

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel+Fax: 040/722 2553

E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21

E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57

E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Freitag, 10. Oktober 2008

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen, sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen,

von unserem Patienten-Treffen am 08. Oktober 2008 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 3. Treffen der SSG am Mittwoch 08.10.2008 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, 19.⁰⁰ Uhr, in dem Hörsaal UG (Untergeschoss) Hauptgebäude, Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek und Herrn Jochen Wilke, Firma LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieser besonderen Informationsveranstaltung zu dem in das Krankenhaus Reinbek eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Frau Dr.med. P. Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf, Herrn Dr.med. H. Hein aus Reinbek, die MTA Frau G. Eckert und die MTA Frau A. Paezoldt vom Schlaflabor Dr. Hein im Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren : u.a. Frau K. Himmler von der Fa. anamed GmbH, Herr C. Radtke und Herr J. Wilke von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG.

Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen bekommen.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein zu dem Thema :

" Neue Bestimmungen der Fahrerlaubnisverordnung für Schlafapnoiker "

Der Vortrag von Herrn Dr.med. Holger Hein wird hier sinngemäß wiedergegeben :

**Welche Anzeichen von Müdigkeit spürt ein Kraftfahrer beim Fahren von Kraftwagen?
Müdigkeit wird nicht gemerkt!**

es folgt Seite – 2 –

Häufigkeit der **erlebten Müdigkeitsanzeichen** pro Faktor in Prozent der Fahrer.

- Fahrfehler 22,2 Prozent % _____
- Schläfrigkeit 50,5 Prozent % _____
- Irritation 8,5 Prozent % _____
- Aggression 18,9 Prozent % _____
- Schmerzen 4,9 Prozent % _____
- Geschwindigkeit 21,0 Prozent % _____

167 Fahrer davon 64 Frauen und 103 unfallbeteiligte Männer (Durchschnittsalter 38 Jahre)

Häufigkeit der angegebenen **Strategien gegen Müdigkeit** pro Faktor in Prozent der Fahrer.

- Pause / Fahrt beenden 29,7 Prozent % _____
- Passive Anregung 83,0 Prozent % _____
- Essen 25,5 Prozent % _____
- Aktive Anregung 1,9 Prozent % _____
- Beifahrer Strategien 57,3 Prozent % _____
- Aufputschmittel 4,5 Prozent % _____

167 Fahrer davon 64 Frauen und 103 unfallbeteiligte Männer (Durchschnittsalter 38 Jahre)

Müdigkeit / Schläfrigkeit von **Kurzstreckenfahrern** (1,7 Mio. km, 11,7 Std.-Schicht)

nur **34 %** sind nie müde oder schläfrig.

Müdigkeit bis Stufe 1/5 **39 %** – Müdigkeit bis Stufe 2/5 **15 %**

Müdigkeit bis Stufe 3/5 **6 %** – Müdigkeit bis Stufe 4/5 **2 %**

Müdigkeit bis Stufe 5/5 (fast) immer müde **4 %**

Müdigkeit / Schläfrigkeit von **Langstreckenfahrern** (1,9 Mio. km, 11,8 Std.-Schicht)

nur **16 %** sind nie müde oder schläfrig.

Müdigkeit bis Stufe 1/5 **41 %** – Müdigkeit bis Stufe 2/5 **20 %**

Müdigkeit bis Stufe 3/5 **16 %** – Müdigkeit bis Stufe 4/5 **5 %**

Müdigkeit bis Stufe 5/5 (fast) immer müde **2 %**

Tödliche Unfälle:

Schläfrigkeit ist die Unfallursache bei 24% aller tödlichen Alleinunfälle.

(aus: Struktur der Unfälle mit Getöteten auf Autobahnen im Freistaat Bayern)

20 amerikanische / kanadische Lastwagenfahrer = 5x 10 Std. bzw. 4x 13 Std Fahrzeit = waren 7 % der Zeit schläfrig, 1 Fahrer hat 5x 50 – 520 Sekunden geschlafen.

Das Risiko einen Verkehrsunfall zu verursachen ist für Autofahrer mit unbehandelter OSAS (obstruktives Schlafapnoe Syndrom) um das 2½ - fache erhöht.

Verkehrsunfälle durch SBAS (schlafbezogene Atmungsstörungen) unterteilt nach AHI (Apnoe- Hypopnoe-Index) 941 Kraftfahrer, davon 41% Frauen

- 318 Personen Gesunde Kontrollgruppe Frauen 1,0 _____
- Gesunde Kontrollgruppe Männer 1,0 _____
- 374 Personen AHI kleiner als < 5 Frauen 0,9 _____
- AHI kleiner als < 5 Männer 3,4 _____
- 133 Personen AHI 5 bis 15 Frauen 0,8 _____
- AHI 5 bis 15 Männer 4,2 _____
- 88 Personen AHI größer als > 15 Frauen 0,6 _____
- AHI größer als > 15 Männer 3,4 _____

Die Eignung zum Privat- oder Berufs-Kraftfahrer ist eingeschränkt durch Krankheiten oder andere Mängel die aber erst herausgefunden werden müssen.

Bei Müdigkeit oder Schläfrigkeit am Tage durch SBAS (schlafbezogene Atmungsstörungen).

Ambulante Diagnostik = Nächtliches Monitoring

Vigilanz-Test = zentralnervöse Aktivierung (Vigilanz = "Wachheit")

Bereitschaft auf interne oder externe Stimuli zu reagieren

Messebenen und Messmethoden =

Subjektiv =

Befinden

- Fragebögen
- Fremdbeobachtung
- Interview

Objektiv =

Neurophysiologie / Neuropsychologie

- EEG
- Funktionstests
- Sympathische Aktivität

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Trail-Making-Test (Paper and Pencil) Geschwindigkeit Prozessverarbeitung

Elektronische Vigilanztestung am Computer, durch Tastendruck

Pupillometrie, Pupillendurchmesser verkleinert sich bei Schläfrigkeit, Blinzel-Dauer

Fahrsimulationsteste, Fehlerrate (off-road-events) korreliert (hängt zusammen) mit

Verkehrsunfällen, Patienten ohne Unfall sind gut zu identifizieren

Fahrsimulator, Anzahl der Unfälle nach 60 Minuten Fahrt, mit 100 km/h, auf Landstraße,

OSAS= 2,7, mit CPAP= 0,9, aber keine Normwerte, nicht standardisiert

Schlaflabor, nachts Polysomnographie, tagsüber Vigilanzteste

MSLT = multiple sleep latency test, Schlaflatenztest, Proband im Bett, dunkler Raum, soll einschlafen, 20 Minuten Meßzeit, alle 2 Stunden, 4 – 5x am Tag, (EEG, EOG, EMG) Schlaflatenz normal = 10 – 15 Minuten, krankhaft = kleiner als < 5 Minuten

MWT = maintenance of wakefulness Test, Proband sitzt bequem im Sessel oder sitzt auf dem Bett, dunkler Raum, soll wachbleiben, 40 Minuten Meßzeit, alle 2 Stunden, 4x am Tag, (EEG, EOG, EMG) Schlaflatenz normal = weniger als 25 – 35 Minuten

Zur Beurteilung bzw. Begutachtung der Fahrtauglichkeit von Privatpersonen und Berufskraftfahrern ist seit dem 29.03.2007 neu in die Vorschriften aufgenommen worden = Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit z.B. "Schlafstörungen".

Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV): (Fahrerlaubnis = Führerschein)

Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr vom 18. August 1998

(BGBl. I S. 2214) in der Fassung des Inkrafttretens vom **18.04.2008**. Letzte Änderung durch:

Gesetz zur Änderung seeverkehrsrechtlicher, verkehrsrechtlicher und anderer Vorschriften mit Bezug zum Seerecht vom 08. April 2008 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil I Nr. 15 S. 706, ausgegeben zu Bonn am 17. April 2008).

Anlagen zur Fahrerlaubnis-Verordnung **Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14)**

Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Vorbemerkung :

1. Die nachstehende Aufstellung enthält häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z. B. grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma).
2. Grundlage der im Rahmen der §§ 11, 13 oder 14 vorzunehmenden Beurteilung, ob im Einzelfall Eignung oder bedingte Eignung vorliegt, ist in der Regel ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 2), in besonderen Fällen ein medizinisch-psychologisches Gutachten (§ 11 Abs. 3) oder ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 11 Abs. 4).
3. Die nachstehend vorgenommenen Bewertungen gelten für den Regelfall. Kompensationen durch besondere menschliche Veranlagung, durch Gewöhnung, durch besondere Einstellung oder durch besondere Verhaltenssteuerungen und –Umstellungen sind möglich. Ergeben sich im Einzelfall in dieser Hinsicht Zweifel, kann eine medizinisch-psychologische Begutachtung angezeigt sein.

Von einer **Fahrtauglichkeit bei Privatfahrern** mit Schlafstörungen durch Schlafapnoe ist nach erfolgreicher Einleitung einer CPAP-Therapie in einem Schlaflabor normalerweise auszugehen, wenn beruflich keine Schichtarbeit mit Nachtschicht anfällt.

Kontrollintervalle bei Privatfahrern = Regelmäßige Kontrollen von Tagesschläfrigkeit,

Therapie jede Nacht (Zählwerk im Gerät) länger als > 4 Stunden/Nacht, mindestens alle 12

Monate ambulante Kontrolle (Screening / 4 Kanal Monitoring).

Von einer **Fahrtauglichkeit von Berufskraftfahrern** mit Schlafstörungen durch Schlafapnoe ist nach erfolgreicher Einleitung einer CPAP-Therapie in einem Schlaflabor erst 6 Wochen nach einer Wiederholung der Kontrolluntersuchung und einem Nachweis der Normalisierung der Vigilanz-Test- Messungen auszugehen.

Kontrollintervalle bei Berufskraftfahrern = Regelmäßige Kontrollen von Tagesschläfrigkeit und dokumentierte Überwachung, 6 Wochen nach Beginn der Therapie, mindestens jedes Jahr, gegebenenfalls öfter, Polysomnographie im Schlaflabor (10 Kanal Monitoring).

Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14) Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen		Eignung oder bedingte Eignung		Beschränkungen / Auflagen bei bedingter Eignung (Eintragung im Führerschein) (unter Nr.:12, z.B.01=Brille tragen)	
		Klassen A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klassen A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF
	Krankheiten, Mängel				
11.2	Schlafstörungen				
11.2.1	unbehandelte Schlafstörung mit Tagesschläfrigkeit	nein wenn messbare auffällige Tagesschläfrigkeit vorliegt	nein wenn messbare auffällige Tagesschläfrigkeit vorliegt	---	---
11.2.2	behandelte Schlafstörung mit Tagesschläfrigkeit	ja wenn keine messbare auffällige Tagesschläfrigkeit mehr vorliegt	ja wenn keine messbare auffällige Tagesschläfrigkeit mehr vorliegt	Regelmäßige Kontrollen von Tagesschläfrigkeit	Regelmäßige Kontrollen von Tagesschläfrigkeit
11.2.3	Schwere Lungen- und Bronchialerkrankungen mit schweren Rückwirkungen auf die Herz-Kreislauf-Dynamik	nein	nein	---	---

(1) Die Fahrerlaubnis (der Führerschein) wird in folgende Klassen erteilt:

- **Klasse A:**

Krafträder (Zweiräder, auch mit Beiwagen) mit einem Hubraum von mehr als 50 ccm oder mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von mehr als 45 km/h

- **Klasse A1:**

Krafträder der Klasse A mit einem Hubraum von nicht mehr als 125 ccm und einer Nennleistung von nicht mehr als 11 kW (Leichtkrafträder)

- **Klasse B:**

Kraftfahrzeuge - ausgenommen Krafträder - mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 3500 kg und mit nicht mehr als acht Sitzplätzen außer dem Fahrersitz (auch mit Anhänger mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 750 kg oder mit einer zulässigen Gesamtmasse bis zur Höhe der Leermasse des Zugfahrzeugs sofern die zulässige Gesamtmasse der Kombination 3500 kg nicht übersteigt)

- **Klasse C:**

Kraftfahrzeuge - ausgenommen Krafträder - mit einer zulässigen Gesamtmasse von mehr als 3500 kg und mit nicht mehr als acht Sitzplätzen außer dem Fahrersitz (auch mit Anhänger mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 750 kg)

- **Klasse C1:**

Kraftfahrzeuge - ausgenommen Krafträder - mit einer zulässigen Gesamtmasse von mehr als 3500 kg aber nicht mehr als 7500 kg und mit nicht mehr als acht Sitzplätzen außer dem Fahrersitz (auch mit Anhänger mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 750 kg)

- **Klasse D:**

Kraftfahrzeuge - ausgenommen Krafräder - zur Personenbeförderung mit mehr als acht Sitzplätzen außer dem Fahrersitz (auch mit Anhänger mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 750 kg)

- **Klasse D1:**

Kraftfahrzeuge - ausgenommen Krafräder - zur Personenbeförderung mit mehr als acht und nicht mehr als 16 Sitzplätzen außer dem Fahrersitz (auch mit Anhänger mit einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 750 kg)

- **Klasse E in Verbindung mit Klasse B, C, C1, D oder D1:**

Kraftfahrzeuge der Klassen B, C, C1, D oder D1 mit Anhängern mit einer zulässigen Gesamtmasse von mehr als 750 kg (ausgenommen die in Klasse B fallenden Fahrzeugkombinationen); bei den Klassen C1E und D1E dürfen die zulässige Gesamtmasse der Kombination 12000 kg und die zulässige Gesamtmasse des Anhängers die Leermasse des Zugfahrzeugs nicht übersteigen; bei der Klasse D1E darf der Anhänger nicht zur Personenbeförderung verwendet werden

- **Klasse M:**

Zwei- oder Kleinkrafräder (Krafräder mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 45 km/h und einer elektrischen Antriebsmaschine oder einem Verbrennungsmotor mit einem Hubraum von nicht mehr als 50 ccm) und Fahrräder mit Hilfsmotor (Krafräder mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 45 km/h und einer elektrischen Antriebsmaschine oder einem Verbrennungsmotor mit einem Hubraum von nicht mehr als 50 ccm, die zusätzlich hinsichtlich der Gebrauchsfähigkeit die Merkmale von Fahrrädern aufweisen)

- **Klasse S:**

Dreirädrige Kleinkrafräder und vierrädrige Leichtkraftfahrzeuge jeweils mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 45 km/h und einem Hubraum von nicht mehr als 50 ccm im Falle von Fremdzündungsmotoren, einer maximalen Nutzleistung von nicht mehr als 4 kW im Falle anderer Verbrennungsmotoren oder einer maximalen Nenndauerleistung von nicht mehr als 4 kW im Falle von Elektromotoren; bei vierrädrigen Leichtkraftfahrzeugen darf darüber hinaus die Leermasse nicht mehr als 350 kg betragen, ohne Masse der Batterien im Falle von Elektrofahrzeugen

- **Klasse T:**

Zugmaschinen mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 60 km/h und selbstfahrende Arbeitsmaschinen mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 40 km/h, die jeweils nach ihrer Bauart für die Verwendung für land- oder forstwirtschaftliche Zwecke bestimmt sind und für solche Zwecke eingesetzt werden (jeweils auch mit Anhängern)

- **Klasse L:**

Zugmaschinen, die nach ihrer Bauart für die Verwendung für land- oder forstwirtschaftliche Zwecke bestimmt sind und für solche Zwecke eingesetzt werden, mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 32 km/h und Kombinationen aus diesen Fahrzeugen und Anhängern, wenn sie mit einer Geschwindigkeit von nicht mehr als 25 km/h geführt werden und, sofern die durch die Bauart bestimmte Höchstgeschwindigkeit des ziehenden Fahrzeugs mehr als 25 km/h beträgt, sie für eine Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 25 km/h in der durch § 58 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung vorgeschriebenen Weise gekennzeichnet sind, sowie selbstfahrende Arbeitsmaschinen, Stapler und andere Flurförderzeuge jeweils mit einer durch die Bauart bestimmten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 25 km/h und Kombinationen aus diesen Fahrzeugen und Anhängern.

Was macht der Arzt mit hochgradig schläfrigen Patienten ?

In Bezug auf deren Fahrtauglichkeit bei der Diagnose SBAS und Schlafapnoe !

Im Wartezimmer eines Lungenfacharztes ist ein Patient eingeschlafen als der Arzt ihn in sein Sprechzimmer abholen will. Der Patient teilt dem Arzt mit, dass er Pilot ist und in wenigen Stunden ein Flugzeug nach New York / USA zu fliegen hat. Was nun ?

Schriftliche Information des Patienten

Aber: **Keine Verpflichtung zur Meldung bei Bedenken gegen die Fahrsicherheit !**
(Ärztliche Schweigepflicht !)

Dennoch muss abgewogen werden, ob der Fahrer (oder wie oben - der Pilot) nicht die Allgemeinheit hochgradig gefährden könnte, wenn er sich völlig uneinsichtig zeigt.

Vorkommnisse (Verkehrsunfälle) in der Zeit zwischen Diagnose und erfolgreicher Einleitung einer CPAP-Therapie werden juristisch nach dem § 1 der Straßenverkehrs-Ordnung – StVO – geregelt.

StVO – Straßenverkehrs-Ordnung vom 16. November 1970 (Bundesgesetzbl., Teil I, S. 1565), zuletzt geändert mit Verordnung vom 28. November 2007 (Bundesgesetzblatt, Teil I, S. 2774).

I. Allgemeine Verkehrsregeln – § 1 Grundregeln

- (1) Die Teilnahme am Straßenverkehr erfordert ständige Vorsicht und gegenseitige Rücksicht.
- (2) Jeder Verkehrsteilnehmer hat sich so zu verhalten, dass kein Anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird.

Literatur: Das Thema "Fahreignung" wird in einem Buch aufgegriffen, das Ärzten und Psychologen in Klinik, Rehasentrum und Praxis helfen soll zu beurteilen, ob ein Patient die Fahrerlaubnis besitzen darf oder nicht. Juristische Gesichtspunkte kommen ebenso zur Sprache wie Kriterien der verkehrsmedizinischen Begutachtung und neuropsychologische Tests. Außerdem werden einzelne Krankheitsbilder unter diesem speziellen Gesichtspunkt besprochen, zum Beispiel Epilepsie, Multiple Sklerose oder Morbus Parkinson, weiterhin psychiatrische Störungen und internistische Leiden wie das Schlafapnoe-Syndrom, Herzinfarkt, Diabetes, aber auch Seh- und Gleichgewichtsstörungen.

In dem Buch wird erörtert, inwieweit Medikamente die Fahrtüchtigkeit einschränken. Der Fahrlehrer einer spezialisierten Fahrschule sowie Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe nach Schlaganfall schildern ihren Standpunkt. Immer wieder kommt zum Ausdruck, wie sehr dieses Gebiet eine Gratwanderung darstellt zwischen dem Recht des einzelnen auf Mobilität einerseits, bei vielen eine unabdingbare Voraussetzung für Beruf und soziale Kontakte, und dem Interesse der Allgemeinheit an größtmöglicher Sicherheit im Straßenverkehr andererseits.

(ars)

Fahreignung bei neurologischen Erkrankungen, Christian Dettmers, Cornelius Weiller (Hrsg.), Hippocampus-Verlag, Bad Honnef, 2004, ISBN 3-936817-10-3, 34,50 Euro

Fahrerlaubnisverordnung (Bundesanstalt für Straßenwesen)

Krankheit und Kraftverkehr (H. Lewrenz, P. Brieler, K. Püschel, Verlag Dr. Kovac, Hamburg, 2006)

Begutachtung schlafbezogener Atmungsstörungen

Empfehlungen zur Begutachtung von Schlaf-Wachstörungen und Tagesschläfrigkeit
K.H. Rühle, G. Mayer und die Arbeitsgruppe Apnoe der DGSM sowie die SNAK der DGP

Nach der Beantwortung von Fragen durch Herrn Dr.med. H. Hein, bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Dr. Hein für seine Ausführungen zum Thema " Neue Bestimmungen der Fahrerlaubnisverordnung für Schlafapnoiker " und bei den anwesenden Teilnehmern.

Vortrag von Herrn Steffen Schumacher, Sprecher der Selbsthilfegruppe, " Zuzahlungen bei Hilfsmittelverordnungen "

Der Vortrag von Herrn Steffen Schumacher wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Zuzahlungen im Hilfsmittelversorgungsbereich

Wann muss man Zuzahlungen leisten und wann nicht?

Nach §33 Absatz 2 Satz 4 SGB V in Verbindung mit §61 SGB V müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für jedes zu Lasten der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) 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 Befreiung von der Zuzahlung zu Hilfsmitteln kann zum ersten Mal 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.**

Praxisgebühr – 10 Euro je Quartal, Wird ohne Überweisung des behandelnden Arztes z.B. ein Facharzt konsultiert, ist auch an diesen die Praxisgebühr von 10,- Euro zu entrichten. Wird der Facharzt aufgrund einer Überweisung des Hausarztes aufgesucht, fällt die Praxisgebühr nicht erneut an.

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. 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.

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 verschleiben 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.

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.

Keine Zuzahlung im Schlaflabor

Die Krankenkassen dürfen bei einer auf die Nachtstunden beschränkten Untersuchung im Schlaflabor von den Patienten keine Zuzahlung für vollstationäre Krankenhausbehandlung erheben. Dies hat das Bundesversicherungsamt in Bonn (Aktenzeichen II 2 0756/01) auf die Beschwerde eines Patienten festgestellt.

Der betroffene Patient hatte sich an zwei aufeinander folgenden Nächten jeweils von 21.30 Uhr bis 6.00 Uhr im Schlaflabor einer Klinik untersuchen lassen und dafür einen Zuzahlungsbescheid seiner Krankenkasse für vier Tage erhalten. Der eingelegte Widerspruch des Patienten wurde damit begründet, dass es sich bei dem auf die Nacht beschränkten Krankenhausaufenthalt um eine typische teilstationäre - und damit zuzahlungsfreie - Krankenhausbehandlung gehandelt habe. Dieser Auffassung hat sich das Bundesversicherungsamt, die Aufsichtsbehörde für die bundesweit tätigen Krankenkassen, angeschlossen.

Als betroffene Patienten sollten und können Sie die in den letzten vier Jahren geleisteten Zuzahlungen im Schlaflabor von Ihrer Krankenkasse zurückfordern.

Anmerkung von Herrn Dr. Hein : Der Begriff "teilstationäre" ist nicht mehr geläufig, es wird für die Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen nur noch nach "ambulant" und "stationär" unterschieden.

Vortrag von Herrn Jochen Wilke Fa. Linde Gas Therapeutics GmbH&Co.KG " Schlafmasken-Präsentationen und Schlafmaskenschulung "

Der Vortrag von Herrn Jochen Wilke wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Schlaf-Masken zur Überdruckatmung haben die wohl sensibelste Schnittstellenfunktion innerhalb der CPAP-Therapie. Denn sie berühren und bedecken für viele Stunden in der Nacht oder am Tag einen großen Teil vom Gesicht des Patienten, eine der empfindlichsten Körperregionen überhaupt. Passen sie nicht und verursachen Druckstellen oder Leckagen, werden sie vom Patienten nicht als Unterstützung akzeptiert. So gerät der Erfolg der gesamten Therapie in Gefahr.

Trotzdem führten Masken bis vor Kurzem noch ein Schattendasein im Bereich der Beatmung. Allmählich rücken sie jedoch in den Mittelpunkt des Interesses – ein Indiz dafür, dass viele Patienten verstanden haben, dass der Erfolg ihrer Behandlung in hohem Maße von der Maske abhängt.

Sie sind die Schnittstelle zwischen Mensch und Maschine, über sie gelangt der Luftstrom vom Therapiegerät in die Atemwege des Patienten. Die Anforderungen an Beatmungsmasken – in den meisten Fällen handelt es sich um Nasal- bzw. Mund-Nasen-Masken – sind enorm hoch. Sie sollen beispielsweise komfortabel und hautverträglich sein. Zudem müssen Masken trotz individueller Gesichtskonturen so dicht mit dem Gesicht des Patienten abschließen, dass sie nachts nicht verrutschen und Leckagen verursachen können. Doch zu fest dürfen sie auch nicht sitzen, da sonst schmerzhaft Druckstellen drohen. Darüber hinaus müssen Masken hohen Therapiedrücken standhalten, leicht zu bedienen und leise sein, sowie Lösungen für eine angenehme Ausatmung des Patienten bieten.

Herr Wilke stellte folgende Schlafmasken vor und erläuterte deren Vor- und Nachteile :

NASAL-MASKEN Nasenmasken-Systeme

SOMNOplus Nasal-Maske (Firma *Weinmann GmbH+Co.KG*) mit integriertem Ausatemsystem, Kopfbänderung **HEADstrap** und der **Clipvorrichtung EasyClip**. Bei **SOMNOplus** gehört alles fertig vormontiert zusammen. Die rundum bewegliche Maske, das integrierte Ausatemsystem, die Kopfbänderung aus atmungsaktivem Material. Wenn der Patient nachts einmal das Bett verlässt, genügt ein Handgriff und der Verbindungsschlauch ist von der Maske getrennt.

JOYCE Nasal-Maske (Firma *Weinmann GmbH+Co.KG*) JOYCE lässt sich für jeden Schlafapnoe- und Heimbeatmungspatienten individuell zusammenstellen. Erhältlich sind vier Maskenvarianten in je vier Größen mit zwei unterschiedlich starken Maskenwülsten. All diese Standardausführungen stehen als vented (mit integriertem Ausatemsystem)- und non-vented-Variante (ohne integriertes Ausatemsystem) zur Verfügung. **Komfortabel** = bewährtes Kugelgelenkzwei Maskenwülste stehen zur Wahl:– geringer und mittlerer Therapiedruck bis 30 hPa– hoher Therapiedruck bis 40 hPa– wahlweise mit integriertem Ausatemsystem– vier Standardausführungen in vier Größen (S, M, L, **NEU: XL**) gebrauchsfertig verpackt– Maskenwulst einfach mit der flachen Hand aufzuknüpfen– besonders klein geformt– äußerst leise– anatomisch geformter, hautverträglicher Maskenwulst– atmungsaktive Kopfbefestigung mit praktischen Clip-Haken– verstellbare Stirnstütze, breites Stirnpolster– Verschluss für Druckmessstutzen– leichte Handhabung und bequemer Sitz der 4-Punkt-Kopfbänderung **HEADstrap**– **Pflegeleicht** = Die Maske ist in Einzelteile zerlegbar und einfach im Geschirrspüler zu reinigen.

Ultra Mirage™ II Nasenmaske (Firma *RESMED GmbH & Co. KG*), die **UltraMirage™ II** Nasenmaske verbindet das Beste der **Ultra Mirage** mit den Vorteilen anderer vielfach genutzter **ResMed** Masken. Sie kombiniert Komfort, praktische Anwendung und Geräuscharmheit auf einzigartige Weise. Die neue Maske hat ein verbessertes Stirnbauteil mit flexiblen Polstern, die sich geschmeidig an die Stirnform anpassen. Das weiche **Mirage Doppelwandkissen** optimiert den

Sitz und minimiert den Druck auf Ihren Nasenrücken. Das einstellbare Stirnbauteil bietet vier Positionen und sorgt damit für besten Sitz und höchste Stabilität. Das flexible einteilige Stirnpolster passt sich Ihrer Gesichtsform an. Das einzigartige Luftauslassdesign reduziert die Geräuschentwicklung durch sinnvolle Ableitung des Exhalationsflusses in Richtung des Atemschlauches. Das um 360° drehbare Kniegelenk ermöglicht Ihnen die Wahl der für Sie bequemsten Schlauchposition

Papillon® und **Silent Papillon®** Nasenmasken (Firma RESMED GmbH & Co. KG) Papillon® wurde für die Vereinfachung Ihrer Therapie entwickelt. Einfach an Ihre Gesichtsform anzupassen Papillon® hat zwei Kissengrößen, die der Gesichtskontur nachempfunden sind und die einen nahezu leakagefreien Sitz gewährleisten. Einfach zu reinigen, Papillon® besteht aus vier Teilen, die intuitiv zusammengesetzt und auseinander genommen werden können. Papillon® hat große und glatte Oberflächen, die einfach zu reinigen sind. Das Kissen ist komplett umstülpbar. Das Kissen und die Stirnpolster sind aus Silikon mit einer speziellen samtigen Oberfläche, die sich sanft an die Haut schmiegt ohne festzukleben.

Silent Papillon® ist bemerkenswert still, selbst bei einem Therapiedruck von 20 mbar. Dank der neu entwickelten Luftweiche gleitet die Ausatemluft entlang des Schlauches aus der Maske. Silent Papillon® ist für die CPAP, APAP und die Bilevel-Therapie geeignet. Mit dem Anschluss für die Druckmessung kann die Therapie exakt kontrolliert werden. Zudem profitieren Bilevel-Patienten von einer direkten Verabreichung von Sauerstoff.

Mirage Micro™ mit MicroFit™-Regler (Firma RESMED GmbH & Co. KG) Die neueste Nasenmaske von ResMed bietet individuellen Sitz, Abdichtung und Komfort. **Anpassungsfähig:** Kann ganz einfach direkt auf dem Gesicht des Patienten angepasst werden. Durch Drehung des Reglers wird die Stirnstütze in kleinen Schritten präzise verstellt. Schritt für Schritt schmiegt sich die Stirnstütze an das Gesicht des Patienten an und erlaubt ihm so, den besten Sitz zu finden. Während der Regler den Neigungswinkel der Maske verstellt, passt sich das doppelwandige Mirage-Maskenkissen an und verbessert so die Abdichtung, ohne dass die Kopfbänder zu fest angezogen werden müssen.

Mirage Activa™ Nasenmaske (Firma RESMED GmbH & Co. KG) Die erste Nasenmaske mit **Active-Cell-Technologie** (doppelwandiges Maskenkissen) Wussten Sie, dass Sie ungefähr 50 Mal pro Nacht Ihre Schlafposition wechseln? Dies wirkt sich auf die Maskenposition und damit den Maskensitz bei einer Positivdruckatemwegstherapie aus. Der beschriebene permanente Wechsel der Schlafposition über die gesamte Nacht hinweg, sowie wechselnde Spannungen der Gesichtsmuskulatur, des Kopfbandes und unterschiedlicher erforderlicher Therapiedrücke (Auto-CPAP Therapie, Bilevel-Therapie) können einen sehr "aktiven" Schlaf verursachen. Die Mirage Activa™ Maske passt sich die ganze Nacht hindurch durch das doppelwandige Mirage-Maskenkissen automatisch Ihren wechselnden Anforderungen an.

Die **FlexiFit™ 405 Nasalmaske** (Firma Fisher & Paykel Healthcare GmbH & Co. KG) vereint die innovative FlexiFit™-Technologie und ihre selbstkonturierenden Eigenschaften mit dem einzigartigen Glider™-Gleitband für erstklassigen Tragekomfort und höchste Stabilität. Die FlexiFit™ 405 Nasalmaske ist eine nasenbedeckende Maske mit einem integrierten Drehgelenk für maximale Bewegungsfreiheit, optimalen Sitz, angenehmes Tragen und beste Anwenderfreundlichkeit. Die besondere Schaumstoffpolsterung der zukunftsweisenden FlexiFit™ Serie ist extrem sanft und anwenderfreundlich! Mit Ausatemluft-Verteilerpad. Dieses angenehme Luftverteilersystem verhindert, dass Ausatemluft auf den Schlafpartner geblasen wird, und reduziert deutlich störende Geräusche.

Die **FlexiFit™ 406 Petite Nasalmaske** (Firma Fisher & Paykel Healthcare GmbH & Co. KG) Speziell für feinere Gesichtszüge entworfen. Die Petite ist klein, leicht und benutzerfreundlich. Ein wartungsfreier Seitenflussableiter für die Ausatemluft gewährleistet leiseren Betrieb.

Die **FlexiFit™ 407 Premium Nasalmaske** (Firma Fisher & Paykel Healthcare GmbH & Co. KG) glänzt mit einzigartigen Eigenschaften: eine Maske, die erstklassig sitzt und durch ihre angenehme

Leichtigkeit und ihr durchdachtes Design besticht. Das wartungsfreie Ausatemventil gewährleistet einen leisen, störungsfreien Betrieb.

Die Berichterstattung wird zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt mit :

MUND-NASEN-MASKEN Full-Face-Masken-Systeme

NASENPOLSTER-MASKEN Nasal-Pillows-Masken / Nasen-Oliven-Masken-Systeme

Nach der Beantwortung von Fragen durch Herrn Jochen Wilke, bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Jochen Wilke für seine Ausführungen zum Thema " Schlafmasken-Präsentationen und Schlafmaskenschulung ".

Danach bedankten sich Herr Dr. Hein und Herr Schumacher bei den anwesenden Teilnehmern und beendeten dieses Patiententreffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT mit einem herzlichen Dank, sowie guten Wünschen für eine bleibende gute Gesundheit.

TOP 3.) Verschiedenes, Informationen aus der Arbeit der SSG.

Die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek unterstützt mit den anderen norddeutschen Selbsthilfegruppen Schlafapnoe (aus HH, Schl.Holst., Meck.Pom.) und 75 weiteren Unterstützern das **Aktionsbündnis » meine Wahl! «**. Dieses Aktionsbündnis ist ein Zusammenschluss von Menschen mit Behinderungen, Selbsthilfevereinigungen, Hilfsmittelherstellern und Versorgungspartnern. Gemeinsam setzen wir uns für das Recht von Betroffenen auf Mitsprache bei der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln ein. Unser Ziel ist es, eine dem aktuellen Stand der Technik entsprechende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Dazu zählen der Erhalt der Wahlfreiheit und die Sicherstellung qualifizierter Dienstleistungen in der Versorgungskette. Siehe auch im Internet unter " <http://www.buendnis-meine-wahl.de> ". Dazu wurde ein Flyer "Gemeinsam für Mitsprache bei der Hilfsmittelversorgung" verteilt.

In eigener Sache: Als langjährige Leiterin der SSG hat Frau Charlotte Otto darum gebeten Ihre Anschrift aus dem Briefblatt herauszunehmen (zu finden bisher in der Fußzeile). Sie wird nur noch selten angerufen und um Rat gebeten, weil Sie vielen Teilnehmern der SSG-Patiententreffen gar nicht mehr bekannt ist. Wir danken Frau Otto für Ihre bisherige Unterstützung.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.¹⁵ Uhr, Teilnehmerzahl: 62 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 39 Patienten mit 8 Angehörigen der SSG, 8 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 7 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weitere Informationen der SSG zu bekommen.

Für das nächste, das vierte Patiententreffen 2008, am Mittwoch 19. November 2008, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, Thema: " Sodbrennen, was tun ? – Wird durch die CPAP-Behandlung (Überdruckatmung) das Sodbrennen (Reflux) verhindert ? ", anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle, wird eine Einladung in das Krankenhaus Großhansdorf versendet werden.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.27 / April 2008 - **VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: RESMED GmbH&Co.KG. Broschur "Endlich wieder ruhig schlafen", Info-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber:Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Broschüre ADAC "Müdigkeit im Straßenverkehr", SSG Protokolle "Didgeridoo" und "Tag des Schlafes" 2008, im Krankenhaus Reinbek.

Soweit mein Bericht vom dritten Patiententreffen 2008 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Fa. LindeGasTherapeutics und beim Krankenhaus Großhansdorf für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung und dem Versand des Protokolls und der Einladung.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek