

# Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

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

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

E-Mail: [steffenschumacher@alice-dsl.de](mailto:steffenschumacher@alice-dsl.de)

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

E-Mail: [schiel@automenzel.de](mailto:schiel@automenzel.de)

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

E-Mail: [uwe.scholz@hanse.net](mailto:uwe.scholz@hanse.net)



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "[www.schlaf-portal.de](http://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, den 04. Februar 2011

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 vierten Patienten-Treffen am 22. September 2010 erhalten Sie nun das Protokoll.

**Protokoll vom 1. Treffen der SSG am Mittwoch 26.01.2011 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, 19.<sup>00</sup> bis 21.<sup>00</sup> Uhr, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek**

## TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieser ersten Selbsthilfe-Informationsveranstaltung 2011, zu der in das Krankenhaus Reinbek eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Dr.med. H. Hein aus Reinbek, Herrn Dr.med. dent. U. Witte, Zahnarzt aus Hamburg-Rahlstedt, die MTA Frau Mona Behrendt von der Fa. B&P Schlaf und Therapie oHG Reinbek, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u.a. Herrn M. Wokel von der Fa. critical care medizintechnik gmbh, Herrn J. Buschmann von der Fa. FLO Medizintechnik GmbH, Herrn B. Linne, Dipl.Ing. für Medizintechnik - Vertrieb - von der Fa. Heinen+Löwenstein GmbH, Frau K. Beyer und Herrn C. Radtke von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG, Frau J. Overend von der Fa. RESMED GmbH Niederlassung Hamburg, sowie Herrn S. Mumme von der Fa. VitalAire GmbH.

Dieses Patiententreffen fand wieder in der Aula der Pflegeschule (hinter dem Hauptgebäude des Krkh.Rbk.St.Adolf-Stift) statt. 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 können.

**Happy New Year! Das neue Jahr hat grad begonnen, die ersten Vorsätze sind schon zeronnen. Was soll's, es gibt jetzt kein Zurück! Zum neuen Jahr Ihnen Allen viel Erfolg, Gesundheit und Glück!** wünscht die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek.

es folgt Seite – 2 –

TOP 2.) Vortrag durch: Herrn Steffen Schumacher Sprecher der SSG und  
Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek

" Was ist sozial- und versicherungsrechtlich wichtig? " Aktuelle Informationen aus der Gesundheitspolitik, etwa zu Gesetzen und Verordnungen, zur Gesundheitsreform und zu Krankenkassen.

Leider musste Herr Peter Broll, der Geschäftsführer des VdK-Landesverbandes Hamburg, seinen Vortrag kurzfristig absagen, da er einen wichtigen Termin in Bonn, beim Sozialverband VdK Deutschland wahrzunehmen hatte. Ein Vertreter konnte kurzfristig nicht gefunden werden.

Der Vortrag von Herrn Steffen Schumacher wird hier sinngemäß wiedergegeben, die vorgestellten Informationen und Bilder entsprechen nicht unbedingt der Meinung bzw. der Ansicht des Vortragenden. Bitte bilden Sie sich Ihre eigene Meinung! :

Vorträge bzw. Informationen zu folgenden Themen :

- A.) Der Sozialverband VdK Deutschland protestiert (VdK)
- B.) Probleme im Gesundheitswesen seit über 30 Jahren gleich (SSG)
- C.) Aktuelles aus der Gesundheitspolitik (Fa.Weinmann/Th.Wyrwoll-Fachreferent)
- D.) Meine Rechte als Patient Das Aktionsbündnis » meine Wahl! « / Sozialwahl 2011
- E.) Umsetzung der BUB-Richtlinie (Dipl.Ing. N. Kamps MDS d. Krkassen e.V. Essen)
- F.) Die elektronische Gesundheitskarte (SSG)

A.) Der Sozialverband VdK Deutschland protestiert

Forderungen des Sozialverbandes VdK Deutschland



Sozialabbau in Deutschland führt zu noch mehr Armut, mindert die Kaufkraft und die Lebensqualität, fördert Politikverdrossenheit, schadet der Demokratie und gefährdet den inneren Frieden.

**Der Sozialverband VdK protestiert :**

➤ **gegen die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich,** ➤ **gegen die verfehlte Gesundheitsreform 2010,** ➤ **gegen Vorschläge zur Streichung der Rentengarantie,** ➤ **gegen das unsoziale Sparpaket der Regierung.**

**Gemeinsam gegen den Sozialabbau, Jede Stimme zählt - jetzt mitmachen!**

Die VdK-Protestaktion "Stoppt den Sozialabbau!" richtet sich gegen das unsoziale Sparpaket der Bundesregierung, das die Kluft zwischen Arm und Reich weiter vergrößert, und gegen die verfehlte Gesundheitsreform, bei der die steigenden Gesundheitskosten in Form von Zusatzbeiträgen einseitig den Arbeitnehmern und Rentnern aufgebürdet werden.

**Gemeinsam gegen den Sozialabbau.** Außerdem protestiert der VdK gegen Bestrebungen, die Rentengarantie wieder abzuschaffen. Durch Veranstaltungen, Pressegespräche und eine Protestplattform im Internet wird der VdK den Unmut seiner 1,5 Millionen Mitglieder über die sozial unausgewogene Politik der Bundesregierung deutlich zum Ausdruck bringen.

**1. Die Kluft zwischen Arm und Reich muss überwunden werden!**

Nach aktuellen Zahlen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) driften Arm und Reich in Deutschland immer mehr auseinander. Die Zahl der Menschen mit niedrigem Einkommen ist von 18 Prozent im Jahr 2000 auf 22 Prozent im Jahr 2009 gestiegen. Rund 27 Prozent der Deutschen verfügen über gar kein Vermögen oder haben sogar Schulden. Demgegenüber besitzt ein Zehntel der Bevölkerung rund 60 Prozent des Gesamtvermögens.

**2. Gesundheit muss für alle bezahlbar sein!**

Gesundheit darf nicht noch stärker vom Geldbeutel der Versicherten abhängig werden. Insbesondere Rentner und chronisch Kranke werden die Leidtragenden der Gesundheitsreform 2010 sein. Auf die gesetzlich Versicherten kommen in Zukunft massive Zusatzbeiträge zu - trotz vorgesehenem Sozialausgleich. Der Arbeitgeberbeitrag bleibt unverändert. Sinnvolle Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel die Förderung der Prävention, kommen zu kurz.

### **Der VdK protestiert :**

- ⇒ gegen eine Weichenstellung in Richtung Kopfpauschale in der GKV durch immer höhere Zusatzbeiträge.
- ⇒ gegen eine ausschließliche Abwälzung der steigenden Gesundheitskosten auf die Versicherten - die Arbeitgeber müssen genauso in die Pflicht genommen werden.
- ⇒ gegen Leistungseinschränkungen und hohe Eigenbeteiligungen bei Rehabilitation, Krankengeld, Medikamenten und Hilfsmitteln.

### **3. Die Rentengarantie muss bleiben!**

Die Rentengarantie nützt Jung und Alt. Alles, was man bei den heutigen Rentnern kürzt, fehlt auch kommenden Generationen. Renten-Nullrunden, Mini-Erhöhungen, höhere Steuern und Gesundheitskosten und dazu die steigenden Zusatzbeiträge der Krankenkassen belasten die Rentnerinnen und Rentner, viele leben bereits in Armut.

### **Der VdK protestiert :**

- ⇒ gegen Vorschläge zur Abschaffung der Rentengarantie, weil man sich zumindest auf den Zahlbetrag seiner Rente verlassen können muss.
- ⇒ gegen weitere Renten-Nullrunden - die 20 Millionen Rentnerinnen und Rentner sind schon zu oft zum Sparen gezwungen worden, auch ihre Altersbezüge müssen wieder steigen.
- ⇒ gegen die "Rente mit 67", die unter den gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen für viele Ältere nichts anderes als eine Rentenkürzung durch die Hintertür ist.

### **4. Das Sparpaket muss vom Tisch!**

Das Sparpaket der Bundesregierung geht zu Lasten der Schwächsten in unserem Land. Es ist völlig verfehlt, wenn bei denjenigen der Rotstift angesetzt wird, die ohnehin schon wenig haben.

### **Der VdK protestiert :**

- ⇒ gegen die Streichung des Elterngeldes für Arbeitslosengeld-II-Empfänger, da dies in erster Linie alleinerziehende Mütter trifft, die ohne das Elterngeld kaum über die Runden kommen.
- ⇒ gegen die Abschaffung des Rentenversicherungsbeitrags für Langzeitarbeitslose. Die ohnehin niedrige rentenrechtliche Absicherung von monatlich 2,09 Euro pro Jahr der Arbeitslosigkeit ganz zu streichen, statt diese deutlich zu erhöhen, ist zynisch. Für diesen Personenkreis ist Altersarmut vorprogrammiert.
- ⇒ gegen die Streichung des Heizkostenzuschusses für Wohngeldempfänger, sonst werden viele arme Rentnerinnen und Rentner im Winter in kalten Zimmern sitzen.
- ⇒ gegen die pauschale Kürzung von Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, insbesondere von behinderten und älteren Arbeitslosen.

B.) Probleme im Gesundheitswesen seit über 30 Jahren gleich

### **Die Probleme im Gesundheitswesen sind seit über 30 Jahren die gleichen – die Lösungsvorschläge auch!**

**"Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz" 1977** damit fing es an:

- ⇒ Erstmals müssen Patienten bei Krankentransporten 3,-- DM zuzahlen

**"Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz" 1982**

**"Haushaltsbegleitgesetze" 1983 und 1984**

- ⇒ Höhere Zuzahlung bei Krankentransport und erstmals auch bei Krankenhausaufenthalt 5,-- DM pro Tag

**"Gesundheitsreformgesetz" 1989**

- ⇒ Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel, ⇒ 10% Eigenbeteiligung bei Heilmitteln
- ⇒ Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung jetzt 10,-- DM/Tag
- ⇒ Einführung gestaffelter Zuschüsse zum Zahnersatz

#### **"Gesundheitsstrukturgesetz" 1993**

- ⇒ Gestaffelte Eigenbeteiligungen bei Arzneimitteln
- ⇒ Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 11,-- DM/Tag
- ⇒ Kieferorthopädie nur noch für unter 18-Jährige

#### **1. und 2. "GKV-(Gesetzl.KrankenVers.) Neuordnungsgesetz" 1996**

- ⇒ Absenkung der Zahnersatz-Zuschüsse um 5%-Punkte

#### **"Beitragsentlastungsgesetz" 1997**

- ⇒ Erhöhung der Arzneimittel-Zuzahlungen und der Eigenbeteiligung bei Heilmitteln (15%)
- ⇒ Senkung des Krankengeldes auf 70% des Bruttoentgelts - max. 90% des Nettoentgelts
- ⇒ Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 17,-- DM täglich
- ⇒ keine Leistungen mehr für Brillenfassungen
- ⇒ Fortfall der Leistungen für Zahnersatz für nach dem 31.12.1978 Geborene
- ⇒ nur noch Festzuschüsse zum Zahnersatz

#### **"GKV-Finanzstärkungsgesetz" 1998**

#### **"GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz" 1999**

- ⇒ Immerhin: Rücknahme der Festzuschüsse zum Zahnersatz
- ⇒ Rücknahme des Fortfalls der Leistungen für Zahnersatz für nach 1978 Geborene
- ⇒ Senkung der Arzneimittel-Zuzahlungen

**Die dann folgenden Jahre bringen Gesetze, die zwar keine direkten Leistungseinschränkungen für die Versicherten bedeuten, sondern sich auf anderen Feldern um eine Lösung der Finanzprobleme der GKV bemühen, z. B.:**

#### **"GKV-Gesundheitsreformgesetz" 2000**

#### **"Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung" 2001**

#### **"Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz" 2001,**

#### **"Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz" 2001**

#### **"Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches" 2002**

#### **"Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz" 2002**

#### **"Beitragssatzsicherungsgesetz" 2003**

#### **"Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung"**

#### **"Gesundheitsmodernisierungsgesetz" 2004**

- ⇒ Einführung Praxisgebühr bei Arzt und Zahnarzt
- ⇒ weitere Erhöhung der Arzneimittel-Zuzahlungen
- ⇒ Eigenbeteiligung bei Heilmitteln jetzt nur noch 10 %, dafür aber zusätzliche 10,-- EUR je Verordnung
- ⇒ 10 %ige Eigenbeteiligung bei allen Hilfsmitteln
- ⇒ Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt nun auf 10,-- EUR täglich (höchstens 26 Tage)
- ⇒ Streichung von Sterbegeld und Entbindungsgeld
- ⇒ Streichung von Sehhilfen für über 18-Jährige
- ⇒ keine Fahrkosten-Erstattung mehr
- ⇒ Herausnahme nicht verschrbgs.pflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV

#### **"Gesundheitsmodernisierungsgesetz" 2005**

#### **"Gesundheitsreform-Wettbewerbsstärkungsgesetz" 2006**

"Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung"

#### **"Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" 2007** (kurz: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz oder GKV-WSG 2007)

- ⇒ Bürger ohne Versicherungsschutz und solche die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, werden versicherungspflichtig in der GKV.

- ⇒ Alle Versicherten können die Kostenerstattung wählen, auch für einzelne Versorgungsbe-  
reiche.
- ⇒ Die Krankenkassen können neue Wahltarife und müssen Tarife für besondere Versorgun-  
gsformen anbieten.
- ⇒ Der Wechsel in die private Krankenversicherung wird erschwert. Erst wenn Sie die Jahres-  
arbeitsentgeltgrenze in den letzten drei Jahren überschritten haben.
- ⇒ Empfohlene Impfungen, Rehabilitationen und Mutter/Vater/Kind Kuren werden zu Pflichtleis-  
tungen aller Kassen.
- ⇒ Neue Leistungen wie die Palliativversorgung (in der Palliativversorgung geht es um die um-  
fassende Betreuung unheilbar Kranker) und das Versorgungsmanagement werden einge-  
führt.
- ⇒ Häusliche Krankenpflege ist auch in neuen Wohnformen eine Leistung der Kassen.

### **"Gesundheitsreform" 2009 Teile des GKV-WSG treten jetzt erst in Kraft**

- ⇒ einheitlicher Beitragssatz für alle Krankenkassen.
- ⇒ alle Beiträge fließen in den Gesundheitsfonds
- ⇒ morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA-GKV) tritt in Kraft. (morbidity =  
Krankheitshäufigkeit)
- ⇒ Krankenkassen, die mit den Mitteln aus dem Fonds nicht auskommen, müssen einen Zu-  
satzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen.
- ⇒ Krankenkassen, die mehr Mittel aus dem Fonds bekommen, als sie zur Deckung ihrer Aus-  
gaben benötigen, können Ihren Mitgliedern Prämien zurückzahlen.
- ⇒ Kassen können Wahltarife zum Krankengeld anbieten.
- ⇒ Versicherungspflicht gilt für alle Bürger. Private K-Versicherungen müssen einen Basistarif anbieten.

### **"Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-Finanzierungsgesetz) 2010**

#### **Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) 2010**

Der Bundestag hat am 11. November 2010 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittel-  
marktes (AMNOG) beschlossen

- ⇒ Kernstück des Gesetzes ist die Kosten-Nutzen-Bewertung für neue Arzneimittel.
- ⇒ Das AMNOG sieht eine frühe Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln vor.
- ⇒ Patienten und Ärzte können erstmals kurz nach der Zulassung objektive Informationen er-  
halten, ob ein neues Arzneimittel tatsächlich besser ist, als die bisher angewandten.
- ⇒ Demnächst sollen Patienten ihr vertrautes bisheriges Arzneimittel weiter bekommen kön-  
nen, auch wenn die Kasse einen Vertrag mit dem Hersteller eines anderen Präparates hat.  
Voraussetzung ist allerdings, dass die Patienten zunächst das Arzneimittel selbst bezahlen.  
Die Kassen sollen dann ihren Versicherten einen Teil des bezahlten Betrages zurückerstatten.  
Viele Experten haben Zweifel, dass sich diese Regelung in der Praxis bewährt.

### **"Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-FinG) 2010**

#### **Was hat's gebracht?**

... die nächste "**Reform**" steht vor der Tür.

Dann können wir die Liste vielleicht fortsetzen mit: einem "**Gesundheitsdämpfungsgesetz**"?  
oder "**Beitragsstärkungsgesetz**"? oder "**Kostenstabilisierungsgesetz**"?

C.) Aktuelles aus der Gesundheitspolitik (Fa.Weinmann/Th.Wyrwoll-Fachreferent)

#### **Aktuelles aus der Gesundheitspolitik - Wie steht es um das deutsche Gesundheitswe- sen allgemein? - Die geplante Reform - Was unternimmt die Regierung? - Was pasi- ert in der Schlafmedizin?**

Einnahmen und Ausgaben der GKV 2000 bis 2009, Einnahmen = 1,468,7 Mrd. €, Ausgaben =  
1.469,9 Mrd. €. In den zehn Jahren und davor entwickelte sich ein Defizit von ca. 9 bis 10 Mrd.  
Euro in der GKV. Für 2010 und 2011 erwartet die Politik ein ausgeglichenes Jahresergebnis.

**"Nach der Reform ist auch immer vor der Reform"**

### **Was sind die Ursachen für den ungebremsten Ausgabenanstieg in der GKV?**

- ⇒ demographische Entwicklung – Versicherte werden immer älter. Solidarausgleich versagt zunehmend.
- ⇒ prozyklischer Aufbau / Problem Erwerbslosigkeit.
- ⇒ "Erosion des Normalarbeitsverhältnisses" (Leiharbeit, befristete Arbeit, 1-Euro Arbeit).
- ⇒ Kostentreiber Innovation (neue Entwicklungen müssen nicht zwangsläufig teurer sein).
- ⇒ diverse strukturelle Gegebenheiten, die notwendige Veränderungen erschweren (förderalistisch pluralistischer Aufbau des Systems).
- ⇒ Insgesamt basiert das System auf der Annahme einer langfristigen Stabilität bestimmter Determinanten, die so heute nicht mehr gegeben ist.

### **GKV-FinG 2010, "Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens"**

Um das Defizit von ca. 9 Mrd. Euro in der GKV zu decken.

Das Ergebnis kurz vorweg:

- ⇒ keine strukturelle Reform, (wäre aber dringend notwendig gewesen).
- ⇒ nicht aufeinander abgestimmte Einzelmaßnahmen, kein "Masterplan".
- ⇒ Kompensation der Ausgabendynamik durch zusätzliches Geld, (Steuergeld und Beitragssatzanpassungen).

#### **Die wesentlichen Maßnahmen im Einzelnen (1/2) Die Ausgabenseite**

- ⇒ Verwaltungsausgaben der Krankenkassen in 2011 und 2012 eingefroren.
- ⇒ hausarztzentrierte Versorgung darf keine Zusatzbeiträge verursachen.
- ⇒ Ausgabenbegrenzung extrabudgetärer ärztlicher Leistungen.
- ⇒ Begrenzung des Honorarzuwachses der Zahnärzte.
- ⇒ Regelung des Ausgabenzuwachses bei psychischen/psych.-somatischen Erkrankungen.

#### **Die wesentlichen Maßnahmen im Einzelnen (2/2) Die Einnahmenseite**

- ⇒ Beitragssatzanhebung von 14,9 % auf 15,5 %, (davon unverändert 0,9 % allein durch die Arbeitnehmer) "Über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden durch weiterentwickelte einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert." (!!!).
- ⇒ Der Arbeitgeberbeitrag wird auf 7,3 % eingefroren. Die Ausgabendynamik wird zum größten Teil auf die Versicherten abgewälzt.
- ⇒ Solidarausgleich über Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger.

#### **Fazit:**

Ungewissen Einsparungen von nur rund 1,5 Mrd. € stehen (relativ) gesicherte Einnahmen von rund 14,6 Mrd. € gegenüber. Das genannte Einsparpotential von 7,5 Mrd. € (lt. Bundesministerium für Gesundheit / BMG) ist nicht nachvollziehbar, der Eintritt der Einsparungen fraglich, aber auch gar nicht notwendig, da die Ausgabenentwicklung durch die Beitragssatzerhöhung aufgefangen wird.

#### **Sonstige Änderungen / Pläne**

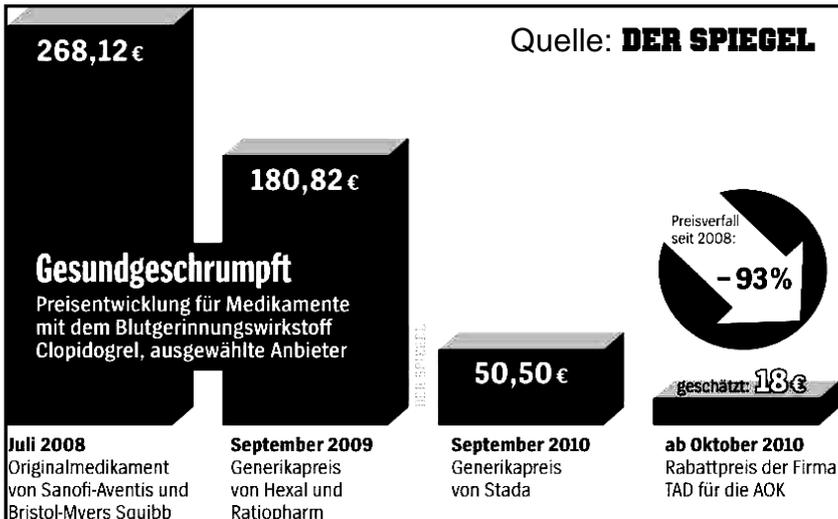
- ⇒ Wechsel in die PKV jetzt wieder bei einmaliger Überschreitung der BBG möglich, (Beitragsbemessungsgrenze) (vorher: 3 Jahre in Folge).
- ⇒ Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen?! (Rechtlich gesehen ist ein Kartell eine Vereinbarung oder eine aufeinander abgestimmte Verhaltensweise zwischen Unternehmen, mit dem Ziel oder der Wirkung, den Wettbewerb zu beschränken.)
- ⇒ "Nebenkriegsschauplatz" AMNOG (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz), ist bereits am 01.01.2011 in Kraft treten.

#### **Anwendung des Kartellrechts auf Krankenkassen?**

"Nebenwirkungen": Der Gesetzgeber hat 2007 die Möglichkeit zum Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen geschaffen. Dies hat zu signifikanten Ausgabeneinsparungen bei den Krankenkassen geführt. (siehe Beispiel AOKn):

Diese Entwicklung ist durch das Kartellrecht gefährdet, wenn es denn auf die Krankenkassen

angewendet werden sollte, es droht dann eine selbstverschuldete Kostenexplosion.



### Gesundgeschimpft:

Preisentwicklung für Medikamente mit dem Blutgerinnungswirkstoff Clopidogrel, ausgewählte Anbieter.

**Juli 2008** Originalmedikament von Sanofi-Aventis und Bristol-Myers-Squibb = **268,12 €**

**September 2009** Generikapreis von Hexal und Ratiopharm = **180,82 €**

**September 2010** Generikapreis von Stada = **50,50 €**

**Ab Oktober 2010** Rabattpreis der Firma TAD für die AOK = **18,00 € geschätzt.**

### Preisverfall seit 2008 = - 93%

Diese Entwicklung ist durch das Kartellrecht gefährdet, es droht eine selbstverschuldete Kostenexplosion.

### Die Schlaftherapie – ein kurzer Überblick (1/2)

- ⇒ "Depotverbot" [ § 128 SGB V – Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern im Gesundheitsmarkt (Versorger, Sanitätshäuser, oder Homecare-Unternehmen) und Vertragsärzten] bedrohte zwischenzeitlich die effiziente Versorgung im Schlaflabor, diese ist nun durch veränderte Strukturen wieder sichergestellt.
- ⇒ Erstattung der Therapie durch die Krankenkassen, sehr geringe Kosten für Patienten.
- ⇒ Krankenkassen und Leistungserbringer regeln Versorgungsumfang und Leistungsvergütung in Verträgen.

### Die Schlaftherapie – ein kurzer Überblick (2/2)

zunehmender **Preisdruck** der Krankenkassen zwingt Hersteller und Leistungserbringer zu immer tiefgreifenderen Rationalisierungsmaßnahmen.

- ⇒ **vereinzelt wirtschaftliche Versorgung nicht mehr möglich**
- ⇒ positiv: Krankenkassen kehren an den Verhandlungstisch zurück, kaum noch Ausschreibungen. Zusätzliche Einführung eines Beitrittsrechtes auch anderer Leistungserbringer zu bestehenden Ausschreibungsverträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V.
- ⇒ großflächig bisher (noch) kaum Einschränkungen in der Versorgungsqualität.
- ⇒ zukünftig möglicherweise höhere Belastungen auch für den Patienten?

### Schlafdiagnose - Vergütung ärztlicher Leistungen

Allgemein für alle Ärzte (nicht nur für Schlafmediziner) bis März 2010:

- ⇒ Aufgrund von strukturbedingten "Fehlanreizen" (? - abhängig vom persönlichen Standpunkt des Arztes) hat es in der Vergangenheit erhebliche Veränderungen der Zahlungsströme in der ärztlichen Vergütung gegeben.
- ⇒ Ausweitungen bei den vorrangig finanzierten sogenannten "extrabudgetären" Leistungen (fixe Fallvergütung) haben bei den nachrangig finanzierten "budgetären" Leistungen (variabel aus dem Restvolumen heraus vergütet, in Abhängigkeit von den jeweiligen Behandlungsfallzahlen) zu erheblichen Vergütungsrückgängen geführt, da das Gesamtvolumen, aus dem beide bezahlt werden, sich in der Höhe nicht verändert.

Im Ergebnis haben Ärzte, die keine extrabudgetären Leistungen erbringen, bei gleicher oder sogar Mehrarbeit deutlich weniger verdient.

Im März 2010 wurden mit Wirkung ab Juli 2010 allgemein weitreichende Veränderungen beschlossen, die regional unterschiedlich umgesetzt werden können.

Für die bisher i.d.R. extrabudgetär fix vergütete ambulante Polysomnographie, werden nun in den verschiedenen KV-Bezirken (Kassenärztliche Vereinigungen), über teils deutlich unter-

schiedliche Berechnungsmodelle, zumeist regionale "Behandlungsaufschläge" für Schlafmediziner kalkuliert.

Aufgrund der Gemengelage können derzeit nur schwer allgemeingültige Aussagen zur Vergütungsentwicklung getroffen werden, da :

- ⇒ viele KVn (Kassenärztliche Vereinigungen) die Berechnungsmethode noch gar nicht festgelegt haben.
- ⇒ die Vergütung teilweise in Abhängigkeit von "Restvolumina" variiert.
- ⇒ erste finale Praxisabrechnungen erst zum Jahresbeginn 2011 vorliegen.

Das ergibt starke Verunsicherung, keine Investitionen oder "on hold", verlängerte Wartezeiten.

#### **Konsequenzen:**

Ambulante Schlaflabore können nicht mehr die gleiche Fallzahl kostendeckend erbringen, es drohen lange Wartezeiten. Einige arbeiten teilweise nur noch halbe Quartale, weil dann das Budget aufgebraucht ist. Wieder andere können nicht mehr wirtschaftlich arbeiten und werden voraussichtlich schließen müssen. Wahrscheinlich ist auch ein Fallzahlenanstieg in den stationären Schlaflaboren, zu dann deutlich höheren Kosten (bis zu Faktor 2,5), der Grundsatz "ambulant vor stationär" wird dadurch konterkariert.

D.) Meine Rechte als Patient / Sozialwahl 2011

**Meine Rechte als Patient. Das Aktionsbündnis » meine Wahl! «**

**Medizinische Hilfsmittel –**

**unverzichtbar für Millionen !**

**Gemeinsam Wahlfreiheit retten !**



Meine Rechte als Patient - Hilfsmittel nach Schema > F < – !

"Entmündigt die Gesundheitsreform gesetzlich Krankenversicherte? "

⇒ Medizinische Hilfsmittel – unverzichtbar für Millionen

Mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland sind auf medizinische Hilfsmittel angewiesen.

Sei es die Bandage, der Rollstuhl oder Atemtherapiegeräte, seien es Produkte zur Inkontinenz- oder zur Stomaversorgung (Stoma = künstlicher Darmausgang) – für die Betroffenen sind diese Hilfsmittel ein entscheidender Beitrag zur Lebensqualität.

#### **Mitsprache ist Ihr gutes Recht !**

Klar, dass Betroffene bei der Auswahl ihrer persönlichen Hilfsmittel Mitbestimmen möchten. Sie möchten selbst entscheiden, welchem Homecare-Unternehmen, welchem Sanitätshaus oder welcher Apotheke sie ihre Versorgung und Therapie, die persönliche Beratung und Betreuung oder die individuelle Anpassung ihrer Hilfsmittel anvertrauen.

Was, wenn Sie bei Ihren Hilfsmitteln nicht mehr mitbestimmen können?

Weder zu wem Sie mit Ihrem Rezept gehen, noch welches Produkt Sie aufzahlungsfrei erhalten?

⇒ Freie Wahl des Versorgungspartners entfällt ab 2009!

Ab dem 1. Januar 2009 schränkt die Gesundheitsreform für gesetzlich Krankenversicherte die freie Wahl ihres Versorgungspartners ein. Die Versicherten können nur noch zwischen den Vertragspartnern ihrer Krankenkasse auswählen. Möglicherweise ist das nur ein einziger. Hat der bisherige Versorgungspartner keinen Vertrag mit der Krankenkasse, kann er die Betroffenen nicht mehr versorgen!

Das Aktionsbündnis » meine Wahl! « setzt sich für den Erhalt der Wahlfreiheit bei medizinischen Hilfsmitteln ein.

⇒ Die Gesundheitsreform mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erlaubt gesetzlichen Krankenkassen die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln auszuschreiben und an einen günstigen und exklusiven Vertragspartner zu vergeben. Entscheidet sich die Krankenkasse für den Weg der Ausschreibung, fallen Wahlfreiheit und Mitbestimmung unter den Tisch.

### **Reform mit großen Risiken.**

⇒ Mehr Wettbewerb ist gut und schön. Aber nicht zu Lasten der Patienten und der Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Genau die aber droht durch die Neuregelung Schaden zu nehmen.

### **Über das Aktionsbündnis**

Das Aktionsbündnis »meine Wahl!« 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 Stand der Technik entsprechende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Dazu zählen der Erhalt der Wahlfreiheit und die Sicherstellung qualifizierter Dienstleistungen in der gesamten Versorgungskette.

⇒ Kontakt: Aktionsbündnis »meine Wahl!« c/o Weber Shandwick,  
Schönhauser Allee 37, Gebäude P, 10435 Berlin, T: 030 - 20351-228, F: 030 - 20351-29  
info@buendnis-meine-wahl.de, www.buendnis-meine-wahl.de

Hartmann Rechtsanwälte, T: 0231 - 9860-450, F: 0231 - 9860-455  
Am Brambusch 24, 44536 Lünen, info@hartmann-rechtsanwaelte.de

Weitere Bündnispartner:

Wer beteiligt sich mit aktiver Mitarbeit und unterstützt die Ziele des Bündnisses? Siehe im Internet unter [www.buendnis-meine-wahl.de](http://www.buendnis-meine-wahl.de), und u.a. die SSG Großhansdorf / Reinbek

⇒ Freie Wahl des Versorgungspartners entfällt ab 2009

Bereits jetzt ist das Patientenwahlrecht teilweise eingeschränkt. Zahlreiche Krankenkassen haben die Hilfsmittelleistungen für ihre Versicherten schon neu geregelt.

⇒ Einschränkungen bei Hilfsmitteln zu Lasten der Betroffenen

Was als Beitrag zur Wettbewerbsstärkung im Gesundheitswesen gedacht war, kann für Betroffene zahlreiche Probleme mit sich bringen :

⇒ ! Weniger Qualität : Die gesetzlichen Krankenkassen sind vom Gesetzgeber aufgefordert, ihre Vertragspartner über Ausschreibungsverfahren zu gewinnen. Wenn dabei wirtschaftliche Kompromisse auf Kosten der Qualität gemacht werden, können sich zunehmend Billigprodukte durchsetzen.

⇒ ! Mehr Komplikationen : Eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Therapie ist nur noch eingeschränkt möglich. Bei der Umstellung auf neue, vielleicht weniger geeignete Produkte kann es zu Fehlversorgungen und Fehlern in der Handhabung kommen.

⇒ ! Höhere Kosten : Wer mit dem Vertragspartner der Kasse nicht einverstanden ist und einen anderen Versorgungspartner wählen will oder auf gewohnte Produkte zurückgreifen möchte, muss gegebenenfalls entstehende Mehrkosten selbst tragen.

⇒ ! Zu wenig oder zu viel : Aus wirtschaftlichen Erwägungen kann es zu Mengengrenzungen bei der Versorgung mit Verbrauchsmaterialien wie zum Beispiel Inkontinenzprodukten kommen. Auch zu große Vorratslieferungen sind problematisch.

⇒ ! Weitere Wege : Die wohnortnahe Versorgung steht auf dem Spiel. Die neue gesetzliche Regelung bedroht die Existenz mancher Homecare-Unternehmen und örtlicher Sanitätshäuser. Betroffene und pflegende Angehörige müssen eventuell längere Einkaufswege in Kauf nehmen.

⇒ ! Wechselnde Ansprechpartner : Wer verschiedene Hilfsmittel benötigt, wird nicht mehr aus einer Hand versorgt werden.

⇒ ! Unklare Verantwortlichkeiten : Wer muss Abhilfe schaffen, wenn es Mängel bei der Versorgung gibt? Der Versorgungspartner oder die Krankenkasse? Für Betroffene ist das schwer zu durch schauen.

⇒ ! Machen Sie sich stark für Ihr Recht auf Mitsprache!

Sie sind auf medizinische Hilfsmittel angewiesen? Sie pflegen, betreuen oder kennen Betroffene? Dann helfen Sie mit und erheben Sie Ihre Stimme für mehr Mitbestimmung in der Hilfsmittelversorgung.

⇒ Was können Sie tun? Wenn Sie sich für die freie Wahl von Hilfsmitteln einsetzen wollen:

⇒ ! Füllen Sie unseren Kontaktbogen aus und senden Sie ihn an das Aktionsbündnis »meine Wahl!«.

⇒ ! Oder tragen Sie sich auf unserer Internetseite als Unterstützer der Kampagne ein. Wenn Sie wollen, können Sie dort Ihren Fall schildern und unser Aktionsbündnis aktiv unterstützen.

Wenn Sie mit Ihrer Hilfsmittelversorgung unzufrieden sind:

⇒ ! Bitte teilen Sie Mängel und Kritikpunkte bei der Hilfsmittelversorgung Ihrer Krankenkasse schriftlich mit und bitten Sie die Krankenkasse, diese zu beheben.

⇒ ! Falls Sie mit dem Vertragspartner Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden sind, können Sie bei Nachweis eines berechtigten Interesses ggf. einen anderen Versorgungspartner wählen. Wie dies geht, erfahren Sie u. a. auf unserer Internetseite.

**» Hilfsmittelnutzer wollen selbst entscheiden, wem sie ihre Versorgung oder Therapie anvertrauen. Schließlich geht es um ihre persönliche Gesundheit und oft um sehr private Fragen, die ein gewisses Vertrauensverhältnis voraussetzen. «**

Silja Korn, Deutschlands erste blinde Erzieherin

### Drei Thesen für mehr Mitsprache bei der Hilfsmittelversorgung

⇒ 1. Mitsprache sichert Qualität :

Betroffene und pflegende Angehörige sind erfahrene Experten im Umgang mit medizinischen Hilfsmitteln. Ihre Mitsprache ist entscheidend für die Qualität der Versorgung.

⇒ 2. Freie Wahl bei Hilfsmitteln ist ein Grundrecht :

Artikel 2 des Grundgesetzes schützt die allgemeine Handlungsfreiheit. Dazu gehört auch die freie Wahl bei der Versorgung mit Hilfsmitteln. Dies ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines modernen, patientengerechten Gesundheitswesens.

⇒ 3. Mitsprache stärkt den Wettbewerb :

Nichts fördert den Wettbewerb auf dem Hilfsmittelmarkt so nachhaltig wie gesundheitsbewusste und mitspracheberechtigte Verbraucher. Durch ihre Hilfsmittelentscheidung setzen Betroffene wirtschaftliche Impulse und schaffen Anreize für Forschung und Innovation.

**Weitere Informationen, besonders zu dem Thema: "Meine Rechte als Patient " >Leitfaden für Nutzer von medizinischen Hilfsmitteln<, erhalten Sie aus dem Info-Prospekt des Aktionsbündnisses » meine Wahl! «, der bei den Gruppentreffen zum Mitnehmen ausliegt.**

D.) 2011 ist Wahljahr, Sozialwahl 2011

### Das Jahr 2011 steht im Zeichen der Sozialwahl.

Rund 48 Millionen Menschen in Deutschland sind aufgerufen,

mit ihrer Stimme die "Parlamente" ihrer Versicherungen zu wählen. Nutzen Sie die Chance und bestimmen Sie aktiv mit über die soziale Sicherheit in Deutschland.

Sozialwahl 2011: Zukunft wählen ! Am 1. Juni 2011 ist der Stichtag für die nächste Sozialwahl in Deutschland. Bis zu diesem Tag werden bei allen gesetzlichen Sozialversicherungsträgern die Selbstverwaltungsparlamente neu gewählt. Rund 48 Millionen Versicherte wählen per Briefwahl ihre Vertreter in die höchsten Gremien der Selbstverwaltung der Deutschen Renten-



versicherung Bund (DRV Bund) sowie von fünf Ersatzkassen. Die gewählten Vertreter der Versicherten treffen dort alle grundsätzlich wichtigen Entscheidungen. Mit der Sozialwahl nehmen also Versicherte ihre Belange selbst in die Hand. Und: Sie machen Gebrauch von Ihrem Recht auf Mitbestimmung!

**Was wählen?** Die Sozialwahl ist das Kernstück der Demokratie in der Sozialversicherung – mit ihr werden die Parlamente der Versicherungen gewählt. Die Beitragszahler und Rentner entscheiden über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund. Bei den Ersatzkassen BARMER GEK, Techniker Krankenkasse (TK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), KKH-Allianz und der hkk wählen die Mitglieder die Verwaltungsräte.

**Wie wählen?** Die Sozialwahl ist eine reine Briefwahl. Die Wahlunterlagen werden allen Wahlberechtigten per Post zugeschickt. Wer bei der DRV und einer der Ersatzkassen versichert ist, erhält zwei Wahlbriefe. Wichtig: Pro Stimmzettel darf nur eine Liste angekreuzt werden! Danach müssen die ausgefüllten Unterlagen nur noch per Post zurückgeschickt werden – in Deutschland selbstverständlich portofrei.

**Wann wählen?** Die Wahlunterlagen werden im Zeitraum vom 11. bis zum 21. April 2011 zugeschickt. Sobald die Unterlagen vorliegen, kann man seine Stimme abgeben. Am 1. Juni 2011 ist Stichtag – bis dahin muss der Brief eingegangen sein. Wichtig: Es gilt der Tag des Posteingangs, nicht der Tag des Poststempels!

**Wer wählt?** Wahlberechtigt sind Beitragszahler und Rentner der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglieder der Ersatzkassen, die am 3. Januar 2011 das 16. Lebensjahr vollendet haben. Die Nationalität spielt keine Rolle.

Auf [www.sozialwahl.de](http://www.sozialwahl.de) informieren ab heute die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Ersatzkassen BARMER GEK, TK, DAK, KKH-Allianz und hkk über die in diesem Jahr bei allen Sozialversicherungsträgern stattfindende Sozialwahl. Die Internetseite bietet allen wahlberechtigten Versicherten Informationen zur drittgrößten Wahl in Deutschland nach der Bundestags- und der Europawahl.

E.) Umsetzung der BUB-Richtlinie

### **Umsetzung der BUB-Richtlinie – Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS).**

Leistungsrechtliche und sozialmedizinische Entscheidungsbasis bei der Diagnostik und Therapie von SBAS (Schlafbezogene Atmungsstörungen) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Einführung und Anwendung einer neuen Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,

**Richtlinien gemäß § 92 SGB V, BUB-Richtlinie** – Spezielle Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung z.B. bei SBAS.

#### **§ 1 Inhalt (BUB-Richtlinie)**

(1) Diese Richtlinie legt fest, unter welchen Voraussetzungen in der vertragsärztlichen Versorgung die kardiorespiratorische Polygraphie und die kardiorespiratorische Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen zur Anwendung kommen kann.

(2) "Schlafbezogene Atmungsstörungen" (SBAS) im Sinne dieser Richtlinie sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome (SAHS) sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

(3) "Polygraphie" und "Polysomnographie" im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen.

#### **§ 3 Stufendiagnostik (BUB-Richtlinie)**

(3) **Stufe 1:** Anamnese und ggf. Fremdanamnese des Schlaf-Wach-Verhaltens sowie differenzierte anamnestische Abklärung einer möglichen Dyssomnie unter Einbeziehung standardi-

sierter Fragebögen zur Tagesschläfrigkeit (z. B. Epworth Sleepiness Scale) und ggf. weiterer Testverfahren.

(4) **Stufe 2:** Klinische Untersuchung, insbesondere im Hinblick auf endokrinologische, Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ventilationsstörungen sowie neurologische und psychiatrische Krankheiten.

(5) **Stufe 3:** Ergeben die diagnostischen Maßnahmen nach Stufe 1 und Stufe 2 die typischen anamnestischen und klinischen Symptome und Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung, so soll die weitere differenzialdiagnostische Abklärung durch eine kardiorespiratorische Polygraphie (notwendige Ableitungsparameter siehe § 7 Abs. 1 dieser Richtlinie) während einer mindestens 6-stündigen Schlafphase erfolgen.

(6) Die Durchführung der kardiorespiratorischen Polygraphie mit allen gemessenen Parametern ist zu dokumentieren. Zur Sicherung der Aussagekraft der Polygraphie und um die Plausibilität einer automatischen Analyse zu überprüfen, sind die Rohdaten stets visuell durch den gemäß dieser Richtlinie qualifizierten Arzt zu bewerten. Die Untersuchungsergebnisse sind dem Arzt zur Verfügung zu stellen, der ggf. die weitere polysomnographische Diagnostik und/oder die Überdrucktherapie einleitet.

(7) **Stufe 4:** Eine kardiorespiratorische Polysomnographie kann nur dann als ergänzende Diagnostik durchgeführt werden, wenn trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung einschließlich Durchführung geeigneter Testverfahren und der nach Stufe 3 durchgeführten Polygraphie keine Entscheidung möglich ist, ob eine Therapie mittels CPAP (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder anderer Verfahren notwendig ist.

#### **Polygraphie (PG) nach 30900 (BUB-Richtlinie)**

Die sachgerechte Durchführung der Polygraphie nach der Nr. 30900 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende 6 Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können.

1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

#### **Polysomnographie (PSG) nach 30901 (BUB-Richtlinie)**

Die sachgerechte Durchführung der Polysomnografie nach der Nr. 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können. Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende 10 Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können.

1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
8. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

### **Ort der Leistungserbringung – Stellungnahme der DGSM**

Aus der Leistungsbeschreibung der EBM-Ziffer 30901 und der Qualitätssicherungsvereinbarung nach §135 ergibt sich eindeutig, dass die PSG nicht (wie etwa die Polygraphie nach Ziffer 30900) in der Wohnung des Patienten durchgeführt werden kann. Vielmehr muss der Patient über Nacht in einem Schlafräum untergebracht werden, und während der ganzen Nacht muss Überwachungspersonal anwesend sein, sowie ein ärztlicher Notfalldienst unmittelbar zur Verfügung stehen.

In der Tat werden auch die "ambulant" Schlaflaboruntersuchungen in der Regel in einem Schlaflabor durchgeführt, das eng (z.B. hinsichtlich des ärztlichen Hintergrunds lt. Qualitätssicherungsvereinbarung) an eine Klinik angegliedert ist, zum Teil sogar faktisch in den gleichen Räumen und unter den gleichen nächtlichen organisatorischen Bedingungen wie "stationäre" PSGs.

Damit ist bei der Beurteilung der Frage "ambulant" oder "stationär" nur zu unterscheiden zwischen dem Abrechnungsmodus, der dem vertragsärztlichen Sektor (also "ambulant") oder dem Krankenhaussektor (also "stationär") zuzurechnen ist, und der faktischen Art der Leistungserbringung, die aufgrund der Qualitätsanforderungen mindestens einer teilstationären Versorgung entspricht. (Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin)

**Folgen für die Leistungserbringung :** Seit dem 11.11.2004 ist die Polygraphie und die Polysomnographie in der Differentialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen eine **vertragsärztlich, d.h. ambulant** nach den **verbindlichen** BUB-Richtlinien zu erbringende Leistung.

Eine **voll- oder teilstationäre Durchführung** ist damit nur noch zulässig bei im Einzelfall nachgewiesener **medizinischer Notwendigkeit**,

**"Systemversagen"** (es stehen nicht genügend ambulante Polysomnographie-Messplätze zur Verfügung). **Ermächtigung** des klinischen Somnologen.

### **§ 5 Therapieverlaufskontrollen (BUB-Richtlinie)**

(1) Eine erste Kontrolle der Überdrucktherapie soll 6 Monate nach Einleitung einer CPAP-Therapie mit einer kardiorespiratorischen Polygraphie nach Stufe 3 erfolgen. Hierbei soll auch festgestellt werden, ob der Patient das Therapiegerät ausreichend nutzt (Betriebsstundenzähler, ggf. Auslesung des Nutzungsprotokolls). Bei komplikationslosem Verlauf sind weitere routinemäßige polygraphische Kontrolluntersuchungen nicht erforderlich.

(2) Eine erneute kardiorespiratorische Polysomnographie ist nur bei schwerwiegenden Therapieproblemen erforderlich, die mit der Polygraphie nicht erkannt und nicht behoben werden können.

**Fazit: (Regelmäßige) Kontrolluntersuchungen nur 1x, 6 Monate nach Ersteinstellung.**

**Keine weiteren Untersuchungen bei komplikationslosem Verlauf.**

**Kontrolluntersuchung in der Regel als Polygraphie (ambulant), nur bei Komplikationen Polysomnographie ambulant oder stationär (z.B. Tagesmüdigkeit).**

**Auslesung des Betriebsstundenzählers / bzw. des Nutzungsprotokolls.**

**Regelmäßige "Kontrollen" durch den "Hausarzt" werden dadurch immer erforderlicher.**

**Selbstdisziplin der Patienten ist noch mehr erforderlich (Stichwort: Therapietreue).**

**Auswertungsmöglichkeiten von CPAP-Geräten müssen erweitert und genutzt werden.**

F.) Die elektronische Gesundheitskarte

### **Die elektronische Gesundheitskarte (abgekürzt eGK)**

Die elektronische Gesundheitskarte (abgekürzt eGK) sollte ab 1. Januar 2006 die Krankenversicherungskarte (abgekürzt KVK, § 291 SGB V) die zum 1. Januar 1995 eingeführt wurde in Deutschland ersetzen (§ 291a SGB V). Die Einführung hat sich jedoch verzögert. Zurzeit läuft noch die Testphase. In der Region Nordrhein wird jetzt die neue Gesundheitskarte getestet. Viele Ärzte stehen der Chipkarte skeptisch gegenüber. Sie befürchten, dass die Daten missbraucht werden könnten.

Die gesetzlichen Krankenkassen in der Testregion Nordrhein geben die neuen Chipkarten an

Versicherte aus. Schrittweise soll die Karte bis Ende 2010 bundesweit eingeführt werden und die bisherige Versichertenkarte ersetzen??

Neu an der elektronischen Gesundheitskarte ist das persönliche Foto. Dadurch soll der Kartenmissbrauch verhindert werden. Auf der Rückseite befindet sich der europäische Krankenversicherungsschein. Ihre geplanten Funktionen soll die Karte erst nach und nach erhalten. In der Startphase werden auf der Karte zunächst wie bei der alten Versicherungskarte nur die Stammdaten des Patienten gespeichert sein. Die Kritik an der gesetzlichen Konzeption hält an. Im Unterschied zur bisherigen Krankenversicherungskarte, die "nur" eine Speicher-Chipkarte war, ist die eGK eine Prozessor-Chipkarte. Die eGK enthält teilweise auch die Möglichkeit zur Speicherung weiterer Daten (z. B. Arzneimitteldokumentation, e-Rezept, Notfalldaten, Impfpass). Während die Bevölkerung die elektronische Gesundheitskarte überwiegend begrüßt, wie Umfragen belegen, ist in der Ärzteschaft die Ablehnung nach wie vor groß.

Anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch :Herrn Steffen Schumacher, Sprecher der SSG und Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek.

### **3.) Verschiedenes, Informationen aus der Arbeit der SSG,**

#### **Lerchen, Eulen oder Normaltyp- Welcher Chronotyp sind Sie? Wie tickt Ihre innere Uhr?**

Für "Interessierte" leite ich eine Information von Herrn Dr. Hein weiter : bitte verwenden Sie diese direkten Links zum Munich Chronotyp Questionnaire für Ihre Patienten: [https://www.bioinfo.mpg.de/mctq/core\\_work\\_life/core/core.jsp?language=deu&referral\\_info=SHGGHD](https://www.bioinfo.mpg.de/mctq/core_work_life/core/core.jsp?language=deu&referral_info=SHGGHD)

Es ist kein Passwort nötig um den Fragebogen ausfüllen zu können. Da alle Daten vertraulich behandelt werden, können sie anschließend ausschließlich von Prof. Roenneberg heruntergeladen werden. Die meisten Menschen haben ein sehr gutes Gefühl für ihren Chronotyp. Fällt es Ihnen leicht, sich als Lerche, Normaltyp oder Eule einzuordnen? Für alle, die sich noch nicht sicher sind, hat Professor Till Roenneberg vom Zentrum für Chronobiologie an der Münchner Ludwigs-Maximilians-Universität ein paar Tipps. Kein Aprilscherz!!

Das nächste, das **2. Patiententreffen in 2011**, findet statt am Mittwoch **02. März 2011**, 19:<sup>00</sup> bis 21:<sup>00</sup> Uhr, im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, mit einem Vortrag von Herrn Prof.Dr.med. Klaus F. Rabe, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, zu dem Thema :"Asthma – Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlafapnoe- »Aktualisierungen und neue Erkenntnisse«."

Anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch : Herrn Prof. Dr.med. Klaus F. Rabe, Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med P. Wagner, Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.31 / Oktober 2010 **VdK** – Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Norddeutschland, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Gemeinsam Wahlfreiheit retten" »Machen Sie mit« und "Meine Rechte als Patient" »Lätfaden für Nutzer von medizinischen Hilfsmitteln« Info-Prospekte des Aktionsbündnisses »meine Wahl!«.

Soweit mein Bericht vom 1. Treffen der SSG in 2011 am Mittwoch 26.01.2011 im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Firma Linde Gas Therapeutics GmbH, Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung des Protokolls.

Ilse und Steffen Schumacher, für die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek  
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287  
E-Mail: [steffenschumacher@alice-dsl.de](mailto:steffenschumacher@alice-dsl.de), Web: [www.schlaf-portal.de](http://www.schlaf-portal.de)