

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf

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

Steffen Schumacher
Husumer Straße 44
21465 Reinbek
Tel. + Fax: 040 / 722 25 53
eMail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel
Hegelstraße 6
29439 Lüchow
Tel.: 05841 / 961721
eMail: schiel@automenzel.de



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

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf:
 Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek
 Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Reinbek, Donnerstag, 12. Oktober 2006

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe,
sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer und Förderer der Selbsthilfegruppentreffen,

Protokoll vom Treffen Krkh.Großhansdorf GmbH - Prof.Dr.med. H. Magnussen und Frau Dr.med. P. Wagner/Krkh.-Grßhdf., Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf zusammen mit der SSG, am 20.09.2006, zum 3. Patiententreffen im Krkh. Großhansdorf, Vortragssaal, 19.00 Uhr, Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen zu dem Thema : "Schlaf-bezogene Atmungsstörungen (SBAS) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen - 2. Teil "

TOP 1.) Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieses besonderen Patiententreffens, zu dem das Krankenhaus Patienten eingeladen hatte, die im letzten Jahr im Schlaflabor behandelt worden sind und die SSG die üblichen Teilnehmer eingeladen hat, die immer schon eingeladen werden. Es wurden 600 Einladungen verschickt. Herr Schumacher begrüßte den ärztlichen Direktor Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Frau Dr.med. P. Wagner und Herrn Dr.med. P. Lotz, die MTA Frau G. Kuziek, die Mitarbeiterinnen im Sekretariat vom Schlaflabor Frau A. Schomann und Frau A. Seyfahrt und die in der Nacht diensthabende MTA Frau E. Westphal; sowie die anwesenden Mitarbeiter der Firmen der Medizintechnik die zu diesem Treffen gekommen waren: Frau I. Bergoint von der Fa. RES-MED GmbH & Co.KG, Herrn U. Schmid von der Fa. anamed GmbH, der Geräte- und Masken der Fa. Heinen&Löwenstein präsentierte und Herrn V. Strauß von der Fa. Linde Gas Therapeutics GmbH & Co.KG.

Um für alle anwesenden Teilnehmer den gleichen Informationsstand über die Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf zu erreichen, gab Herr Schumacher einen kurzen Überblick über die Entstehung und den Sinn und Zweck der Selbsthilfegruppe und diese Patiententreffen. Er bedankte sich bei allen Anwesenden die zu diesem Patiententreffen gekommen waren und bis auf wenige Ausnahmen auch gleich den richtigen Weg in den Vortragssaal vom Krankenhaus gefunden haben, denn viele Jahre fand die Septemberveranstaltung im Vortragssaal

es folgt Seite – 2 –

Als langjährige Leiterin steht Frau Otto der SSG auch weiterhin mit Ihrem Rat zur Verfügung!
Charlotte Otto, Torfstieg 2, 21502 Geesthacht, Tel.: 04152 - 70326

("Forum") des Emil-von-Behring-Gymnasiums im Schulzentrum in Großhansdorf, Sieker Landstraße 203, statt. Diese langjährige Gewohnheit hatte das Krankenhaus und die Selbsthilfegruppe gerade erst wieder geändert, bzw. rückgängig gemacht. Der erfreulich große und sehr interessierte Teilnehmerkreis von ca. 140 Patienten, der zusammengekommen war, hat wieder zu einem besonders erfolgreichen Patiententreffen im Krankenhaus beigetragen.

Danach gab Herr Schumacher das Wort weiter an Prof.Dr.med. H. Magnussen

TOP 2.) Thema: "Schlaf-bezogene Atmungsstörungen (SBAS) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen - 2. Teil "

Der Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen wird hier sinngemäß wiedergegeben :

Schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) nehmen mit steigendem Lebensalter zu und werden überwiegend bei 50 – 60 jährigen Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen diagnostiziert. Aber umgekehrt können vor allem nächtliche Herzrhythmusstörungen ein Hinweis auf das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung (SBAS) sein, die dann gegebenenfalls immer als Erstes behandelt werden muss, ehe man eine antiarrhythmische Therapie durch Medikamente oder Herzschrittmacher in Erwägung zieht. Bei etwa einem Viertel aller Patienten mit Herzinsuffizienz liegt eine Schlafapnoe vor. Diese kann eine Herzmuskelschwäche verschlechtern, da der kranke Herzmuskel zu wenig Sauerstoff und zu viele Streßhormone bekommt.

Langzeit-Untersuchungsergebnisse von kardiovaskulären ("das Herz und das Gefäßsystem betreffende") Erkrankungen bei Männern mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA), mit und ohne CPAP-Behandlung haben erschreckende Resultate aufgezeigt, z.B. ist für den einen Teilnehmerkreis ohne CPAP-Behandlung der plötzliche Herztod um den Faktor 3 gesteigert. Die Sterberate der mit CPAP behandelten OSA-Patienten ist dagegen genauso groß wie bei gesunden Patienten, abhängig davon wie schwer die OSA vorher gewesen ist.

Fazit: Eine CPAP-Behandlung reduziert die kardiovaskulären Risiken bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe. (CPAP = continuous positiv airway pressur / kontinuierlicher – ständiger - positiver Atemwegsdruck)

An dem Beispiel von zwei Patienten mit unterschiedlicher Konstitution und Krankheitsgeschichte, die sich gerade zur Untersuchung im Schlaflabor aufhielten und an dem Patiententreffen teilgenommen haben, erläuterte Herr Prof. Magnussen die mögliche Besserung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch die nächtliche Ventilationstherapie, bzw. wie erfolgreich die Therapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein kann :

Patient 1 : 74 Jahre, Gewicht 87 kg, Größe 181 cm, schlanke Figur,
Überweisung durch Kardiologen, 2001 Herzinfarkt,
2006 Herzrhythmusstörungen / Vorhofflimmern

Patient 2 : 55 Jahre, Gewicht 140 kg, Größe 187 cm, Figur: bauchbetontes Übergewicht,
Fettleibigkeit (Adipositas),
Überweisung durch Hausarzt / Lungenfacharzt, Patient ist Schnarcher,
arterielle Hypertonie, ausgeprägte Tagesmüdigkeit

Beide Patienten wurden 3 Nächte im Schlaflabor untersucht, überwacht und therapiert mit nächtlicher Ventilationstherapie. In der 3.Nacht wurde das Ergebnis noch mal bestätigt. Bei beiden Patienten wurden in der 1.Nacht Atemaussetzer/Apnoen und Sauerstoffentsättigungen des Blutes bis zu 78% festgestellt. Nach Einleitung der Therapie in der 2. und 3.Nacht gab es keine Atemaussetzer / Apnoen mehr und die Sauerstoffsättigung des Blutes betrug 97 - 98%. Beide Betroffene sagten bei der Abschlussbesprechung: "Es geht mir gut", ja sogar:

Kreislauf-Erkrankungen begünstigt.

Mit dem Begriff Dysfunktion ist eine abnorme, krankhafte Funktion eines Organs gemeint. Dysfunktion ist die lateinische Bezeichnung für *Störung* (Die Endothelzellen sind eine die Innenwände der Blutgefäße auskleidende Zellschicht).

Bei den Untersuchungen der Blutgefäße könnte die Suche nach der Gefäßgüte mittels spezieller Ultraschalluntersuchungen (Doppler) zum Standard erhoben werden. Durch die Behandlung mit Vitamin C besserte sich in einer Studie nach ca. 4 Wochen die Elastizität der Blutgefäße, weil Vitamin C offenbar den oxidativen Stress mindert.

Ein Beispiel für die Blutgefäßreaktion sehen wir, wenn wir unsere Hand in Eiswasser halten, dann wird sie ganz weiß, weil die Strömung des Blutes durch die sich verengenden Blutgefäße (hier durch Kältereiz) eingeschränkt ist.

Es ist aber durchaus denkbar, dass die häufigen Sauerstoffentsättigungen bei OSA (vor allem bei einer seit längerer Zeit bestehenden, unbehandelten schweren Schlafapnoe) zu einer zunehmenden Gewebeschädigung der Blutgefäße im Gehirn, aber auch an anderen Körperstellen führen könnten. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose und Therapie der Schlafapnoe.

Arterielle Hypertonie

Der wegen seines häufigen Auftretens in der Bevölkerung auch als "Volkskrankheit" bezeichnete Bluthochdruck wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als ein Blutdruck von über 160 mmHg systolisch und über 95 mmHg diastolisch (160/95). Als normal gelten Blutdruckwerte bis 140/90. Als grenzwertig gilt ein Blutdruck zwischen 140/90 bis 160/95, sog. Grenzwerthypertonie. In den westlichen Industrienationen leidet etwa jeder fünfte unter einer arteriellen Hypertonie!

Bei den für die arterielle Hypertonie typischen Symptomen handelt es sich oft um uncharakteristische Beschwerden, wie beispielsweise frühmorgendlicher Kopfschmerz (v. a. im Bereich des Hinterkopfes), Schwindel, Ohrensausen, Nervosität, Herzklopfen, Nasenbluten oder auch Atemnot bei Belastung.

Es gibt keine Zweifel, unbehandelte schwere obstruktive Schlafapnoe fördert hohen Blutdruck.

Schlaganfall

Der Schlaganfall (Apoplex) ist die dritthäufigste Todesursache in Deutschland, ein Fünftel der über 65-Jährigen ist davon betroffen. Auslösend ist ein plötzlicher Gefäßverschluss oder eine Blutung im Bereich des Gehirns. Zu den Risikofaktoren gehören Bluthochdruck, Diabetes mellitus, "die Pille", Rauchen und erhöhte Blutfettwerte. Vorstufen und damit ernst zu nehmende Warnzeichen sind vorübergehende neurologische Ausfälle, auch TIA (transitorisch - ischämische Attacke) und PRIND (prolongiertes ischämisch - neurologisches Defizit) genannt. Die Symptome hängen von der Lokalisation des Schlaganfalles im Gehirn ab, häufig kommt es zur halbseitigen Lähmung und Sprachstörungen. Wichtig ist es, in der Frühphase Folgeschäden des Sauerstoffmangels zu vermeiden und dadurch den Gewebeschaden zu minimieren. Durch eine konsequent durchgeführte Rehabilitation kann es zur Besserung oder gar Rückbildung der neurologischen Ausfälle kommen.

Die in einer Studie erhobenen Daten über 4 Jahre an 1.189 Patienten ergaben ein erhöhtes Schlaganfall-Risiko bei schlaf-bezogenen Atmungsstörungen (SBAS), bzw. bei Schlafapnoe. Die Schlaganfallhäufigkeit ist bis zu 10-fach erhöht. Das Schlaganfall-Risiko bleibt ohne Behandlung bestehen, ebenso wie bei nicht angewendeter CPAP-Therapie.

Herzinsuffizienz

Die Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten Erkrankungen weltweit. In Deutschland leiden drei Prozent der Bevölkerung an einer Herzinsuffizienz, bei den über 70-Jährigen sind es zehn

Prozent. Die Arteriosklerose der Herzkranzgefäße und hoher Blutdruck (Hypertonie) sind die Hauptursachen der Herzinsuffizienz. Die Blutpumpe arbeitet nicht richtig ! Eine Herzinsuffizienz kann zu Herzrhythmusstörungen (Kammer-Arrhythmien) führen.

Ist das Herz nicht mehr in der Lage, die Gewebe mit genügend Blut und somit Sauerstoff zu versorgen, spricht man von Herzinsuffizienz, auch Myokard-Insuffizienz oder Herzmuskelschwäche genannt. Die Pump-Leistung des Herzens ist dann unzureichend im Verhältnis zum Körperbedarf.

Die linke Herzkammer pumpt im so genannten großen Kreislauf (Körperkreislauf) sauerstoffreiches Blut von den Lungen in den Körper. Die rechte Herzkammer pumpt das sauerstoffarme Blut, das von den Organen, Muskeln und anderen Geweben zurückfließt, in die Lungen, wo es wieder mit Sauerstoff angereichert wird. Dies ist der so genannte kleine Kreislauf (Lungenkreislauf).

Bei linksseitiger Herzschwäche (**Linksherzinsuffizienz**) arbeitet die linke Herzhälfte unzureichend, und das Blut staut sich in der Lunge (Stauungslunge). Es kommt zu einer Wasseransammlung in der Lunge.

Bei rechtsseitiger Herzschwäche (**Rechtsherzinsuffizienz**) staut sich das Blut in den Geweben des Körpers. Es kommt zu Wasseransammlungen im Körper (z.B. in beiden Beinen, in der Bauchhöhle, in der Leber, usw.).

Von einer **globalen Herzinsuffizienz** spricht man, wenn die Pumpfunktion beider Herzkammern eingeschränkt ist.

Generell ist Herzinsuffizienz eine fortschreitende Krankheit, deren Verlauf nur verlangsamt, nicht aber rückgängig gemacht werden kann. Eine Heilung gelingt nur, wenn die auslösende Ursache beseitigt wird. Ohne Behandlung führt Herzinsuffizienz zum Tod. Etwa 50 Prozent der Patienten erleiden einen plötzlichen Herztod ausgelöst durch Herzrhythmusstörungen. Bei einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA) mit CPAP-Behandlung kommt es zu einer Besserung der Herzinsuffizienz. Es fällt dem Herzen offensichtlich leichter das Blut zu transportieren. Durch eine Änderung der Lebensführung können Sie in manchen Fällen dem Fortschreiten der Erkrankung vorbeugen oder die Symptome verbessern:

Essen Sie weniger Salz.

Salz bindet Wasser im Körper und Ihr Herz muss dann mehr Arbeit leisten.

Treiben Sie regelmäßig Sport. Früher war Sport bei Herzschwäche verboten, mittlerweile haben Studien gezeigt, dass regelmäßige körperliche Belastung Ihr Herz auf Dauer entlastet. Sprechen Sie aber unbedingt mit Ihrem Arzt, bevor Sie loslegen.

Wiegen Sie sich täglich. Wenn Sie innerhalb einiger Tage mehr als ein bis zwei Kilo zunehmen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Plötzliche Gewichtszunahme kann ein Zeichen für eine vermehrte Wassereinlagerung sein.

Achten Sie auf Ihren Alkoholkonsum. Alkohol ist die Hauptursache der dilatativen Kardiomyopathie, einer Herzerkrankung die zur Herzschwäche führt.

Ernähren Sie sich gesund und fettarm mit viel Gemüse.

Wenn Sie übergewichtig sind, sollten Sie abnehmen.

Hören Sie auf zu rauchen.

Nehmen Sie zuverlässig die Ihnen verordneten Medikamente.

Die **Cheyne-Stokes-Atmung**, eine spezielle Form der zentralen Schlafapnoe, deren Ursache eine Herzmuskelschwäche selbst darstellt, trägt zur Prognoseverschlechterung bei den schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) erheblich bei. Als ursächlich dafür werden die, infolge der Atempausen, auftretenden Sauerstoffunterversorgungen und die übermäßige Freisetzung

von Stresshormonen (Katecholaminen) angesehen. Die Cheyne-Stokes-Atmung ist gekennzeichnet durch einen ständigen Wechsel von Zunahme und anschließender Abnahme der Atemzugtiefe und das Auftreten von sich wiederholenden Atempausen. Die Sauerstoffunterversorgungen und die vermehrte Katecholaminausschüttungen wirken sich negativ auf die bereits vorbestehende Herzerkrankung aus.

Bei der Cheyne-Stokes-Atmung handelt es sich um eine periodische Apnoe, weshalb sie auch als *periodische* oder *zyklische* Atmung bezeichnet wird. Benannt ist sie nach John Cheyne (1777-1836) und William Stokes (1804-1878). Dabei kommt es zu einem periodisch wiederkehrenden An- und Abschwellen der Atmung: Die Atemzüge werden immer flacher und flacher, bis sie nach einer Atempause von manchmal mehr als 10 Sekunden wieder tiefer und tiefer bis hin zu angestrengtesten Atemzügen werden. Zusätzlich kann sich dabei auch die Atemfrequenz verändern. Sie tritt bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz gehäuft auf, ist aber auch eines der Symptome bei der akuten Höhenkrankheit. Die Cheyne-Stokes-Atmung kann ein Vorstadium der präterminalen Seufzeratmung sein, kann andererseits allerdings auch ohne Krankheitsbedeutung während des normalen Schlafs vorkommen. Der negative Einfluss der Cheyne-Stokes-Atmung auf den klinischen Verlauf der Herzinsuffizienz dürfte zwischenzeitlich ebenso gesichert sein, wie die Tatsache, dass deren erfolgreiche Behandlung zu einer Verlängerung der Lebenserwartung führt. Je ausgeprägter die Herzinsuffizienz - und dabei v.a. die linksventrikuläre Komponente - umso ausgeprägter sind ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom und das periodische Atemmuster der Cheyne-Stokes-Atmung. Zur Behandlung der Cheyne-Stokes-Atmung kommt als Beatmungsverfahren die antizyklisch modulierte Ventilation (AZMV) zur Geltung, welche das früher eingesetzte BiPAP-Verfahren (für *bilevel positive airway pressure*) hier abgelöst hat. Dabei wird über ein Maskensystem von Atemzug zu Atemzug eine automatische Regulation des Atemdrucks eingesetzt und das Schwingen der Atemregulation mechanisch gedämpft. Die adaptive Servoventilation mit dem AutoSetCS-Gerät (AutoSetCS[®], ResMed) ist ein System, welches den notwendigen Beatmungsdruck von Atemzug zu Atemzug automatisch reguliert und zur Stabilisierung der Atmung eine variable Druckunterstützung bereitstellt. Durch eine effektive Behandlung der Cheyne-Stokes-Atmung mit AutoSetCS[®] konnte die Morbidität reduziert werden. Neben einer Verbesserung der Herzfunktion konnte auch eine Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität erreicht werden.

Nach wie vor muss im Schlaflabor die Feststellung getroffen werden, welche schlaf-bezogene Atmungsstörung (SBAS) liegt überhaupt vor? Die Diagnostik der SBAS muss noch viel genauer werden! Bei fehlender Akzeptanz der Therapie muss gefragt werden, ob das Gerät zur Behandlung nicht das richtige Gerät war? Die besondere Schwierigkeit ist an die Patienten heranzukommen, die behandelt werden müssten. Wir alle sollten Freunde, Bekannte, Verwandte mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen fragen: "Hast Du schon mal Deinen Doktor gefragt ob Du eine schlaf-bezogene Atmungsstörung (SBAS) hast?"

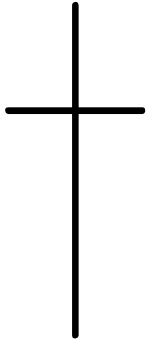
Nach der Beantwortung ähnlicher Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen und einer kurzen Diskussion bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Prof. Magnussen für seine sehr lehrreichen und anschaulichen Ausführungen.

TOP 3.) Verschiedenes: unter Verschiedenes gab Herr Schumacher bekannt :

Es lagen wieder Infomaterial und Fragebogen des **VdK**-Fachverbandes Schlafapnoe zu dem Thema "Hellwach ohne Sekundenschlaf" aus. Der Zusammenhang zwischen schlaf-bezogenen Atmungserkrankungen und einer höheren Unfallhäufigkeit ist vielfach nachgewiesen. Bitte geben Sie diese Informationen und einen Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit, vergleich-

bar mit der Epworth Sleepiness Scale (ESS), an alle Berufskraftfahrer in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis weiter. Die Berufskraftfahrer möchten sich einen kurzen Augenblick Zeit nehmen um die acht Fragen anonym zu beantworten. Im Rahmen einer Studie wird der **VdK**-Fachverband Schlafapnoe die Ergebnisse auswerten.

NACHRUF



Je schöner und voller die Erinnerung, desto schwerer die Trennung.
Aber die Dankbarkeit verwandelt die Erinnerung in eine stille Freude.
Man trägt das vergangene Schöne wie ein kostbares Geschenk in sich.
Dietrich Bonhoeffer

Wir trauern um die im vergangenen Jahr verstorbenen Mitglieder der
Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf

Herrn **Otto Reimers**, Geesthacht,
Herrn **Bernhard Hüwel**, Buchholz,
Herrn **Johannes Krafft**, Hamburg.

Die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf wird Ihnen ein
ehrendes Andenken bewahren.

Zur erneuten Erinnerung, hier Antworten auf die Fragen :

Ist die Schlafapnoe eine anerkannte chronische Krankheit ? Dazu antwortete Herr Dr. Hein auf Nachfrage:>Bei der Schlafapnoe handelt es sich ohne Zweifel um eine chronische Erkrankung. Wir sollten beim nächsten Patiententreffen (ich meine zu erinnern, erneut) auf diesen Punkt hinweisen. Dies spielt ja eine Rolle für Befreiungen.<

Wer bescheinigt dass die Schlafapnoe eine anerkannte chronische Krankheit ist ?

Eine Bescheinigung erhält man wahrscheinlich vom Hausarzt – dem Gesundheitslotsen, oder von dem Arzt der ein Jahr lang vor Ausstellung der Bescheinigung eine "Dauerbehandlung" wegen chronischer Schlafapnoe bei Ihnen durchgeführt hat. Die Krankenkassen halten dafür Vordrucke bereit.

Bescheinigung des Arztes zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit (§ 62 SGB V)

Grundsätzlich muss sich jeder Versicherte an den gesetzlichen Zuzahlungen in Höhe von bis zu 2 % seines Bruttojahreseinkommens beteiligen.

Sollte eine schwere chronische Krankheit vorliegen, vermindert sich die Zuzahlung auf maximal 1 % der jährlichen Bruttoeinkünfte. Eine schwerwiegende chronische Krankheit liegt vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

Eine ärztliche Behandlung pro Quartal wegen derselben Krankheit seit mindestens einem Jahr (Dauerbehandlung) und zusätzlich die Pflegestufe II bzw. III oder
- ein Grad der Behinderung (GdB) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 %.

Liegt eine Dauerbehandlung vor, jedoch kein GdB/MdE von mindestens 60 % oder Pflegestufe II/III, so kann eine Anerkennung als chronisch Erkrankter dennoch erfolgen, wenn eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten wäre.

Schlafapnoe und Grad der Behinderung (Information vom **VdK**-Fachverband Schlafapnoe)

- Ohne Notwendigkeit einer Beatmungstherapie (nCPAP, BiPAP) 0-10 GdB

- Mit einer Notwendigkeit einer Beatmungstherapie (nCPAP, BiPAP) 20 GdB
- Bei nicht durchführbarer Therapie/Beatmungstherapie wenigstens 50 GdB

Bei der Beurteilung des Grades der Behinderung kommt es natürlich darauf an, ob mehrere Funktionsbeeinträchtigungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) vorliegen. Zwar dürfen hier bei der Ermittlung der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen die Grade der Behinderungen nicht addiert werden, es kommt aber sehr häufig vor, dass die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit zu einer wechselseitigen Beziehung stehen und damit einen entsprechend höheren Grad der Behinderung bedingen.

Danach bedankte sich Herr Schumacher bei den Mitarbeitern der Firmen der Medizintechnik die anwesend waren und z.T. nCPAP-Geräte- und Schlafmasken-Präsentationen durchgeführt haben und beendete dieses besondere, 3. Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf 2006 mit einem herzlichen Dank an alle Teilnehmer, sowie Wünschen für eine bleibende gute Gesundheit.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: ca. 140 Personen, (auf Grund von 600 verschickten Einladungen), die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 48 Patienten mit 11 Angehörigen der SSG, 10 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 16 Patienten und ein Angehöriger in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weiter Informationen der SSG zu bekommen.

Für das nächste, 4. Patiententreffen 2006 am Mittwoch 22. November 2006, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, (Buß- u. Betttag !! Achtung Terminverschiebung !!) Thema: "Schlafapnoe und Sekundenschlaf – eine der häufigsten Unfallursachen im Straßenverkehr." Vortrag von Herrn Dr. med. H. Hein, Reinbek, wird eine Einladung in das Krankenhaus Großhansdorf versendet werden.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus:

Infomaterial von der Firma : RESMED GmbH & Co.KG – Periodikum RESMEDIA Journal Ausgabe 2/2006.

"Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.23 April 2006, VdK-Fachverband Schlafapnoe. Informations-Büchlein "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr. med. Heike Beneš, Schwerin, Herausgeber: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.

Soweit mein Bericht vom 3. Patiententreffen 2006 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragsaal, zu dem das Krankenhaus und die SSG Patienten eingeladen hatten, zusammen mit Herrn Prof. Dr. med. H. Magnussen, und Frau Dr. med. P. Wagner / Krkh. Größhdf., Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf.

Wir bedanken uns bei der Firma Weinmann, Geräte für Medizin GmbH & Co.KG -Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Ausrichtung dieses Selbsthilfegruppentreffens, sowie bei der Fa. LindeGasTherapeutics und beim Krankenhaus Großhansdorf für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung und dem Versand des Protokolls und der Einladungen.

Steffen Schumacher

Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf

Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.+Fax: 040/ 722 25 53, Mobil: 0175/ 629 43 09

eMail: steffenschumacher@alice-dsl.de,

www.schlaf-portal.de – Stichwort "Selbsthilfe"