

SHG-Schlafapnoe-Buchholz i.d.N.

Information

für

Schlafapnoe - Patienten

zusammengestellt

von

SHG – Schlafapnoe Hamburg

SHG – Schlafapnoe Buchholz i.d.Nordheide

Wir haben uns zur Aufgabe gemacht, Schlafapnoe- Patienten in allen Fragen des Therapie-Alltags mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Nach erfolgter Verordnung und Festlegung der Therapie durch Schlaflabor und Facharzt versuchen wir mit Informationen und Erfahrungsaustausch die kleinen Probleme des Alltags gemeinsam zu lösen. Der Aspekt Hilfe zur Selbsthilfe steht immer im Vordergrund. Wir bewegen, was uns verbindet.

Alle Patienten mit der Diagnose „Schlafapnoe“ müssen bemüht sein, mit Einsicht und Akzeptanz ein erstrebenswertes und optimales Therapieziel zu erreichen. Nur so kann man das gesundheitliche Wohlergehen erreichen und alle negativen Entwicklungen verhindern, die der weiteren Gesundheit abträglich sein könnten.

Bei uns erleben Sie, wie ebenfalls Betroffene ihr Gesundheitskonzept konstruktiv kontrollieren und verbessern. Sie werden stets informiert wie die Entwicklung des medizinischen Hilfsmittelmarktes voranschreitet. Auch erfahren Sie, was bei der Nutzung der Ihnen anvertrauten technischen Hilfen alles zu beachten ist. Das Gespräch mit gleich gesinnten Betroffenen im therapeutischen Bemühen bietet reichhaltige Quellen für die persönliche Motivation. Der Erfolg ist es wert, sich aus gesundheitlichen Gründen entsprechend zu organisieren.

Wir wünschen uns, dass Sie in unserer Mitte aktiv mitarbeiten und vielen anderen Mut machen, sich um ihre künftige Gesundheit erfolgreich zu bemühen. Rufen Sie bitte uns an. Sie können wählen, welche unserer beiden Selbsthilfegruppen Sie besuchen möchten. Es stehen zur Wahl:

22043 Hamburg – Wandsbek und 21244 Buchholz i.d.Nordheide.

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie eine Auswahl interessanter Veröffentlichungen zum Thema Schlafapnoe. Als Ansprechpartner steht Ihnen zur Verfügung:



Holger Steder, ☎ 04105 - 83970 oder 📧 holgerste@t-online.de

Regeln zur Schlafhygiene

0 bis 30 % der Bevölkerung Deutschlands leiden unter Ein- und Durchschlafstörungen, die häufig mit einer verminderten Leistungsfähigkeit am Tage einhergehen. Es werden 88 verschiedene Erkrankungen des Schlafes unterschieden, die teilweise auch einer medikamentösen oder apparativen Therapie bedürfen

Nahezu jeder Patient profitiert jedoch von leicht zu erlernenden Empfehlungen, die auf die natürlichen Tag-/Nachtrhythmen des Menschen hinweisen sollen.

1. Individuell notwendige Schlafmenge:

Beschränken Sie die Zeit im Bett auf das Maß, das sie von beschwerdefreien Zeiten kennen. Eine längere Bettzeit führt zu oberflächlicheren, wenig erholsamen und von häufigem Erwachen unterbrochenen Schlaf.

2. Einhalten regelmäßiger Schlafzeiten:

Der Mensch ist ein Gewohnheitstier. Regelmäßige Zeiten für das Zubettgehen und das morgendliche Aufstehen stabilisieren die Schlafähigkeit und den Schlaf/Wachrhythmus. Diese Zeiten sollen auch am Wochenende, an Feiertagen und im Urlaub und nicht nur in der Arbeitswoche eingehalten werden.

3. Verzicht auf Tagesnickerchen:

Jeder Schlaf tagsüber vermindert den Schlafdruck der folgenden Nacht und vermindert die Fähigkeit, den Schlaf auf die Nachtstunden zu konzentrieren.

4. Angenehme Schlafbedingungen:

Sorgen Sie für eine angenehme schlaf fördernde Atmosphäre in Ihrem Schlafzimmer. Dazu gehören eine angenehme, meist leicht kühle (14 bis 18 Grad) Zimmertemperatur sowie eine gute Licht- und Schallisolierung. Verbannen Sie an den Beruf oder andere Stressoren erinnernde Gegenstände (z.B. Schreibtisch oder auch Bügelbrett) aus dem Schlafzimmer. Eine Uhr darf im Schlafzimmer weder sichtbar noch hörbar sein. Je mehr Zeit ohne Schlaf gemessen wird, desto belastender ist dies für den Schlaf gestörten. Der häufige Blick auf die Uhr macht den Schlafgestörten immer aufgeregter und wacher, weshalb er noch schlechter schläft.

5. Ausgeglichene Ernährung:

Sowohl ein übervoller Magen als auch Hunger stören den Schlaf. Meiden Sie abends große Portionen sowie fette und scharf gewürzte Speisen. Ein leichter Imbiss vor dem Zubettgehen kann das Einschlafen verbessern. Eine beschränkte abendliche Flüssigkeitsaufnahme reduziert den nächtlichen Harndrang.

6. Koffeinkarenz:

Vermeiden Sie den abendlichen Genuss von Kaffee, Cola und schwarzem Tee, sie stören den Schlaf.

7. Alkohol- und Nikotinkarenz:

Auch Nikotin stört den Schlaf, sie sollten auf das Rauchen verzichten. Abendlicher Alkoholgenuss kann zwar das Einschlafen fördern, jedoch wird im Verlaufe der Nacht durch den Alkoholabbau der Schlaf unruhiger und unterbrochen. Ohne Alkohol schläft man besser.

8. Körperliches Training:

Körperliche Anstrengung intensiviert den Stoffwechsel. 4-6 Stunden nach dem Sport tritt der Körper in eine vermehrte Ruhephase ein, weshalb Sport am Nachmittag schlaf fördernd wirkt. Körperliche Aktivitäten kurz vor dem Schlafen wirken hingegen einschlafstörend. Ein lockerer Spaziergang am Abend wirkt jedoch entspannend und schlaf fördernd.

9. Entspannende Abendgestaltung:

Gönnen Sie sich die Muße, abends von den Anstrengungen des Tages auszuruhen und gemächlich das Tempo der täglichen Hektik herunter zu fahren. Vermeiden Sie unnötige Aufregungen. Unangenehme Geschäftspost oder die Steuererklärung sollten nicht kurz vor dem Schlafengehen bearbeitet werden.

Der optimale Einsatz von Therapie-Geräten

Die nächtliche positive Überdruck-Therapie mit CPAP- Geräten stellt die effektivste Methode zur Behandlung der Schlafapnoe dar. Dabei wird mit Hilfe einer Atemmaske der Atemtrakt im Schlaf offengehalten. Mit den folgenden Informationen wollen wir Sie auf die typischen Probleme aufmerksam machen, die zu Beginn einer CPAP-Therapie häufig auftreten, und entsprechende Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.

Bei obstruktiver Schlafapnoe kommt es im Schlaf wiederholt zum Kollabieren der oberen Atemwege. Dies lässt sich mit nächtlichen benutzen von CPAP- Geräten verhindern, die einen genau festgelegten Überdruck erzeugen, der in jedem Fall individuell ermittelt wird. Bei richtiger Einstellung und konsequenter Anwendung des CPAP-Gerätes können Apnoen und Schnarchen beseitigt und die Wiederherstellung eines erholsamen Schlafes erreicht werden.

Inzwischen sind verschiedene Therapie-Geräte und Atemmasken erhältlich, die unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse einzelner Patienten individuell kombiniert werden können. Über eine angepasste nasale Atemmaske wird der aufgebaute Druck weitergeleitet. In der Regel können die Patienten zwischen verschiedenen Maskenmodellen wählen, die sich vor allem in der Art und Weise der Abdeckung unterscheiden. Je nach Modell deckt die Atemmaske entweder nur die Nase (Nasenmaske) oder aber Mund und Nase (Fullface) gleichzeitig ab. Alternativ dazu steht auch ein Modell zur Verfügung, bei dem die Weiterleitung des Luftstroms über kleine, direkt in die Nasenlöcher eingeführte Endstücke erfolgt. Die meisten Patienten erproben zunächst CPAP- Geräte (continuous positive airway pressure = kontinuierliche positive Überdruckbehandlung), mit deren Hilfe ein in Umfang und Stärke genau festgelegter Überdruck weitergeleitet wird. Bei Schwierigkeiten kann die BiLevel- Therapie eingesetzt werden, bei der mit höheren Drücken beim Einatmen und niedrigeren Drücken beim Ausatmen gearbeitet wird. Selbstregulierende Geräte (APAP) produzieren bei unterschiedlichen Apnoen einen angepassten Überdruck.

Therapie-Geräte müssen sehr sorgfältig eingestellt werden, um den individuell benötigten Luftdruck so zu regulieren, dass in allen Körperlagen und Schlafphasen eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist. Zur exakten Festlegung des Drucks ist die Überwachung des Schlafes in einem Schlafmedizinischen Labor erforderlich. Während der Patient schläft, wird der durch die Atemmaske weitergeleitete Luftdruck allmählich erhöht, bis die Apnoen schließlich ausbleiben. Je nach Körperlage und Schlafphase können höhere Drücke erforderlich sein. Das medizinisch-technische Personal in Schlafmedizinischen Zentren verfügt über große Erfahrung und hilft den Patienten, den richtigen Umgang mit den Therapie-Geräten zu erlernen.

Mit Hilfe der genannten Therapie-Geräte kann obstruktive Schlafapnoe unter Kontrolle gehalten werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die Betroffenen das Gerät absolut regelmäßig zum Schlafen benutzen. Der Gewöhnungsprozess kann übrigens einige Zeit in Anspruch nehmen. Auch wenn Sie die Atemmaske anfangs als lästig und unbequem empfinden, sollten Sie den Versuch, sich an ihren Gebrauch zu gewöhnen, nicht vorzeitig abbrechen, da diese Therapiemethode äußerst effektiv ist.

Nebenwirkungen im Nasenbereich

Zu den häufigsten Nebenwirkungen der der nasalen Überdruckversorgung zählen Verstopfungen der Nase, die in Reaktion auf den zugeführten Luftfluss entstehen. Über 50% der Patienten leiden zu Beginn der Therapie unter einer verstopften und verschnupften Nase. Diese Symptome klingen in vielen Fällen innerhalb eines Monats wieder ab. Weitere Nebenwirkungen sind Nasenjucken, eine laufende Nase, Nasenbluten und trockene Schleimhäute. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Nebenwirkungen zu mindern.

Die Beschwerden lassen sich reduzieren, wenn vor Gebrauch der Atemmaske ein paar Spritzer Kochsalzlösung oder ein wenig weiche Nasensalbe in jedes Nasenloch gegeben werden. Beides erhalten Sie rezeptfrei in der Apotheke. Auch Antihistamine und abschwellende Mittel, wie z. B. Nasensprays oder -tropfen, eignen sich zur Linderung der Beschwerden. Sie sollten jedoch nur über wenige Tage eingenommen werden, da die Gefahr der Abhängigkeit besteht und sich Verstopfungen der Nase auf Dauer sogar verschlimmern können.

Viele Beschwerden im Nasenbereich lassen sich beheben, indem man das nächtliche Therapie-Gerät mit einem beheizten Luftbefeuchter verbindet, der die zugeführte Luft anfeuchtet. Sie sollten sich das Gerät vom

behandelnden Arzt verschreiben lassen und sich bezüglich der Hygiene genau an die Gebrauchsanleitung halten, um Infektionen im Nasenbereich, z. B. Nasennebenhöhlenentzündungen, zu vermeiden.

Zur Bekämpfung von Nebenwirkungen im Nasenbereich eignen sich verschiedene verschreibungspflichtige Medikamente, z. B. antiallergische Nasensprays, die vor allem bei Allergien der Nase eingesetzt werden. Nasensprays können auch bei Verstopfung der Nase und Nasenlaufen helfen.

Nebenwirkungen im Mundbereich

Durch den Gebrauch von CPAP Therapiegeräten können Mundtrockenheit und Schmerzen beim Schlucken entstehen. In der Regel kommt es zu solchen Beschwerden, wenn der Mund im Schlaf offensteht. Das Problem lässt sich mit einem über das Kinn geführten elastischen Band, das den Mund geschlossen hält, lösen. Alternativ kann auch ein anderes Maskenmodell (Fullface) eingesetzt werden, das Mund und Nase gleichzeitig abdeckt. Zur Bekämpfung der Beschwerden im Mundbereich eignen sich ebenfalls Luftbefeuchter.

Undichte Stellen an der Maske

Typische Anzeichen für undichte Stellen der Maske sind gerötete Augen, eine allgemeine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse, wiederkehrende Apnoen und erneutes Schnarchen. Ursächlich hierfür können mangelhafte Anpassungen sein, die sich jedoch leicht korrigieren lassen. Vielleicht benötigen Sie aber auch eine andere Maskenart oder -größe. Falls sich undichte Stellen trotz Halterungen an Kopf und Kinn, die für einen festen Sitz sorgen, nicht beheben lassen, sollten Sie eventuell auf ein Maskenmodell umsteigen, dessen Verbindungsschlauch in zwei Endstücke ausläuft, die direkt in die Nasenlöcher eingeführt werden. Notfalls können Sie sich auch ein ganz nach Ihren Bedürfnissen abgestimmtes Sondermodell anfertigen lassen. Falls Ihr Gerät zu Beginn der Behandlung einwandfrei funktioniert hat, sollten Sie überprüfen, ob die Probleme auf Abnutzungserscheinungen des Materials zurückgehen. Setzen Sie sich gegebenenfalls mit dem medizinisch-technischen Personal Ihres Schlaflabors in Verbindung und besprechen Sie das Problem.

Geräusentwicklung von CPAP- Geräten

Neuere Therapie-Geräte sind im Betrieb wesentlich leiser als ältere Modelle. Allerdings gibt es keine Geräte, die gänzlich ohne Geräusentwicklung arbeiten. Störende Geräusche lassen sich jedoch reduzieren, indem man das Gerät unter das Bett stellt. Auch bei diesen Problemen kann Ihnen das medizinisch-technische Personal Ihres Schlaflabors weiterhelfen.

Probleme mit den Augen

Undichte Stellen der Maske können auch zu entzündeten, geröteten oder trockenen Augen führen. In diesem Fall sollten Sie den festen Sitz der Maske und die Kopfhalterung überprüfen und gegebenenfalls Korrekturen vornehmen. Bleibt das Problem weiterhin bestehen, sollten Sie sich mit dem behandelnden Schlafmediziner in Verbindung setzen, um zu klären, ob Sie möglicherweise eine andere Maskengröße, eine andere Kopfhalterung oder ein anderes Maskenmodell, z. B. mit direkt in die Nasenlöcher führenden Endstücken, benötigen.

Gesichtsrötungen durch Kontakt mit der Maske

Wenn sich gerötete bzw. entzündete Stellen auf Stirn oder Nasenrücken bilden, sollten Sie zunächst überprüfen, ob die Druckstellen durch eine zu fest sitzende Maske verursacht werden. Ihre Maske sollte einerseits so fest sitzen, dass sie keine undichten Stellen aufweist. Andererseits sollte aber auch kein übermäßiger Druck auf die entsprechenden Gesichtsstellen ausgeübt werden. Einen optimalen Sitz, der die erforderliche Dichte ohne übermäßigen Druck garantiert, erzielt man eventuell durch Auspolsterungen an den kritischen Stellen. Wenn es nicht gelingt, den Sitz der Maske zufriedenstellend anzupassen, sollten Sie sich mit dem behandelnden Schlafmediziner in Verbindung setzen. Möglicherweise benötigen Sie eine andere Maskenart bzw. -größe oder es müssen Korrekturen an der Maske vorgenommen werden.

Wenn sich Rötungen bilden, wo die Haut mit der Maske in Berührung kommt, sollten Sie die Kopfhalterung etwas lockern. Dabei dürfen jedoch grundsätzlich keine undichten Stellen entstehen. Falls die Reaktion allergisch bedingt

ist, können Sie Fensterleder zwischen Maske und Haut legen, um das Problem kurzfristig zu lösen. Anschließend sollten Sie sich mit dem behandelnden Schlafmediziner in Verbindung setzen. Vielleicht benötigen Sie ein anderes Maskenmodell, z. B. mit direkt in die Nasenlöcher führenden Endstücken. Bei der Herstellung neuerer Modelle kommen übrigens nur noch Materialien zum Einsatz, die hautfreundliche Eigenschaften aufweisen, so dass die Gefahr allergischer Reaktionen relativ gering ist.

Übermäßiger Luftdruck

Zu Beginn einer CPAP-Therapie klagen viele Patienten über einen zu hohen Druck, mit dem die Luft durch die Nase zugeführt wird. Falls Sie dadurch am Einschlafen gehindert werden, sollten Sie den Rampen-Modus zur Regulierung des Luftdrucks aktivieren, mit denen die meisten Beatmungsgeräte ausgestattet sind. Das Gerät startet dann mit relativ niedrigem Druck, der allmählich gesteigert wird, bis schließlich der notwendige Druck erreicht ist. Möglicherweise erleichtert Ihnen dieser Betriebsmodus das Einschlafen.

Bei den meisten Geräten kann die Zeitdauer, in der sie in diesem Rampen-Modus laufen, beliebig eingestellt werden. Zu Beginn der Therapie wählen die meisten Patienten eine Dauer von 10 bis 20 Minuten. Nach entsprechender Gewöhnung sollten Sie die Zeit verkürzen, um mit dem eigentlich benötigten Druck optimalen Nutzen aus der Therapie zu ziehen. Wenn Sie der Luftdruck dagegen nicht am Einschlafen hindert, sollten Sie ganz darauf verzichten.

Wann empfiehlt sich ein Bipap- Gerät?

Treten Probleme beim Ausatmen auf, weil der Druck der zugeführten Luft für den Patienten zu hoch ist, kann möglicherweise ein Bipap- Gerät Abhilfe schaffen. Diese Geräte erfassen die Vorgänge des Ein- und Ausatmens und können mit verschiedenen Drücken entsprechend reagieren. Auf diese Weise lässt sich der jeweils gewünschte Druck variieren, wobei beim Ausatmen in der Regel ein niedrigerer Druck eingestellt wird.

Bipap- Geräte eignen sich somit für Patienten, für die der Druck anderer Geräte zu stark oder das Ausatmen gegen den Druck zu anstrengend ist. Das Ausatmen wird bei einem niedrigeren Druck zudem als natürlicher empfunden, insbesondere wenn beim Einatmen ein recht hoher Druck benötigt wird. Bipap-Geräte sind in der Regel größer, schwerer und teurer als CPAP- Geräte.

Falls Sie auf ein Bipap-Gerät umsteigen wollen, muss zuvor eine weitere Untersuchung zur Überwachung Ihres Schlafes in einem Schlafmedizinischen Zentrum erfolgen, um die richtigen Drücke zu ermitteln und festzulegen.

Wann empfiehlt sich ein selbstregulierendes CPAP- Gerät?

Selbstregulierende CPAP- Geräte (APAP) bauen den erforderlichen Überdruck nur auf, wenn Apnoephasen auftreten. Dazu müssen die Geräte den notwendigen Druck selbst finden.. Falls Ihnen CPAP- oder BiPAP-Geräte Probleme im Hinblick auf die erzeugten Drücke bereiten, sollten Sie den behandelnden Arzt auf ein selbstregulierendes Therapie-Gerät ansprechen.

Wartung und Pflege von Therapie-Geräten

Die regelmäßige Reinigung ist eine wichtige Voraussetzung für den einwandfreien Betrieb von CPAP-Geräten. Die Methode zur Reinigung von Masken und Schläuchen und der Filterwechsel hängen vom jeweiligen Gerätetyp ab. Bei der Wartung und Pflege Ihres Gerätes sollten Sie sich stets genau an die Gebrauchsanleitung halten. Ein unsachgemäßer Umgang mit Masken, Schläuchen, Filtern und Apparaturen kann zu Entzündungen und Verstopfungen der Nase führen.

Was ist bei Reisen zu beachten?

Die meisten CPAP- Geräte sind heutzutage mit Transformatoren ausgestattet, die ein Umschalten der Wechselspannung von 110 V und 220 V erlauben. Die neueren Modelle sind leicht und kompakt und lassen sich somit leicht transportieren. In der Regel werden die Geräte heute mit einer Tasche ausgeliefert, in dem auch das nötige Zubehör untergebracht werden kann. Gegebenenfalls kann diese Ausstattung auch beim Hersteller gesondert bestellt werden

CPAP- Geräte nehmen keinen Schaden durch Röntgenstrahlen, wenn sie am Flughafen durchleuchtet werden. Der behandelnde Arzt kann Ihnen eine schriftliche Bestätigung über Art und Zweck des Gerätes ausstellen, um Missverständnissen bei Zoll- und Grenzkontrollen vorzubeugen.

Extreme Höhenlagen können allerdings Betrieb und Funktion von Therapie-Geräten beeinträchtigen. Daher sollten Sie sich vor Reisen in Gebiete, die extrem hoch oder tief liegen, bei Ihrem Arzt erkundigen, ob Probleme hinsichtlich der Betriebstüchtigkeit zu erwarten sind.

Unterkühlung der Nase

Beim Transport durch den Schlauch kühlt die zugeführte Luft ab. Um den Wärmeverlust so gering wie möglich zu halten, sollte der Schlauch unter der Bettdecke verlaufen.

Der Umgang mit Zahnprothesen

Manche Patienten haben Schwierigkeiten, wenn sie nachts die Zahnprothese ablegen, weil dadurch gerade im oberen Zahnbereich die Atemmaske nicht fest sitzt und undichte Stellen entstehen. In diesem Fall sollten sie den oberen Teil der Zahnprothese beim Schlafen tragen. Gegebenenfalls sollte man auf eine Nasenmaske oder ein Modell, das ohne Abdeckung direkt in die Nasenlöcher Luft zuführt, umsteigen.

Der Umgang mit CPAP- Geräten bei Erkältung

Bei Erkältungen ist die Benutzung von Atemmasken für manche Patienten sehr problematisch. In diesen Fällen können abschwellende Mittel und Nasensprays sowie feuchtere Luft, die sich mit einem Luftbefeuchter beeinflussen lässt, Erleichterung verschaffen. Holen Sie den Rat Ihres Hausarztes ein, wenn Sie bei einer Erkältung mit dem Beatmungsgerät nicht schlafen können. Wenn Sie Schmerzen in der Nase oder in den Ohren verspüren, könnte dies auch ein Hinweis auf Entzündungen sein. In diesem Fall sollten Sie Ihren Hausarzt aufsuchen.

Klaustrophobie

Manche Patienten entwickeln Klaustrophobie oder bekommen Atembeschwerden und Erstickenanfänge, wenn sie zum ersten Mal eine Maske tragen. Besprechen Sie Probleme dieser Art mit Ihrem Hausarzt oder dem behandelnden Schlafmediziner. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, sich an den Umgang mit der Maske zu gewöhnen, sollten Sie sie tagsüber im Wachzustand tragen, um die Hemmschwelle allmählich abzubauen. Benutzen Sie das Gerät tagsüber z. B. beim Fernsehen oder Lesen. Tragen Sie die Maske zu Beginn des Gewöhnungsverfahrens nur für einige Minuten und steigern Sie allmählich die Zeitdauer. Manche Patienten neigen am Anfang dazu, stark zu hyperventilieren, um gegen den Druck anzukämpfen. Üben Sie das Atmen mit der Maske so lange regelmäßig, bis Sie sie schließlich ohne Beschwerden tragen können. Falls Sie Masken, die die Nase ganz abdecken, nicht vertragen, sollten Sie auf ein anderes Modell umsteigen, das ohne Abdeckung direkt in die Nasenlöcher Luft zuführt. Falls Ihnen ein zu hoher Luftdruck Probleme beim Atmen und Einschlafen bereitet, bieten sich verschiedene Lösungsmöglichkeiten an. Sie können beispielsweise die Zeitdauer für den Rampen-Modus zur Regulierung des Luftdrucks erhöhen oder auf ein BiPAP- Gerät bzw. ein selbstregulierendes Beatmungsgerät umsteigen. Falls alle Versuche scheitern, sollten Sie eine Entspannungstechnik erlernen. Dabei können Sie autodidaktisch vorgehen, indem Sie sich ein Lehrbuch oder Lehrkassetten besorgen, oder aber das vielfältige Angebot von Kursen zum Erlernen von Entspannungstechniken nutzen. Im Übrigen empfinden viele Patienten die Beatmungstherapie anfangs als unbequem. Da sie die effektivste Behandlungsmethode gegen Schlafapnoe darstellt, sollten Sie sie auf keinen Fall voreilig abbrechen.

Nicht-Behandlung

Die nasale Beatmungstherapie stellt eine physikalische Maßnahme dar, d. h. das Auftreten von Apnoen und Hypopnoen wird verhindert. **Die Ursache der Atmungsstörung wird nicht beseitigt.** Deswegen treten bei Einstellung der Beatmungstherapie die Apnoen und Hypopnoen auch wieder auf. **Deren Folgen, wie Tagesschläfrigkeit und erhöhter Blutdruck, Gefahr von Herzinfarkt und Schlaganfall stellen sich dann im Laufe weniger Tage ebenfalls wieder ein.**

Zusammenfassung

Die meisten Beschwerden im Zusammenhang mit der nächtlichen CPAP-Therapie beziehen sich auf einen schlechten Sitz und eine mangelhafte Anpassung der Atemmaske sowie auf die Trockenheit der Luftwege. Bei Beachtung der hier empfohlenen Maßnahmen lassen sich die Probleme in aller Regel lösen. Falls die Symptome der Schlafapnoe anhalten oder wiederkehren, sollten Sie sich mit Ihrem Hausarzt bzw. dem zuständigen Schlafmedizinischen Labor in Verbindung setzen. Mit der nächtlichen CPAP-Therapie lässt sich Schlafapnoe in den meisten Fällen erfolgreich behandeln. Allerdings erfordert die Gewöhnung an den Umgang mit CPAP- Geräten eine gewisse Zeit. Wenn Sie sich erst einmal daran gewöhnt haben, werden Sie auf die Vorteile, die diese Therapiemethode für Ihren Schlaf und Ihre Gesundheit mit sich bringt, nicht mehr verzichten wollen.

Tipps und Hinweise für die Benutzung der Maske, wenn diese erstmalig verordnet wurde.

1. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich der Benutzer erst einmal an die jeweilige Maske gewöhnen muss
2. Folgende Schritte könnten hilfreich sein:
„Trockenübungen“ - die Maske mehrfach am Tag aufsetzen, ohne jedoch den Schlauch dabei anzuschließen.

Die Übungen sollen dazu beitragen, dass sich der Patient langsam an die Maske gewöhnt, um dadurch das Unterbewusstsein an den „Fremdkörper“ zu gewöhnen.

Wobei zu beachten ist, dass die Maske nur ihren Zweck erfüllt, wenn die Nase frei ist. Evtl. Vorstellung beim Hals, Nasen, Ohrenarzt, bzw. **kurzfristige** Anwendung von Nasenspray, damit eine „freie Nase“ erreicht wird, nur dann kann die Maskentherapie nützlich sein.

Weiterhin wichtig dabei ist auch das der Mund während der Maskenbenutzung geschlossen bleibt, evtl. kann das ein Kinnband bewirken oder eine Fullfacemaske

CPAP beflügelt bei Schlafapnoe das Gedächtnis

Studie zum Effekt von Maskenbeatmung / Mindestens sechs Stunden Beatmung pro Nacht sind optimal

PROVIDENCE (skh). Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) tun sich bekanntlich schwer, die nächtliche Maskenbeatmung auf Dauer durchzuhalten. Einen neuen Anreiz für eine gute Compliance liefert nun eine US-Studie: Bei optimaler Nutzung der Therapie bessert sich die eingeschränkte Gedächtnisleistung der Patienten deutlich oder normalisiert sich sogar.

In der Studie wurden 58 OSA-Patienten im Alter von 25 bis 85 Jahren drei Monate lang mit nächtlicher CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)-Maskenbeatmung behandelt und danach in drei Gruppen eingeteilt: Patienten, die als "ungenügende Nutzer" definiert wurden, wendeten die Beatmung höchstens zwei Stunden pro Nacht an, "mittlere Nutzer" zwei bis sechs und "optimale Nutzer" mindestens sechs Stunden.

Vor Beginn der Behandlung wurde die Gedächtnisleistung mit dem Hopkins-Verbal-Learning-Test gemessen. Patienten mit normaler Gedächtnisleistung erreichen in diesem Test mindestens 40 Punkte. Die OSA-Patienten in der Studie erreichten vor der Therapie im Durchschnitt 30 Punkte. Nach dreimonatiger CPAP-Therapie hatten die "ungenügenden Nutzer" eine Gedächtnisleistung von 35 Punkten, die "mittleren Nutzer" von 39 und die "optimalen Nutzer" von 42 Punkten. Die Wahrscheinlichkeit, eine normale Gedächtnisleistung zu haben (40 Punkte) war bei den optimalen Nutzern achtmal höher als bei den ungenügenden Nutzern. Ein signifikanter Unterschied (Chest 130, 2006, 1772).

Zwar ist die Wirksamkeit der CPAP-Therapie bei Patienten mit OSA in vielen Studien belegt, die Compliance ist aber häufig schlecht. "Unsere Studienergebnisse könnten Ärzten ein starkes Argument in die Hand geben, Patienten zur konsequenten Nutzung der CPAP-Therapie zu motivieren", so das Forscherteam um Dr. Mark Aloia aus Denver im US-Staat Colorado. So hatten mit CPAP von den "ungenügenden Nutzern" 21 Prozent eine normale Gedächtnisleistung, von den "mittleren Nutzern" 44 Prozent und von den "optimalen Nutzern" 68 Prozent. Die Gedächtnisleistung im Hopkins-Verbal-Learning-Test wurde vor Therapiebeginn und nach drei Monaten von geschulten Interviewern bestimmt.

Schlafapnoe beeinflusst Glukosestoffwechsel

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bei fünf Prozent der Erwachsenen / Maskenatmung nutzt Glukosestoffwechsel

HAMBURG (hbr). Bis zu fünf Prozent der Erwachsenen haben ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS). Es steigert das Gefäßrisiko und beeinflusst den Glukosestoffwechsel. Therapie der Wahl ist die n-CPAP- Maskenatmung*.

Bei OSAS erschläfft bekanntlich im Schlaf die Rachenmuskulatur, und dem Patienten stockt der Atem - bis zu einer Minute lang. Die Folgen sind massiv: Der Sauerstoff-Partialdruck fällt, CO₂, Stressfaktoren und Blutdruck steigen. Einigen Patienten passiert das bis zu 50-mal innerhalb einer Stunde.

Das steigere langfristig die Gefahr von Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall und KHK, so Dr. Christian Lechner vom Klinikum Dachau bei einem von Pfizer geförderten Symposium in Hamburg. Das Hypertonierisiko nimmt um 50 Prozent zu. Außerdem fördert OSAS Störungen des Glukosestoffwechsels. So wurde in einer Studie bei jedem dritten von OSAS Betroffenen Typ-2-Diabetes festgestellt.

Patienten mit OSAS klagen etwa über Müdigkeit, Persönlichkeitsveränderungen und Leistungsabfall. Vigilanz und Aufmerksamkeit nehmen ab. Wenn das den Verdacht auf OSAS lenkt, hilft gezieltes Nachhaken. Obligatorisch ist die Frage nach dem Schnarchen. Das können die meisten selbst beantworten. Ob nachts Atemaussetzer auftreten, weiß allerdings in der Regel nur der Partner. Morgendliche Kopfschmerzen sind ebenfalls verdächtig. Wichtig: die Frage nach Müdigkeit oder Sekundenschlaf. Dabei sind viele Patienten tagsüber noch recht agil, rutschen aber nach der Arbeit schnell in einen starken Erschöpfungszustand und schlafen früh ein.

Den Patienten kann die n-CPAP-Therapie recht einfach helfen. Der Luftstrom der Maske sorgt für ein passives Öffnen des Gaumenbereichs. Das bewirkt normale Atemexkursionen und führt zu erholsamerem Schlaf mit höheren REM-Anteilen. Die Wirkung sei sofort da, so Lechner. Das nutzt auch dem Glukosestoffwechsel: In einer Studie mit Typ-2-Diabetikern nahm die Zahl der Blutzuckerwerte über 200 mg/dl innerhalb von drei Monaten um ein Drittel ab.

*n-CPAP: nasale kontinuierliche Überdruckbeatmung (Continuous Positive Airway Pressure)

Atemmaske hilft gegen Sodbrennen

Viele Extremschnarcher, die zur Behandlung häufiger nächtlicher Atemaussetzer mit Beatmungsmaske schlafen, profitieren doppelt: Der Überdruck aus der Maske verringert offenbar nicht nur das Zufallen der Atemwege - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom genannt -, sondern auch das Zurückschwappen von Magensäure in die Speiseröhre.

Das fanden jetzt Forscher vom Duke University Medical Center in Durham, USA, heraus.

In der Fachzeitschrift „Archives of Internal Medicine“ (Bd. 163, S. 41), berichten sie über 331 Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom.

Fast zwei Drittel von ihnen litten auch unter der so genannten Refluxkrankheit, bei der saurer Magensaft in die Speiseröhre zurückfließt, was schmerzhaftes Sodbrennen auslöst.

Sie erhöht das Risiko, an Speiseröhrenkrebs zu erkranken.

Die Mediziner kontrollierten, wie sich das Sodbrennen bei jenen Patienten entwickelte, die ihre Atemaussetzer mit einer Oberdruck-Beatmungsmaske bekämpften

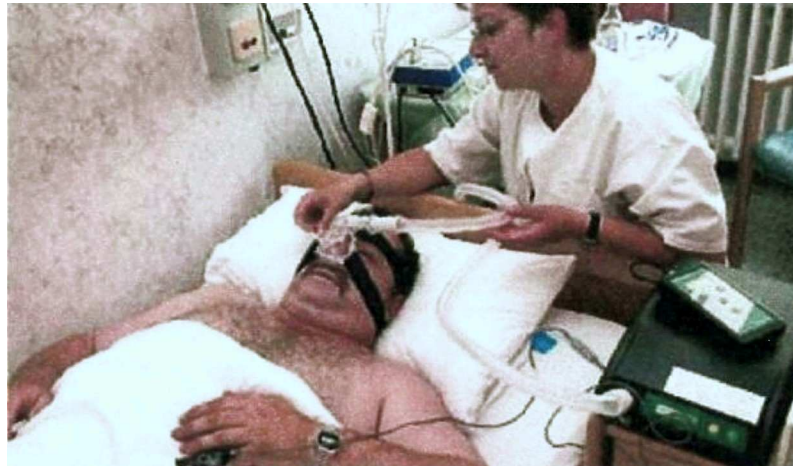
Bei drei Vierteln besserte die Masken-Therapie auch das Sodbrennen. Im Mittel schwächten sich die Reflux-Symptome auf etwa die Hälfte ab.

Offenbar ist es der Überdruck aus den Masken, der die Magensäure am Aufsteigen hindert, (ork)

Atemmaske beugt bei Patienten mit Schlafapnoe einem Herzinfarkt vor

Neue Studien vorgestellt / Wirksamkeit der Behandlung wurde erstmals belegt

MÜNCHEN (ars). Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom ist die Therapie mit Atemmaske dringend zu raten. Denn erstmals ist erwiesen, dass diese Behandlung das bei ihnen erhöhte kardiovaskuläre Risiko vermindert. Darüber haben drei Arbeitsgruppen unabhängig voneinander beim Pneumologenkongress in München berichtet.



Mann mit Atemmaske im Schlaflabor. Diese Therapie verringert bei Patienten mit Schlafapnoe nachweislich die Zahl kardiovaskulärer Zwischenfälle. Foto: dpa

Die schädlichen Folgen der Schlafapnoe für die Gefäße belegt zum Beispiel eine aktuelle Studie (Eur Respir 3 28, 2006, 596): Demnach haben die Patienten sogar ein erhöhtes Risiko, an einem Herzinfarkt zu sterben.

Die gängige Therapie mit kontinuierlicher Überdruckbeatmung (continuous positive airway pressure, CPAP) wiederum beugt kardiovaskulären Schäden vor. Das haben Wissenschaftler um Dr. Werner Strobel aus Basel festgestellt: Sie hatten 523 CPAP-behandelte Patienten mit 216 Patienten verglichen, die weniger als zwei Stunden pro Nacht eine Atemhilfe benutzten.

Innerhalb von zwei Jahren traten in der Gruppe ohne CPAP bei siebenmal mehr Patienten kardiovaskuläre Todesfälle oder kardiovaskuläre Ereignisse mit Behinderung auf als in der CPAP-Gruppe (6,4 im Vergleich zu 0,9 Prozent). Insgesamt kam es mit CPAP zu zwei Todesfällen, ohne CPAP zu zehn.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Dr. Nikolaus Büchner aus Bochum und seine Kollegen: Sie beobachteten 638 Schlafapnoe-Patienten, von denen 499 behandelt wurden. 139 hatten die Benutzung einer Atemmaske abgelehnt. Innerhalb von zehn Jahren kam es bei 46 Prozent der unbehandelten Patienten zu kardiovaskulären Ereignissen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder akutem Koronarsyndrom, das eine Revaskularisation erforderlich machte. Bei den behandelten dagegen war das bei nur 21 Prozent der Fall.

Mit einer Therapie ist die Rate kardiovaskulärer Ereignisse um 64 Prozent geringer als ohne. Dieser Wert erwies sich als unabhängig vom Schweregrad der Störung, vom Alter der Patienten und von vorangehenden kardiovaskulären Ereignissen

Überdruckbeatmung schützt Schlafapnoe-Patienten vor Herztod

Bei Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom gilt die nächtliche kontinuierliche Überdrucktherapie (CPAP) als Standardtherapie. Irische Forscher haben nun bestätigt, dass die langfristige Therapie nicht nur symptomatisch hilft, sondern sogar das Leben der Patienten schützt, das Risiko, an einer Herzkrankheit zu sterben, nimmt ab.

Unter einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) leiden etwa eine Million Deutsche. Der nächtliche Sauerstoffmangel und die Aufwachreaktionen schränken dabei nicht nur die Lebensqualität durch eine erhöhte Tagesmüdigkeit ein. Die Patienten haben auch ein erhöhtes Risiko für Bluthochdruck und kardiale Erkrankungen. Ob aber mit CPAP die Prognose der Patienten positiv beeinflusst werden kann, war bisher strittig. Wissenschaftler des St. Vincent Krankenhauses in Dublin haben daher 168 Patienten mit OSAS, denen CPAP verordnet worden war, über im Mittel 7,5 Jahre beobachtet (CHEST 2005, 127, 2076). 107 Patienten benutzten die Maske, 61 brachen die Behandlung früh ab.

Die Basisdaten, etwa Gewicht, kardiovaskuläre Risikofaktoren und Medikation, waren in den Gruppen ähnlich. Bei 31 Prozent der unbehandelten Patienten kam es zu kardiovaskulären Ereignissen, aber nur bei 18 Prozent der CPAP-Patienten. An kardiovaskulären Erkrankungen gestorben sind 14,8 Prozent der unbehandelten, aber nur 1,9 Prozent der behandelten Patienten. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Auf die Entwicklung neuer kardiovaskulärer Erkrankungen und die Schlaganfallinzidenz hatte die Beatmung hingegen keinen Einfluss.

(Quelle: Ärzte Zeitung vom 15.06.2005)

Wenn die Behandlung der Schlafapnoe unterbrochen wird oder nicht angewendet wird darf man kein KFZ fahren

Der rechtliche Hintergrund der Sache ist folgender: Mit der „Anlage 4“ zur Fahrerlaubnisverordnung besteht seit 1998 eine Regelung u.a. über die Zulassung von Schlafapnoikern zum Straßenverkehr. Worum geht es da?

In § 11 Absatz 1 FeV heißt es: Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 vorliegt, wodurch die Eignung oder die bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen wird.

Entscheidend ist also diese „Anlage 4“ zur Fahrerlaubnisverordnung, und dort die Ziffer 11.2.1 nachzulesen z. B. hier: <http://www.fahrerlaubnisrecht.de/Anlage%20FeV/Anlage04FeV.htm> [/url]

Demnach sind unbehandelte (!) Schlafapnoiker in keiner Führerscheinklasse zur Teilnahme am Straßenverkehr zuzulassen. Das ist ja auch gut so, denn Konzentrationsmangel und Übermüdung zählen zu den häufigsten Unfallursachen im Straßenverkehr. Statistisch sollen Personen mit Schlafapnoe eine wesentlich höhere Unfallrate als der Durchschnitt aller motorisierten Verkehrsteilnehmer haben. Unfälle, die auf ein Einschlafen am Steuer zurückzuführen sind, haben deshalb besonders schwere Folgen, weil die Kollision ohne jede Verzögerung erfolgt. Juristisch kann man da zu dem Schluss kommen, dass derjenige, der eine ihm bekannte Schlafapnoe unbehandelt lässt, bei einem darauf zurückzuführenden Unfall eine vorsätzliche Straftat begeht, was sich - ebenso wie Personenschäden - strafverschärfend auswirkt. Dies als Drohung und Warnung an diejenigen, die zwar wissen, dass sie eine Schlafapnoe haben, aber sich nicht darum kümmern. Das wäre dann - untechnisch gesprochen - so etwas wie "Fahren ohne Führerschein", mit den entsprechenden Haftungsrisiken.

Aber was ist mit denjenigen, bei denen die Therapie gut anschlägt, mit den CP AP-Patienten? Nach der Anlage 4, Ziffer 11.2.2 ist man mit behandelter Schlafapnoe geeignet oder bedingt geeignet" für einen „Führerschein.“ Dies ist aber noch kein Freibrief, denn Absatz (2) des § 11 FeV sagt: „Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen. Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung bestehen insbesondere, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach Anlage 4 oder 5 hinweisen.“

Einschlafen am Steuer

Konzentrationsmangel und Übermüdung zählen zu den häufigsten Unfallursachen im Straßenverkehr. Statistisch haben Personen mit Schlafapnoe eine siebenmal höhere Unfallrate als der Durchschnitt aller motorisierten Verkehrsteilnehmer. Unfälle, die auf ein Einschlafen am Steuer zurückzuführen sind, haben deshalb besonders schwere Folgen, weil die Kollision ohne jede Verzögerung erfolgt.

Im Strafrecht wird der auf Einschlafen zurückzuführende Unfall einem alkoholbedingten Verkehrsunfall gleichgestellt.

Derjenige, der im Straßenverkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er dieses wegen Alkoholkonsums oder infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht sicher führen kann, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft, sofern durch sein Verhalten andere Personen oder Sachen konkret gefährdet werden. Regelmäßig wird bei einem solchen Verstoß die Fahrerlaubnis für mindestens zehn Monate entzogen. Wer erste Anzeichen einer Ermüdung ignoriert und bei der Weiterfahrt einen Unfall verursacht, handelt fahrlässig. Derjenige, der dagegen eine diagnostizierte Schlafapnoe unbehandelt lässt, begeht bei einem darauf zurückzuführenden Unfall eine vorsätzliche Straftat, was sich - ebenso wie Personenschäden - strafverschärfend auswirkt. Bei den zivilrechtlichen Folgen eines müdigkeitsbedingten Unfalls muss zwischen den fremden und dem eigenen Sachschaden unterschieden werden. Ein Regress der eigenen Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung für regulierte Fremdschäden ist - anders als bei Alkoholunfällen - nicht möglich. Selbst wenn der Unfall nachweislich auf Einschlafen zurückzuführen ist, wird der Fahrer des Fahrzeuges von erhobenen Fremdansprüchen freigestellt.

Anders verhält es sich bei den selbst erlittenen Fahrzeugschäden. Diese werden von der Vollkaskoversicherung übernommen, sofern nicht eine grob fahrlässige Herbeiführung des Unfalls nachgewiesen wird. Gelingt der Versicherung dieser Nachweis, so ist sie von der Zahlungsverpflichtung befreit; der Betroffene bleibt dann trotz Bestehens einer Vollkaskoversicherung auf dem eigenen Schaden sitzen. Wegen dieser straf- und zivilrechtlichen Folgen sollte nach einem Unfall unbedingt ein Rechtsanwalt aufgesucht werden. Da dem Beschuldigten ein gesetzliches Aussageverweigerungsrecht zusteht, sollten gegenüber der Polizei keinerlei Angaben zur Sache gemacht werden, insbesondere keine eigenen Vermutungen zur Unfallursache, gemacht werden.

(Rechtsanwalt) Dr. Markus Schäpe, anlässlich der 7. Jahrestagung der Vorsitzenden der

Selbsthilfegruppen

1. Atemtherapie mindert Risiko für Verkehrsunfall

Bei Patienten, die ein Schlafapnoe-Syndrom haben, wird die Tagesschläfrigkeit reduziert, wenn sie mit CPAP beatmet werden.

BOCHUM (ikr). Schnarcher mit einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) haben aufgrund von Tagesschläfrigkeit ein zwei- bis siebenfach erhöhtes Risiko, einen Verkehrsunfall zu verursachen. Erhalten die Betroffenen eine CPAP-Therapie (Continuos Positive Airway Pressure), lässt sich das Unfall-Risiko verringern. Bereits nach zwei Wochen einer solchen Therapie ist das Unfall-Risiko deutlich reduziert, wie eine Studie jetzt ergeben hat.



Autofahrer mit obstruktiver Schlafapnoe: Aufgrund der hohen Tagesschläfrigkeit schläft er am Steuer ein. Unfälle können die Folge sein. Fotos (3): sth

Schon aus früheren Studien ist bekannt, dass eine CPAP-Therapie bei OSAS-Patienten die Fahrtüchtigkeit steigert. Nicht eindeutig geklärt ist bislang jedoch, wie rasch dieser Effekt eintritt.

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin ist "Fahrsicherheit bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom und deutlicher Tagesschläfrigkeit frühestens nach sechs Wochen CPAP-Therapie anzunehmen". Neue Studiendaten deuten jetzt darauf hin, dass sich OSAS-Patienten nach Therapiebeginn möglicherweise rascher wieder ans Steuer setzen können.

In der Studie wurden bei 36 OSAS-Patienten eine Fahrsimulatorprüfung mit vielen schwierigen Fahrsituationen (etwa monotone Autobahnfahrten, Fahrten bei starkem Schneefall) und ein Vigilanztest gemacht (DMW 130, 2005, 2555). Die Patienten wurden im Simulator einen Tag vor sowie 2, 14 und 42 Tage nach Beginn der CPAP-Therapie jeweils 60 Minuten getestet.

Ergebnis: Vor der Therapie betrug die Unfallrate im Mittel 1 Unfall pro Stunde und nach 14 Tagen Therapie 0,8. "Das ist nach unserer Auffassung eine deutliche Reduktion der Unfallrate", sagte Privatdozentin Maritta Orth von den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil in Bochum, die an der Studie mitgearbeitet hat, zur "Ärzte Zeitung". Nach 42 Tagen gab es im Mittel noch 0,4 Unfälle.

Bei den Vigilanztests ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen. "Offenbar spiegeln solche Untersuchungen nicht genau die Situationen wider, in denen die Patienten beim Steuern eines Fahrzeugs einschlafen", so Orth. Aufgrund der günstigen Studiendaten werde jetzt bei einer größeren Patientengruppe geprüft, ob OSAS-Patienten mit CPAP-Therapie bereits nach 14 Tagen fahrtüchtig sind.

Wie stark eine solche Therapie die Fahrtüchtigkeit bessert, belegt eine weitere Studie der Teams um Orth. 31 OSAS-Patienten erhielten sechs Wochen lang CPAP (Eur Respir J 26, 2005, 1). Vor der Therapie verursachten die Patienten bei Fahrsimulator-Tests im Mittel 2,7 Unfälle pro Stunde, nach sechs Wochen Therapie 0,9 Unfälle.

Infos zu Schlafapnoe und Fahrsimulatortest unter Tel.: 0243 /3 0268 00.

(Quelle: Ärztezeitung online)

2. Fernfahrer sollten in ihren Pausen schlafen

KÖLN (dpa). Schon ein 20-Minuten-Schlaf bei Fernfahrern während einer Pause kann Menschenleben retten. Zu diesem Ergebnis kommt die bundesweit erste Studie zu dem Thema, an der sich 58 Fernfahrer über einen Zeitraum von zwei Jahren beteiligt haben.

Wie das federführende Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) in Köln mitteilte, helfen laute Musik und frische Luft durch heruntergekurbelte Fenster keineswegs gegen Müdigkeit am Steuer. Besser sei ein Kurzschlaf, der in der nach viereinhalb Stunden Lenkzeit vorgeschriebenen 45minütigen Pause erfolgen könne.

Dadurch sei der gefürchtete Sekundenschlaf vermeidbar, ohne den Berufsalltag der Fernfahrer durcheinander zu bringen. Jeder fünfte Verkehrsunfall in Deutschland geht nach Angaben der Bundesanstalt für Straßenwesen auf Übermüdung am Steuer zurück.

(Quelle: Ärztezeitung online)

Was ist, wenn die Nase verstopft ist, wegen einer Infektion, Heuschnupfen o.ä. ?

Vorsorge ist auch hier das A& O. Auf jeden Fall sollte man ein Sprayfläschchen "Nasonex" in der Hausapotheke haben (verschreibt der Hausarzt oder das Schlaflabor). Nasonex ist ein Nasenspray, das ausdrücklich zum Dauergebrauch zugelassen ist und wird daher im Zusammenhang mit Schlafapnoe gern angewandt.

In der Regel kommt man damit zurecht, das man etwa eine Stunde vor dem Schlafbeginn die Nase mit physiologischer Kochsalzlösung (8g Kochsalz, d.i. ein gestrichener Teelöffel, auf ein Liter warmes Wasser) spült:

wir brauchen dazu etwa ein halbes Glas, also warmes Wasser ins Glas, eine Prise Salz dazu, gut umrühren.

dann einen hohle Handvoll mit der Nase aufziehen und nach hinten durch den Rachen in den Mund abfließen lassen, ausspucken.

Diesen Vorgang mehrmals wiederholen.

Evtl. etwas mehr Lösung ansetzen und damit auch noch gurgeln.

Wenn die Nase nach einer halben Stunde nicht frei ist, oder abzusehen ist, das sie sich wieder schließt, ist es an der Zeit, zu Nasonex zu greifen.

Dann sollte der Druck des CPAP- Gerätes ausreichend sein, die Nase für den Rest der Nacht offen zu halten. Wenn nicht, Spülung wiederholen. Ja ich weiß, dann muss man mehrmals Nachts raus, aber ein unterbrochener Schlaf ist immer noch besser, als gar kein Schlaf...

Vorsicht mit frei erhältlichen Nasensprays. Deren Wirkung setzt schlagartig ein und hört genauso schnell wieder auf. Das irritiert die Nasenschleimhaut so stark zusätzlich, das man immer öfter zu diesen Mitteln greifen muss. Dadurch wird das Problem vergrößert, statt verkleinert!

Es soll auch Patienten geben, die eine Vollgesichtsmaske in Reserve haben, für den Fall der Erkältung (Achtung: Normalerweise muss bei einem Maskenwechsel der Druck im Schlaflabor neu angepasst werden. Bei nur kurzfristigem Wechsel wegen Erkältung kann es auch mal so gehen - suboptimale Versorgung ist in dem Fall immer noch besser, als gar keine.)

CPAP als Reisebegleitung auf Flugreisen

Der Inhalt ist in erster Linie als Information für alle die Leidensgenossen gedacht, die nicht so oft mit dem Flugzeug unterwegs sind und daher unter Umständen sich weniger sicher sind, wie man sich bei der einen oder anderen Kontrolle verhalten sollte und was es sonst noch so zu bedenken geben könnte.

Transport des CPAPs incl. Zubehör:

Transportieren Sie CPAP **IMMER (!!!!!)** als Handgepäck und zwar aus folgenden Gründen: Fehlgeleitetes Gepäck ist noch immer ein fast alltägliches Problem im weltweiten Luftverkehr. Es mag zwar meistens gut gehen, aber eben nur meistens. Passagiere haben schon mehrere male bis zu vier Tage auf Ihr Gepäck gewartet. Zweiter Grund: Während sich das aufgegebene Gepäck im Vorgang der Verladung oder Entladung befindet wird i.d.R. nicht zimperlich damit rumgeschmissen. Das sollte man seinem CPAP dringend ersparen.

Zubehör:

Grundsätzlich nehmen Sie folgendes Zubehör mit: Ersatzfilter, Reiseadapter, Verlängerungskabel 5 Meter mit Eurostecker / -Kupplung. Für Reisen in das europäische Ausland (ohne GB und IRL) erübrigt sich der Reiseadapter, sofern CPAP mit Eurostecker ausgerüstet ist (Eurostecker ist der flache, zweipolige). Viele fragen sich jetzt: Wozu denn das Verlängerungskabel? Die Steckdose ist doch so oder so neben dem Nachttisch! Der Einwand mag zwar öfters zutreffen, aber eben nicht immer. Es ist doch besser vorzusorgen, als nachher ein langes Gesicht zu machen.

Spannungsversorgung:

Wenn irgendwo auf dem Typenschild (oder in der Gebrauchsanweisung) aufgeführt ist: 115 - 230 VAC, 50 - 60 Hz, dann ist alles in trockenen Tüchern. Wenn dem nicht so ist sollte man sich vor dem Antritt der Reise informieren, was einen am Zielort für eine Netzspannung erwartet. Befindet sich das Ergebnis in dem Bereich 110 - 125 Volt, muss man vor der Inbetriebnahme

1. das CPAP auf diesen Spannungsbereich umschalten und
2. meistens auch die Feinsicherung auf einen größeren Wert wechseln (Gebrauchsanweisung des CPAP einhalten). Tauscht man die Sicherung nicht, riskiert man, dass die für 220-240 Volt gedachte Sicherung durchbrennt. Zur Rückreise darf man dann auch nicht vergessen, das Gerät wieder auf 220-240 Volt einzustellen. Vergisst man dieses, kann das Ergebnis ein zerstörtes CPAP sein. Im Zweifelsfall sollte ein Anruf bei dem Kundendienst des technischen Betreuers Klarheit schaffen.

Es existieren in verschiedenen (wenigen) Ländern Steckerauslegungen, die von keinem hier erhältlichen Adapter bewältigt werden können (z.B. Südafrika). In so einem Fall kann evtl. das Hotel aushelfen, oder es kommt wieder die Verlängerung ins Spiel, da dann i.d.R. im Bad eine multinorm Steckdose (für Rasierer) vorhanden ist.

Brauchbare Informationen zu den Versorgungsspannungen und verwendeten Steckernormen in div. Ländern findet man unter: <http://kropla.com/electric2.htm>

Verhalten bei Sicherheits- und Zollkontrollen:

Hier kommt der Patientenpass ins Spiel.

Sofern die Reise innerhalb der EU stattfindet wird man mit dem Zoll nicht in Verbindung kommen. Durch die Sicherheitskontrolle muss man jedoch immer, und wenn ein oder mehrmals in Richtung Ziel umgestiegen werden muss kann es vorkommen, dass man auch mehr als einmal eine Sicherheitskontrolle durchschreiten muss. Erleben kann man hier von totalem Desinteresse bis zu energischen Schnüffelattacken auf das CPAP alles. Hier scheint die Grobregel zu greifen, je unbedeutender die Rolle des jeweiligem Flugplatzes im Gefüge des Weltluftverkehr ist, um so größer ist die lange Weile des Sicherheitspersonals und damit auch um so größer der dringende Wille alles nicht alltägliche gleich als "möglicherweise großen Fund" einzustufen. Ab und zu kommt mal die Frage, was das denn sei und meistens reicht dann als Antwort: Medizinisches Gerät (medical equipment). Ein paar wenige wollen es dann mal kurz sehen. Manchmal bekommt man die Zusatzfrage gestellt: Is this to be used in case of asthma? Was Sie dann mit : No, it is used in case of obstructive sleep apnoea beantworten. Ebenso geben die bisherigen Erfahrungen mit Zollkontrollen keinen Anlass zur Beunruhigung. Für alle Fälle gilt, lässt sich der Angestellte der Sicherheitsfirma oder der Zollbeamte durch entsprechende Antworten nicht überzeugen, wäre der Patientenpass der nächste "Stich" der ausgespielt wird.

Verwendung des CPAP im Flugzeug:

Dieses ist ein Thema, welches sich pauschal nicht beantworten lässt und auch nur bei sogenannten Langstreckenflügen (ab 6 Std.) von eventuellen Interesse ist. Wenn man in der Economy Class / Touristen Klasse fliegt sollte man, aufgrund der geringen Neigbarkeit der Rückenlehne, die Schlafposition als eher sitzend einordnen und daher als relativ unkritisch für unser Problem und für so einen Fall ist das CPAP verzichtbar (wenn man überhaupt in der Lage ist, so aufrecht zu schlafen). Verbringt man den Flug in der Business Class oder in der First Class, kann das alles schon wieder anders aussehen. In den neueren Auslegungen der Business Class ist inzwischen eine Neigung der Rückenlehne erreichbar, die fast als liegend bezeichnet werden kann. In der First Class ist die Liegeposition quasi Standard. Auch wenn inzwischen viele Fluggesellschaften in den beiden höheren Klassen für jeden Platz einen Netzanschluss (gedacht zum Betrieb eines Laptops) besitzen, sollte man sich im Vorwege das schriftliche OK zum Betrieb eines CPAP von der jeweiligen Fluggesellschaft geben lassen.

Also gute Reise und guten Flug!

Patientenrechte in Deutschland

I. Einleitung

Dieses Dokument appelliert an alle im Gesundheitswesen Beteiligten, insbesondere Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter aus Gesundheitsfachberufen, die Patientenrechte zu achten, allen Beteiligten im Gesundheitswesen Berücksichtigung finden. Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Prävention haben die Würde und Integrität des Patienten zu achten, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Recht auf Privatheit zu respektieren. Patient und Arzt haben das gemeinsame Ziel, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Eine vertrauensvolle Verständigung zwischen Arzt und Patient ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung. Die Chancen, die eine Patienten- Arztbeziehung bietet, wenn sie als eine echte Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft verstanden wird, sollten deshalb konsequent genutzt werden. Dem persönlichen Gespräch zwischen Patient und Arzt kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil sich dadurch ein größtmögliches Maß an Respekt, Vertrauen und Kooperation im Behandlungsverhältnis schaffen lässt. Der Patient hat Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit dem Patienten abzustimmen. Jede Behandlung erfordert die Mitwirkung des Patienten. Ein Behandlungserfolg kann jedoch trotz bester Therapie nicht garantiert werden. Der Patient ist für seine Gesundheit mitverantwortlich und kann durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Das Dokument will einen Beitrag zu mehr vertrauensvoller Kooperation im Behandlungsverhältnis leisten. Es gibt einen Überblick über die wesentlichen Rechte und Pflichten im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses. Damit werden dem Patienten neben der umfassenden persönlichen Aufklärung durch den Arzt über Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und die damit verbundenen gesundheitlichen Chancen und Risiken Informationen gegeben, die es ihm erleichtern, die notwendigen Entscheidungen über die medizinische Behandlung zu treffen. Zugleich dient das Dokument Ärzten und Mitarbeitern in Gesundheitsberufen als Orientierungshilfe für ihre tägliche Arbeit. Wer als Patient seine Rechte und Pflichten kennt, kann sich aktiv am Behandlungsprozess beteiligen. Wer als Arzt seine Rechte und Pflichten kennt, kann Patienten besser unterstützen. Das Dokument ist eine Bestandsaufnahme des geltenden Rechts, die weiteren Diskussionen nicht vorgreift. Es soll die Transparenz im Gesundheitswesen erhöhen und durch eine breite Unterstützung nachhaltige Wirkungen für alle Beteiligten entfalten.

II. Das Behandlungsverhältnis

1. Durch wen kann sich der Patient behandeln lassen?

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

2. Welche Qualität muss eine medizinische Behandlung haben?

Der Patient hat Anspruch auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Sie umfasst eine qualifizierte Pflege und Betreuung. Stehen die erforderlichen organisatorischen, personellen oder sachlichen Voraussetzungen für eine Behandlung nach dem medizinischen Standard nicht zur Verfügung, ist der Patient an einen geeigneten Arzt oder ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen. Arzneimittel oder Medizinprodukte, die zur Behandlung eingesetzt werden, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllen. Dafür tragen die

pharmazeutischen Unternehmer bzw. Hersteller, bei falscher ärztlicher Verordnung oder Anwendung auch der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus, die Verantwortung. Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen haben Anspruch auf die ärztliche Behandlung, die zur Verhütung, Früherkennung sowie Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich ist. Nicht notwendige Leistungen, für die eine

Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht, können nur gegen Übernahme der Kosten durch den Patienten erbracht werden. Die Krankenkasse muss den Patienten auf dessen Wunsch individuell über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen beraten. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt durch die Gesundheitsämter Beratungsaufgaben. Bei Behinderungen erfolgt die Beratung durch die im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorgesehenen Servicestellen. Auch die Sozialleistungsträger haben die Pflicht, über sozialrechtliche Ansprüche allgemein aufzuklären.

3. Was bedeutet die Einwilligung des Patienten?

Der Patient hat das Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. Er kann entscheiden, ob er sich behandeln lassen will oder nicht. Der Patient kann eine medizinische Versorgung also grundsätzlich auch dann ablehnen, wenn sie ärztlich geboten erscheint. Kommen mehrere gleichwertige medizinische Behandlungen oder Behandlungsmethoden in Betracht, muss der Arzt über Chancen und Risiken umfassend aufklären. Der Patient kann die anzuwendende Behandlung wählen. Kann zwischen Patient und Arzt kein Konsens über die Behandlungsart und den Behandlungsumfang hergestellt werden, ist der Arzt - von Notfällen abgesehen - berechtigt, die Behandlung abzulehnen. Alle medizinischen Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus. Eine Einwilligung kann nur wirksam sein, wenn der Patient rechtzeitig vor der Behandlung aufgeklärt wurde oder ausdrücklich darauf verzichtet hat. Wirksam einwilligen kann nur, wer die nötige Einsichtsfähigkeit besitzt. Die nötige Einsichtsfähigkeit können auch Minderjährige und Betreute haben. Insbesondere bei schweren Eingriffen kann auch bei vorhandener Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen zusätzlich zu dessen Zustimmung die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters - dies sind in der Regel die Eltern - erforderlich sein. Verfügt der Patient nicht über die nötige Einsichtsfähigkeit, muss der gesetzliche Vertreter bzw. ein vom Vormundschaftsgericht bestellter Betreuer der Behandlung zustimmen. Er hat dabei den mutmaßlichen Willen des Patienten zu beachten. Die Bestellung eines Betreuers ist entbehrlich, wenn der Patient rechtzeitig eine Person seines Vertrauens für die Zustimmung in Gesundheitsangelegenheiten bevollmächtigt hat (Vorsorgevollmacht). Bei besonders schwerwiegenden Eingriffen bedarf die Einwilligung durch einen Betreuer oder Bevollmächtigten der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt, der keinen Aufschub duldet. Wenn der Patient nicht ansprechbar ist, reicht bei lebens- und gesundheitserhaltenden Notfallbehandlungen seine mutmaßliche Einwilligung aus. Der mutmaßliche Wille des Patienten sollte dabei aufgrund von Auskünften naher Angehöriger oder enger Freunde ermittelt werden.

4. Selbstbestimmung am Ende des Lebens

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

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

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

Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor der Behandlung und grundsätzlich in einem persönlichen Gespräch über Art und Umfang der Maßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären und die Einwilligung des Patienten dazu einzuholen. Formulare und Aufklärungsbögen ersetzen das Gespräch nicht. Der aufklärende Arzt muss nicht notwendigerweise der behandelnde Arzt sein. Die Haftung für eine mangelhafte Aufklärung trägt indessen immer der behandelnde Arzt. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende und rechtzeitige Aufklärung des Patienten voraus, dass dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken ohne psychischen Druck zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Zu unterrichten ist auch über Art und Wahrscheinlichkeit der verschiedenen Risiken im Verhältnis zu den Heilungschancen und über alternative Behandlungsmöglichkeiten. Der Umfang und der Zeitpunkt der Aufklärung richtet sich auch nach der Schwere und der Dringlichkeit des Eingriffs. Der Patient muss durch die Aufklärung in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, was die konkret vorgesehene Behandlung für ihn persönlich bedeuten kann. Auf Fragen des Patienten hat der Arzt wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten. Aufklärung und Beratung müssen auch für Patienten, die sich mit dem Arzt sprachlich nicht verständigen können, verstehbar sein. Der Patient hat das Recht, auf die ärztliche Aufklärung zu verzichten und zu bestimmen, wen der Arzt außer ihm oder statt seiner informieren darf oder soll.

6. Versuchsbehandlungen

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

7. Welche medizinischen Maßnahmen sind zu dokumentieren?

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

8. Kann der Patient in die Behandlungsunterlagen einsehen?

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

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

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

III. Im Schadensfall

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht auf einem anerkannt hohen Niveau. Neben der qualifizierten medizinischen Ausbildung der Ärzteschaft wird insbesondere auf die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung großer Wert gelegt. Trotzdem kann es zu Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern kommen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass nicht immer dann, wenn der gewünschte Behandlungserfolg ausbleibt, ein verschuldeter ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt. In Fällen einer fehlerhaften Behandlung oder unzureichenden Aufklärung stehen dem Patienten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zu. Bei Schäden, die durch Arzneimittel oder durch ein Medizinprodukt (z. B. Röntgengerät) verursacht worden sind, können auch Ansprüche gegen den pharmazeutischen Unternehmer bzw. den Hersteller bestehen. Besteht Grund zu der Annahme, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, sollte der Patient zunächst das Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder einer Beratungsstelle suchen und Einsicht in die Behandlungsdokumentation nehmen bzw. sich Kopien anfertigen lassen. Im stationären Bereich steht dem Patienten außerdem die Möglichkeit offen, sich an die Krankenhausleitung zu wenden. Darüber hinaus ist im Schadensfall im Allgemeinen folgendes zu beachten:

1. Wo kann sich der Patient beraten lassen und wie kann der Patient eventuelle Ersatzansprüche verfolgen?

a) Beratung

Mit Beschwerden und Beratungsanliegen kann sich der Patient an die Ärzte- bzw. Zahnärztekammern, Krankenkassen oder an freie Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen, Verbraucherzentralen und Selbsthilfeorganisationen wenden. Patientenbeschwerdestellen sind vielfach bereits in den Krankenhäusern eingerichtet worden. Sinnvoll kann es auch sein, sich durch einen Rechtsanwalt beraten zu lassen. Spezialisierte Rechtsanwälte sind bei den Anwaltskammern oder - Vereinen zu erfragen. Kommen Schadensersatzansprüche in Betracht, ist es für die Patienten ratsam, sich zügig beraten zu lassen, um zu vermeiden, dass die Ansprüche wegen Verjährung nicht mehr geltend gemacht werden können.

b) Geltendmachung von Ersatzansprüchen

Schadensersatzansprüche können außergerichtlich oder gerichtlich geltend gemacht werden: Die Ärzte- und Zahnärztekammern haben Gutachter- und Schlichtungsstellen eingerichtet, die es den Beteiligten erleichtern sollen, Streitfälle in Arzthaftpflichtsachen außergerichtlich beizulegen. Die Gutachter- und Schlichtungsstellen sind in der Regel durch Ärzte und Juristen besetzt; ihre Einschaltung ist freiwillig. Gutachter- und Schlichtungsstellen greifen Fälle auf, die noch nicht Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens sind und in der Regel nicht länger als 5 Jahre zurückliegen. Ihre Stellungnahme zur Frage eines Behandlungsfehlers oder eines Schadensersatzanspruchs dem Grunde nach ist für die Beteiligten und ein eventuell anschließendes gerichtliches Verfahren nicht bindend. Auf Wunsch des Versicherten beraten und unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen kostenlos ihre Versicherten bei der Durchsetzung möglicher Schadensersatzansprüche wegen eines Behandlungsfehlers (z. B. durch Einholung medizinischer Sachverständigengutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen). Darüber hinaus hat der Patient die Möglichkeit, vor dem Zivilgericht eventuelle Ersatzansprüche einzuklagen. Im Arzthaftungsprozess muss der Patient grundsätzlich die ärztliche Pflichtverletzung, den eingetretenen Schaden, die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden sowie das Verschulden des Schädigers darlegen und im Bestreitensfalle auch beweisen. Unter Umständen, etwa bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers, greifen aber zugunsten des Patienten Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr, d. h. der Schädiger muss den Gegenbeweis antreten. Der Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung des Patienten obliegt in streitigen Fällen dem behandelnden Arzt. Bei Dokumentationsmängeln wird zulasten des Arztes vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme unterblieben ist.

2. Kosten

In der Regel ist es kostenlos, sich bei den Patientenberatungs- und Patientenbeschwerdestellen zu informieren und Ansprüche bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen geltend zu machen. Die Beratung durch Rechtsanwälte ist kostenpflichtig. Wer die Kosten hierfür nicht aufbringen kann, kann Beratungshilfe in Anspruch nehmen. Auch bei der Rechtsverfolgung vor den Zivilgerichten entstehen Kosten. Wer nicht über die notwendigen finanziellen Mittel für die Prozessführung verfügt, kann Prozesskostenhilfe beanspruchen.

Dieses Papier wurde auf Initiative des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit unter der Leitung des Präsidenten des Bundesgerichtshofes

a. D. Dr. h. c. Karlmann Geiß von folgenden Organisationen erarbeitet

:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Straße 3
50931 Köln

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Geschäftsstelle: Gesundheitsladen München e. V.
Auenstraße 31
80469 München

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
Münsterstraße 169
40476 Düsseldorf

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. vertreten durch den
Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen
und Senatoren der Länder vertreten durch das
Bayerische Staatsministerium für Gesundheit,
Ernährung und Verbraucherschutz
Schellingstraße 155
80797 München

Konferenz der Justizministerinnen und -minister
vertreten durch das Thüringer Justizministerium
Werner-Seelenbinder-Straße 5
99096 Erfurt

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vertreten durch den
AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.
Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf

Bundeszahnärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
10115 Berlin

Freie Wohlfahrtsverbände (Deutscher Caritasverband e.V.,
Diakonisches Werk der EKD e. V., Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V.)
vertreten durch den Deutschen Caritasverband e. V. Hauptvertretung Berlin
Chausseestraße 128 a
10115 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Straße 3
50931 Köln

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Birkenstraße 34
28195 Bremen

Wichtige Begriffe zum Thema Schlafapnoe

A

APAP

Als APAP (auch autoCPAP) bezeichnet man die automatische Zufuhr eines Luftstromes, der an die individuelle Atmung des Patienten angepasst ist.

Apnoe

Der medizinische Ausdruck für den Atemstillstand. „Apnoe“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt „Windstille“.

Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI)

Anzahl der Apnoen und Hypopnoen pro Stunde, im Verhältnis zueinander und Messgröße für den Schweregrad der Schlafapnoe

Apnoeindex (AI)

Anzahl der Apnoen pro Stunde

Arousal

Bei der Schlafapnoe kommt es während des Schlafes zu Atemaussetzern, die vom Gehirn registriert und durch eine Weckreaktion (Arousal) überwunden werden.

Atmung

Unter Atmung (lat.: Respiration) versteht man allgemein den Aeroben, das heißt Sauerstoff verbrauchenden Abbau (Dissimilation) von Stoffen. Dieser Abbau dient der Energiegewinnung, gleichzeitig wird Kohlendioxid abgegeben.

B

Bilevel

Als Bilevel-Therapie bezeichnet man das Therapieverfahren, bei dem die Luft über die Atemmaske in zwei verschiedenen, fest eingestellten Druckstufen zugeführt wird. Dies ist besonders bei Patienten mit hohem Druckbedarf erforderlich.

Bluthochdruck (Hypertonie)

Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) ist international definiert als Erhöhung des Blutdrucks auf mindestens 140/90 mmHg. Bei 90 Prozent der Betroffenen lässt sich keine Ursache für die erhöhten Blutdruckwerte feststellen. Man spricht von einer primären oder essenziellen Hypertonie. Bei den übrigen zehn Prozent ist die Hypertonie eine Folge von bestimmten Grunderkrankungen oder Medikamenten (sekundäre Hypertonie)

C

Cheyne-Stokes-Atmung (CSA)

Bei der Cheyne-Stokes-Atmung handelt es sich um eine periodische Apnoe, also Atemstillstände in gleichmäßigen Abständen. Deshalb wird diese Atmung auch als periodische oder zyklische Atmung bezeichnet. Dabei kommt es zu einem regelmäßig wiederkehrenden An- und Abschwollen der Atmung: Die Atemzüge werden immer flacher und flacher, bis sie nach einer Atempause von manchmal mehr als zehn Sekunden wieder tiefer werden, bis hin zu äußerst angestrengten Atemzügen. Zusätzlich kann sich dabei auch die Atemfrequenz verändern.

CPAP

Die CPAP-Beatmung (Continuos Positive Airway Pressure) ist eine intensivmedizinische Beatmungsform, bei der die eigene Atmung des Patienten notwendig ist. CPAP gehört zu den rein spontanen Ventilationsformen. Das heißt, das Gerät steuert die Atmung nicht, sondern unterstützt sie: Es wird ein kontinuierlicher Luftstrom zugeführt, der eine Art „Säule“ in den oberen Atemwegen bildet und somit ein Verschließen der Atemwege verhindert.

D

Depression

Depression ist eine Erkrankung, die mit Niedergeschlagenheit sowie körperlichen und psychischen Störungen einhergeht. Das können beispielsweise Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und Verdauungsstörungen sein. Schätzungsweise fünf Prozent der Bevölkerung in Deutschland leiden derzeit an einer behandlungsbedürftigen Depression - in Deutschland sind das etwa vier Millionen Menschen.

Diabetes mellitus

Bei Diabetes mellitus handelt es sich um eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet ist. Es werden hauptsächlich zwei Diabetesformen unterschieden: Typ-1-Diabetes beginnt meist in der Jugend und hat seine Ursache in einer Zerstörung der Insulin produzierenden Zellen. Typ-2-Diabetes betrifft dagegen meist ältere Menschen. Er beginnt langsam und beruht auf einer zunehmenden Unempfindlichkeit der Zellen gegenüber dem Insulin.

Dyspnoen

Dyspnoe (auch: Dyspnoe) ist der medizinische Fachausdruck für Atemnot oder Luftnot, einen Zustand von Luftmangel, den ein Kranker in Ruhe oder bei leichter Belastung empfindet. Die beschleunigte Atmung im Rahmen körperlicher Anstrengung wird von gesunden Menschen meist nicht als Luftnot empfunden und beschrieben.

E

Entsättigung

Absinken des Sauerstoffgehaltes im Blut.

Epworth Schläfrigkeitsskala (ESS)

Die Epworth Sleepiness Scale (ESS) ist ein Kurzfragebogen zur Erfassung der Tagesschläfrigkeit, in dem die Wahrscheinlichkeit für das Einnicken bzw. Einschlafen in acht typischen Alltagssituationen erfragt wird. Er kann allgemein bei Schlafstörungen, speziell bei Hypersomnien, eingesetzt werden. Mit dem Fragebogen wird die subjektiv erlebte Tagesschläfrigkeit erfasst, und er dient als Hinweis für das Vorliegen einer Hypersomnie. Darüber hinaus eignet er sich auch zur Verlaufs- bzw. Erfolgsmessung (z. B. bei CPAP-Patienten).

F

Flusslimitierung, Flusslimitation (FL)

Unter Flusslimitierung versteht man den teilweisen Verschluss der oberen Atemwege, der in der Regel vor dem Schnarchen bzw. einer Apnoe auftritt. Sie ist oftmals das erste Zeichen für das bevorstehende Kollabieren der Atemwege.

H

Herzinfarkt

Der Herzinfarkt oder Myokardinfarkt ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens. Eine in der Humanmedizin gebräuchliche Abkürzung ist AMI (acute myocardial infarction). Es handelt sich um Absterben oder Gewebsuntergang (Infarkt) von Teilen des Herzmuskels (Myokard) aufgrund einer Durchblutungsstörung (Ischämie), die in der Regel länger als 20 Minuten andauert.

Herzinsuffizienz (CHF)

Herzinsuffizienz ist ein in der Medizin häufig gebrauchter Begriff und beschreibt das Unvermögen des Herzens, im Blutkreislauf die vom Körper benötigte Blutmenge zu fördern.

Herzrhythmusstörung

Unter einer Herzrhythmusstörung (einer Arrhythmie) versteht man eine Störung der normalen Herzschlagfolge, verursacht durch nicht regelrechte Vorgänge bei der Erregungsbildung und -leitung im Herzmuskel.

Hypersomnie

Der Begriff bedeutet „übermäßiges Schlafen“. Die Betroffenen leiden unter einem gesteigerten Schlafbedürfnis, fühlen sich aber am nächsten Tag trotzdem müde und erschöpft.

Hypopnoe

Verminderung der Atemfrequenz und folgender Entsättigung von mindestens drei Prozent

Hypoxie

Als Hypoxie bezeichnet man einen Sauerstoffmangel im Blut oder im Gewebe von Organismen. Das vollständige Fehlen von Sauerstoff wird als Anoxie bezeichnet.

I

invasiv

In der medizinischen Diagnostik oder Therapeutik werden solche Methoden als invasiv (Vase) bezeichnet, die in den Körper oder ein Körpergefäß eindringen, also z. B. eine Biopsie oder ein Abstrich der Nasenschleimhaut.

K

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) ist eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels aufgrund verengter Herzkranzgefäße. Wenn der Herzmuskel nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird, nimmt er Schaden und es entstehen Schmerzen in der Brust (Angina Pectoris). Vor allem bei erhöhtem Sauerstoffbedarf des Herzens durch körperliche oder seelische Belastungen kommt es zu den Beschwerden. Bei manchen KHK-Patienten können die Schmerzen auch nur gering sein oder ganz ausbleiben.

M

Mundleckagen

Wenn die Atem-Maske nicht richtig sitzt, können Leckagen auftreten - eine Austrocknung der Nasen- und Mundschleimhaut.

N

nCPAP

Englische Abkürzung für nasal continuous positive airway pressure. Es beschreibt die Zufuhr von Luft durch die Nase.

Nicht-invasiv

In der medizinischen Diagnostik oder Therapeutik werden solche Methoden als nicht-invasiv bezeichnet, die nicht in den Körper oder ein Körpergefäß eindringen, also z. B. eine Sonografie- oder Röntgenuntersuchung - aber auch die CPAP-Therapie

O

Obstruktion

Als Obstruktion wird der Verschluss der oberen Atemwege beim Einatmen bezeichnet, das Hauptsymptom der obstruktiven Schlafapnoe.

Obstruktive Schlafapnoe (OSA)

Die OSA ist eine Atmungsstörung mit Verschluss der Luftwege. Dazu kommt es, wenn beim Einatmen der Rachen so sehr verengt wird, dass keine Luft mehr hindurchströmen kann. Die Ursache für diesen Verschluss sind stark erschlaffte Muskeln im Mund- und Rachenraum.

P

Polygraphie (PG)

Die Polygraphie ist eine ambulante Untersuchung des Schlafes einer Person. Dabei werden Atemfluss, Schnarchgeräusche, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz und Puls, Körperlage sowie Bauch- und Brustbewegung aufgezeichnet.

Polysomnographie (PSG)

Die Polysomnografie, auch Polysomnographie, stellt die umfangreichste Untersuchung des Schlafes einer Person dar. Mit dieser Technik werden mehrere unterschiedliche Körperfunktionen kontinuierlich während der ganzen Nacht überwacht. In der Regel geschieht dieses stationär in einem Schlaflabor. Mithilfe der Aufzeichnungen kann ein individuelles Schlafprofil erstellt werden, das fast immer eine präzise Diagnose von Schlafstörungen ermöglicht.

R

Rapid Eye Movement (REM)

Rapid Eye Movement (auf deutsch „schnelle Augenbewegung“) ist eine Schlafphase, die unter anderem durch Augenbewegungen und lebhaftes Träumen gekennzeichnet ist.

REM-Schlaf

Der REM-Schlaf wird auch Traumschlaf genannt und zeichnet sich durch eine drastische Abnahme der Muskelspannung und eine faktische Lähmung aus. Weitere charakteristische Merkmale sind eine unregelmäßige Atmung, eine erhöhte Herzfrequenz und schnelle Augenbewegungen. Während dieses Stadiums kommt es zu lebhaften Träumen, die eine komplexe Symbolik aufweisen.

Ruhelose-Beine-Syndrom (RLS)

Ruhelose-Beine-Syndrom, auch Restless-Legs-Syndrom (RLS) genannt, ist eine neurologische Erkrankung mit Gefühlsstörungen und Bewegungsdrang in den Beinen (selten auch in den Armen), häufig einhergehend mit unwillkürlichen Bewegungen.

S

Schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS)

Schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) ist der Oberbegriff für die verschiedenen möglichen Formen von Atmungsstörung, die während des Schlafs auftreten können. Dazu zählt vor allem die obstruktive Schlafapnoe (OSA), die etwa 80 Prozent der SBAS ausmacht.

Schlafapnoe

Die Schlafapnoe ist ein Beschwerdebild, das in der Regel durch Atemstillstände (Apnoen) während des Schlafs verursacht wird und in erster Linie durch eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit bis hin zum Einschlafzwang (Sekundenschlaf) sowie eine Reihe weiterer Symptome und Folgeerkrankungen gekennzeichnet ist.

Schlafstörungen

Schlafstörungen, ungenau auch als Schlaflosigkeit bezeichnet, sind Abweichungen vom gesunden Schlafverhalten. Sie werden eingeteilt in Schwierigkeiten beim Einschlafen, Störungen des Durchschlafens, vorzeitiges Erwachen, übermäßiges Schlafen (Hypersomnie), Störungen des Schlaf-wach-Rhythmus, Schlaflosigkeit (Insomnie, Asomnie), Schlafwandeln (Mondsucht, Somnambulismus), Alpträume.

Schlaganfall

Der Schlaganfall (Apoplex) ist - nach Herzerkrankungen und Lungenkrebs - die dritthäufigste Todesursache in Deutschland, ein Fünftel der über 65-Jährigen ist davon betroffen. Auslöser ist ein plötzlicher Gefäßverschluss oder eine Blutung im Bereich des Gehirns.

Schnarchen

Mit Schnarchen bezeichnet man ein knatterndes Geräusch, das in den oberen Atemwegen eines schlafenden Menschen erzeugt wird. Schnarchen oder Rhonchopathie heißt auch die durch das Geräusch hervorgerufene Schlafstörung. In der Schlafmedizin spricht man auch vom Upper Airway Resistance Syndrom (UARS), bei dem im Gegensatz zum obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS) nur ein zeitweiliger Verschluss der oberen Atemwege vorliegt, der aber ebenso zu Hypoxie (Sauerstoffmangel) führen kann, ebenso wie zu Arousals (Aufweckreaktionen) und in Folge zu Tagesmüdigkeit und Konzentrationsstörungen. Mit zunehmendem Alter schnarchen rund 60 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen. Bei jüngeren Menschen liegen diese Zahlen erheblich niedriger.

Screening

Screening ist der englische Begriff für „Voruntersuchung“. Ein Risiko-Screening bedeutet die Ermittlung des individuellen Krankheitsrisikos für die jeweilige Krankheit.

Sekundenschlaf

Sekundenschlaf ist die umgangssprachliche Bezeichnung für Müdigkeitsattacken. Hierbei handelt es sich um ein ungewolltes Einnicken für mehrere Sekunden.

U

Überdruckbeatmung

Auch CPAP-Beatmung (Continuous Positive Airway Pressure) genannt, ist eine intensivmedizinische Beatmungsform, bei der die eigene Atmung des Patienten notwendig ist. CPAP gehört zu rein spontanen Ventilationsformen. Das heißt, das Gerät steuert die Atmung nicht, sondern unterstützt sie: Es wird ein kontinuierlicher Luftstrom zugeführt, der eine Art „Säule“ in den oberen Atemwegen bildet und somit ein Verschließen der Atemwege verhindert.

Z

Zentrale Schlafapnoe

Die Atemaussetzer werden durch das Gehirn gesteuert. Der vom Gehirn ausgehende Reflex, die Atmung während des Schlafes fortzusetzen, bleibt aus. Syndrome mit ausschließlich zentralen Apnoen sind sehr selten, weniger als zehn Prozent aller Patienten sind davon betroffen.

Schlaf-Apnoe-Patienten sollten auch einen Augenarzt konsultieren
BONN (ner). Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom sollten sich regelmäßig beim Augenarzt untersuchen lassen. Denn ihr Augeninnendruck fluktuiert stark. Dies gilt besonders bei CPAP*-Therapie.

Schlaf-Apnoe-Patienten sollten auch einen Augenarzt konsultieren.

Bei Patienten mit Normaldruckglaukom und gleichzeitig vorliegendem Schlaf-Apnoe-Syndrom könnte die CPAP*-Beatmung den Erkrankungsverlauf am Auge günstig beeinflussen, theoretisch aber auch ungünstig. So gibt es Einzelfallberichte, wonach trotz erfolgreicher medikamentöser und operativer Augeninnendrucksenkung es bei Patienten zu progredienten Glaukomschäden gekommen war. Im Nachhinein stellte sich dann heraus, dass nachts Schlafapnoe-Phasen bestanden. Darauf hat Professor Carsten Meyer von der Universitäts-Augenklinik Bonn auf Anfrage der "Ärzte Zeitung" hingewiesen. Manche Augenärzte schlussfolgern daraus, dass die alleinige Senkung des Augeninnendrucks beim Glaukom nicht ausreicht, sondern zusätzlich eine nasale Überdruckbeatmung stattfinden sollte. Man hofft, damit eine glaukomatöse Optikus-schädigung verlangsamen zu können. Prospektive Langzeitstudien dazu fehlen allerdings.

Außerdem hat eine Studie bei 21 Schlaf-Apnoe-Patienten mit CPAP-Beatmung ergeben, dass unter der Behandlung nachts der Augeninnendruck um durchschnittlich 9 mmHg stieg, nach Ende der Beatmung war der Augeninnendruck in 30 Minuten wieder signifikant reduziert (Invest Ophthalmol Vis Sci 49, 2008, 934). Diese intraokuläre Druckerhöhung unter CPAP-Beatmung pflöpft sich auf die sowieso schon großen Fluktuationen des intraokulären Drucks bei Schlaf-Apnoe-Patienten mit hohen nächtlichen Drücken auf. "Aus diesem Grund sollten Patienten mit Schlaf-Apnoe-Syndrom regelmäßig ophthalmologisch untersucht werden", empfiehlt Meyer. Denn Schäden wegen des gleichzeitig ansteigenden intraokulären Augendrucks seien nicht auszuschließen.

Der Krankheitsverlauf bei Normaldruckglaukom wird nach Angaben von Meyer unter anderem vom okulären Blutfluss beeinflusst. Ganz generell seien bei der Pathogenese des Glaukoms auch kardiovaskuläre Risikofaktoren bedeutsam. Hinzu kommen Vasospasmen, nächtliche Blutdruckabfälle und Autoregulationsstörungen, Hyper- und Hypotonie und die Atherosklerose.

*CPAP - continuous positive airway pressure (kontinuierliche Überdruckbeatmung)

Copyright © 1997-2009 by Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH

Schlafapnoe und Augenerkrankungen



Prof. Dr.
Barbara
Wilhelm,
STZ
Tübingen

Sogar zwischen Sehvermögen und nächtlicher Atmung gibt es Zusammenhänge. Diese beleuchtete Frau Professor Barbara Wilhelm von der Universitäts-Augenklinik Tübingen und zeigte Vorbeugungs- und Behandlungsmöglichkeiten auf. Denn schließlich gibt es kaum etwas Kostbareres als unser Augenlicht.

So stellt das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom beispielsweise einen Risikofaktor für den Grünen Star (Glaukom) dar, vor allem für eine bestimmte Form des Glaukoms mit normalen Augeninnendruckwerten. Der Grüne Star ist eine der häufigsten Erblindungsursachen und seine Früherkennung daher von großer Bedeutung. Eine frühzeitige Einstellung der nächtlichen Atmungsstörung wirkt sich positiv auf den Erhalt der Sehfunktion aus.

Eine andere Augenerkrankung, der Sehnerveninfarkt, gilt als einer der Notfälle in der Augenheilkunde, für die es derzeit leider noch keine wirksame Behandlung gibt. Dabei kommt es zu einer plötzlichen, schmerzlosen Sehverschlechterung mit horizontal begrenztem Gesichtsfeldausfall; oft führt sie zur Berufsunfähigkeit. Zu den Risikofaktoren gehören neben obstruktiver Schlafapnoe Bluthochdruck, zu hohe Cholesterinwerte, Rauchen und ein enger Sehnervenkanal bzw. kleiner Sehnervenkopf. Mitunter werden Patienten erst durch das Eintreten eines solchen Infarkts einer schlafmedizinischen Diagnostik und Therapie zugeführt. Das kann einer Erkrankung des zweiten Auges wirksam vorbeugen - denn in 10 bis 20% aller Fälle erkrankt auch dieses später an einem Sehnerveninfarkt, wenn man nichts dagegen tut.

Auch Frau Professor Wilhelm appellierte daher noch einmal eindringlich an alle Ärzte, über die engen Grenzen ihrer eigenen Disziplin hinauszuschauen. Augenärzte sollten ihre Patienten nach der Qualität ihres Schlafs, Schlafmediziner nach ihrem Sehvermögen fragen. Vor allem bei Menschen, die bereits an Schlafapnoe leiden, ist eine regelmäßige augenärztliche Kontrolle wichtig, um bei Problemen rechtzeitig gegensteuern zu können.

Zahnschienen können eine Therapiemöglichkeit bei der Behandlung der Schlafapnoe sein

Die Anwendung von Zahnschienen zur Behandlung der Schlafapnoe wird seit über 14 Jahren in den Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaft für Schlafmedizin empfohlen (Sleep 1995) und seit 2006 (Somnologie) auch von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin.

Die modernen effektiven und trageangenehmen Zahnschienen für die Langzeitanwendung werden individuell nach Gebissabdrücken in darauf spezialisierten zahntechnischen Laboren passgenau gebaut. Damit sind also nicht konfektionierte, industriell gefertigte Schienen gemeint. Man setzt sie vor dem Schlafengehen auf Ober- und Unterkieferzahnreihen, ähnlich wie Millionen Kinder über Jahre jede Nacht ihre kieferorthopädische Zahnspange tragen. Oberkiefer- und Unterkieferschienen sind durch spezielle Elemente (Haken-Steg-Verbindungen, schiefe Ebenen, Teleskope usw.) so verbunden, dass der Unterkiefer nachts leicht vorn gehalten wird (ca. 6-10mm). Daher kommt auch die Bezeichnung Unterkieferprotrusionsschiene (= Unterkiefervorschubschiene). Zunge, Gaumensegel und Kehldeckel werden unter Tragen der Schiene vorverlagert und der Atemweg im Rachen während des Schlafes offengehalten für eine gesunde Atmung ohne Schnarchen und Atemaussetzer (Apnoen). Sie sind komfortabel und diskret zu tragen, leicht zu reinigen und leicht zu transportieren. Die integrierten Schraubelemente ermöglichen ein nachträgliches Feinjustieren.

Wichtig ist, dass diese spezielle Schientherapie von schlafmedizinisch fortgebildeten Zahnmedizinern durchgeführt wird, die sich mit Arten, Wirkweise und Anpassung/Bissregistrierung der Protrusionsschienen auskennen und auch die Langzeitbetreuung der Patienten kompetent beherrschen.

Eine Unterkieferprotrusionsschiene ist eine Therapiemöglichkeit bei einer leichtgradigen, maximal mittelgradigen Schlafapnoe oder sollte dann erwogen werden, wenn Sie trotz aller Anstrengungen CPAP nicht nutzen können.

Bitte sprechen Sie ggf. Ihren behandelnden Schlafmediziner bzw. das Schlaflabor auf dieses Therapieverfahren an.

Unterkieferprotrusionsschienen sollten durch schlafmedizinisch fortgebildete Zahnmediziner angepasst werden, die eng mit den Schlafmedizinern zusammenarbeiten, insbesondere bzgl. Therapiekontrolle nach eingesetzter Schiene. Die Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin DGZS unterstützt die Fortbildung von Zahnmedizinern auf diesem Gebiet und stellt auf ihrer Internetseite www.dgzs.de die Adressen zertifizierter Behandler zur Verfügung.

Das Positionspapier der DGZS zur Anwendung von Unterkieferprotrusionsschienen bei Schlafapnoe finden Sie ebenfalls auf der Internetseite unserer Fachgesellschaft.

Bei diagnostizierter Schlafapnoe können die Krankenkassen die Kosten für das Hilfsmittel Protrusionsschiene erstatten als Einzelfallentscheidung nach § 33 SGB V (Stand Januar 2009).

Dr. med. dent. Susanne Schwarting, Kiel
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin
DGZS-Geschäftsstelle: Alte Jakobstr 77 · 10179 Berlin · www.dgzs.de

Bei Pollenallergien kann man sich vom Schlaflabor/ Versorger Pollenfilter für das CPAP-Gerät geben lassen. Achtung: Neue Druckeinstellung im Schlaflabor erforderlich. Es geht aber u.U. auch, den Filter öfter zu wechseln, das muss jeder selbst ausprobieren.

Nebenwirkungen der nasalen CPAP-Therapie

Ein Aussetzen der Therapie kann zu gefährlichen Komplikationen führen, daher sind die im Folgenden beschriebenen Probleme sehr ernst zu nehmen und möglichst sofort in der beschriebenen Weise anzugehen.

Sollte eine nCPAP- Behandlung nicht möglich sein, so sollte zunächst versucht werden die Schlafzeit mit dem nCPAP-Gerät zu verkürzen statt die Therapie für mehrere Nächte zu unterbrechen. Nötigenfalls ist eine stationäre Aufnahme und Überwachung erforderlich.

Ein gutes Mittel zur Pflege der Nasenschleimhaut GeloSitin Sesamöl

Bei laufender Nase trotz Atemgasbefeuchter Nasenspray Nasi-Cur (Rezeptfrei)

Bei trockener Nase:

Bepanthen Röche Nasensalbe 5g oder 10 g
oder
Coldastop Nasenöl 20 ml.

Bei Schwellung der Nasenschleimhaut:

Otriven Nasentropfen 0,1 %-ig
(nur für wenige Tage unter ärztlicher Aufsicht).

Bei verstopfter Nase oder Nasennebenhöhlenentzündung im Rahmen einer Erkältung oder falls unter oben genannter Therapie keine Besserung eintritt:

HNO-Untersuchung, eventuell mit Röntgen der Nasennebenhöhlen.

zur Pflege der Haut:

Dermatop Basissalbe

bei entzündlichen Druckstellen:

Decoderm trivalent Creme, eventuell in Verbindung mit
ES- Kompressen 5 x 5 cm unsteril 1 OP mit 50 Stück

trockener Hals:

Kamillosan Lösung 30 ml

AUGEN: (gerötete Bindehaut)

- 1) Kontrolle des Maskensitzes
- 2) eventuell Yxin Augentropfen 10 ml
(nur nach ärztlicher Untersuchung).

Treffen der Selbsthilfegruppen:

SHG Schlafapnoe Hamburg

Wir treffen uns einmal im Monat jeden 1. Samstag im Monat im Landeskrankenhaus Hamburg – Wandsbek, um 13:00 Uhr, im Erdgeschoß, im kleinen Speisesaal.
Alphonsstrasse 14, 22043 Hamburg

SHG Schlafapnoe Buchholz i.d.N.

Wir treffen uns einmal im Monat jeden 2. Samstag im Monat im Krankenhaus Buchholz, in der Krankenpflegeschule, 2.Etage.
Steinbecker Strasse 44, 21244 Buchholz / Nordheide

Ansprechpartner:

Holger Steder
Am Alten Sportplatz 14 B,
21220 Seevetal

Telefon: 04105 – 83970

Fax: 04105 – 660375

E- Mail: holgerste@t-online.de