

BUNDESVERBAND SCHLAFAPNOE DEUTSCHLAND B S D e.V.

- Verbund der Selbsthilfen -

Anschrift: **Deipenbecktal 171, 45289 Essen**

- Tel. 0201 / 57 06 57, Fax / 57 27 98, eMail: sprecher@bsd-web.de

Bericht über den Besuch des DGSM-Kongress in Göttingen vom 26. –28.9.02

Hauptversammlung:

Dr. Penzel legt Tabelle über Häufigkeitsverteilung der SL pro 1 Mill. Einwohner vor.
dito Akkreditierte SL ohne Somnologen. Tabelle über PSG je Bundesland ist jetzt verfügbar.

Es wird auf Internetführer Schlafmedizin verwiesen, den alle DGSM-Mitglieder erhalten haben müssten, also auch aus den SH.

Bei welcher Stimmenzahl auf Antrag muss geheim gewählt werden? *Liegt entweder in der Satzung fest oder wird sonst vom Tagungsleiter festgelegt. Eine wenige fordernde Meldungen genügen nicht. (Sauter & Schweyer). Doch vom Verlag für Dt. Wirtschaft im Handbuch für Vereinsvorsitzenden wird dazu eine Abstimmung verlangt. Offensichtlich ist keine zwingende Vorschrift vorhanden.*
Müssen ja-Stimmen gezählt werden, auch wenn sie ganz offensichtlich die Mehrheit bilden? *Nein auch hierzu gibt es keine gesetzlichen Forderungen (Sauter & Schweyer).*

Bundesanstalt für Straßenwesen BAST will Arbeitsgruppe beim DGSM eingerichtet haben. Sind sehr zögerlich zur AG Vigilanz. Warum?

Sie berichten unter www.alertness-management.de. Dr. Zulley sei bereits eingebunden.

Qualitätsnachweis in den Schlaflaboren:

Sehen wir es richtig, dass T1 Fragebögen fast nicht die Patientenmeinung bezogen auf sein Anliegen bei der Beurteilung enthalten ist? Wird in Frage gestellt, bzw. eigentlich das Gegenteil von Prof. Fischer behauptet! Das Formblatt würde nur der Patient ausfüllen, was unstrittig ist. Unsere Kritik sollte lauten: Derzeitig nicht in T1 beurteilt, was die Qualität der Behandlung es Einzelnen direkt betrifft. Die Fragen Nr. 13 und 15 – nur diese könnten sich darauf beziehen – sind völlig unzureichend, am Problem vorbei, formuliert und in den Beurteilungsmaßstäben überzogen. Unter Nr. 19 gehört selbstverständlich ein Bezug zur SH- Einbindung hinein, diese findet derzeit keine Erwähnung. Bisher erscheint es den Medizinerinnen nur darum zu gehen, dass sie sich selbst gut dabei dargestellt finden.

Aus folgenden Vorträgen kann ich berichten:

S1 Nr. 4 Prof. Dr. Jürgen Fritze, InEK / Siegburg „Daten Ergebnisse und Einschätzungen zur Auswirkung der DRGs auf die Schlafmedizin“

Berichtet über mittlere Behandlungsdauer im SL von 1,4 Tagen. Prof. Fischer spricht von 3.04 Tagen und Patient. Was ist richtig?

Was gibt es dazu unter www.g-drg.de ? *Ich habe darin nichts Spezielles zur Dauer und den Abrechnungsziffern (nicht für PKV relevant) gefunden.*

S1 Nr. 185 Dr. T. Hering, Bundesverband der Pneumologen in D / Berlin „Schlafmedizinischen Versorgung – **zunehmende Rolle im ambulanten Bereich**“

Empfehlung: Algorithmus für standardisierte Therapiekontrolle, **siehe Anlage**

Vorhandene Abrechnungsziffer für ambulante Vorstufendiagnose & Kontrolle Nr. **728** wird in 2003 (?) aufgewertet, auch technisch, auf (z.Z. 800) 1740 Punkte.

Neue Ziffer **729** für kardiorespiratorische Polysomnographie (also im Schlaflabor) soll in 2003 (?) 12.500 Punkte haben entspr. 600 DM der Euro

Spricht von z.Z. 350 Somnologen, die an 243 akkred. SL arbeiten.

Die meisten Schlaflabore verfügen heute nicht über (erforderliche) Ambulanzen!

Heute würden nahezu alle pneumulogischen Praxen (ca. 650) S-Monitoring durchführen.

44 % dieser Praxen führten nur die standardisierte Therapiekontrolle des BdP durch.

Satelliten Symposium der Fa. MAP:

Dr. Manfred Held, Kempen „**Atemflusslimitation**, Kriterien zur visuellen Erkennung und Bewertung“
Zeigt bei Adipositas eine längere anfängliche Enttäftung ohne das Apnoen auftreten oder diese verursachen. Bild **siehe Anlage**.

Freie Vorträge 3, Nr. 82 T. Schäfer, H. Vogelsang, Bochum „**Druckstabilität von CPAP oder bilevel-PAP Geräten**“

BUNDESVERBAND SCHLAFAPNOE DEUTSCHLAND B S D e.V.

- Verbund der Selbsthilfen -

Anschrift: **Deipenbecktal 171, 45289 Essen**

- Tel. 0201 / 57 06 57, Fax / 57 27 98, eMail: sprecher@bsd-web.de

Zeigt sehr interessante Kurven, die auf sehr unterschiedliche Q-H Verhalten hinweisen, sodass ein Austausch der Geräte nur im SL gerechtfertigt erscheint. Dies soll gemäß MDS bei Geräten nach 99 nicht mehr erforderlich sein. Die Referenten sagten, es seien neue Geräte, konnten aber keine Aussagen zur Erteilung der Hilfsmittelnnummer machen.

Es ist nachgefaßt. Kopie an MDS! Antwort jetzt zugesagt, wird danach bekannt gegeben.

Nr. 84 S. Rostig u.a. Marburg „**Die Eignung eines automatischen nCPAP Gerätes als ein Instrument zur Vereinfachung von Follow-up Studien bei Patienten unter Langzeit-nCPAP-Therapie**“
→ Die Messung des AHI mit dem Autoset T (ResMed) wurde als nicht signifikant (wesentlich) abweichend von der mit PSG erfassten Daten ermittelt. Es ist damit eine erleichternde Methode der Wahl um zukünftige Kontrollwerte bei Nachuntersuchungen in Richtung von Veränderungen zu vergleichen, möglich.

allgemein: Jährlich werden ca. 30.000 Patienten in Deutschland auf CPAP eingestellt.
Es ist nachgefaßt.

S7 Nicht erholsamer Schlaf

Nr. 175 Prof. Rühle

a. weist auf wesentliche (?) Verbesserung der Therapie **unter Warmluftbefeuchter** nach!

bei untersuchten 38 Patienten	Ohne	Mit Warmluftbefeuchter
Epworth Schläfrigkeits Scala ESS	6,7 +/- 3,9	6,2 +/- 3,8
Morgendliche Befindlichkeit	62 +/- 23	74 +/- 16
Compliance (Akzeptanz) CPAP Stunden / Nacht	4,9 +/- 2,2	5,5 +/- 2,1

b. 0,2 l/s als Leckrate der Maske werde von Dr. Teschler als tolerierbarer Wert angesehen. Derzeitig kein abgestimmter Wert verfügbar.

Nr. 176 Dr. Randerath u.a. sagt zu **Alternativen / Ergänzungen zur Beatmungstherapie in Bezug auf Elektro Neuro-Stimulation der Zungenmuskeln** aus, das derzeitig **keine generelle Empfehlung** für diese Methode ausgesprochen werden kann. Das Schnarchen wird unter der Stimulation wesentlich (signifikant) verbessert, die Apnoen nur eingeschränkt (1/3). Auf Rückfrage erhielt ich die englisch-sprachige Zusammenfassung, die zunächst auf einem amerikanischen Kongress vorgestellt werden soll. Ich erfuhr nachträglich im Einzelnen (auszugsweise)

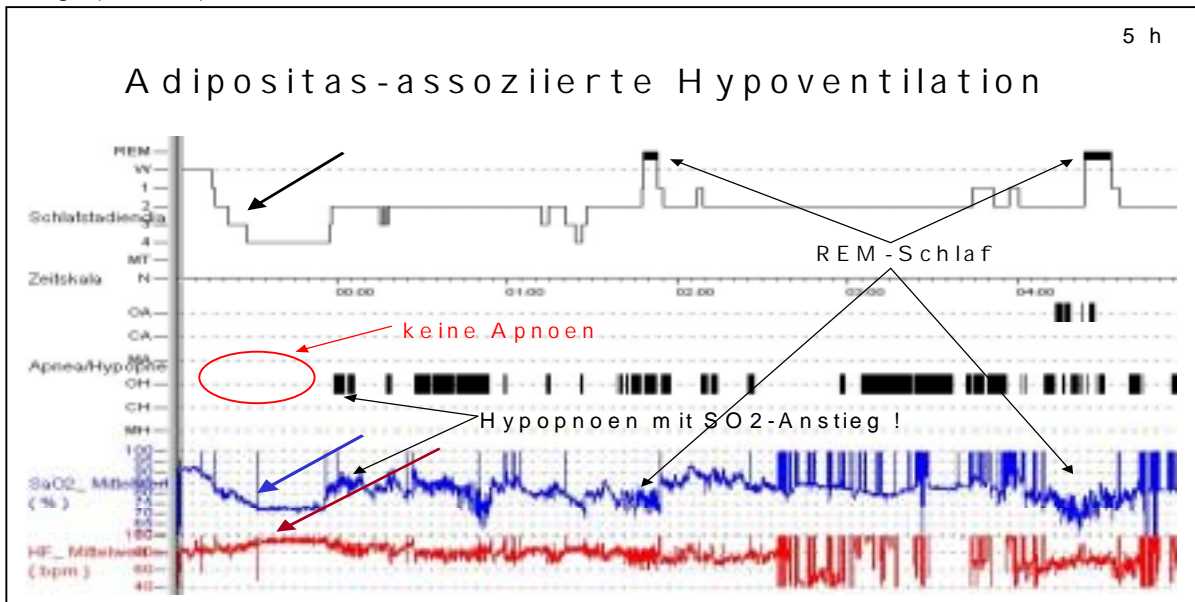
1. Die Patienten hatten einen AHI von 10-40/h. Dies waren 57 Patienten.
2. Es gab eine Untergruppe von Patienten mit einem AHI < 25/h. Dies waren 19 P.
3. Alle Patienten mit Therapieerfolg hatten einen Ausgangs-AHI von < 25/h. Also kann man diese sechs P. auf die Untergruppe (< 25) beziehen: es sind also 6 von 19 in der Gruppe < 25/h (also etwa ein Drittel).
4. Fazit: Kein Einsatz bei Patienten > 25, denn hier gab es ja keinen Erfolg. Bei < 25 liegt die Erfolgsrate bei 1/3.
5. "double-blind", also doppel-blind bedeutet, daß weder der Patient noch der Betreuer im Krankenhaus wußten, ob der Patienten ein Placebo- oder ein funktionstüchtiges Gerät hatten.

Nr. 172 Dr. Duchna sagt, dass bei einem tatsächlichen **Mittelwert von 1,4 Tage Behandlungsdauer pro Patient** eine Differentialdiagnose zu aufwendig sei! Doch diese müsse unbedingt gemacht werden. Der Wert 1,4 schien der Allgemeinheit nicht vertraut zu sein.

Die anwesenden Präsidenten Junge und Graher – die an weiteren Vorträgen teilnahmen - konnte ich nicht zur Ergänzung dieser Zusammenfassungen motivieren. Von Herrn Junge gibt es aber einen Bericht der SAS Köln.

Hans D. Weitermann, Essen, den 6. Oktober 2002

Anlage (Dr. Held)



Anlage von Dr. Hering

