Gemeinnütziger „Arbeitskreis Schlafapnoe
Niedersächsischer Selbsthilfegruppen e.V“

Reinhard Wagner
Vorsitzender
Weserstr. 8
26382 Wilhelmshaven

Tel. 04421- 31 85 2
Fax: 04421 95 62 23
Mobil: 0175 253 59 25

asn@gmx.net

http://www.asn-schlafapnoe.de/

Arbeitskreis Schlafapnoe Weserstr. 8 26382 Wilhelmshaven
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration
Frau Sozialministerin Cornelia Rundt
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

über den

Vorsitzenden des Ausschusses
für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit
und Migration
Herrn Holger Ansmann

Nachrichtlich:
Abgeordnete des Niedersächsischen Landtages

Wilhelmshaven, den 16.Januar 2014

Stationäre Versorgung der Schlafapnoepatienten bei stationärer Behandlung (z.B. Operationen) sowie in den Einrichtungen der Altenpflege.

Sehr geehrte Frau Ministerin,

Ein großes seit dem Beginn der Atemtherapie (ca.1990) bestehendes Problem besteht darin, dass Schlafapnoepatienten in vielen Einrichtungen der Kranken-, Gesundheits- und Altenpflege nicht gemäß der medizinischen Erfordernisse versorgt werden.
In der aktuellen Leitlinie S3: Nicht erholsamer Schlaf / Schlafstörungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin) werden die medizinischen Standards definiert.
Patienten werden durch den im Verantwortungsbereich der Klinik liegenden Abbruch - Unterbrechung der Therapie mit einem Atemtherapiegerät - gefährdet. Dies wird durch die von vielen Patienten und Ärzten berichteten akuten medizinischen Zwischenfälle bestätigt.

Es besteht für Schlafapnoepatienten deshalb ein hohes Risiko, während der stationären Behandlung einen erheblichen Gesundheitsschaden erleiden.

Hauptursache ist unserer Auffassung nach die unzureichende Aus- und Fortbildung des med. ärztlichen- und nicht ärztlichen Personals in Bezug auf die schlafbezogenen Atmungsstörung, sowie eine den Patienten gefährdende Auslegung der MPBetreibV.

Wir haben in der Vergangenheit verschiedene Initiativen ergriffen und den Niedersächsischen Petitionsausschuss, die gesetzlichen Krankenkassen und die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft angeschrieben. Unserem Anliegen wurde keine Bedeutung zugemessen bzw. wurden unsere Schreiben nicht oder nur unzureichend beantwortet. *(Auch der VdK-Fachverband Schlafapnoe/Chronische Schlafstörungen) hat sich 2009 erfolglos an die zuständigen Stellen der 16 Bundesländer und an Frau van der Leyen gewandt.)*

Die schlafbezogene Atmungsstörung Schlafapnoe, an der bis zu 10% der Bevölkerung erkrankt sind, ist noch immer ein „Stiefkind" in der medizinischen Aus- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Medizinisches Personal, welches in den 80er Jahren ausgebildet wurde, hat häufig im Rahmen der Aus- und Fortbildung von der Erkrankung noch nichts gehört. Auch bei den jüngst ausgebildeten Gesundheits- und AltenpflegerInnen ist das Wissen über die Erkrankung vielfach nicht vorhanden..

Häufig fehlen einfachste Grundkenntnisse über Erkrankung und Therapie der Schlafapnoe. Oft hören Patienten die Frage: „Was haben sie denn da für ein Gerät auf dem Nachttisch? So etwas habe ich ja noch nie gesehen".

Bei unseren Verbandstagungen nimmt deshalb die von Patienten und Ärzten beklagte unzureichende stationäre Versorgung einen großen Raum ein. Das medizinische Personal ist häufig auf Grund fehlender Aus- und Fortbildung nicht in der Lage, Patienten, die ihr Atemtherapiegerät mit in die Klinik bringen, entsprechend der medizinischen Erfordernisse zu versorgen. *(von den vielen noch nicht diagnostizierten Patienten ganz zu schweigen)* Dies kann unter Umständen lebensbedrohliche Auswirkungen für den Patienten/Bewohner haben, da Risiken, die durch die von der Klinik veranlasste Unterbrechung der Therapie mit dem Atemtherapiegerät entstehen, nicht gesehen bzw. unterbewertet werden.

In der Regel übernimmt der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss das medizinische Personal diese Aufgaben übernehmen. Hierzu ist es erforderlich, dass das für die Versorgung zuständige medizinische Personal das Krankheitsbild „Schlafapnoe" und die Therapie kennt und dass eine eindeutige Rechtslage bezüglich der Unterstützung der Therapie durch Pflegende besteht.

Bei den Patienten, die in den Krankenhäusern bei der Handhabung ihres Atemtherapiegerätes auf die Hilfe des medizinischen Personales angewiesen sind, wird die Therapie - wie uns die Betroffenen berichteten - oft nicht durchgeführt.

Dies wird häufig auch mit der MPBetreibV begründet. Sollte sich deren Gültigkeit (es gibt hierzu unterschiedliche Rechtsmeinungen) auch auf die von den Patienten ins Krankenhaus mitgebrachten Atemtherapiegeräte erstrecken, wäre es dem Klinikpersonal aus rechtlichen Gründen nicht möglich, die Geräte zu bedienen (einzuschalten).

Eine der MPBetreibV entsprechende Einweisung des Personales ist bei den ca. 100 unterschiedlichen auf dem Markt verfügbaren Atemtherapiegeräten und dem vielen mit der

Patientenversorgung in einem Krankenhaus beschäftigten Personal organisatorisch schwer zu lösen.
Die Möglichkeit, klinikeigene Geräte zur Verfügung zu stellen, wird häufig nicht in Betracht gezogen.

Die Risiken für den Patienten entstehen durch Verabreichung von den Muskeltonus beeinflussenden- und/oder die Bewusstseinslage einschränkenden Medikamenten. Dies kann Auswirkungen auf die Überdrucktherapie des Patienten haben.
Bei Schlafapnoepatienten, die zur Operation aufgenommen werden, steigen die pflegerischen Anforderungen deshalb erheblich. Die Nichtbeachtung von Leitlinien und aktuellen „Standards" kann Patienten erheblich gefährden, da Medikamente zur Prämedikation und Analgesie wie Opioide, Barbiturate/Benzodiazepine, für die es oftmals keine Alternative gibt, die Anzahl der Apnoen erhöhen und zusätzlich verlängern können. Hierdurch könnten postoperativ Hypoxien, hypertensive Krisen, myokardiale Ischämien, Herzrhythmusstörungen und Infarkte initiiert/aggraviert werden.

Bei der Unterbrechung/dem Abbruch der CPAP-Therapie steigen diese Risiken deutlich an. Insbesondere, wenn der postoperative Patient auf der peripheren Station noch nicht oder nicht mehr von der Anästhesie überwacht wird.
Von vielen Patienten wurden in diesem Zusammenhang „Schnittstellenprobleme" berichtet.

In allen Fällen, in denen der Patient auf die gewohnte Versorgung mit einem Atemtherapiegerät verzichten muss, wird das Auftreten zusätzlicher, unkontrollierter gesundheitlicher Schäden riskiert. Dies ist unserer Meinung nach nicht tolerierbar!

Im Gegensatz zu Krankenhäusern gibt es in gut geführten Pflegeheimen jedoch kaum Probleme bei der Anwendung der Atemtherapiegeräte durch AltenpflegerInnen. Da die Bewohner oft jahrelang in den Einrichtungen der Altenpflege verbringen, erfolgt die Einweisung des Personals entsprechend der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) ohne Probleme. Das Personal ist in der Regel in der Lage, die Bewohner entsprechend der jeweiligen Erfordernisse zu versorgen.

Eine andere Situation kann sich im Bereich der ambulanten Altenpflege ergeben, wenn die Altenpfleger zunehmend mit den Atemtherapiegeräten der Patienten konfrontiert werden. In der Regel übernimmt auch hier der Patient die notwendigen Aufgaben im Zusammenhang mit dem Betrieb seines Atemtherapiegerätes selbst. Wenn er dies jedoch auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht kann, muss der Altenpfleger diese Aufgaben übernehmen.

Wir halten es aus den dargestellten Gründen für notwendig, dass die schlafbezogene Atmungsstörung „Schlafapnoe" in den Aus- und Fortbildungsregeln des ärztlichen und nichtärztlichen Personals zukünftig einen höheren Stellenwert bekommt.
Da Pflegekräfte häufig in den Krankenhäusern sowie in den Einrichtungen der Altenpflege eingesetzt sind, sollte die von uns geforderte Aus- und Fortbildung in beiden Berufen verbessert werden.

Die med. Versorgung von Schlafapnoepatienten sollte fester Bestandteil der theoretischen und praktischen Ausbildung in den jeweiligen Rahmenlehrplänen bzw. Curricula werden. Sollte dies nur langfristig realisierbar sein, bitten wir Sie, den Ausbildungsstätten zunächst sofort eine Empfehlung zur Aufnahme der betreffenden Lehrinhalte in die Lehrpläne zu geben.

Darüber hinaus halten wir es für notwendig, dass die CPAP-Therapie während einer Krankenhausbehandlung nicht unterbrochen, sondern kontinuierlich fortgesetzt wird. In diesem Zusammenhang ist unserer Meinung nach eine entsprechende Anweisung an Kliniken, die Patienten mit einer Schlafapnoe aufnehmen, dringend erforderlich.

Hier wäre auch eine rechtsverbindliche Interpretation der MPBetreibV ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der med. Versorgung von Schlafapnoepatienten.

Wir möchten Sie bitten, sich für dieses Anliegen einzusetzen und das Schreiben an die möglicherweise ebenfalls zuständigen Stellen weiterzuleiten.

Gerne stehen wir Ihnen auch für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

Weitere Informationen zum Thema finden Sie unter:
http://www.asn-schlafapnoe.de/schlafapnoepatient-im-krankenhaus/

Mit freundlichen Grüßen

Reinhard Wagner
Weserstr. 8
26382 Wilhelmshaven
(Arbeitskreis Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen e.V.)

Dr. med. Andreas Möller
(Schlafmedizin/HNO)
Mittelstr.1 26382 Wilhelmshaven
(Medizinischer Beirat des Arbeitskreises Schlafapnoe)

Dr. med. Holger Hein
(Innere Medizin, Pneumologie, Schlafmedizin)
Bahnhofstr. 9
21465 Reinbek
(Medizinischer Beirat des Arbeitskreises Schlafapnoe)

In der Mitgliederversammlung vom 18. Januar 2014, hat sich die Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e.V. (NVSM) einstimmig unserem Anliegen angeschlossen.
(Vorsitzender Dr. med. Holger Hein)