

Schlafapnoe-Risikoscreening als individuelle Gesundheitsleistung

Das Potenzial unentdeckter SAS-Patienten ist beachtlich. Auf Seiten der Kostenträger ist kein großes Interesse auszumachen, in der Öffentlichkeit auf diese Krankheit hinzuweisen oder flächendeckend potenzielle Patienten zu screenen. Für den Allgemeinarzt ist dies dennoch eine verantwortungsvolle Aufgabe, denn er bekommt mögliche SAS-Kandidaten zuerst zu sehen. Einfach zu handhabende Risikoscreening-Methoden stehen inzwischen zur Verfügung. Die Kassen bezahlen dies nicht – durchaus eine Chance für den niedergelassenen Arzt, diese wichtige Leistung als IGeL anzubieten.

von Werner Waldmann

Man kann davon ausgehen, dass – ökonomisch gesehen – die Zahl noch nicht detektiertener Menschen mit einem Schlafapnoe-Syndrom erschreckend hoch ist. Auf einem Patientenkongress zum Thema Schlafapnoe im vergangenen Herbst in Gerlingen bei Stuttgart wurde an Begleitpersonen, die ausdrücklich an keiner Schlafapnoe litten oder bei denen diese zumindest noch nicht erkannt und diagnostiziert worden war, Risikoscreening-Geräte (Apnea Link) über Nacht ausgegeben und am anderen Morgen ausgelesen. Das Resultat war bestürzend: Man stellte fest, dass von 19 Kandidaten nur fünf ohne Befund waren!

Wir können annehmen, dass es in Deutschland weit über 4 Mio. Menschen mit einer therapiebedürftigen Schlafapnoe gibt, von denen fast 95 % nichts von ihrer Krankheit wissen. Dass die Konsequenzen eines nicht therapierten SAS Bluthochdruck, Diabetes, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt und Schlaganfall sind, ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden.

Risiko „nicht erholsamer Schlaf“

Schlafapnoiker schlafen schlecht, ihr Schlaf gilt als „nicht erholsam“. Die nächtlichen Atemaussetzer bedingen zahlreiche kurze Aufwachphasen, die die Schlafarchitektur beeinträchtigen. Dieser Zustand führt tagsüber zu einem übel gelaunten, nicht sehr leistungsfähigen Zeitgenossen, der z. B. hinter dem Steuer eines Autos zu einer Bedrohung für seine Mitmenschen werden kann. Unausgeschlafenheit führt ähnlich wie Alkoholkonsum zum Reaktionsverlust beim Fahren und mündet in Unfällen. Das Gleiche gilt für Betroffene, die Maschinen steuern.

Eine sinnvolle IGeL

Wenn niedergelassene Ärzte den Patienten, die sie ihrer Konstitution nach für SAS-Kandidaten halten, ein Screening auf

Selbstzahlerbasis empfehlen, handeln sie verantwortungsbewusst. Dabei ist es völlig legitim, dass diese Mühe auch wirtschaftlich belohnt wird. Solange die Kassen ein solches Screening verweigern, sind Patienten gut beraten, für eine solche Untersuchung in die eigene Tasche zu greifen. Ergibt das Risikoscreening den Verdacht auf ein SAS, so startet die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene diagnostische Kaskade.

Verfügbare Screeningverfahren

Bislang standen zwei seriöse Screeningmethoden zur Verfügung. Der von MPV-Truma vertriebene „SleepStrip“ wird vom Patienten abends unter die Nase geklebt und registriert die Atmung. Ein kleines Display zeigt mit Ziffern zwischen 0 und 4 die Wahrscheinlichkeit eines vorliegenden SAS an. Das System ist nur einmal benutzbar und relativ teuer. Es kann ähnlich wie ein Schwangerschaftstest in der Apotheke erworben werden.

Das Screeningsystem „Apnea Link“ von ResMed misst über eine Nasenbrille den nächtlichen Atemfluss. Die Daten werden in der Arztpraxis in den PC eingelesen und analysiert. Über den bloßen Verdacht eines vorliegenden SAS hinaus kann der Arzt auch die Rohdaten auf dem Monitor besichtigen und daraus weitergehende Erkenntnisse über das Ausmaß des SAS ableiten. Die Diagnose rechtfertigt die polygraphische bzw. polysomnographische Differenzialdiagnose.

Ein komplettes Screening-Package

Seit kurzem bietet die Firma iDoc dem Nicht-Schlafmediziner ein komplettes Package für das Risiko-Screening an.

Zur Diagnostik wird die Pulsoxymetrie eingesetzt, die über Nacht Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung misst und aufzeichnet. Die während des Schlafs ermittelte Sauerstoffsättigung und der Ent-

sättigungsindex (die Anzahl der Sauerstoffsättigungen pro Stunde) lassen sichere Rückschlüsse auf das Vorliegen eines SAS zu. Studien haben dies bestätigt.

Für den Patienten ist die Handhabung des Handgelenk-Pulsoxymeters unproblematisch und ergibt in der Regel fehlerfreie Daten. Die Auswertung besorgt iDoc für den Arzt, der sie per Datentransfer dem Institut zusendet und von dort die Auswertung erhält. Zum Service-Package gehören noch Info-Materialien wie ein Informationsvideo fürs Wartezimmer und Broschüren, um Patienten über das SAS zu unterrichten und so für ein Screening zu motivieren. Für den Arzt stehen administrative Unterlagen zur Verfügung wie ein Behandlungsvertrag und eine Haftungserklärung. Sicher wird auf der IGeL-Schiene auch viel Entbehrliches angeboten, das allzu durchsichtig auf eine wirtschaftlich attraktive Diversifikation für die heutzutage arg gebeutelte Arztpraxis hinausläuft. Mit dem iDoc-System lässt sich durchaus auch Geld verdienen, eben weil nicht nur ein Gerät offeriert wird, sondern ein Paket mit Info-Materialien, Handling-Anleitung und telemedizinischer Auswertung. Bei aller kritischen Wertung des IGeL-Wesens: Das SAS-Screening ist ein seriöses Angebot, weil es helfen kann, Patienten mit einem SAS herauszufiltern, und dies unter dem Klientel einer Allgemeinpraxis.

Literatur:

Whitelaw WA, Brant RF, Flemons WW. Clinical usefulness of home oximetry compared with polysomnography for assessment of sleep apnea. *Am J Respir Care Med.* 2005; 15; 171: 188-193

Magalang UJ, Dmochowski J, Veeramachani S. Prediction of the apnea-hypopnea index from overnight pulse oximetry. *Chest* 2003; 124: 1694-1701