung liegt wie in der Privatwirtschaft ganz auf Seiten der Vertragspartner. Das Geld wird zwar zur Verfügung gestellt für einen erfolgreichen Abschluss (daher auch die vielen Dokumentationen, die notwendig sind, um die Gelder zu erzielen), aber gleichzeitig muss auch die Anzahl der Patienten stimmen: Es dürfen am Anfang eines Jahres weder zu viele noch zu wenige Patienten in dieses Programm aufgenommen werden, und zwar Patienten, die bleiben. Nehmen wir an, der Arzt nimmt unter diesem Druck gleich die ersten 100 Patienten in das Programm auf, von denen springen aber 70 wieder ab, dann hat er ein reales Defizit, und es wäre besser gewesen, er hätte länger gewartet, um vielleicht bis November seine 100 Fälle voll zu kriegen. Er weiß am Jahresanfang ja noch nicht: Wie viele Screening-Patienten, die eine obstruktive Schlafapnoe haben und ein Gerät tolerieren, werden 4 bis 5 Jahre lang zur Verfügung stehen, für die er dann jährlich einen bestimmten Betrag zu erwarten hat? Vielleicht wäre es für ihn besser, er würde sie nicht ins Programm nehmen und stattdessen ein bis zwei Jahre lang Gelder für Leistungen erhalten, die er ohnehin erhält. Das ist die Problematik der integrierten Versorgung.

Und wenn sich nun herausstellen sollte, dass ein HNO-ärztliches Problem vorliegt, fällt der Patient dann aus dem Programm heraus?

Eine HNO-ärztliche Behandlung führt nur dann zum Ausschluss, wenn eine operative Behandlung erforderlich wird. Solche Kosten sind in dem Programm nicht enthalten. Ansonsten werden HNO-ärztliche Leistungen aus dem vorhandenen Budget als Konsiliarleistungen vergütet.

Und genauso wäre es, wenn für RLS-Patienten ein Neurologe hinzugezogen werden muss?

Ja, wenn wir entsprechend unserer Erfahrung wüssten, dass so und so viel Prozent unserer Patienten RLS haben, werden die Kosten für die neurologischen Untersuchungen von vornherein in unserem Modell berücksichtigt.

Nach vier Monaten soll es eine Ernährungsberatung geben. Wer macht dies?

Richtig: Geplant ist, dass wir die Patienten auch hinsichtlich einer Gewichtsreduktion betreuen möchten. Das wäre als großes Konzept völlig neu. Die bisherige Erfahrung hat aber gezeigt, dass in der Real-

tät genau dieser Punkt ein kläglicher Versuch war, gegen eine weitere Gewichtszunahme anzukämpfen, der sich dann doch oft als erfolglos erwies. Wir haben uns überlegt, eine bewährte externe Ernährungsexpertin oder auch ein bereits bestehendes Angebot der Kassen in unser Programm zu integrieren. Wir wissen, dass eine Gewichtsreduktion bei einer Schlafapnoe immer potentiell erfolgreich sein kann, aber auch nur dann, wenn das Gewicht deutlich reduziert wird, um mindestens 10 bis 20 kg. Und das geht unserer Einschätzung nach eben nur mit professioneller Begleitung, und zwar auch zu Hause. Es ist effektiver, unter den gewohnten häuslichen Bedingungen sein Gewicht zu reduzieren, als im Rahmen von Kurmaßnahmen massive Erfolge zu erzielen, die sich zu Hause dann häufig nicht halten lassen. Unser Modell sieht eine professionelle Beratung vor, die auch Kochkurse miteinschließt. Diese Maßnahmen sollen bis zu viermal jährlich je nach Bedarf als eine Auffrischung in verkürzter Form wiederholt werden, da wahrscheinlich nur auf diese Weise ein langfristiger Erfolg zu erzielen ist.

Und wer finanziert die Ernährungsberatung?

Wir haben diese Kosten in den Rahmen der integrierten Versorgung mit einberechnet.

Welche Chancen geben Sie persönlich dem Modell der integrierten Versorgung von Schlafapnoe-Patienten?

Die bundesweiten Entwicklungen deuten kaum darauf hin, dass die integrierte Versorgung sich schnell umsetzen lässt. Dennoch habe ich unsere bisherigen Bemühungen als sehr fruchtbar empfunden; es war ein guter Weg, um mit den niedergelassenen Ärzten ins Gespräch zu kommen. Ich erlebe jetzt schon, auch ohne dass wir das integrierte Modell für uns umsetzen, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, die sich durch die Diskussion um die integrierte Versorgung noch weiter verbessert hat.

(Quelle: freier atmen, Heft Nr. 1 / 2004)

Frage zum CPAP-Gerät

Seit ich ein neues, leises CPAP-Gerät erhalten habe, kommt es mir so vor, als wäre meine Maske lauter geworden. Bei meinem alten CPAP-Gerät, das ich etwa 5 Jahre lang hatte, kam ich den Maskengeräuschen irgendwie besser zurecht.

Bilde ich mir das nur ein, oder passt der von mir verwendete Maskentyp nicht mit dem neuen CPAP-Gerät zusammen?

Ihre Wahrnehmung ist nachvollziehbar und sicher keine Einbildung. Ältere CPAP-Geräte sind in der Regel lauter als moderne neue Geräte. Dies liegt zum einen an der fortschreitenden Entwicklung, die leisere Systeme ermöglicht hat. Zum anderen trägt der Verschleiß der Motorlüfter bzw. Turbinen der Geräte durch z. B. Unwucht und Reibung dazu bei, dass die Systeme mit zunehmendem Alter lauter werden können. Maskengeräusche werden dann weniger wahrgenommen, weil sie leiser sind als das Gerät. Maskengeräusche können sich aber auch dadurch ändern, dass die Übertragung von Motorgeräuschen und Vibrationen vom Gerät über den Atemschlauch zur Maske von Gerätetyp zu Gerätetyp unterschiedlicher Art sein können. Die veränderten Geräusche sagen nichts darüber aus, ob der verwendete Maskentyp mit dem neuen Gerät zusammenpasst.

Man kann davon ausgehen, dass bei einem Wechsel auf ein neues CPAP-Gerät derselben Art der bisher verwendete Maskentyp beibehalten werden kann. Bei einem Wechsel auf ein Gerät anderer Art werden Sie üblicherweise bei der Geräteausgabe durch Ihr Schlaflabor aufgeklärt, ob ein Wechsel des Maskentyps in Ihrem Fall erforderlich ist. Wenn Sie die Maskengeräusche als störend empfinden, empfehle ich Ihnen, sich von Ihrem Schlaflabor oder Fachhändler individuell beraten zu lassen. Eine der häufigsten Ursachen für die Maskengeräusche ist das Ausatemsystem. Diese Systeme gibt es in verschiedenen Ausführungen. Allgemein lässt sich sagen, dass diejenigen Systeme lauter sind, bei denen die Luftaustrittsöffnungen direkt im Maskenkörper integriert sind. Doch auch bei den Ausatemsystemen, die zwischen Maske und Atemschlauch sitzen, gibt es Unterschiede in der Lautstärke. Falls hier ein Wechsel auf ein leiseres Ausatemsystem ohne Maskenwechsel möglich ist, wäre dies die einfachste Lösung. Ist aber ein Maskenwechsel erforderlich, dann sind andere Kriterien (z.B. Passform, Dichtigkeit und guter Sitz) bei der Maskenwahl mindestens genau so wichtig wie die Maskengeräusche.

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 1 / 2004)

Merkblatt Schlafapnoe und operative Eingriffe

Es ist bekannt, dass Schlafapnoe ein erschwerender Faktor bei der Anästhesie sein kann. Es ist auch bekannt, dass der Anästhesist, wenn ihm bei dem für eine Operation vorzubereitenden Patienten eine Schlafapnoe bekannt ist und er geeignete Maßnahmen zur Offenhaltung der Atemwege ergriffen hat, die mit der Anwendung der Anästhesie bei diesen Patienten verbundenen Risiken bedeutend reduzieren kann. Obgleich es bisher keine klinischen Untersuchungen bezüglich Anästhesie bei Schlafapnoe-Patienten gegeben hat, zeigt die klinische Erfahrung die besondere Problematik der Anästhesie bei diesen Patienten. Der Grund für mögliche Probleme ist in der Natur des Schlafapnoe-Syndroms zu suchen, das durch wiederholte Obstruktionen der oberen Atemwege gekennzeichnet ist. Bekanntlich kann das Schlafapnoe-Syndrom auch von Aufweckreaktionen und arterieller Sauerstoffsättigung begleitet werden.

Die Narkose unterdrückt die Muskelaktivität der oberen Atemwege und kann deshalb die Atmung durch Verschluss der oberen Atemwege zusätzlich beeinträchtigen, das heißt dass die Anzahl und Dauer der Apnoen sich erhöhen und die arterielle Sauerstoffsättigung sich reduzieren kann. Darüber hinaus verhindert die Narkose die Weckreaktionen, die während des normalen Schlafs eintreten. Die auf die Schlafapnoe gerichtete Aufmerksamkeit sollte sich in der nachoperativen Phase fortsetzen, weil durch die andauernd schmerzstillenden und die Atmung dämpfenden Effekte des Narkosemittels Schwierigkeiten auftreten können, ebenso wie mit einigen Schmerzmitteln.

Bei der Erkrankung Schlafapnoe ist es deshalb anzuraten, solche Patienten noch für einige Stunden nachdem ihnen die letzte Dosis Narkotikum, Opiate oder Beruhigungsmittel verabreicht wurden in der Intensivmedizin überwachen zu lassen, jedenfalls länger als es Patienten benötigen, die keine Schlafapnoe haben. Am besten wäre es, wenn die Schlafapnoe-Patienten über eine volle Schlafperiode intensiv überwacht würden. Deswegen scheint in vielen Fällen auch die ambulante Operation für Schlafapnoe-Patienten ungeeignet zu sein.

Bei der voroperativen Bewertung und physischen Untersuchung des Patienten muss der Anästhesist die voroperative Medikation, z. B. die Beruhigungsmittelgabe sehr sorgfältig planen, da diese, ebenso wie die Narkose, die Muskeltätigkeit der oberen Atemwege unterdrückt. Während der Operation selbst gilt die erste Sorge des Anästhesisten der Offenhaltung der Atemwege.

(Quelle: American Sleep Apnea Association / 2003)

Miteinander füreinander etwas bewegen, jedoch darf nicht ohne uns über uns gesprochen werden

Den Selbsthilfegruppen fällt eine anspruchsvolle Aufgabe zu: Kontakte zu verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen und Multiplikatoren herzustellen, um finanzielle Mittel aufzutun. Das erfordert nicht nur viel Zeit, sondern auch Umsicht und die Fähigkeit, Strategien zu entwickeln und mit Fingerspitzengefühl ein Netzwerk an nützlichen Kontakten zu knüpfen.

Im kleinen, romantischen Weindörfchen Kleinfischlingen in der Südpfalz gibt es seit vergangenem Jahr das erste (und bislang auch einzige) Schlafapnoe-Info-Zentrum der Bundesrepublik. Doch mit der Etablierung eines Ausstellungsraums, in dem die gängigsten Geräte und Masken des Marktes präsent sind, einem Büro und einem angrenzenden Vortragssaal ist erst ein Anfang gemacht, wenn auch ein bemerkenswerter. Hier passiert aber auch etwas. Es gibt Vorträge mit Referenten, die etwas zu sagen haben, eine regelmäßige Maskensprechstunde und Serviceberatung der Mitglieder und Betroffenen durch die Gerätehersteller.

Der Vorstand agiert im Hintergrund. Da gibt es Gespräche mit den Chefs der Krankenkassen, Kontakte zu den Medizinern, da werden Verbindungen zur Landesregierung geknüpft und Infovorträge vor anderen Vereinen initiiert, die nichts mit Schlafapnoe zu tun haben, aber dafür sorgen, dass die Öffentlichkeit immer wieder auf unterschiedlichsten Kanälen über die Krankheit erfährt.

Dass diese Selbsthilfegruppe so professionell arbeitet, verdankt sie Peter Allspach, der sie vor drei Jahren gründete und mit Vehemenz zum Vorzeigemodell einer SHG formte. Ihm zur Seite stehen heute drei ebenso rührige Vorstandskollegen: Norbert Faul, Horst Hornung und als Schriftführerin Bärbel Hopfinger.

Die Allspach-SHG arbeitet regional, sieht sich aber auch in der Verantwortung gegenüber anderen SHGs und allen Betroffenen. So hat sie ein auf ihre Belange zugeschnittenes PC-Programm entwickelt, mit dem die Mitglieder verwaltet und alle Daten unter diversen Gesichtspunkten abgerufen werden können. Allspach will dieses Programm auch anderen SHGs zur Verfügung stellen. Werner Waldmann sprach mit Peter Allspach und seinen Vorstandskollegen.

Herr Allspach, worin sehen Sie die Aufgaben einer SHG heute?

Der SHG fällt die Funktion eines Bindeglieds zu: zwischen Patient und Patient, zwischen Patient und Arzt, zwischen Patient und Industrie, zwischen Patient und Krankenkasse. Und schließlich auch zwischen dem Patienten und demjenigen, der mit ihm zusammenlebt: Denn auch zwischen dem Betroffenen und seinem Lebenspartner bedarf es häufig der Vermittlung. Über die Frauen kommen wir ohnehin oft erst an mögliche Schlafapnoe-Kandidaten heran. Wir müssen die Frauen über die Symptome dieser Krankheit und über ihre Folgen aufklären. Und sie müssen ebenso wie der Betroffene selbst über die Notwendigkeiten und Hürden der Behandlung informiert werden. Deshalb wirken wir darauf hin, dass bei allen Arztgesprächen der Partner mit dabei ist, damit er die Hintergründe der Erkrankung und der Therapie versteht und später den Betroffenen unterstützen und ermuntern kann, die Behandlung konsequent durchzuführen. Aber auch, damit er von vornherein Verständnis für die Umstände der Therapie hat, z.B. das Geräusch der Turbine oder den Anblick des Partners mit der Maske vorm Gesicht. Wir gehen auch mit Vorträgen in Frauenvereine und versuchen dort zuerst einmal über die Krankheit aufzuklären. Viele Frauen schicken dann ihre Männer wegen ihres krankhaften Schnarchens zum Arzt!

Ihre Gruppe ist sehr innovativ. Sie planen jetzt, mithilfe eines Fragebogens Patienten die Schlaflabore kritisch beurteilen zu lassen.

Ja, wir wollen das Urteil der Patienten. Davon werden alle profitieren: Schlaflabore, Praxen, Krankenkassen. Die Patienten sollen den Fragebogen nach ihrem Schlaflaboraenaufenthalt ausfüllen und anonym an uns

senden. So wollen wir Patientenurteile über Schlaflabore sammeln und auswerten. Die Resultate werden den Schlaflaboren zugänglich gemacht, damit diese darauf reagieren und Dinge, die ihren Patienten bisher missfallen haben, korrigieren können. Später wollen wir auch die Serviceunternehmen der Gerätehersteller und die Kassen bewerten lassen – und natürlich auch unsere SHG-Arbeit. Nur durch eine konstruktive Kritik, nicht sinnloses Niedermachen, können wir die Qualität der Versorgung sichern, effizienter gestalten und Kosten sparen helfen!

Ihre Mitglieder kommen oft von ziemlich weit her, aus einem Einzugsgebiet von immerhin 120 km, aus Baden-Württemberg, aus dem Saarland, aus Hessen: Was bieten Sie, dass Sie eine derartige Aufmerksamkeit erfahren?

Wir wollen nicht darüber reden, dass wir etwas tun sollten, wir wollen kein Vereinszeremoniell pflegen, sondern konkrete Projekte umsetzen. Beispielsweise die Einrichtung unseres Info-Zentrums, das die Grundlage für unsere Arbeit ist: den Betroffenen die Therapiegeräte zeigen zu können, Firmen zu Demonstrationen hierher einzuladen oder in angenehmer Atmosphäre zu arbeiten und Vorträge anzuhören. Immer neue Ideen tauchen auf. So planen wir, mit einem Bus am 24. September unsere Mitglieder zum DSGM-Kongress in Freiburg zu fahren, um ihnen aus nächster Nahe zu zeigen, wie die Schlafmedizin arbeitet.

Wie stehen Sie dazu, dass sich bis heute für die Selbsthilfe der Schlafapnoe keine einheitliche und damit auch einflussreiche Organisation gebildet hat?

Wir finden es sehr bedauerlich, dass die einzelnen Gruppierungen bislang einen großen Teil ihrer Energie darauf verwandt haben, sich voneinander abzugrenzen, anstatt sich ein gemeinsames Dach zu bauen, unter dem alle Platz finden, sich auch individuell entwickeln können, sich jedoch mit gemeinsamem Elan für die Schlafapnoiker einsetzen. Streitereien sind sinnlos. Verbandsarbeit hat dem Patienten zu dienen und darf nicht Selbstzweck werden.

Wie haben Sie die Ausstellung von Geräten und Masken in den Räumen zustande bekommen?

Viele Firmen wollten nicht, sahen es nicht ein, weil sie ihre Geräte auch so verkaufen. Ich habe ihnen klar gemacht, dass das keine Verkaufsausstellung ist, dass wir alle Firmen neutral behandeln, aber

erwarten, dass sie ihre Produkte hier präsentieren, damit wir sie unseren Mitgliedern zeigen können. Die Firmen haben dann rasch begriffen, dass sie diesen Service bereitstellen müssen, um als seriöser Anbieter von den Patienten wahrgenommen zu werden. Nicht die Patienten sind für die Firmen da, sondern umgekehrt, und das musste deutlich vermittelt werden.

Wie würden Sie Ihren Arbeitsstil beschreiben?

Unsere SHG kümmert sich nicht um Profilierung. Profilierung bringt unsere Arbeit automatisch mit sich, wenn sie von den Mitgliedern geschätzt und getragen wird. Wir überreden niemanden, bei uns Mitglied zu werden. Wir überzeugen durch Leistung und Leidenschaft für die Sache. Das bringt uns Mitglieder. Wir wollen durch unsere Arbeit keine Feindschaften erzeugen, sondern dort, wo Probleme sind, diese gemeinsam zum Vorteil der Betroffenen lösen. Zusammen mit den Krankenkassen, den Schlaflaboren, den Geräteherstellern, der Politik.

Nicht gegen sie. Unser Prinzip ist, sich gegenseitig zu akzeptieren, miteinander zu reden, auch offen und hart, und so haben wir bisher immer einen gemeinsamen Nenner gefunden. Ebenso wirken wir sehr deutlich auf die Patienten ein und sagen ihnen z.B., dass sie ihre Geräte auch täglich anwenden müssen. Die Kassen bezahlen viel Geld dafür und müssen erwarten, dass sich die Patienten an die Spielregeln halten. Auch den Kassen sagen wir aber deutlich, was die Versicherten von ihnen erwarten dürfen. Oder den Schlaflaboren versuchen wir klar zu machen, dass es wirtschaftlich und sinnvoll ist, einen Sieben-Tage-Betrieb anzubieten. Wenn Werktätige übers Wochenende polysomnografiert werden, ersparen sie ihrem Arbeitgeber Ausfalltage, und Rentner können problemlos auch unter der Woche ins Schlaflabor.

I. Schlafapnoe Informationszentrum Deutschland
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Südpfalz e.V.,
Peter Allspach,
Niedergasse 3,
67483 Kleinfischlingen
Tel.: 06341-95 06 80
Vorsitzender Peter Allspach

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 3 / 2004)

Apnoeverdacht bei Bluthochdruck

Bei vier verschiedenen Arten des Bluthochdrucks (Hypertonie) besteht erhöhter Verdacht auf Schlafapnoe.

Spezielle Fragebögen helfen diese Vermutung zu überprüfen. Die obstruktive Schlafapnoe gilt zwar als unabhängiger Risikofaktor für das Entstehen einer arteriellen Hypertonie. Auch die Deutsche Hochdruckliga hat in ihren Leitlinien die Schlafapnoe als Ursache einer sekundären Hypertonie und als Ursache für eine Therapieresistenz eingeordnet. Sollte aber deshalb jeder Patient mit Bluthochdruck im Schlaflabor untersucht werden? Um medizinisch und ökonomisch sinnvoll vorzugehen, rät Professor Bernd Sanner vom Bethesda-Krankenhaus in Wuppertal das Augenmerk auf bestimmte Hypertoniker zu richten. Dazu gehören solche, die als Non-Dipper in der 24-h-Blutdruckmessung auffallen; bei denen also der Blutdruck nachts nicht sinkt, denn je größer die Abweichung von der normalen Blutdruckkurve ist, desto ausgeprägter ist vermutlich die Schlafbezogene Atemstörung, indirekte Zeichen einer Sympathikusaktivierung haben, also eine hohe Herzfrequenz in Ruhe und einen hohen Pulsdruck und die bei einer Schlafapnoe-Therapie mit einer besonders starken Blutdrucksenkung reagieren, auf eine blutdrucksenkende Therapie schlecht ansprechen, d. h. es haben 61 Prozent der Patienten, bei denen selbst eine intensive Therapie (drei Antihypertensiva plus Diuretikum, in maximaler Dosierung) nicht wirkt, eine Schlafapnoe, wegen einer Depression behandelt werden und über unerklärliche Müdigkeit klagen, was die Rate einer Schlafapnoe erhöht. Professor Sanner empfiehlt, Patienten mit diesen Merkmalen zu fragen, ob sie stark schnarchen, im Schlaf Atemstillstände haben und tagsüber müde sind. Dabei helfen Fragebögen, wie sie in der Leitlinie „Müdigkeit“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (www.degam.de) und in der Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (www.dgsm.de) vorgeschlagen werden. Bei Verdacht auf eine Schlafapnoe empfiehlt Professor Sanner eine ambulante Apnoe-Untersuchung, wie sie Lungenfachärzte anbieten. Ein pathologischer Befund ist eine Indikation zur Überweisung an ein Schlaflabor. Weitere Informationen zum Thema Schlaflabor gibt es unter www.schlaf-portal.de oder www.schlafapnoe.de.

(Quelle: Ärztezeitung online)

„Liebling, ich schnarche nicht mehr!“

Oft spielen auch rein zwischenmenschliche Gründe eine Rolle, wenn es um Therapietreue bei CPAP-Patienten geht. Folgender Fall, den Dr. Manfred Held erzählt, ist ein schönes Beispiel dafür.

Es sah zunächst nach einem routinemäßigen Ablauf im Schlaflabor aus. Wie so oft wurde der männliche Patient, zunächst gegen seinen heftigsten Widerstand, von seiner Ehefrau vor den Schlafmediziner gezerrt. Nach einer ambulanten Screening-Untersuchung mit positivem Ergebnis war der Mann nun zur weiteren polysomnografischen Diagnostik in unserem Schlaflabor erschienen.

„Nun sag schon, dass du dauernd müde bist und bei jeder Gelegenheit einschläfst“, begann die Ehefrau die Anamnese“. Und er schnarcht, dass ich nachts kein Auge mehr zumache. Dann diese Aussetzer beim Atmen, da wird einem angst und bange. Ich muss ihn dauernd wecken, sonst schnauft er in der Nacht gar nicht mehr. Was glauben Sie, Herr Doktor, was ich jede Nacht mitmache?“

Die Diagnostik ging daraufhin ihren Gang und eine polysomnografische Überwachungsnacht wurde vereinbart. Im persönlichen Gespräch unter vier Augen wurde schnell klar, dass die Ehe und das Liebesleben durch die nächtliche Ruhestörung auf eine harte Bewährungsprobe gestellt waren. Unser Patient fürchtete regelrecht, seine Frau zu verlieren, wenn nicht schnell Abhilfe geschaffen würde.

Das polysomnografische Ergebnis der Überwachungsnacht war eindeutig: 56 Atemstillstände pro Stunde, darunter Sauerstoffentsättigungen à la Reinhold Messner auf dem Mount Everest und ein Schlafprofil, das eher an eine Schlafentzugs-Folter erinnerte.

Die Anpassung an eine Nasenmaske war problemlos, und eine deutliche Euphorie war dem Patienten anzumerken, da er sehr schnell verstand, dass sich unter der Schlafmaske keine störenden Geräusche mehr entwickeln konnten.

Zu Hause angekommen, berichtete er seiner Ehefrau freudestrahlend und knapp: „Liebling, ich schnarche nicht mehr.“ Der Rest sollte eine Überraschung sein – und die ist ihm in der Tat gelungen.

Unser Patient schlich sich kurz vor der Ehefrau ins Schlafzimmer, legte mit geübter Hand die CPAP-Maske an, schloss den Schlauch an und

erwartete aufgeregt im Bett sitzend das Eintreten der Ehefrau. Als dann die Tür aufging, war das Erschrecken groß. Ein offener Mund, ein Schrei und die Flucht ins Nachbarzimmer. Die Ehefrau war in diesem Moment fest davon überzeugt, dass die Invasion aus dem All stattgefunden hätte. Für den Rest des Abends war die Frau nicht mehr ansprechbar und vernünftigen Argumenten auch nicht mehr zugänglich.

Schon am nächsten Morgen klingelte im Schlaflabor das Telefon, und unser Patient schilderte aufgebracht, dass er die CPAP-Therapie auf keinen Fall weiterführen könne, da seine Frau drauf und dran sei, sich scheiden zu lassen. Nach längerem Zureden konnte schließlich ambulant ein Dreiergespräch arrangiert werden. Nachdem die Ehefrau mit dem CPAP-Therapieprinzip vertraut gemacht worden war und auch ausführlich über die möglichen Folgen einer unbehandelten schweren Schlafapnoe gesprochen wurde, zeigte sich die Bettgenossin erstaunlich verständnisvoll, und es wurde die Weiterführung der Therapie akzeptiert.

Ich denke, dieser Fall ist ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig die ambulante Betreuung von Patienten mit nächtlichen Beatmungsgeräten ist. Die nCPAP-Therapie findet zu Hause statt, wo naturgemäß die meisten Probleme erst nach der stationären Entlassung auftauchen. Die Patienten wissen dann oft nicht, wohin sie sich wenden sollen, zumal die Medizintechnikerhersteller keine medizinischen Verordnungen durchführen können. Bei einem ambulanten Termin können Unsicherheiten bei der Bedienung der technischen Geräte ausgeräumt sowie Masken- und Schleimhautprobleme behoben werden, z.B. durch Austausch von Masken oder Maskenteilen oder die Verordnung eines Warmluftbefeuchters oder Nasensprays. Auch die Überprüfung von Compliedaten und eventuelle Druckvariationen bei Adaptationsproblemen spielen eine wichtige Rolle. Und nicht zu vergessen: die Beratung von Angehörigen, wie in unserem geschilderten Fall.

Dr. med. Manfred Held
Leiter Pneumologie – Schlaflabor – Heimbeatmung
Klinikum Kempten GmbH
Memminger Str. 50
87439 Kempten

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 2 / 2004)

Patienten mit Schlafapnoe haben häufiger eine isolierte diastolische Hypertonie

Das Auftreten einer isolierten diastolischen Hypertonie wurde vermehrt bei Schlafapnoe-Patienten festgestellt. Der Blutdruck sollte deshalb bei diesen Patienten besonders aufmerksam kontrolliert werden. Dies hat eine Untersuchung von Ärzten der Universität Grenoble mit 59 Patienten ergeben. Nach den Ergebnissen der Studie hat etwa jeder zehnte Patient, der in einem Schlaflabor untersucht wird und bei dem zuvor keine arterielle Hypertonie bekannt war, einen diastolischen Blutdruckwert oberhalb von 90 mmHg. Der Anteil der Hypertonie-Patienten ist dabei doppelt so hoch wie in der französischen Normalbevölkerung, wie die Ärzte auf einem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Hypertonie berichtet haben. Der systolische Blutdruck war dagegen bei den SA-Patienten nicht häufiger erhöht als im Bevölkerungsdurchschnitt. Insgesamt wurde bei vier von zehn von ihren Ärzten als normotensiv angesehenen SA-Patienten ein nicht beschriebener Bluthochdruck diagnostiziert. Die französischen Ärzte empfehlen deswegen, bei jedem Patienten mit Schlafapnoe eine präzise Blutdruckdiagnostik einzuleiten. Umgekehrt sollte bei Patienten mit bekannter, isoliert-diastolischer Hypertonie immer auch nach den Symptomen einer Schlafapnoe geforscht werden.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Zuzahlungen im Hilfsmittelversorgungsbereich

Nach §33 Absatz 2 Satz 4 SGBV in Verbindung mit §61 SGBV müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für jedes zu Lasten der GKV-verordnete Hilfsmittel eine Zuzahlung leisten.

Die gesetzlichen Zuzahlungen betragen für die Versicherten 10% des Abgabepreises des Hilfsmittels, mindestens jedoch 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels insgesamt.

Die Zuzahlungsregelungen gelten nur für Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die neue Regelung gilt für alle ab dem 01.01.2004 abgegebenen Hilfsmittel. Die Zuzahlungen gelten grundsätzlich für Neuversorgungen, Fallpauschalen und Wiedereinsätze von Hilfsmitteln sowie für separate Lieferungen von Zubehörteilen oder Zurüstungen.

Zuzahlungen werden nicht fällig bei Reparaturen, Wartungen, Instandsetzungen, Abänderungen, Rückholungen und Aussonderungen von Hilfsmitteln, ebenfalls nicht für Pflegehilfsmittel.

Die bisherigen Befreiungsausweise sind grundsätzlich zum 31.12.2003 ungültig geworden. Die Befreiung von der Zuzahlung zu Hilfsmitteln kann erst im Jahr 2004 neu beantragt werden, und zwar, wenn bestimmte Belastungs-Höchstgrenzen überschritten werden. Diese betragen als Belastungsgrenze 2% vom Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr bzw. bei chronisch Kranken 1% des Bruttoeinkommens.

Zuzahlungen zu Hilfsmitteln sind gesetzlich vorgeschrieben und müssen grundsätzlich einbehalten werden, da sich der Abrechnungspreis gegenüber dem Kostenträger um die Höhe der Zuzahlung verringert. Es handelt sich dabei also nicht um zusätzliche Kosten, sondern um einen Anteil an den Versorgungskosten.

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen zum Verbrauch und nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln: Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Nutzung ist dabei unerheblich.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem (oder im Wiedereinsatz von verschiedenen) Versicherten verwendet werden. Es handelt sich auch dann um nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wenn sie nach mehrmaligem Gebrauch verschleißten oder abnutzen. Die Zuzahlungsberechnung bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln lautet: 10% des Abgabepreises inkl. MwSt, jedoch mindestens 5, max. 10 Euro, allerdings nicht mehr als die Gesamtkosten des Hilfsmittels. Die Zuzahlungsregelung bei zum

Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln lautet: 10% des Abgabepreises inkl. MWSt je Packung, kein Mindestbetrag, jedoch max. 10 Euro pro Monat je Indikation. Es ist sinnvoll, je nach Indikation Verordnungen von mindestens einem Monatsbedarf auszustellen. Für den Bereich der Sauerstofftherapie bzw. Schlafapnoetherapie gilt grundsätzlich: Sauerstoff- bzw. CPAP-Geräte sind als nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel zu betrachten. Zubehör zu Sauerstoff- bzw. CPAP-Geräten, das entweder zum Verbrauch bestimmt ist (z.B. Filter) oder einem regelmäßigen Verschleiß unterliegt (z.B. Masken), ist dagegen wie zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel zu betrachten.

Da das Inkrafttreten dieser Zuzahlungsregelung bereits in den letzten Wochen erhebliche Verunsicherungen hervorgerufen hat, sind die Spitzenverbände der Kostenträger momentan dabei, die noch offenen bzw. bislang ungeklärten Fragen zu lösen.

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 1 / 2004)

Sehr viele Deutsche schlafen schlecht

Mehr als jeder zehnte Deutsche leidet unter einer Schlafstörung, die eine Behandlung erfordert. Nur jeder Dritte davon sucht allerdings deswegen einen Arzt auf. Nicht behandelte Patienten mit Schlafstörungen entwickeln oft körperliche oder seelische Folgeerkrankungen. Davor warnt die Deutsche Akademie für Gesundheit und Schlaf in Regensburg. Dort wird in Seminarveranstaltungen der Schlafschule Hilfe angeboten. Weitere Informationen: telefonisch unter 0941-9428271 oder unter www.dgs.de bzw. www.schlafseminar.de

(Quelle: Ärztezeitung online)

Ist die Schlafapnoe eine Ursache des Schlaganfalls?

Bei Patienten mit einem Bluthochdruck oder einem Diabetes mellitus rechnet jeder Arzt damit, dass es zu kardiovaskulären Ereignissen kommen kann. Nicht so bei Patienten mit einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (SAS). Nur langsam gelingt es, die Zusammenhänge zwischen diesem Problem, das jeden 20. bis 50. Erwachsenen betrifft, und vaskulären Ereignissen, vor allem Schlaganfällen, zu erhellten. Ein SAS liegt vor, wenn im Schlaflabor pro Stunde Nachtschlaf fünf oder mehr Episoden von Apnoe nachgewiesen werden, die mindestens zehn Sekunden dauern (gemäß AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie vom April 2001). Hinzu kommt häufig eine starke Müdigkeit auch am Tage. Schon länger gibt es Hinweise aus epidemiologischen Studien, dass ein SAS möglicherweise Ursache eines Schlaganfalls ist. Weil aber ein SAS im Prinzip auch die Folge eines Schlaganfalls sein könnte, verursacht etwa durch eine teilweise gelähmte Rachenmuskulatur nach einem Hirnschlag, ist die Bedeutung der Ergebnisse epidemiologischer Studien für das individuelle Schlaganfallrisiko eines SAS-Patienten umstritten. Dr. Yaggi vom Zentrum für Schlafmedizin an der Yale Universität im US-Bundesstaat Connecticut berichtet nun, dass das SAS tatsächlich eine Ursache für Schlaganfälle sein könnte und äußert sich dazu wie folgt in dem Fachmagazin *Lancet Neurology* (3; 6/2004, 333): „Wenn sich das bewahrheitet, dann hätte selbst ein nur mäßig erhöhtes Schlaganfallrisiko eine erhebliche Bedeutung für die öffentliche Gesundheitsfürsorge, weil das SAS so häufig in der Bevölkerung auftritt.“

Die stärksten epidemiologischen Hinweise auf einen engen Zusammenhang zwischen Schlaganfällen und Schlafapnoe liefert derzeit die Sleep Heart Health Study in USA, die aber noch nicht abgeschlossen ist. Bei dieser Studie wurde bei bis jetzt etwa 6400 Patienten aus mehreren amerikanischen Präventionsstudien das jeweilige Studienprotokoll um eine Schlafuntersuchung mit einem Heimüberwachungsgerät ergänzt.

Ersten Daten zufolge haben Patienten mit fünf oder mehr aufgezeichneten Apnoe-Episoden pro Stunde ein signifikant erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu entwickeln, und zwar unabhängig von allen ande-

ren kardiovaskulären Risikofaktoren. Um definitive Aussagen darüber machen zu können, ob Schlafapnoe tatsächlich eine Schlaganfallursache ist, werden noch vorausschauende Interventionsstudien benötigt, die zeigen müssen, ob eine Behandlung von Patienten mit SAS deren Schlaganfallrisiko wirklich reduziert. Solche Studien gibt es laut Dr. Yaggi bisher nicht, aber es habe sich jetzt schon gezeigt, dass ein SAS wahrscheinlich nicht die Folge eines Schlaganfalls ist.

Denn: Eine Schlafapnoe kommt auch bei Patienten mit vorübergehenden Blutleereattacken häufiger vor als in der Normalbevölkerung. Weil es dabei nicht zu bleibenden Schäden im Nervengewebe kommt, ist eher nicht davon auszugehen, dass ein SAS die Folge eines Schlaganfalls ist, sondern die zerebrale Blutleere ist Folge des SAS.

Andere Ärzte, die Patienten unmittelbar nach einem erstmals aufgetretenen Schlaganfall untersucht haben, konnten belegen, dass die Schwere eines SAS sich nicht danach richtet, in welcher Hirnregion ein Schlaganfall stattgefunden hat, oder danach, wie ausgeprägt er war. Auch scheint sich das Ausmaß eines neu diagnostizierten SAS während der Rehabilitationsphase nach einem Schlaganfall nicht wesentlich zu ändern. Dr. Yaggi von der Yale-Universität interpretiert dies als ein weiteres Indiz dafür, dass die Schlafapnoe dem Schlaganfall vorausgeht und nicht umgekehrt. Mögliche pathophysiologische Erklärungen gibt es einige: „Während der Apnoeepisoden des SAS kommt es durch Sauerstoffmangel und Kohlendioxidüberschuss zu einem Anstieg des Hirndrucks. Das könnte für Blutleereattacken im Gehirn empfänglich machen“, spekuliert Dr. Yaggi. Außerdem hätten überdurchschnittlich viele Menschen mit SAS auch Vorhofflimmern. Auch sei es in mehreren Studien nachgewiesen worden, dass ein SAS oft mit einer Erhöhung des Blutgehalts an gerinnungsfördernden Eiweißstoffen wie Fibrinogen einhergehe.

Dr. Yaggi hält es für dringend geboten, diese Zusammenhänge zu klären und so das Henne-Ei-Problem zu lösen.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Schlafstörungen im Alter – vielleicht eine falsche Arznei?

Fast die Hälfte der älteren Patienten klagt über Schlafstörungen. Die häufig verordneten Benzodiazepine sind aber besonders für ältere Menschen problematisch, weil sie unter anderem ein bevorstehendes Schlafapnoesyndrom verschlechtern können. Auch die Gefahr nächtlicher oder morgendlicher Stürze ist unter der stark beruhigenden Wirkung der Benzodiazepine erhöht. Außerdem führt eine mehrwöchige Behandlung zu Gewöhnung und kognitiven Einbußen, sagt Dr. Armin Szegedi, Professor für klinische Psychiatrie an der Charité, beim Deutschen Ärztekongress in Berlin. Dennoch sind Benzodiazepine wegen ihrer schnellen Wirkung und der relativ geringen Toxizität die am häufigsten verordneten Schlafmittel. Partielle Benzodiazepin-Agonisten wie beispielsweise Zolpidem haben eine kürzere Halbwertszeit und verhindern die Morgenschläfrigkeit, können aber ebenfalls abhängig machen.

Eine Alternative zu den klassischen Schlafmitteln sind Antidepressiva mit schlafeinleitender Wirkung, etwa Mirtazapin. „Trizyklika haben dagegen anticholinerge Wirkungen und sind weniger zu empfehlen“, sagte Professor Szegedi bei dem Kongress in Berlin. Eine gute Therapiewahl seien dagegen niederpotente Neuroleptika, zum Beispiel Melperon. „Diese Substanzen haben nur wenig unerwünschte Wirkungen, allerdings können sie mit anderen Arzneimitteln interagieren.“

Der Geriater bemängelte, dass kränklichen Patienten häufig ohne viel Nachfragen ein Schlafmittel verordnet wird. Statt den Arznei-Cocktail aufzustocken, sei es ratsamer, die bestehende Medikation zu überprüfen und mögliche schlafstörende Arzneien auszutauschen. Außerdem können Schlafprobleme durch eine Depression, eine Demenz oder ein Restless-Legs-Syndrom bedingt sein. Der Griff zum Schlafmittel bringt dann oft nicht den gewünschten Erfolg. „Unruhige Beine“ sprechen viel besser auf L-Dopa an.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Apnoe-Patienten sind oft weder dick noch männlich

Bei etwa 75 Prozent derjenigen, die von einer nCPAP-Therapie profitieren würden, wird die Diagnose nicht gestellt. Typisch für Patienten mit einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA) sind Kennzeichen wie Übergewicht, männliches Geschlecht, Schnarchen und ein mittleres Alter. Wer jedoch nur bei diesem Stereotyp aufmerksam wird, übersieht leicht andere Betroffene – vor allem Frauen mit OSA.

Populationsstudien aus den vergangenen Jahren verdeutlichen die Häufigkeit der Schlafapnoe: So hat einer von fünf Erwachsenen eine milde Schlafapnoe, jeder 15. hat sogar eine mittlere bis stark ausgeprägte, wie US-Forscher von der Universität Wisconsin berichten (JAMA 16, 2004, 2013). Nach ihren Angaben werden allerdings 75 bis 80 Prozent der Patienten, die von einer Therapie profitieren würden, in den USA nicht erkannt – darunter doppelt so viele Frauen wie Männer, eine auch für Deutschland realistische Zahl, wie der Schlaf-forscher Professor Jürgen Zulle aus Regensburg bestätigt.

Dass eine OSA bei Frauen leicht übersehen wird, liegt unter anderem daran, dass bis zur Menopause die weiblichen Hormone offensichtlich protektiv wirken. So ist in einer US-Studie bei Frauen nach der Menopause das Risiko für eine moderate bis schwere OSA um das Dreifache erhöht gewesen – und zwar unabhängig von Gewicht und Alter. In der Praxis sollte zudem das Augenmerk verstärkt auf Diabetiker – und nicht nur übergewichtige – sowie Patienten mit therapieresistentem Bluthochdruck gerichtet werden, so Zulle, da Studien einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer OSA und diesen Erkrankungen belegten. So hätten in einer Studie 60 Prozent der Schlaganfallpatienten, die meisten mit Hypertonie, den wesentlichen Schlaganfall-Risikofaktor, eine nicht diagnostizierte OSA gehabt. Zulleys Rat: Wann immer Patienten, vor allem Diabetiker, Hypertoniker, und Frauen nach der Menopause über eine extreme Tagesmüdigkeit klagen, sollten sie, und wenn möglich auch die Bettpartner, gezielt nach nächtlichen Atemaussetzern und lautem, abgehacktem Schnarchen gefragt werden und bei Verdacht auf eine OSA zu einem ambulanten Apnoe-Screening überwiesen werden, wie es von spezialisierten Lungenfachärzten angeboten werde. Dabei werden Atemströmung, Herzfrequenz, Sauerstoffgehalt im Blut und Körperlage im Schlaf erfasst.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Nasenspülung beugt Erkältungen vor

Häufig hören wir in den Selbsthilfegruppen von unseren Patienten dass sie bei Verwendung des nCPAP-Gerätes Probleme mit der Nase bekommen, die von trockener über fließende Nase bis zur Dauererkrankung reichen. Hier helfen oftmals Nasenspülungen mit selbst gemachter isotoner Kochsalzlösung oder in der Apotheke erhältlichem „Emser“-Salz als wirksame Erkältungsprophylaxe. Zudem mildert solch eine Spülung die Symptome bei allergischer Rhinitis. Wenn man Kochsalz verwendet, werden 4,5 Gramm – das entspricht einem vollen Teelöffel – gewöhnliches Speisesalz in einem halben Liter lauwarmem Wasser aus dem Wasserhahn aufgelöst. Bei „Emser“-Salz ist die Anwendung auf dem Beipackzettel angegeben.

Außerdem wird als Nebeneffekt erreicht, dass Heuschnupfenpatienten in der Pollensaison die Allergene aus der Nasenschleimhaut spülen. Wie geht man bei der Nasenspülung vor? Über dem Waschbecken wird der Kopf zur Seite geneigt und mit einer Nasenspülkanne – wie man sie in der Apotheke kaufen kann – wird die Salzlösung so lange in das eine Nasenloch gefüllt, bis sie zum anderen wieder herausläuft. Ebenso wird mit dem anderen Nasenloch verfahren. Danach wird die Nase geschnäuzt und der Erkältungsschutz ist perfekt. Wenn man möchte, kann man anschließend die Nasenschleimhaut mit etwas Dexpanthenol-Spray oder mit einer Nasensalbe fetten.

Selbst Patienten, die Wasser in der Nase als Fremdkörper empfinden, werden, wenn sie die Hemmung überwinden, nach kurzer Zeit die wohltuende Wirkung der Nasenspülung bemerken.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Schniefnase durch Philodendron im Wohnbereich

Wer als Schlafapnoepatient unter einer chronisch laufenden Nase leidet, sollte auch in Betracht ziehen, dass er möglicherweise auch eine durch Zierpflanzen ausgelöste allergische Rhinitis haben könnte. Bei einer Patientin ist jetzt erstmals nachgewiesen worden, dass es sich dabei um eine durch eine Philodendron-Pflanze hervorgerufene Allergie handelte. Die 46-jährige Patientin mit saisonaler Pollenallergie klagte auch über Symptome einer chronischen Rhinitis im häuslichen Bereich (Fachmagazin: Allergologie 5, 2004, 211). Haustiere und Schimmelpilze fielen als mögliche Verursacher aus. Eine andere Pflanze war bereits entfernt worden, weil die Patientin allergisch darauf reagiert hatte. Als möglicher Auslöser blieb jetzt nur der Philodendron. Hiermit kann es zu Kontaktallergien kommen, wird von Dr. Mark D. Anliker vom Kantonsspital in St. Gallen berichtet. Er machte einen Hauttest und eine nasale Provokation mit frischem Blätterextrakt der Philodendron-Pflanze. Nicht nur der Hauttest, auch die nasale Provokation fiel positiv aus. Die Patientin klagte über Rhinorrhö, Jucken im Rachen und über eine nasale Obstruktion.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Auch ein Grund für gestörte Nachtruhe

Berichten ältere Männer über neu aufgetretene Schlafprobleme, sollte man gleich nachhaken, differentialdiagnostisch an eine Prostatahyperplasie denken und nach einer Nykturie fragen. Denn viele Männer mit Prostatahypertrophie (BPH) klagen zunächst lediglich über Schlafstörungen, hat Dr. Edeane Matsumoto aus Oakland im US-Staat Kalifornien beobachtet. Bei erfolgreicher BPH-Therapie verschwanden auch die Schlafprobleme wieder, berichtete Dr. Matsumoto. Weitere Informationen sind im Internet unter www.postgradmed.com/pearls.htm zu finden.

(Quelle: SHG Rhein-Main / Newsletter 3.04)

Reinigung von Atemmasken und -schläuchen

Unser Fachverband ist von der Firma HAKAWERK, vertreten durch Herrn Patrick Burmann, angeschrieben worden, um uns mit den Reinigungsprodukten dieser Firma bekannt zu machen. „Ich habe inzwischen ein Muster der flüssigen Neutralseife getestet und festgestellt, dass sie ein für unsere Reinigungszwecke geeignetes Produkt darstellt, welches einfach anzuwenden und praktisch geruchsfrei ist. Obwohl das Reinigungsmittel den Namen „Seife“ trägt, ist es völlig seifenfrei, pH-neutral und wird vollkommen aus nachwachsenden Rohstoffen hergestellt, wobei auf die Zugabe von Parfümen und Farbstoffen völlig verzichtet wird und Konservierungsmittel nur sehr sparsam eingesetzt werden. Damit ist das Produkt sehr gut für die Reinigung empfindlicher Oberflächen und auch für Allergiker geeignet. Der Verbrauch ist sehr sparsam, fünf Gramm = 1 Teelöffel genügen pro fünf Liter Wasser. Nach der Reinigung mit der Neutralseife sind die gereinigten Flächen gründlich mit klarem Wasser nachzuspülen und gut zu trocknen. Wenn Wert auf absolute Keimfreiheit gelegt wird, wird empfohlen, nach der Reinigung mit einem Desinfektionsmittel die Maske einzusprühen bzw. den Schlauch innen zu benetzen.“

HAKAWERK bietet folgende Gebindegrößen an:

| Art.-Nr. | Bezeichnung | Preis in € |
|----------|--|------------|
| 164 | Reisetube 150 ml | 3,50 |
| 129 | Spender 500 ml | 4,95 |
| 159 | Testset (5 kg Eimer mit Spender und Pumpe) | 24,60 |
| 023 | Eimer 5 kg (pro kg € 3,19) | 15,95 |
| 024 | Haushaltsschüssel 6 kg (pro kg € 3,49) | 20,95 |
| 047 | Karton 6 x 1 kg Flaschen (pro kg € 3,82) | 22,90 |
| 025 | Eimer 10 kg (pro kg € 3,19) | 31,95 |
| 058 | Eimer 21 kg (pro kg € 2,65) | 55,75 |

Die Lieferung erfolgt zu obigen Preisen frei Haus.

Wenn Selbsthilfegruppen Sammelbestellungen für ihre Mitglieder erteilen, können ihnen auf die genannten Preise 15 Prozent Rabatt eingeräumt werden. Leere Verpackungen nimmt das HAKAWERK zurück und verwertet sie. Die Bestellungen aller Selbsthilfegruppen sind an Herrn Patrick Burmann, Am Südhang 6, 48300 Wetter, Telefon und Fax: 02335-1389 zu richten, der vom HAKAWERK für die Belieferung aller Selbsthilfegruppen bundesweit eingesetzt ist und mit dem diese Konditionen vereinbart wurden.

(Quelle: SHG Rhein-Main / Newsletter 3.04)

Wie kommt man wach und fit über den Tag?

Bevor der Arbeitsalltag beginnt, sollte man ausreichend Licht tanken, rät der Regensburger Schlafforscher Professor Jürgen Zulley. Dabei hilft, wenn man kürzere Wege zur Arbeit bewusst zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegt. Auch an der Arbeitsstelle hat ausreichend Licht einen großen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und hält länger vigilant.

Das Bundesarbeitsschutzgesetz verlangt bei Schreibtischplätzen je nach Tageslichtmenge 300 bis 500 Lux, ohne Tageslicht 1000, so Zulley. Pausen legt man meistens in die biologischen Tiefphasen, selbst Minipausen wirken mittags Wunder. Wer darüber hinaus auch mal seine Lage verändert, etwa statt nur im Sitzen mal im Stehen arbeitet, der kommt auch gut durch stressige Tage, ohne schläfrig zu werden.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Zuzahlung im Schlaflabor

Mit Beginn der Gesundheitsreform am 1. Januar 2004 hat sich auch die Zuzahlungspraxis der Krankenkassen verschärft. Die Schlaflabore bestellen heute, um möglichst volle Tagessätze gegenüber den Krankenkassen geltend machen zu können, die für Kontrolluntersuchungen vorgesehenen Patienten bereits am Vormittag zur Aufnahme. Da sich somit die Kontrolluntersuchung nicht mehr nur auf den Aufenthalt in der Nacht beschränkt, werden die Patienten bis zu 24 Stunden betreut und somit fällt bei der Entlassung auch die Zuzahlung von derzeit € 10,- pro Tag an. Da die jeweilige Dauer des Aufenthalts im Schlaflabor von Krankenhaus zu Krankenhaus verschieden sein kann, empfiehlt es sich bei nur nächtlichem Aufenthalt zunächst einmal die Zuzahlung zu verweigern und dann mit der Krankenkasse zu verhandeln, dass diese unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes in Bonn (Aktenzeichen II2 0756/01) erlassen wird.

(Quelle: SHG Rhein-Main / Newsletter 3.04)

250 000 Schlafapnoiker in Polen

Schätzungsweise leiden ungefähr 250 000 Menschen in Polen an einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) – diese Zahl wurde beim Kongress der Polish Society of Sleep Disorders bekannt gegeben, der vom 28. bis 30. Mai dieses Jahres in dem kleinen Dorf Jurata an der Ostseeküste stattfand. Eine große Studie an über 1200 Einwohnern Warschaus lieferte erschreckende Zahlen: 11,3% der Probanden litten an einem OSAS mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index über 10 und exzessiver Tagesschläfrigkeit. Noch alarmierender ist die Häufigkeit der durch Sekundenschlaf am Steuer bedingten Verkehrsunfälle. Die Schlafmedizin in Polen ist noch entwicklungsbedürftig; derzeit gibt es insgesamt 16 medizinische Zentren.

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 3 / 2004)

Sozialrichter stärken Patientenrechte

Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat die Rechte der Versicherten und ihrer Ärzte bei Krankenhausbehandlungen erheblich gestärkt. Nach einem vor einiger Zeit veröffentlichten Grundsatzurteil muss die Krankenkasse den Versicherten anhören und ihm einen formellen Bescheid erteilen, wenn sie die Kosten für die weitere Behandlung nicht tragen will. Dagegen kann der Patient dann rechtlich vorgehen. Bislang haben Kassen und Krankenhäuser solche Streitfälle meistens unter sich ausgetragen. Im konkreten Fall ging es um einen Patienten, für den die Krankenkasse aufgrund eines eigenen Gutachtens die Kosten für die Unterbringung in einem Krankenhaus des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen nicht mehr übernehmen und die Einweisung in ein Heim mit ambulanter Behandlung verfügen wollte. Der behandelnde Arzt war anderer Meinung und behielt den Patienten in der Klinik. Der LWV verlangte nun von der Krankenkasse über 24000 Euro für die weitere Behandlung. In seiner Urteilsbegründung stärkte das BSG die Patienten und auch die Ärzte, denn wenn es nach einer Krankenhausbehandlung zu Komplikationen komme, dann müsse der behandelnde Arzt dafür straf- und zivilrechtlich haften. Daher brauche er seinen eigenen Entscheidungsspielraum und die Krankenkasse müsse die Entscheidung akzeptieren, sofern sie nicht objektiv unvertretbar sei.

Die Sozialrichter kritisierten besonders scharf, dass die Krankenkasse den Patienten weder informiert noch angehört hatte. In Zukunft müssen die Krankenkassen nach dem Kasseler Urteil die Betroffenen anhören und bei Verweigerung der weiteren Behandlung einen formellen Bescheid erteilen.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Nicht-erholsamer Schlaf

Klagen und Beschwerden über Ein- und Durchschlafstörungen bzw. frühmorgendliches Erwachen und eine daraus resultierende Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit (z. B. Tagesschläfrigkeit, mangelnde Leistungsfähigkeit) sind ein weit verbreitetes Problem. In den letzten Jahren hat sich der Blickwinkel bei der Betrachtung von Schlafstörungen verändert: inzwischen steht weniger der Begriff der Insomnie (= Schlaflosigkeit) im Vordergrund, stattdessen ist der Begriff nicht-erholsamer Schlaf in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Dieser Wechsel der Sichtweise rührt daher, dass man erkannt hat, dass für viele Menschen mit Schlafstörungen weniger die Einschränkung des Nachtschlafs im Vordergrund steht, sondern dass vor allem massive Störungen der Tagesbefindlichkeit bzw. der Funktionsfähigkeit Probleme bereiten. Schlaflosigkeit und daraus resultierende Beschwerden sind extrem häufig und betreffen zwischen 10 und 20% der Bevölkerung in westlichen Industrienationen. Die Beschwerde nimmt mit dem Alter zu und ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Erster Anlaufpartner für Betroffene ist in der Regel der Hausarzt.

An Therapiestrategien gibt es inzwischen ein breites Repertoire von medikamentösen und nicht-medikamentösen Möglichkeiten. Zu den nicht-medikamentösen Möglichkeiten zählen die Regeln der Schlafhygiene, chronobiologische Regeln sowie bestimmte verhaltenstherapeutische Techniken, wie Entspannungsmethoden, Regeln zur Schlaf-Wach-Rhythmusstrukturierung und Techniken zur Reduktion nächtlicher Grübeleien. Im medikamentösen Sektor gibt es neben den lange Zeit die Behandlung dominierenden Benzodiazepinen inzwischen diesen ähnliche verwandte Medikamente, die jedoch mit einem geringeren Abhängigkeitsrisiko und weniger Nebenwirkungen verbunden sind. Darüber hinaus stehen eine Vielzahl von anderen Medikamenten zur Verfügung, die im Einzelfall angewandt werden können. Zusammenfassend existiert also inzwischen ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, das mit Erfolg bei Schlaflosigkeit und nicht-erholsamen Schlaf eingesetzt werden kann.

(Quelle: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg)

Prozess in Merseburg geplatzt – Unglücksfahrer von der A 9 soll nicht schuld am Tod von Reisenden sein

Der Prozess um das schwere Busunglück auf der A 9 bei Weißenfels im Sommer 2003 muss neu aufgerollt werden. Seinem Mandanten könne der Tod von Reisenden nicht vorgeworfen werden, sagte der Verteidiger des angeklagten 67-jährigen Berufskraftfahrers Heinz J. vor dem Amtsgericht in Merseburg (Sachsen-Anhalt). Der Busfahrer habe den Unfall auf der A 9 bei Weißenfels im Sommer vergangenen Jahres, bei dem fünf Menschen ums Leben kamen und 19 verletzt wurden, nicht fahrlässig herbeigeführt.

J. leide seit Jahren an einer Schlafapnoe, die zum verhängnisvollen Sekundenschlaf am Steuer des Busses führte, erklärte der Anwalt. Deshalb beantragte er am letzten Verhandlungstag, weitere medizinische Gutachten einzuholen. Dafür werde sich der angeklagte J. in einem Schlaflabor seiner Wahl untersuchen lassen. Dem Antrag wurde stattgegeben, da das Ergebnis der Sachverständigen maßgeblich die Entscheidung der Kammer beeinflussen würde, erklärte das Gericht und ließ die Verhandlung platzen.

Die zu erwartende Laboranalyse dauere offenbar länger als zehn Tage, die per Gesetz jedoch maximal zwischen zwei Verhandlungstagen liegen sollte. Deshalb setzte die Kammer die Hauptverhandlung aus. Wann der Prozess um den Tod der vier Frauen und einem Mann aus Bayern neu aufgerollt wird, steht noch nicht fest.

Im Schlaflabor solle nachgewiesen werden, dass bei seinem älteren und schnarchenden Mandanten in der Nacht mehrmals die Atmung aussetze. Das führe zu Sauerstoffmangel und Schlafdefizit. Dies wiederum hätte zum verhängnisvollen Sekundenschlaf beim Lenken eines besetzten Reisebusses geführt, sagte der Anwalt, der seine Kenntnisse der Krankheit vorrangig aus dem Internet habe.

Bereits am Vormittag hatte ein vom Gericht bestellter medizinischer Gutachter der Martin-Luther-Universität in Halle nicht ausschließen

können, dass der Angeklagte ohne vorherige Warnsignale seines Körpers am Steuer ohnmächtig geworden sei. Voraussetzung dafür wäre eine neurologische oder kardiologische Störung. Allerdings konnte der Gutachter aufgrund der Unterlagen der Hausärztin des Busfahrers keinerlei Anzeichen dafür entdecken. Darüber hinaus habe der Mann seit Jahren so genannte Beta-Blocker gegen Bluthochdruck eingenommen, die einen krankhaft bedingten Sekundenschlaf eher unwahrscheinlich machten. Eine vom Gericht angeregte kardiologische und neurologische Untersuchung wolle der Angeklagte aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht durchführen lassen, erklärte sein Verteidiger am Freitag.

Der Staatsanwalt erklärte, dass J. erst im Jahr 2000 einwandfrei auf seine Fahrtauglichkeit untersucht wurde. Er beantragte, dem Busfahrer die Fahrerlaubnis vorläufig zu entziehen. Das Gericht wies die Forderung wegen fehlender dringender Gründe zurück.

Auf dem Weg von Bayern zu einer Ostseekreuzfahrt nach Kiel war am 24. August 2003 der Reisebus eines Unternehmens aus Leverkusen in Sachsen-Anhalt von der Autobahn abgekommen und umgestürzt. Zum Unfallhergang hatte der Angeklagte im Prozessverlauf geschwiegen. Die Staatsanwaltschaft geht aufgrund der Spurenlage von einem nicht krankhaften Sekundenschlaf aus und wirft ihm fahrlässige Tötung und Gefährdung des Straßenverkehrs vor. Seit Januar dieses Jahres fahre der Angeklagte wieder Bus – allerdings nur tagsüber und im Regionalverkehr, sagte sein Verteidiger.

(Quelle: alle vor Gericht; Rechtsanwalt Helmut-Hartwig Heuer auf ddp-Anfrage)

Ein Stammtisch für Schlafapnoiker in Aachen

Die Selbsthilfegruppe Aachen Stadt hat einen Stammtisch eingerichtet, der sich einmal im Monat an jedem zweiten Donnerstag in der Gaststätte „Fuchsbau“, Aachen, Adalbertsteinweg, trifft.

Interessierte können dort mit Gleichgesinnten Ihren Erfahrungsaustausch sowie Tipps und Anregungen erhalten. Hans-Peter Cremer ist der zuständige Ansprechpartner.

(Quelle: SHG Aachen Stadt)

Rechtstipp: Schlafapnoegeräte sind nicht erstattungsfähig

Wer als privat Versicherter ein Schlafapnoe-Gerät braucht, kann nicht mit finanzieller Unterstützung der Krankenkasse rechnen. Die Geräte sind als Hilfsmittel nicht erstattungsfähig, weil sie in den Versicherungsbedingungen nicht als solche ausgewiesen sind. In den Versicherungsbedingungen sind grundsätzlich alle möglichen Hilfsmittel aufgezählt, für die die Krankenkasse aufkommen muss. Apnoegeräte sind dort nicht erwähnt.

In einem vor dem Bundesgerichtshof in Karlsruhe verhandelten Fall verlangte ein Versicherter den Ersatz der Kosten für das Gerät. Die Versicherung weigerte sich mit Hinweis auf die Versicherungsbedingungen und bekam Recht: Die Versicherungsbedingungen legen – wenn auch nicht ganz eindeutig – fest, dass das benötigte Gerät nicht erstattungsfähig ist, weil nur bestimmte, in den Bedingungen aufgeführte Hilfsmittel bezahlt werden. Das sei auch nachvollziehbar, weil nur durch eine Begrenzung und das damit verbundene Kostensteuerungskonzept sichergestellt wird, dass die Kosten für den Versicherer überschaubar bleiben, erklärten die Richter. Beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung sollten Versicherte deshalb darauf achten, dass in den Versicherungsbedingungen die benötigten Hilfsmittel enthalten sind.

(Quelle: ddp, 15. Juli 2004)

Schlafstörungen und Depressionen

Ein- und Durchschlafprobleme, Erwachen am frühen Morgen und nicht-erholsamer Schlaf sind ein sehr häufiges Symptom depressiver Erkrankungen. Nicht selten ist die Beeinträchtigung des Schlafs das erste und hervorstechendste Symptom bei Patienten, die an einer Depression leiden.

Da Depressionen mit erheblichem Leidensdruck für die Betroffenen, langen Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie häufig mit frühzeitigen Berentungen verbunden sind, stellt die Diagnostik und Therapie der Störung des Schlafs bei depressiven Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar. Eine ausschließliche Behandlung der Schlafstörung ist bei depressiven Patienten wenig erfolgversprechend, sondern es müssen kombiniert pharmakologische und psychotherapeutische Ansätze zum Einsatz kommen, die der komplexen Symptomatik des Störungsbildes Depression Rechnung tragen. Mit einer geschätzten Prävalenz von 6 bis ca. 15% in der Allgemeinbevölkerung in westlichen Industrienationen zählen depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt. Neue epidemiologische Untersuchungen konnten zudem zeigen, dass in Deutschland depressive Erkrankungen momentan zu den häufigsten Ursachen für Fehlzeiten am Arbeitsplatz zählen und darüber hinaus die häufigste Ursache für Frühberentungen sind.

Der Begriff Depression bzw. „sich depressiv fühlen“ wird im Alltag so inflationär gebraucht, dass es wichtig ist, zuerst einmal zu definieren, was im klinischen Sinn unter einer depressiven Störung verstanden wird. Nach den Kriterien der ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO) sind die drei Kernsymptome der depressiven Episode die depressive Stimmung, der Verlust von Interesse oder Freude sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit. Die Symptome müssen mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen bestehen, um als klinisch bedeutsam angesehen zu werden. Darüber hinaus kommen weitere Symptome dazu, wie etwa Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und reduziertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen sowie Schlafstörungen und reduzierter Appetit.

Die Beeinträchtigung der Stimmung bzw. damit assoziierte Symptome können so ausgeprägt sein, dass Patienten nicht mehr arbeitsfähig sind bzw. ihr Lebensüberdruß so überhand nimmt, dass sie schließlich versuchen, Suizid zu begehen. Es wird angenommen, dass bei erfolgreichen Selbsttötungen in mehr als zwei Drittel aller Fälle eine depressive Erkrankung zugrunde liegt.

Zu den depressiven Störungen gehören verschiedene Krankheitsformen, die durch unterschiedlichen Schweregrad und variable Verläufe in Kombination mit anderen Störungen charakterisiert sein können. Nicht selten kommt es auch zu so genannten bipolaren affektiven Erkrankungen, die durch einen Wechsel von Manie und Depression gekennzeichnet sind. Bei einer klassischen depressiven Episode handelt es sich um Phasen von gedrückter Stimmung und assoziierter Symptome, die in der Regel 3 bis 6 Monate anhalten und manchmal auch von alleine abklingen. Anhaltendere, chronischere depressive Störungen sind die Dysthymie und die Zykllothymie.

Seit mehr als 3 Jahrzehnten beschäftigt sich die biologisch-psychiatrische Schlafforschung mit dem Schlaf depressiver Patienten. Ursächlich dafür sind charakteristische Veränderungen des Schlafprofils bei depressiven Patienten. Bei Patienten mit einer Depression imponieren nicht nur die so genannten Schlafkontinuitätsstörungen, d.h. die verlängerte Einschlafzeit, das gestörte Durchschlafen und das frühmorgendliche Erwachen, sondern auch Veränderungen des REM-Schlafs und des Tiefschlafs. Viele Patienten zeigen eine Vorverlagerung des REM-Schlafs mit einer Verkürzung der REM-Latenz (d.h. der Zeit zwischen dem Einschlafen und dem Auftreten der ersten REM-Periode) sowie eine Erhöhung der Augenbewegungsdichte im REM-Schlaf. Dazu kommt eine Reduktion der Tiefschlafanteile während des Schlafs, die möglicherweise auch die von vielen Patienten beklagte Nichterholbarkeit des Schlafs und erhöhte Erschöpfbarkeit tagsüber erklärt.

Die Veränderungen des Non-REM- und REM-Schlafs werden als neurobiologisch verursacht angesehen und zugrunde liegend wird eine Imbalance zwischen aminergem und cholinergem zentraler Neurotransmission angenommen, die nicht nur zu den Veränderungen des Schlafs, sondern auch zu den Veränderungen der Stimmung bei der Depression führt.

Interessanterweise besteht zwischen Schlafen und Wachen und Stimmung bei einer Untergruppe depressiver Patienten eine enge

Wechselbeziehung. Es handelt sich dabei um Patienten, die in ausgeprägter Form eine Stimmungsschwankung während des Tages zeigen mit einem Morgen-Tief, d.h. einem Stimmungstief am Morgen, und einer spontanen Aufhellung der Stimmung gegen Abend. Gehen diese Patienten nun in besserer Stimmung wieder zu Bett, so erwachen sie wieder deutlich depressiv am Morgen. Besonders diese Patienten sind es, die auf einen Schlafentzug, d.h. ein Wegfallen des Nachtschlafs, positiv ansprechen. Dabei handelt es sich um ein auf den ersten Blick paradoxes Phänomen, dass bei Patienten, die ja unter Schlafstörungen leiden, eine Wegnahme des kompletten Schlafs zu einer Stimmungsverbesserung führt. Dies ist ein inzwischen gut abgesichertes Phänomen, das weltweit intensiv beforscht wird.

Ebenso konnte gezeigt werden, dass die antidepressiv wirksamen Medikamente in der Regel den Schlaf depressiver Patienten ganz spezifisch beeinflussen, nämlich zu einer Unterdrückung des REM-Schlafs führen. Früher wurde sogar angenommen, dass hier ein ganz enger Zusammenhang besteht, dahin gehend, dass nur Medikamente, die lange und anhaltend REM-Schlaf unterdrücken, antidepressiv wirken. Inzwischen hat man hier jedoch auch festgestellt, dass es Ausnahmen von dieser Regel gibt, was diese Hypothese etwas in Zweifel gesetzt hat. Neue Untersuchungsansätze aus der Forschung zielen im Moment darauf ab, die Schlafforschung mit der Forschung aus dem Bereich der bildgebenden Untersuchung (funktionelle Kernspintomographie, Positronen-Emissions-Tomographie) zu vernetzen. Von diesem Forschungszweig sind in Zukunft sicherlich noch weiterführende Erkenntnisse über die engen Wechselwirkungen zwischen Schlaf und Depression zu erwarten.

In alten psychiatrischen Lehrbüchern finden sich häufig Aussagen in die Richtung, dass Klagen über Ein- und Durchschlafstörungen eigentlich immer mit einer zugrunde liegenden Depression verbunden sind. Von dieser Sichtweise ist man inzwischen abgerückt. Zwar ist es so, dass mehr als 90% aller Patienten, die an einer klinisch relevanten Depression leiden, auch über eine Störung des Schlafs klagen, aber andererseits gibt es natürlich viele Patienten, die ausschließlich unter Schlaflosigkeit leiden, aber nicht depressiv erkrankt sind.

Es bestehen jedoch interessante Zusammenhänge: So konnte eine amerikanische Arbeitsgruppe zeigen, dass Patienten, die momentan gesund sind, aber schon einmal an einer Depression erkrankt waren, im Vorfeld einer neuen Depression etwa 4 bis 5 Wochen vorher

wieder begannen, Schlafstörungen zu entwickeln. So könnte also eine Beeinträchtigung des Schlafs ein Frühwarnzeichen bei depressiven Patienten darstellen, das es gilt zu beachten und zu therapieren, um einen vollen Rückfall in die Depression zu vermeiden. Zum Zusammenhang zwischen Schlaflosigkeit und Depression gibt es inzwischen auch eine alternative Sichtweise, die davon ausgeht, dass dauerhafte und chronische Schlaflosigkeit, die nicht oder nicht adäquat behandelt wird, selber zu einem Risikofaktor wird, irgendwann depressiv zu erkranken. Dafür sprechen inzwischen mehr als 5 groß angelegte epidemiologische Studien, die zeigen konnten, dass Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ausschließlich unter einer Schlafbeschwerde litten, ein größeres Risiko hatten, ein bis drei Jahre später depressiv zu sein, als diejenigen, die zu Beginn nicht unter Schlaflosigkeit litten. Insofern ergibt sich die interessante Hypothese, ob nicht die frühe Behandlung der Insomnie und Schlaflosigkeit eine wichtige Präventionsmöglichkeit für depressive Erkrankungen darstellen könnte. Gestützt wird diese Hypothese auch durch die Tatsache, dass bei Patienten mit reiner Insomnie, d.h. Schlaflosigkeit ohne Depression, neben den klassischen Schlafmitteln auch Antidepressiva in niedriger Dosierung sehr wirksam sind.

Zur Behandlung von depressiven Erkrankungen generell steht inzwischen ein großes Spektrum antidepressiv wirksamer Medikamente zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es auch spezifische psychotherapeutische Verfahren, die in den letzten Jahrzehnten als sehr wirksam bei der Behandlung zumindest leichter bis mittelschwerer Depressionen nachgewiesen wurden.

In medikamentöser Hinsicht stehen neben den klassischen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva inzwischen die so genannten serotoninen Reuptake-Hemmer (SSRI) sowie kombinierte Noradrenalin- und Serotonin-Reuptake-Hemmer und ähnliche Medikamente zur Verfügung. Neben den Medikamenten zur Akutbehandlung gibt es zudem so genannte Stimmungsstabilisierer, d.h. Medikamente wie Lithium und Carbamazepin und ähnliche, die zur Prophylaxe von Depressionen eingesetzt werden. Medikamente aus dem Bereich der so genannten Serotonin-Reuptake-Hemmer, wie etwa das Fluoxetin, sind keine primär schlaffördernden Medikamente, sondern können sogar als Nebenwirkung Schlafstörungen verstärken. Insofern sind sie bei Patienten mit Depressionen, bei denen die Schlafstörungen im Vordergrund stehen, nicht unbedingt gut geeignet.

Gefragt wird auch häufig, ob es abgesehen von den synthetischen Antidepressiva pflanzliche Medikamente gibt, die bei Depressionen wirksam sind. Gut belegt ist dies inzwischen für Medikamente auf Johanniskrautbasis, die allerdings in genügend hoher Dosierung gegeben werden müssen.

Die medikamentöse Therapie der Depression sollte in der Hand eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie liegen bzw. zumindest von diesem eingeleitet werden.

Neben den medikamentösen Therapien, die auf jeden Fall über das Abklingen der Depression hinaus genommen werden müssen, um einen Rückfall zu verhindern, gibt es zwei spezifische psychotherapeutische Verfahren, die sich inzwischen in vielen Studien als bewährt gezeigt haben. Dabei handelt es sich um die so genannte kognitive Verhaltenstherapie und um die interpersonelle Psychotherapie der Depression. Beiden Verfahren ist gemein, dass sie speziell zur Behandlung depressiver Patienten entwickelt wurden. Während die so genannte kognitive Verhaltenstherapie in erster Linie auf eine Veränderung der depressiven Grundannahmen im Sinne von depressiven Gedanken abzielt, macht es sich die interpersonelle Psychotherapie zum Ziel, auf klassische Konfliktsituationen depressiver Patienten, wie etwa Verlust- und Trennungssituationen, einzugehen.

Der wissenschaftliche und klinische Standard bei der Behandlung depressiver Patienten geht inzwischen davon aus, dass eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie langfristig gesehen für die Patienten am erfolgversprechendsten ist. Während die Medikamente ihre Wirkung in einem Zeitraum von 2 bis 4 Wochen entfalten, ist bei alleiniger Psychotherapie nicht von einem so schnellen Wirkeintritt zu rechnen. Allerdings hat die Kombination mit Psychotherapie den Vorteil, dass Patienten in der Regel sich über längere Zeiträume stabilisieren und weniger gefährdet sind, einen Rückfall in die Depression zu erleiden.

Natürlich können neben den depressionsspezifischen Verfahren bei Patienten mit Depressionen, bei denen auch die Schlafstörungen im Vordergrund stehen, zusätzlich die ganze Palette kognitiv-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen zum Einsatz kommen.

(Quelle: das schlafmagazin, Heft Nr. 2/2004)

Schnelle unbürokratische Hilfe

Am 3. April dieses Jahres fuhren wir, meine Frau und ich, nach Frankreich, um ihre Familie in Clermont-Ferrand zu besuchen, eine Reise von ca. 800 km. In der ersten Nacht in Frankreich von Samstag auf Sonntag fiel mein CPAP-Gerät aus und damit auch mein Schlaf. Bei einem Freund, der ein guter Bastler ist, haben wir festgestellt, dass der Transformator, der mein Reisegerät von 220 V auf 12 V herunterregelt und der vor ein paar Jahren defekt war, normal funktionierte und am Gerät selbst konnten wir nichts machen.

Also habe ich am Sonntagnachmittag (!) das CHU (Centre Hospitalier Universitaire = Uniklinik) in Clermont-Ferrand angerufen, wo mir dann die Telefonnummern von einigen „Organismes de Ventilation“ (so heißen in Frankreich die Firmen, die in Zusammenarbeit mit Apotheken CPAP-Geräte verleihen) gegeben wurden. Unter der ersten angerufenen Nummer meldete sich eine Firma, die in einer kleinen nahegelegenen Stadt angesiedelt war. Diese Firma versprach mir ohne weitere Umstände, noch am Sonntag sofort nach Clermont-Ferrand zu fahren, um festzustellen, welche Ersatzgeräte dort zur Verfügung stünden. Nach einer Viertelstunde wurde ich zurückgerufen und mir wurde mitgeteilt, dass man ein passendes Gerät gefunden und mir gerne bringen würde. Eine weitere Viertelstunde später – also insgesamt eine halbe Stunde nach meinem ersten Anruf! – kamen zwei Mitarbeiter der Firma in einem Lieferwagen und brachten mir das Gerät persönlich ... wohlgemerkt am Sonntagnachmittag!!!

Ich habe das Gerät dann am folgenden Freitag zurückgegeben, da ein Mitglied unserer Familie aus Deutschland uns nachreiste und mir mein Heimgerät mitbringen konnte. Nun erwartete ich eine Rechnung der französischen Firma für die geleistete Hilfe. Aber weit gefehlt, die Firma betrachtete diese Leistung als kostenlosen Kundenservice. Ich war doppelt angenehm überrascht über die prompte und zudem auch noch kostenlose Hilfe.

Ich erfuhr auf diese Weise auch, dass in Frankreich die CPAP-Geräte vierteljährlich überprüft, gereinigt und, wenn erforderlich, neu eingestellt werden. Aus Deutschland bin ich gewöhnt, dass solcher Service nur alle zwei Jahre geleistet wird.

(Quelle: SHG Schlafapnoe Rhein Main/Patientenbericht)

Wartung von SOMNOcomfort WM 24000/ SOMNOcomfort WM 24050

Wir empfehlen, Wartungen und Instandsetzungsarbeiten nur durch den Hersteller Weinmann bzw. autorisierte Fachhändler durchführen zu lassen.

Die Verschmutzung der beiden Filter muss regelmäßig überprüft werden.

- Das Grobfilter sollten Sie einmal in der Woche reinigen und spätestens alle 6 Monate wechseln.
- Das Feinfilter muss noch spätestens 250 Betriebsstunden gewechselt werden.

Aus hygienischen Gründen empfehlen wir:

- den Druckmessschlauch II nach 6 Monaten – bei Verschmutzungen früher – auszutauschen;
- das komplette Maskensystem je nach Verschmutzung alle 6 bis 12 Monate auszutauschen;
- das Ausatemsystem entsprechend der zugehörigen Gebrauchsanweisung auszutauschen.

Zusätzlich muss als vorbeugende Instandhaltungsmaßnahme eine Wartung durchgeführt werden.

Entweder nach:

- jeweils 5000 Betriebsstunden Wartungssymbol 22 erscheint im Display;
- spätestens nach 2 Jahren (siehe Wartungsaufkleber auf der Rückseite des Gerätes).

Zu einer Wartung gehören:

- Filterwechsel;
- Reinigung des Gerätes;
- Austausch eventuell defekter Teile;

- vollständige Prüfung der Gerätefunktionen und der Druckanzeige.

Wartungsfristen von SOMNOsmart (ab Geräten Nr. 2000):

- Die Verschmutzung der beiden Filter 24 und 25 muss regelmäßig überprüft werden.
- Das Grobfilter 25 sollten Sie einmal in der Woche reinigen und spätestens alle 6 Monate wechseln.
- Das Feinfilter 24 muss nach spätestens 250 Betriebsstunden gewechselt werden.
- Der Druckmessschlauch 9 und der Oszillationsschlauch 11 müssen spätestens nach 6 Monaten – bei Verschmutzungen früher – gewechselt werden.

Aus hygienischen Gründen und um einer erhöhten Ausatemarbeit gegen den verschmutzten Schalldämpfer vorzubeugen, empfehlen wir

- das komplette Maskensystem je nach Verschmutzung alle 6 bis 12 Monate auszutauschen und
- den kompletten Schalldämpfer je nach Verschmutzung alle 3 bis 6 Monate auszutauschen. Spätestens bei deutlich erhöhtem Ausatemwiderstand sollte der Schalldämpfer ersetzt werden.

Siehe Kapitel „Reinigung“ in der entsprechenden Gebrauchsanweisung. Zusätzlich muss als vorbeugende Instandhaltungsmaßnahme nach jeweils 5000 Betriebsstunden eine Wartung durchgeführt werden.

Wir empfehlen, Wartungen und Instandsetzungsarbeiten nur durch den Hersteller Weinmann bzw. autorisierte Fachhändler durchführen zu lassen.

(Quelle: Weinmann, Geräte für Medizin)

Fortsetzung der CPAP-Therapie im Krankenhaus

Wird das Pflegepersonal in Deutschlands Krankenhäusern auf die sachgemäße und notwendige Anwendung der CPAP-Geräte und das Anlegen sowie die Reinigung der Atemtherapiemasken ausreichend geschult? Nach meiner persönlichen Erfahrung muss ein klares NEIN die Antwort sein, obwohl es auch einzelne Ausnahmen gibt. Diese Erkenntnis erlangte ich

- a) nach einem eigenen Autounfall in einem Kreiskrankenhaus in Thüringen,
- b) nach Besuch eines schwer gestürzten SHG-Mitgliedes auf einer Intensivstation und danach auf der Wachstation in einem Klinikum in Hessen,
- c) von Berichten unserer SHG-Mitglieder, die die gleichen Erfahrungen gemacht haben.

In mehreren Gesprächen mit Ärzten und Krankenschwestern wurde mir klar gemacht, dass keine Ausbildung zur Handhabung von CPAP-Geräten und Atemtherapiemasken in den Studiengängen erfolgt. „Das müssen uns die Angehörigen zeigen“, oder: „der Patient wird, wenn notwendig, schon von uns mit Sauerstoff versorgt“, war die hilflose, ausweichende Antwort.

Die Notwendigkeit der Anwendung der nasalen Überdruckbeatmung wird aus verschiedenen Gründen nicht beachtet und demzufolge auch nicht durchgeführt. Die Information des Notfallpasses müsste auf der KK-Chipkarte eingetragen werden, damit sie beachtet wird.

Obwohl der Befund „Obstruktive Schlafapnoe“ auf der Intensivstation durch Angehörige bekannt gemacht wurde, fehlte dies in der Krankenakte. Die Nachfolgeabteilung im gleichen Krankenhaus wusste demnach nichts von der Schlafapnoe des Patienten. Auch das CPAP-Gerät wurde nicht in die Folgeabteilung mitgenommen.

Solche Zustände dürfen nicht zugelassen werden. Nach einigen Gesprächen mit verantwortlichen Leitern wurde eine erste Schulung von Pflegepersonal angesetzt. Heutzutage gehören solche „Fach-

kenntnisse“ einfach dazu, zumal die Zertifizierung als Qualitätsnachweis der Krankenhäuser immer mehr gefordert wird.

Auch die Aufnahmebögen, die vom Patienten vor einer Krankenhausbehandlung ausgefüllt und unterschrieben werden müssen, sind um eine Frage zu erweitern:

„Sind Sie Schlafoapnoe-Patient oder haben Sie anderweitige Atemwegserkrankungen?“

Die SHG sollten Kontakt mit den Krankenhäusern ihrer Umgebung aufnehmen und die Frage der speziellen Weiterbildung des Pflegepersonals mit den dafür Verantwortlichen besprechen. Gegebenenfalls sollte eine Weiterbildung gefordert werden. Hier kann die SHG bestimmte Hilfestellung geben.

(Quelle: SHG Fulda, Roland Scholz)

TV am Bett stört den gesunden Schlaf

Die Telefone standen nicht still: Ein Thema, das im wahrsten Sinne des Wortes viele um den Schlaf bringt, machte gestern Abend die vier Experten der FZ-Telefonaktion zu begehrten Ansprechpartnern. Schwere Schlafstörungen, so das Fazit des zweistündigen Telefonmarathons, können Ursache für viele Folgeerkrankungen sein, darunter Bluthochdruck und Herz-Rhythmusstörungen.

Viele Anrufer trugen ihre persönlichen Probleme vor: Ein- und Durchschlafprobleme wegen Medikamentenabhängigkeit, Tinnitus, durch nächtliches Schnarchen mit Atemstillstand und Sauerstoffmangel – der so genannten Schlafapnoe – oder wegen des weit verbreiteten Syndroms der Unruhe in den Beinen. Manches ist behandelbar, vieles aber bedarf auch psychischer Beratung, so die beiden Fachärzte Dr. Conrad Wiederhold und Dr. Thomas Klitsch. Sie konnten aber auch so manche Sorge wegen angeblicher Schlafprobleme entkräften. Dr. Wiederhold: Es gebe Kurz- und Langschläfer, das heißt nicht jeder müsse sechs bis acht Stunden schlafen, um tagsüber fit zu sein. Jeder habe seinen eigenen Rhythmus. Oft würde auch bereits die richtige Schlafhygiene helfen, um besser schlafen zu können: Kein Fernseher

im Schlafzimmer, für das richtige Bett und die richtige Temperatur sorgen, abends nicht zu schwer und zu viel essen; auch Alkohol zerstöre den Schlaf. Den vielen älteren Anrufern wurde geraten, nicht allzu früh zu Bett zu gehen: Wer sich im Alter von 80 Jahren abends um 9 Uhr schlafen lege, müsse damit rechnen, um eins oder zwei Uhr wieder wach zu werden, weil er ausgeschlafen sei.

Viele Fragen gab es zum Schlaflabor, in welchem das Schlafverhalten analysiert und die Ursachen für Tagesmüdigkeit, Erschöpfung und Konzentrationsmängel festgestellt werden können. Dr. Wiederhold konnte Anrufer informieren, dass das mit zwei Messplätzen am Herz-Jesu-Krankenhaus angesiedelte Fuldaer Schlaflabor nun auch anerkannt sei und die Patienten nicht mehr nach Rotenburg oder Münnerstadt fahren müssten. Derzeit betragen die Wartezeiten ein bis zwei Wochen; die Zahl der zu untersuchenden Patienten steige. Wichtig für viele Betroffene: Was zahlen die gesetzlichen Krankenkassen? Uwe Wiencke von der DAK informierte, dass fast alle Kassen die Kosten für eine Untersuchung im Schlaflabor in Höhe von rund 470 Euro übernehmen. Dass viele Menschen mit Schlafproblemen zu tun haben, ihnen aber die Selbsthilfegruppe „Schlafapnoe Fulda und Umgebung“ unbekannt ist, wurde in den viele Anrufen bei Vorsitzendem Peter Scholz deutlich. Wer Kontakt aufnehmen will, kann dies unter der Rufnummer (0661) 9338992 tun.

(Quelle: Fuldaer Zeitung / 16.09.2004)

Schlafstörungen im Alter sind nicht immer krankhaft

„Heute war mal wieder eine miese Nacht. Es war windstill, die Glockenschläge von mindestens drei Kirchen waren zu hören. Unglaublich, aus wie vielen Viertelstunden eine Nacht bestehen kann.“ Aber das macht Georg Segessenmann normalerweise nichts aus. Er nimmt sich die Ruhe der Nacht, um seine Gedanken zu ordnen, Themen, die vielleicht die letzten Tage nicht zu Ende gedacht wurden, ins Lot zu bringen. Im Internetforum des Seniorentreffs unter www.seniorentreff.de sucht er nach Leidensgenossen. „Wie gehen eigentlich meine Treffpartner mit einer schlaflosen Nacht um? Gibt es

da Geheimrezepte, Tricks, Tipps? Aber bitte nicht das Schäfchenzählen bringen – das hat bei mir schon vor 60 Jahren nicht geholfen!“

So wie Georg Segessenmann geht es vielen Menschen. Das berichtet das Zentrum für Schlafmedizin in Dortmund. Mehr als ein Viertel der über 60-Jährigen in Deutschland klagt über Schlafprobleme. Das sind rund sechs Millionen Menschen. Zwei Drittel der von Insomnie Betroffenen gehen erst gar nicht zum Arzt, ergab eine vom renommierten Schlafforscher Dr. Jürgen Zulley, Professor an der Universität Regensburg, und dem Kanadier Maurice Ohayron durchgeführte Studie über Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie). Bisher gab es für Insomniker keine Selbsthilfegruppen.“ Das soll sich ändern“, sagt Reinhard Müller, Vorsitzender des VdK-Fachverbands Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen. Zusammen mit Zulley will er alle dem Dachverband angeschlossenen Selbsthilfegruppen dazu auffordern, spezielle Beratungs- und Hilfsangebote für Insomniker zu entwickeln. Neben den Selbsthilfegruppen gibt es jetzt noch eine weitere Möglichkeit zu erfahren, ob man an einer behandlungsbedürftigen Schlafstörung leidet. Wer unter www.schlaftrainer.de einen Fragebogen ausfüllt, erhält von Schlaf-Experten innerhalb von einem Tag ein individuelles und kostenloses Gutachten mit wertvollen Tipps.

Der Schlaftrainer informiert auch über die Bedingungen für einen gesunden Schlaf und gibt persönlich zugeschnittene Anregungen.

Ein falsches Verständnis vom Schlaf könne zu Schlafstörungen führen, so Dr. Michael H. Wiegand vom Schlafmedizinischen Zentrum der Technischen Universität München. Schlafforscher haben herausgefunden, dass sich das Schlafverhalten im Laufe des Lebens verändert. „Bei einem älteren Menschen reduziert sich der Nachtschlaf. Er geht früher zu Bett und steht am Morgen früher auf“, stellt Zulley fest.

„Die Zunahme der Schlafstörungen im Alter sind allgemein auf eine Abnahme der sozialen und körperlichen Aktivitäten zurückzuführen. Ältere Menschen, die aktiv sind, haben nicht mehr Schlafstörungen als junge Menschen“, sagt Zulley.

Jugendliche und Erwachsene kommen in der Regel mit acht Stunden Schlaf aus. Aber nach dem 50. Lebensjahr verringert sich das Nachtschlafbedürfnis oft auf unter sechs Stunden pro Tag. Durchschnittlich

schlafen ältere Menschen zwischen sechs und sieben Stunden, die Nachtschlafdauer kann aber bei sehr alten Menschen auch auf fünf Stunden sinken. Doch im höheren Alter verändert sich nicht nur die Nachtschlafdauer. Die Tiefschlafphasen verkürzen sich von einem Fünftel auf ein Achtel der gesamten Schlafdauer. Ältere Menschen wachen zudem oft für kurze Zeit auf, lassen sich leichter wecken und ihr Schlaf wird eher durch Geräusche gestört. Im Alter sinkt auch die Anzahl der Traumphasen.

Für einen gesunden Schlaf können Senioren etwas tun. Wichtig sei, so Zulley, sich erst einmal über den Schlaf zu informieren. Im zweiten Schritt greift die Selbsthilfe, wenn die Regeln der Schlafhygiene erst genommen und praktiziert werden, mahnt er. Dazu gehört das Einhalten eines Tagesablaufs, das Schlafen in einem geeigneten Raum, der kühl, ausreichend belüftet, dunkel und ruhig sein sollte.

Wer all dies berücksichtigt und dennoch schlecht schläft, muss wissen, dass besondere Veränderungen des individuellen Biorhythmus das Schlafverhalten beeinflussen können. Das kommt häufig vor bei der Pensionierung, bei einem Krankenhausaufenthalt oder dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung. Auch haben Medikamente und Krankheiten einen negativen Einfluss auf das Schlafverhalten.

Ansonsten ist es erst einmal hilfreich, so Wiegand, ein Schlaftagebuch zu führen. Hier werden alle Ruhezeiten des Tages eingetragen, angefangen von der Nachtruhe bis zum Mittagschlaf und dem Nickerchen vor dem Fernseher.

Zum Arzt gehen sollte man auf jeden Fall, rät Zulley, wenn das Wohlbefinden am Tag kontinuierlich über einen Zeitraum von vier Wochen deutlich beeinträchtigt wird.

(Quelle: Rheinpfalz, 12. August 2004)

Wenn der Schlaf zur Nervensäge wird

Ganze Wälder, nein Regenwälder, werden jede Nacht in Mannheim abgesägt. Im modernisierten und erweiterten Schlaflabor der HNO-Klinik der Universität Mannheim rücken Ärzte dem unliebsamen Schnarchgeräusch auf den Leib. Diese quälen nicht nur den Partner, mit dem der Schnarchende das Bett teilt.

Das Schnarchen ist das Leitsymptom einer angestregten Atmung und somit auch eine Plage für den Betroffenen. Trifft die eingatmete Luft auf erhöhte Widerstände in den oberen Atemwegen, muss der Schnarcher einen enormen Kraftakt bewältigen, um genügend Luft in seine Lungen hineinzusaugen. Dabei hat es die Luft nicht einfach: Vergrößerte Mandeln, eine Kieferfehlstellung, eine vergrößerte Zunge können ihr den Weg versperren. In den meisten Fällen ist es jedoch das ebenso unliebsame Übergewicht, weswegen sich die Patienten nicht nur im Schlaflabor die Nächte um die Ohren schlagen müssen. Wirklich gefährlich wird es, wenn der Patient ein Schlafapnoiker ist. Dann treten Atempausen, sogenannte Apnoen auf, die auch mal bis zu einer Minute andauern können. Eine Unterversorgung des Blutes mit Sauerstoff und die Kreislaufstörung sind dann die noch harmlosen Folgen. Bei einem Patienten kommt eine Zuckung der Muskeln zur Rettung in letzter Minute. „Die Zuckung ist eine Alarmreaktion des Körpers“, bestätigt Oberarzt Dr. Joachim Maurer, Leiter des Schlaflabors. Das Team um den Oberarzt untersucht im Schlaflabor aber auch die Gründe für einen zerstückelten Schlaf. Dies ist der Fall, wenn die Übergänge von einem tieferen Schlafstadium in ein leichteres abrupt geschehen. Arousals, Englisch für das Wecken, nennen die Fachleute das Phänomen, das oft Apnoen verursacht. Diese senken den Sauerstoffgehalt im Körper akut und können theoretisch zur Erstickung führen. Häufen sich solche Weckreaktionen, findet der Schlafende kaum noch in den Tiefschlaf. Fatal, wenn die Person am nächsten Tag einen Reisebus fahren oder einen Kran führen muss und in einen Sekundenschlaf fällt. Kinder können diese Störungen ebenfalls treffen. Im Schlaflabor sind auch schonmal Fünfjährige oder Grundschulkin-der, die den ganzen Tag müde und abgeschlagen sind.

Die Messungen sind hoch technologisiert. Jedem Patienten steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung, in dem er während zweier Nächte mit einem Computer „verkabelt“ und mit dem Mikrofon und Kame-

ra überwacht wird. Dr. Maurer freut sich: „So können wir zeitgleich mehrere Körpersignale untersuchen.“ Ein EKG leitet die elektrischen Aktivitäten des Herzens ab, ein EEG stellt die Hirnströme dar, der Puls wird abgenommen, der Säuregehalt in der Speiseröhre untersucht, und auch die Lage des Schlafenden wird beobachtet.

Auf den 18 Monitoren im Schlaflabor zeigen je bis zu neun unterschiedliche Linien die Körperfunktionen des Patienten an. Die Computer befinden sich in einem abgesonderten Raum, das eher einem Rechenzentrum gleicht. Die fortschrittliche Technologie erlaubt es der Klinik nun, 18 anstelle der bisher zwölf Betten aufzustellen.

Das Schlaflabor stellt nicht nur die Diagnose. Das Ärzteteam therapiert seine Patienten auch individuell. So können Kieferspannen, eine Operation oder Beatmungstherapien mit speziellen Masken zu einem Segen für die geplagten Patienten werden. Die Diagnose wird beim klassischen Weg – mit einer Überweisung vom Hausarzt – von der Krankenkasse übernommen. Auch die Therapie wird von der Krankenkasse gezahlt, sofern es sich nicht um das harmlose Schnarchen handelt, das keine Gefahr für die Gesundheit darstellt.

Der hervorragende Ruf der renommierten Mannheimer HNO-Klinik eilt ihr nicht nur bis Berlin oder Hamburg voraus. Auch Patienten aus Belgien, Dänemark oder dem Nahen Osten wissen die Erfahrung des Mannheimer Schlaflabors zu schätzen. 2000 Patienten, also 6000 Messungen jährlich, führt das Team durch. Die Kurse, in denen Kollegen ausgebildet werden, sind ständig ausgebucht.

(Quelle: Rheinpfalz, 17. April 2004)

Wenn nachts im Schlaf die Luft wegbleibt

Die Betroffenen leiden unter regelmäßigen Atemstillständen im Schlaf. Im Landkreis Cloppenburg bietet eine Selbsthilfegruppe Erfahrung- und Informationsaustausch an.

Nicht jedem ist ein friedlicher Schlaf gegönnt. Schlafstörungen sind weit verbreitet, so die Schlafapnoe-Selbsthilfegruppe Cloppenburg und Umgebung. „Und oft, so der Vorsitzende Günter Lipka aus Friesoythe, steckt hinter den Schlafstörungen eine ernsthafte Erkrankung.“

Die Selbsthilfegruppe mit Mitgliedern aus dem gesamten Landkreis Cloppenburg nutzt derzeit die bundesweite „Woche des Schlafs“, um auf die Gefahren der Schlafapnoe aufmerksam zu machen und auf Behandlungsmethoden hinzuweisen. „Lautes, unregelmäßiges Schnarchen und Atemstillstände (Apnoen) von mehr als zehn Sekunden Dauer weisen auf eine folgenschwere Erkrankung hin“, sagt Günter Lipka. Risikofaktoren seien u. a. starkes Übergewicht, Alkohol- und Zigarettenkonsum und unregelmäßige Schlafzeiten, z. B. im Schichtdienst. Bei den häufigen Atemstillständen falle die Sauerstoffsättigung des Blutes deutlich ab und die Organe litten unter Sauerstoffmangel. Mögliche Folgen seien Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schlaganfall oder Depressionen. „Die Schlafapnoe verschlechtert nicht nur die Lebensqualität, sondern verringert auch die Lebenserwartung“, betont Lipka.

Die genaue Diagnose wird Lipka zufolge von Fachärzten in Schlaflabors gestellt. Behandelt werden könne die Krankheit mit einer Art Beatmungsgerät, das sicherstellt, dass den Betroffenen nachts nicht die Luft wegbleibt.

(Quelle: Münsterländische Tageszeitung)

„Wenn die Beine nicht zur Ruhe kommen“

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS), im deutschen Sprachraum als „Syndrom der unruhigen Beine“ bezeichnet, ist definiert als eine Erkrankung mit Bewegungsunruhe und Missempfindungen beider Beine, die vor allem am Abend bzw. nachts in Ruhe auftreten, mit einem starken Bewegungsdrang einhergehen und damit zu einer Beeinträchtigung des Schlafes führen.

Mit einer Prävalenz von bis zu 10% in der Allgemeinbevölkerung zählt das RLS zu den häufigsten neurologischen Krankheiten, wird jedoch immer noch zu selten richtig diagnostiziert. Während die eigentliche Ursache der Erkrankung bisher noch nicht identifiziert werden konnte, weisen die Behandlungserfolge mit den aus der Parkinson-Therapie bekannten Medikamenten auf eine Störung im dopaminergen System des ZNS hin.

Ätiologisch kann zwischen einem primären oder idiopathischen RLS (ca. 60% der Patienten) und einer sekundären oder symptomatischen Form, die bei anderen organischen Erkrankungen auftritt, unterschieden werden. Beim idiopathischen RLS findet sich eine familiäre Häufung mit einem mutmaßlich autosomal dominanten Erbgang und einem Erkrankungsbeginn meist vor dem 30. Lebensjahr. Frauen sind dabei insgesamt häufiger, beinahe doppelt so oft, betroffen. Symptomatische Formen finden sich bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz, Eisenmangelanämie, rheumatoider Arthritis, im Rahmen einer Schwangerschaft und bei medikamentöser Therapie u.a. mit Neuroleptika und Antidepressiva.

Die Diagnose eines Restless-Legs-Syndromes wird primär aus der Anamnese und dem klinischen Befund gestellt. Zur Differenzierung symptomatischer Formen und erst bei Diagnoseunsicherheit oder Therapieversagen spielt die apparative Diagnostik, insbesondere die Polysomnographie in einem Schlaflabor eine Rolle. Hierzu wurden bereits 1995 durch die International Restless Legs Syndrome Study Group klare Diagnosekriterien formuliert.

Als Hauptsymptome und minimale Diagnosekriterien gelten Ruhelosigkeit und Bewegungsdrang der Beine, verbunden mit unangenehmen Missempfindungen in den Beinen, die in Ruhe, insbesondere am

Abend und in der ersten Nachthälfte auftreten, und die sich durch Bewegung deutlich bessern lassen. Differentialdiagnostisch müssen andere Erkrankungen mit Dysästhesien, z.B. Polyneuropathie, pAVK, Wadenkrämpfe, physiologische Einschlafmyoklonien oder andere Schlafstörungen (Schlafapnoe, PMLS) sowie sekundäre Formen bei Niereninsuffizienz, Anämie, Schwangerschaft und medikamenten-induzierte Formen (trizyklische Antidepressiva, Lithium, Neuroleptika, Metoclopramid, Theophyllin) unterschieden werden. Klinisch neurologisch findet sich bei RLS-Patienten ein unauffälliger Befund. Eine z.B. diabetische Polyneuropathie sollte gegebenenfalls elektrophysiologisch ausgeschlossen werden. Polysomnographisch finden sich bei RLS-Patienten im Wachen und im Schlaf in regelmäßiger Folge kurze Beinbewegungen von wenigen Sekunden Dauer, so genannte Periodische Beinbewegungen (PLM), die mit kurzen Änderungen in der EEG-Aktivität, Weckreaktionen (Arousal), verbunden sind, und die wiederholt zum kompletten Erwachen führen. Ein PLM-Index von > 5 gilt als pathologisch und zählt neben einem dauerhaft erhöhten Muskeltonus im EMG und einem Schlafmuster mit nur seltenem Erreichen von Tiefschlafphasen zu den Merkmalen des Schlafes bei RLS-Patienten.

Besteht bei subjektiver Beeinträchtigung der Lebensqualität (bei 1-2% aller Betroffenen) die Indikation zu einer medikamentösen Behandlung wird zur Diagnosesicherung ein L-Dopa-Test (50 mg zur 1. Nacht, 100 mg zur 2. Nacht) durchgeführt, der zu einer unmittelbaren Beschwerdereduktion bzw. -freiheit führen sollte. Zur Behandlung stehen in erster Linie dopaminerge Medikamente zur Verfügung. L-Dopa ist zur Behandlung des RLS als Restex in standardisierter und retardierter Form zugelassen. Bei leichten Formen kann eine Bedarfsmedikation mit L-Dopa vor längerer Immobilität (z.B. Flugreisen, Theater-/Konzert-Besuche) ausreichend sein. Bei positivem L-Dopa-Test empfiehlt sich eine L-Dopa-Dauertherapie als Einschlafmedikation zur Nacht (100–400 mg) und/oder bei Durchschlafstörungen in retardierter Form (100–200 mg). In schweren Fällen oder bei Patienten, bei denen es im Laufe der Behandlung zu einer Beschwerdezunahme am Ende der L-Dopa-Wirkzeit (Time Shift) oder zu Verlagerung auf andere Tageszeiten (Augmentation) gekommen ist, sollte eine Ein- oder Umstellung auf Dopaminagonisten bevorzugt mit einer langen Halbwertszeit (z.B. Cabergolin) erfolgen. In der Eindosierungsphase kann zur Coupierung peripherer Nebenwirkungen (Übelkeit, Hy-

potension) Domperidon eingesetzt werden. Opioide (z.B. Tramadol, Tilidin), wie auch Antiepileptika (z.B. Oxazepam, Gabapentin, Carbamazepin) sind als Mittel der zweiten Wahl anzusehen, sollten Kontraindikationen gegen Dopaminergika, Unverträglichkeiten oder ungenügende Wirkung der Standardpräparate bestehen. Auch bei den sekundären RLS-Formen können Dopaminergika eingesetzt werden, wenn durch eine kausale Therapie keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte. Alternative, nicht-medikamentöse Maßnahmen, wie Schlafhygiene, Entspannungsverfahren und eine vollwertige Ernährung sollten zudem berücksichtigt werden.

Das Restless-Legs-Syndrom ist heute eine zwar ätiologisch noch nicht geklärte Erkrankung, ist aber mit klaren diagnostischen Kriterien definiert und mit dem empfohlenen therapeutischen Vorgehen eine gut behandelbare Erkrankung, die einem Großteil der Betroffenen eine evidente Verbesserung der Lebensqualität verspricht und damit der allzu häufig lange Leidensweg bis zur Diagnosestellung unbedingt vermieden werden sollte. (Autor: Dr. Regina Dinkel, Assistenzärztin der Neurologischen Klinik Rosenheim)

Lärmschutz im Schlafzimmer

Jeder dritte Mann und jede fünfte Frau in Deutschland schnarcht. Sie prusten, schnauben und röhren sich durch die Nacht, mit Lärmspitzen bis 80 Dezibel. Die High-Tech-Medizin bietet verschiedene operative Methoden an, um das meist harmlose, aber lästige Schnarchen zu beenden. Ihre Wirkung ist zum Teil zweifelhaft, wie aktuelle Studien zeigen.

Professor Eugeni Ballester von der Hospital Clinic in Barcelona untersuchte in einer Placebo-kontrollierten Studie die Schnarchbehandlung mit Laserstrahlen. Die störenden Atemgeräusche werden durch eine Verengung der oberen Atemwege ausgelöst. Bei der so genannten Laser-assistierten Uvulopalatoplastik (LAUF) entfernt der Chirurg mit dem Laser überschüssiges Fett- und Bindegewebe im Rachenbereich und kürzt das Gaumensegel. Auf diese Weise sollen der Rachenraum insgesamt vergrößert und die Schnarchgeräusche vermindert werden, so das Konzept. Nur funktioniert es nicht, wie Professor Ballester

herausfand. Er hatte bei einem Teil seiner Patienten die Lasertherapie durchgeführt, bei der Kontrollgruppe die Behandlung nur simuliert. „Nach drei Monaten haben wir uns die Patienten wieder angeschaut – und keinerlei Unterschied festgestellt.“ Alle Patienten schnarchten so laut wie vorher.

Für Professor Thomas Penzel, Schlafforscher an der Universität Marburg, ist das Ergebnis nicht verwunderlich: Es gebe keine gesicherten Studien, die einen Erfolg der LAUF-Methode nachweisen. „Einzelne Untersuchungen besagen lediglich, dass bei jedem Zweiten das Schnarchen etwa zur Hälfte gebessert wird. Nur lässt sich nach objektiven Kriterien nicht vorherbestimmen, wer von dem Verfahren profitiert.“ Auch geben die Untersuchungen keine Auskunft über die Wirkungsdauer. Nach einem bis zwei Jahren habe sich bei den meisten der vermeintlich erfolgreich laserbehandelten Schnarcher der ursprüngliche Lärmpegel wieder eingestellt.

Ungefährlich ist das Arbeiten mit dem Laser im engen Rachenbereich überdies nicht: Es kann zu Verletzungen der Gaumen- oder Zungenrundmuskulatur mit starken Blutungen kommen. Die LAUF-Therapie, urteilt Chirurg Ballester, sei eine „fragwürdige Alternative“ zum Schnarchen.

Noch schlechter kommt die Radiofrequenztherapie weg. Bei dieser Methode wird eine Art Sonde in den Rachenbereich eingeführt. Radiowellen erzeugen kurzzeitig hohe Temperaturen und verdampfen überschüssiges Gewebe am Gaumen oder Zungengrund. „Das schmerzt und hinterlässt Narben“, sagt Professor Penzel. „Dass es darüber hinaus auch tatsächlich hilft, ist bisher durch nichts belegt.“ Der mögliche Behandlungseffekt sei noch kurzfristiger als bei der Lasertherapie.

Oft schon nach sechs Monaten schnarchen die Patienten genauso laut wie vorher. Wegen der unbewiesenen Wirksamkeit beider Verfahren übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen bis heute nicht deren Behandlungskosten von etwa 500 Euro pro ambulanten Eingriff. Kostengünstiger und oft sogar wirksamer sind Mund- oder Bisssschienen, die ähnlich einer Zahnsperre in den Mund geschoben werden und den Kiefer nach vorne drängen. Der Rachenraum wird dadurch erweitert, die Atmung erleichtert und das Schnarchen reduziert. Darauf weist Dr. Josef A. Wirth, Ärztlicher Leiter des Instituts für Schlafdiagnostik in Alfeld, hin. Nicht alle Patienten können oder wollen sich

mit einer solchen Schiene als nächtlichem Begleiter anfreunden. Oft bleibt sie nach wenigen Versuchen auf dem Nachttisch liegen. Wird sie jedoch regelmäßig benutzt, bringe sie in 80 Prozent der Fälle eine spürbare Linderung, so Dr. Wirth. Die Angebotspalette für Schnarcher ist ergiebig: Korrektur der Nasenscheidewand, Verkleinerung der Nasenmuscheln, Polypen- oder Mandelentfernung. Manche Betroffene versuchen es mit Nasenpflastern oder Ohrstöpseln, andere trainieren ihre Zungenmuskulatur oder kaufen sich eine Armbanduhr, die auf Schnarchgeräusche mit einem Stromstoß reagiert. Kostengünstig und nach wie vor beliebt ist die Tennisball-Methode, bei der eine Filzkugel ins Schlafanzugoberteil eingenäht wird, die verhindern soll, dass der Schläfer auf dem Rücken liegt und noch exzessiver schnarcht. Die moderne Variante des Tennisballs ist eine industriell hergestellte „Rückenlage-Verhinderungsweste“, die antiquierte eine kleine Kanonenkugel, die schnarchenden Soldaten während des amerikanischen Unabhängigkeitskrieges im 18. Jahrhundert ins Rückenteil der Uniform gesetzt wurde. All diese Maßnahmen taugen nicht, so Wirth, als dauerhaft wirksame Therapie.

Mehr Erfolg verspricht dagegen die Änderung des Lebensstils: Übergewicht reduzieren, abends nicht zu viel essen, Alkohol meiden, mit dem Rauchen aufhören. Übergewicht begünstigt Verengungen in den oberen Luftwegen, und Alkohol ist der Schnarchförderer schlechthin. Er lähmt den Zungenmuskel, der die Atemwege offen halten soll, und erschwert die Nasenatmung, weil die Schleimhäute anschwellen. Als Faustregel gilt: Jede Flasche Bier, jedes Glas Wein, direkt vor dem Schlafengehen getrunken, bringt eine Stunde Schnarchen. Doch davon, so Wirth, wollen nur die wenigsten Schnarcher etwas wissen.

Als letzte therapeutische Option bleibt eine Atemmaske, durch die der Patient nachts beatmet wird: Das CPAP-Verfahren (Continuous Positive Airway Pressure) hält mit einem individuell eingestellten Druck die Atemwege offen und verhindert lästiges Schnarchen. Die Methode ist aufwendig, aber sehr erfolgreich bei Schnarchern mit dem Schlaf-Apnoe-Syndrom, dessen Kennzeichen lange Atemaussetzer im Schlaf und in der Folge Tagesmüdigkeit und Konzentrationschwäche sind. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass durch das Tragen einer Atemmaske die Beschwerden bei 70 bis 90 Prozent der Patienten oft bereits innerhalb weniger Tage deutlich gelindert werden oder sogar ganz verschwinden.

(Quelle: Die Welt, 22. August 2004)

Leitfaden zu den deutschen Patientenrechten

Immer wieder erreichen uns Fragen von Betroffenen, welche Rechte sie im Behandlungsprozess haben und was sie tun können, wenn sie falsch behandelt worden sind. Nachstehend dokumentieren wir den gemeinsam vom BMGS, dem Justizministerium und Patientenorganisationen herausgegebene Broschüre der in Deutschland geltenden Patientenrechte, die in verschiedenen Fragen wie u. a. Patientenverfügung und Schadensfall informiert. Der Leitfaden wird in zwei Teilen dokumentiert, wobei in diesem Heft die Patientenrechte und im folgenden Heft das Vorgehen bei Behandlungsfehlern dargestellt wird.

Das Behandlungsverhältnis

Durch wen kann sich der Patient behandeln lassen?

Der Patient hat grundsätzlich das Recht, Arzt und Krankenhaus frei zu wählen und zu wechseln. Der Patient kann eine ärztliche Zweitmeinung einholen. Den begründeten Wunsch, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder eine Zweitmeinung einzuholen, soll der Arzt nicht ablehnen. Die Behandlungsunterlagen sind dem mitbehandelnden Arzt zu übermitteln. Der Patient sollte sich vorher über eventuelle Kostenfolgen bei dem Arzt oder dem Kostenträger (z. B. gesetzliche Krankenkasse) informieren.

Welche Qualität muss eine medizinische Behandlung haben?

Der Patient hat Anspruch auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Sie umfasst eine qualifizierte Pflege und Betreuung. Stehen die erforderlichen organisatorischen, personellen oder sachlichen Voraussetzungen für eine Behandlung nach dem medizinischen Standard nicht zur Verfügung, ist der Patient an einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen.

Arzneimittel oder Medizinprodukte, die zur Behandlung eingesetzt werden, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen. Dafür tragen die pharmazeutischen Unternehmer bzw. Hersteller, bei falscher ärztlicher Verordnung oder Anwendung auch der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus, die Verantwortung.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf die ärztliche Behandlung, die zur Verhütung, Früherkennung sowie Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich ist. Nicht notwendige Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, können nur gegen Übernahme der Kosten durch den Patienten erbracht werden. Die Krankenkasse muss den Patienten auf dessen Wunsch individuell über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen beraten. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt durch die Gesundheitsämter Beratungsaufgaben. Bei Behinderungen erfolgt die Beratung durch die im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorgesehenen Servicestellen. Auch die Sozialleistungsträger haben die Pflicht, über sozialrechtliche Ansprüche allgemein aufzuklären.

Was bedeutet die Einwilligung des Patienten?

Der Patient hat das Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. Er kann entscheiden, ob er sich behandeln lassen will oder nicht. Der Patient kann eine medizinische Versorgung also grundsätzlich auch dann ablehnen, wenn sie ärztlich geboten erscheint. Kommen mehrere gleichwertige medizinische Behandlungen oder Behandlungsmethoden in Betracht, muss der Arzt über Chancen und Risiken umfassend aufklären. Der Patient kann die anzuwendende Behandlung wählen. Kann zwischen Patient und Arzt kein Konsens über die Behandlungsart und den Behandlungsumfang hergestellt werden, ist der Arzt – von Notfällen abgesehen – berechtigt, die Behandlung abzulehnen. Alle medizinischen Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt wurde oder ausdrücklich darauf verzichtet hat. Wirksam einwilligen kann nur, wer die nötige Einsichtsfähigkeit

besitzt. Die nötige Einsichtsfähigkeit können auch Minderjährige und Betreute haben. Insbesondere bei schweren Eingriffen kann auch bei vorhandener Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen zusätzlich zu dessen Zustimmung die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters – dies sind in der Regel die Eltern – erforderlich sein. Verfügt der Patient nicht über die nötige Einsichtsfähigkeit, muss der gesetzliche Vertreter bzw. ein vom Vormundschaftsgericht bestellter Betreuer der Behandlung zustimmen. Er hat dabei den mutmaßlichen Willen des Patienten zu beachten. Die Bestellung eines Betreuers ist entbehrlich, wenn der Patient rechtzeitig eine Person seines Vertrauens für die Zustimmung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat (Vorsorgevollmacht). Bei besonders schwerwiegenden Eingriffen bedarf die Einwilligung durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt, der keinen Aufschub duldet. Wenn der Patient nicht ansprechbar ist, reicht bei lebens- und gesundheitserhaltenden Notfallbehandlungen seine mutmaßliche Einwilligung aus. Der mutmaßliche Wille des Patienten sollte dabei aufgrund von Auskünften naher Angehöriger oder enger Freunde ermittelt werden.

Selbstbestimmung am Ende des Lebens

Auch bei der Behandlung Sterbender hat der Arzt das Selbstbestimmungsrecht und die menschliche Würde des Patienten zu berücksichtigen. Patienten im Sterben haben das Recht auf eine angemessene Betreuung, insbesondere auf schmerzlindernde Behandlung. Sie können über Art und Ausmaß diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen selbst entscheiden. Patienten, die entscheidungsfähig sind, können den Behandlungsabbruch oder das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen verlangen. Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch wenn der Patient sie verlangt. Bei Patienten, die nicht entscheidungsfähig sind, muss auf ihren mutmaßlichen Willen abgestellt werden. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind insbesondere frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten und seine sonstigen erkennbaren persönlichen Wertvorstellungen zu berücksichtigen. Eine wesentliche Rolle nimmt dabei die Befragung von Ehepartnern

oder Lebensgefährten, Angehörigen und Freunden sowie von anderen nahestehenden Personen über die mutmaßlichen Behandlungswünsche des Patienten ein.

Patienten können für den Fall, dass sie nicht mehr entscheidungsfähig sind, vorsorglich im Rahmen einer so genannten Patientenverfügung auf lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen verzichten. Der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille ist für den Arzt im Grundsatz bindend. Bei einer Patientenverfügung muss der Arzt im Einzelfall jedoch genau prüfen, ob die konkrete Situation derjenigen entspricht, die sich der Patient beim Abfassen der Verfügung vorgestellt hatte, und ob der in der Patientenverfügung geäußerte Wille im Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung nach wie vor aktuell ist. Der Patient kann in einer Patientenverfügung Vertrauenspersonen benennen und den Arzt ihnen gegenüber von der Schweigepflicht entbinden. Informationen zu Patientenverfügungen können beispielsweise bei Landesgesundheitsbehörden, Ärztekammern, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Verbraucherzentralen, Patientenorganisationen oder Sozialstationen angefordert werden.

Was ist hinsichtlich der Aufklärung und Information des Patienten zu beachten?

Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor der Behandlung und grundsätzlich in einem persönlichen Gespräch über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären und die Einwilligung des Patienten dazu einzuholen. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen das Gespräch nicht. Der aufklärende Arzt muss nicht notwendigerweise der behandelnde Arzt sein. Die Haftung für eine mangelhafte Aufklärung trägt indessen immer der behandelnde Arzt. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende und rechtzeitige Aufklärung des Patienten voraus, dass dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken ohne psychischen Druck zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Zu unterrichten ist auch über Art und Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten. Der Umfang und der Zeitpunkt der Aufklärung richtet sich auch nach

der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Der Patient muss durch die Aufklärung in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, was die konkret vorgesehene Behandlung für ihn persönlich bedeuten kann. Auf Fragen des Patienten hat der Arzt wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten. Aufklärung und Beratung müssen auch für Patienten, die sich mit dem Arzt sprachlich nicht verständigen können, verstehbar sein. Der Patient hat das Recht, auf die ärztliche Aufklärung zu verzichten und zu bestimmen, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren darf oder soll.

Versuchsbehandlungen

Vor einer möglichen Teilnahme an sog. Versuchsbehandlungen, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich noch nicht abgesichert sind, muss der Patient umfassend über die Durchführungsbedingungen, über Nutzen und Risiken sowie über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Der Patient hat das Recht, die Mitwirkung an der medizinischen Forschung oder Lehre abzulehnen. Ihm dürfen aus der Ablehnung keine Nachteile bei der medizinischen Versorgung erwachsen.

Welche medizinischen Maßnahmen sind zu dokumentieren?

Die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z.B. Diagnoseuntersuchungen, Funktionsbefunde, Medikation, ärztliche Hinweise für und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege, Abweichung von einer Standardbehandlung) und Verlaufsdaten (z.B. Aufklärung bzw. der Verzicht auf eine Aufklärung durch den Patienten, Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Besonderheiten im Behandlungsverlauf) sind zu dokumentieren. Eine Aufzeichnung in Stichworten reicht aus, sofern diese für die mit- oder nachbehandelnden Ärzte verständlich sind. Routinehandreichungen und Routinekontrollen müssen grundsätzlich nicht dokumentiert werden. Die Dokumentation ist vor unbefugtem Zugriff und vor nachträglicher Veränderung zu schützen.

Kann der Patient in die Behandlungsunterlagen einsehen?

Der Patient hat das Recht, die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen einzusehen und auf seine Kosten Kopien oder Ausdrucke von den Unterlagen fertigen zu lassen. Der Patient kann eine Person seines Vertrauens mit der Einsichtnahme beauftragen. Der Anspruch auf Einsichtnahme erstreckt sich auf alle objektiven Feststellungen über den Gesundheitszustand des Patienten (z.B. naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde, Ergebnisse von Laboruntersuchungen sowie von Untersuchungen am Patienten wie EKG, Röntgenbilder usw.) und die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der Behandlung (z.B. Angaben über verabreichte oder verordnete Arzneimittel, Operationsberichte, Arztbriefe und dgl.). Das Einsichtsrecht erstreckt sich nicht auf Aufzeichnungen, die subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes betreffen. Weitere Einschränkungen des Einsichtsrechts können bestehen im Bereich der psychiatrischen Behandlung und wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z.B. Angehörige, Freunde) berührt werden.

Was ist im Hinblick auf den Persönlichkeitsschutz und die Vertraulichkeit von Patientendaten zu beachten?

Die den Patienten betreffenden Informationen, Unterlagen und Daten sind von Ärzten, Pflegepersonal, Krankenhäusern und Krankenversicherern vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur mit Zustimmung des Patienten oder auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen weitergegeben werden. Die ärztliche Schweigepflicht besteht auch gegenüber anderen Ärzten. In Datenbanken gespeicherte Angaben über den Patienten sind technisch und organisatorisch vor Zerstörung, Änderung und unbefugtem Zugriff zu schützen. Sie sind nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist zu löschen. Bei stationären Behandlungen soll der Patient darüber informiert werden, wer ihn in Behandlung und Pflege betreut. Bei therapeutischen Gesprächen ist Vertraulichkeit zu gewährleisten. Grundsätzlich darf der Gesundheitszustand des Patienten auch Angehörigen nicht offenbart werden. Der Patient kann jedoch den Arzt ermächtigen, anderen Personen Auskunft über seinen Gesundheitszustand zu geben. Die benannten Personen können von dem Arzt Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten verlangen.

(Quelle: Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte, Februar 2003)

Kurzbericht über die 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) in Freiburg vom 23.–25. 9. 2004

Die Tagung hatte das zentrale Thema Gehirn und Schlaf, womit ihr Schwerpunkt auf den neurowissenschaftlichen Aspekten von Schlafforschung und Schlafmedizin im Hinblick auf schlafmedizinisch relevante Krankheitsbilder lag. In den Fachvorträgen von Medizinern und Wissenschaftlern aus Deutschland und den an den Tagungsort angrenzenden Ländern Schweiz und Frankreich wurden unter anderem neue Perspektiven zum Verständnis der Regulation von Schlafen und Wachen, der internen Schlafdynamik sowie verschiedener schlafmedizinischer Krankheitsbilder eröffnet, die zum Teil erst durch die Anwendung bildgebender Verfahren in der Schlafforschung und Schlafmedizin ermöglicht wurden.

Ebenso wurde in einigen Vorträgen herausgestellt, dass Schlafen und Lern- und Gedächtnisvorgänge eng gekoppelt sind, eine Tatsache, die in den letzten Jahren durch handfeste empirische und experimentelle Befunde belegt wurde. Dabei zeigte sich, dass wir dagegen noch ein eher unvollständiges Bild davon haben, inwieweit Schlafstörungen und nichterholsamer Schlaf mit der Beeinträchtigung von Lern- und Gedächtnisfunktionen verbunden sind.

Auch über ein weiteres wichtiges Gebiet der Schlafforschung und Schlafmedizin, die Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen zwischen dem Immunsystem, der Steuerung von Hunger und Sättigung einerseits und der Schlaf-Wach-Regulation andererseits wurden neue Befunde präsentiert.

Des Weiteren wurde von einzelnen Referenten über den derzeitigen Stand von Alternativen zur CPAP-Therapie, wie beispielsweise introrale Hilfsmittel, Radiofrequenz-Chirurgie, Zungenmuskeltraining und der pharmakologischen Behandlung der Schlafapnoe berichtet. Es ist danach weiterhin unstrittig, dass die CPAP-Therapie nach wie vor bei den meisten Patienten die einzig wirksame Behandlungsmethode ist.

Während des Kongresses wurde unter dem Vorsitz von Professor Dr. Jürgen Fischer, dem Vorsitzenden der DGSM, zusammen mit Dr.

Josef A. Wirth, dem Vorsitzenden der Kommission Forum Selbsthilfe wieder ein Selbsthilfeforum durchgeführt, an dem auf der Jahrestagung anwesende Selbsthilfegruppenvertreter teilnahmen. Nach der Begrüßung der Versammlung durch Professor Fischer wurde von Dr. Wirth zunächst über die Ergebnisse der ersten Sitzung des Selbsthilfeforums, die am 22. 5. 2004 in Göttingen stattfand, berichtet.

Danach beschäftigte sich das Selbsthilfeforum hauptsächlich mit den Auswirkungen der geänderten BUB-Richtlinie betreffend „Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der Schlafbezogenen Atmungsstörungen“, die am 15. Juni 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet worden war. Es wurde von den Anwesenden überlegt, welche weiteren Aktionen unternommen werden können, um den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses rückgängig zu machen, dass nach der Therapierung im Schlaflabor nur noch eine einmalige Erstkontrolle nach sechs Monaten und danach „bei komplikationslosem Verlauf“ keine weiteren Kontrolluntersuchungen zugelassen werden sollen. Alle waren sich darüber einig, dass diese Entscheidung des Bundesausschusses einen erheblichen Rückschritt in der gesundheitlich notwendigen Versorgung der Schlafapnoe-Patienten und eine nicht wünschenswerte Kostenerhöhung in der Behandlung von möglichen Folgeerkrankungen infolge versäumter Kontrollen bedeutet, denn auch ein so genannter „komplikationsloser Verlauf“ kann, wenn er unbeobachtet bleibt, erhebliche gesundheitliche Risiken in sich bergen.

Ein dementsprechender Brief des VdK-Fachverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 13. 8. 2004, wurde am 3. 9. 2004 vom angesprochenen Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder abschlägig beantwortet. Basierend auf diesem Vorgang wollen die beiden Organisationen, VdK Fachverband und BSD, einen nochmaligen Vorstoß beim BMGS unternehmen, um die Situation zugunsten der Patienten zu verändern. Auch andere Fachverbände sind aufgefordert sich der Initiative anzuschließen. Auf der nächsten Sitzung der Kommission Forum Selbsthilfe, die am 20. 11. 2004 in der Paracelsusklinik in Kassel stattfindet, soll das Thema weiterbehandelt werden. Eine große Beteiligung aller Selbsthilfegruppen wäre wünschenswert. Wer nicht durch seinen Verband schon vertreten ist, kann sich an Dr. Josef Wirth unter JWirthA@aol.com wenden, um sich für die Teilnahme anzumelden.

Als Sofortaktionen sind geplant:

1. Die Abfassung eines Briefes an das BMGS in Beantwortung des Schreibens von Staatssekretär Schröder. Dieser Brief soll nochmals gezielt und schlafmedizinisch unterstützt die Unsinnigkeit und die Gefahren der neuen BUB-Richtlinie herausstellen und dem BMGS in dieser Frage die Zusammenarbeit anbieten, um eine für alle Seiten praktikable Lösung des Problems zu finden.
2. Die Information von:
 - a) Patientenbeauftragte der Bundesregierung
 - b) Gesundheitsausschuss des Bundestagesdurch Verteilung von Kopien dieses Briefes an die genannten Stellen.

Neues vom Hilfsmittelmarkt:

Auf der wie immer während des Kongresses durchgeführten Industrieausstellung waren alle maßgebenden Hilfsmittelhersteller vertreten. Neuheiten wurden nur von einem Teil dieser Firmen präsentiert. Einige wesentliche Neuerungen werden hier herausgegriffen:

1. Heinen + Löwenstein, 56130 Bad Ems

Von dieser Firma wurde das Harmony ST II, ein neues BiPAP-Beatmungsgerät vorgestellt, in dem ein ventilgesteuertes Bilevelsystem mit einem kompakten, leisen Therapiesystem vereinigt ist.

Die neu vorgestellte Atemmaske Comfort Lite hat ein auswechselbares Nasenkissen, welches in die Nase gesteckt wird, verbunden mit einer neuartigen, fest den Kopf umschließenden Halterung, die nächtliches Verrutschen der Maske ausschließen soll.

2. Weinmann GmbH, 22525 Hamburg

Weinmann stellte das SOMNOsmart® 2 vor, welches gegenüber dem SOMNOsmart neben Druck auch Flusslimitationen und Schnarchsignale sowie Apnoen und Hypopnoen misst. Außerdem werden Artefakte, Leckagen und Mundexpirationen erkannt und es wird zwischen obstruktiven und zentralen Ereignissen unterschieden.

3. ResMed GmbH, 41068 Mönchengladbach

Hier wurde mit der Mirage Swift eine neue Nasenmaske präsentiert, bei der die Nasenpolster direkt vor der Nasenöffnung sitzen, ähnlich wie bei einer Nasen-Olivenmaske, jedoch wesentlich weicher und flexibler anliegend und damit angenehmer und wenig Druckstellen verursachend. Das Nasenpolstersystem wiegt nur ~ 70 g und wird mit je einem Nasenpolster Größe S, M und L ausgeliefert.

4. MPVTRUMA, 85640 Putzbrunn

Diese Firma vertreibt das Atemtherapiegerät RGN Compliance des Herstellers rumeditec mit mobilem Compliancespeicher-Chip. Die Besonderheiten des Gerätes sind ein großer, sehr effektiver Luftansaugfilter und die Abführung der verbrauchten Atemluft durch einen Extraschlauch innerhalb des Atemschlauchs. Dabei wird die Atemluft an einer etwa in der Hälfte des Atemschlauchs befindlichen Öffnung herausgeführt und stört den Schlafenden nicht.

5. Fisher & Paykel, 73642 Welzheim

Fisher & Paykel bietet ein neues CPAP-Gerät mit der Bezeichnung HC 220, welches als Besonderheit einen beheizten Atemschlauch hat, um die optimale Temperatur der Atemluft zu gewährleisten. Außerdem wird die Heizplattentemperatur automatisch an die Raumtemperatur angepasst. Die Kondensation wird bei maximaler Atemluftbefeuchtung auf ein Minimum reduziert. Das Modell HC 221 der gleichen Baureihe hat darüber hinaus zusätzlich eine Compliance-Überwachung.

Die Nasalmaske HC 405 und die Oralmaske Oracle sind in verbesserten Modellvarianten zu haben.

6. Tyco Healthcare Deutschland GmbH, 93333 Neustadt/Donau

Das CPAP-Gerät Good Knight 420 ist jetzt als Modell Good Knight 425 und 425 ST in zwei Bi-Level-Versionen und als Good Knight H2O mit Warmluftbefeuchter verfügbar.

(Quelle: SHG Schlafapnoe/Atemstörungen Rhein-Main)

Termine

SHG Schlafapnoe e.V. Hagen

1.–15. November 2004

Café Restaurant Rosengarten, Selbecker Str. 213

Jahresabschlussstreffen neben dem Freilichtmuseum ab 18.00 Uhr

2.–17. Januar 2005

„Was geschieht in der Nase beim Schlaf“

„Was ändert sich unter dem Luftstrom durch nCPAP?“

„Was soll zur Nasenpflege getan werden?“

Ref.: Prof. Dr. Vollrath – Erfahrungsaustausch –

21. Februar 2005

Klimatisierung und Befeuchtung der Atemluft!

Ref.: Bernhard Asmuth, Fa. Fischer & Paykel – Erfahrungsaustausch –

4.–21. März 2005

Jahreshauptversammlung

5.–18. April 2005

„Maskenschulung und Maskenvorführung“

Ref.: Ralf Kruck Firma Airtec – Erfahrungsaustausch –

6.–09. Mai 2005 (2. Montag im Mai)

„Neurologische Ursachen für die verbleibende Tagesmüdigkeit“

Ref.: Dr. Blanke, Bochum – Erfahrungsaustausch –

SHG Aachen Stadt

Jeden zweiten Donnerstag im Monat

wird zum Stammtischtreffen für Schlafapnoiker eingeladen.

Ort: Gaststätte „Fuchsbau“, Adalbertsteinweg 86, 52066 Aachen

Ansprechpartner:

Hans-Peter Kremer,

Vorsitzender der SHG Aachen Stadt,

Marshallstraße 25, Fon 02 41/6 28 79

Selbsthilfegruppen im VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen

Dresden

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

Cottbus

Wolfgang Krüger, 2. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe „Lausitz“ e.V. Cottbus,
Th.-Brugsch-Straße 7, 03050 Cottbus
Fon/Fax 03 55/42 17 51

Großhansdorf

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

Peter Vendel, Am Alten Sportplatz 6 b, 21220 Seevetal
Fon 0 41 05/55 43 45, petervendel@aol.com

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 1, 26434 Wangerland
Fon 0 44 63/51 99

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

Emden/Ostfriesland

Dieter Kamps, Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Ost-Friesland,
Hievestraße 22, 26725 Emden, Fon 0 49 21/97 97 95

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
ganter@j-d-paulus.de, www.vdk.de/ov-ganderkesee

Celle

Walter Klingeberg, Celler-Schlafapnoe-SHG HeideschlÖfer,
Alte Straße 11, 29303 Bergen/Offen
Fon privat 0 50 51/72 70, Fon dienstl. 05 31/2 89 97 49,
Fax dienstl. 05 31/2 89 97 51

Hildesheim

Karl Uwe Katzur, Schlafapnoe Selbsthilfegruppe Hildesheim,
Dresdener Straße 5, 30982 Pattensen
Fon 0 50 69/9 61 64

Alfeld

Karl-Heinz Hennecke, Vorsitzender,
Alfelder-Schlafapnoe-Gesellschaft e.V.,
Ostdeutsche Straße 28, 31061 Alfeld
Fon 0 51 81/80 50 80, Fax 0 51 81/80 69 977

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

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

Bad Münder

Rolf Mund, Geschäftsführer, SHG Schlafapnoe Bad Münder e.V.,
Brunnenweg 2, 31832 Springe, Fon 0 50 41/51 50

Kassel

Otmar Möller, Leiter der SHG Schlafapnoe/Atemstillstand,
Bardelebenstraße 6A, 34130 Kassel, Fon 05 61/6 57 59

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

Kassel und -Land

Reinhard Müller, Bundessprecher 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@schlafapnoe-kassel.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

Fulda

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

Rotenburg

Erich Barthel, I. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/chronische Schlafstörungen Rotenburg e.V.,
Stölzingerstraße 1, 36219 Cornberg
Fon 0 56 50/92 12 13, Fax 0 56 50/92 12 14
erich.barthel@web.de

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, H.u.U.L.@t-online.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-Fliednerstraße 1, 40723 Hilden,
Fon/Fax 0 21 03/6 21 09, Schlafapnoe-Hilden@t-online.de

Solingen

Hartmut Rentmeister,
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, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen
Solingen, Erfer Straße 41, 42657 Solingen, Fon/Fax 02 12/4 32 65
siegfried.hohnrath@telebel.de, www.schlafapnoe-solingen.de

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

Dorsten

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

Recklinghausen

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

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

Hans-Dieter Kremmers, 2. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen Niederrhein e.V.,
Münchenstraße 30, 47441 Moers, Fon 0 28 41/3 15 53

Krefeld

Susanne Petersson, 1. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe/
Chronische Schlafstörungen Krefeld e.V., Rott 140, 47800 Krefeld
Fon 0 21 51/59 86 92

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

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

Köln

Hans Haas, 1. 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 02 41/6 28 79

Alzey und Umgebung

Ernst Baldauf, 1. Vorsitzender,
SHG Schlafapnoe Selbsthilfe Alzey und Umgebung e.V.,
Am Kessel 12, 55237 Bornheim,
Fon 0 67 34/3 54, Fax 0 67 34/63 45, 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, owichter@t-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

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.schlafapnoe-online.de/hagen

Meinerzhagen

Peter-Max Engelbert, SHG Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen,
Heidehang 17, 58549 Meinerzhagen, Fon/Fax 0 23 58/6 26
maxp38@hotmail.com

Halver

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

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@t-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

Ludwigshafen/Vorderpfalz

Hermann Wüst, Vorsitzender,
SHG Schnarchen und Schlafapnoe Ludwigshafen/Vorderpfalz, Brech-
lochstraße 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, I. Vorsitzende, SHG Schlafapnoe Mutterstadt und
Umgebung e.V., Fritz-Schalk-Straße 22, 67112 Mutterstadt
Fon 0 62 34/47 50, Fax 0 62 34/30 52 30
SHGMutterstadt@web.de, <http://www.shgmutterstadt.de>

Südpfalz

Peter Allspach, SHG Schlafapnoe Südpfalz e.V.,
Fichtenstraße 41, 76829 Landau,
Fon 0 63 41/95 06 80, Fax 0 63 41/95 06 81
Peter.Allspach@t-online.de, www.schlafapnoe-suedpfalz.de

Freudenstadt

Horst Finkenbeiner, SHG Schlafapnoe Freudenstadt,
Ziegeleistraße 3, 72250 Freudenstadt, Fon 0 74 41/25 66
horstfinkbeiner@t-online.de

Bodensee

Adolf Knoll, Überregionale VdK Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Grup-
pe Bodensee, Am Kalkofen 16, 72514 Inzigkofen,
Fon 0 75 71/5 12 47, Fax 0 75 71/6 11 00
Mobil 01 71/7 37 77 74 und 01 75/5 95 62 39

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 81/9 32 47 40,
Fax dienstl. 07 81/9 32 47 39, guenter.Nickert@kanzlei.nickert.de

Südbaden/Freiburg

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

Markgräferland/Müllheim

Klaus-Dieter Sippel, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/
Atemstillstand Gruppe Markgräferland Sitz Müllheim, Eckstraße 24,
79283 Bollschweil, Fon 0 76 33/80 19 15, Fax 0 76 33/80 19 16

Markgräferland/Hochrhein

Friedrun Holzer, VdK-Selbsthilfegruppe Schlafapnoe/Atemstillstand
Hochrhein/Markgräferland, Gretherstraße 17, 79539 Lörrach,
Fon 0 76 21/93 96 39-0, Fax 0 76 21/93 96 39-20

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 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