

Schlafapnoe-Therapie vor dem Aus?

Spardiktat der Kassen



von Werner Waldmann, Vorsitzender des Bundesverbandes Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V. (BSD)

Schlafapnoe – das Schnarchen mit Atemaussetzern – ist bereits seit der Antike bekannt, wurde jedoch erst in neuerer Zeit als Volkskrankheit detektiert und jüngst als chronisches Leiden sogar in den Morbi-RSA aufgenommen. Doch die technisch mittlerweile höchst anspruchsvolle und kostenintensive Therapie des Schlafapnoe-Syndroms läuft Gefahr, durch das Spardiktat der Kostenträger ins Aus gedrängt zu werden. Die Leidtragenden sind die Patienten.

Lange Zeit wurde die Schlafapnoe nur von wenigen Medizinern wirklich ernst genommen. Mancher lästerte, dieses Krankheitsbild sei ein typisches Kind der zunehmenden Medikalisierung unseres Lebens. Mittlerweile hat die Forschung jedoch erkannt, dass unbehandelte schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) nicht nur Tagesschläfrigkeit (und infolgedessen psychische und soziale Probleme und gefährliche Unfälle) verursachen können; man hat die SBAS auch als erheblichen Risikofaktor für arterielle Hypertonie, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, Diabetes mellitus und das metabolische Syndrom identifiziert. Konkret bedeutet das, dass dieses Krankheitsbild nicht nur in das Gebiet von Schlafmedizinern, Neurologen und Pneumologen fällt; auch Endokrinologen und Kardiologen sind mittlerweile dafür sensibilisiert.

Ein Volksleiden

Die Schlaflabore in Deutschland haben keinen Mangel an Patienten: Die Wartezeiten betragen oft fast ein Jahr. Und es gibt immer mehr Neupatienten. Schlafapnoe ist keine Exotenkrankheit mehr, sondern ein echtes Volksleiden, dessen Diagnostik und Therapie eine Menge Geld verschlingt. Das hat die Kostenträger alarmiert und über Gegenmaßnahmen nachdenken lassen. Diagnose und Behandlung kann man den Betroffenen schlecht verweigern, zumal die Schlafapnoe seit vergangenem Jahr als chronische Erkrankung durch die Aufnahme in den Risikostrukturausgleich geadelt worden ist.

Spar-Kassen

Doch die Krankenkassen haben sich raffinierte Strategien ausgedacht, um die Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen ökonomisch zu beschneiden – ohne ihren Versicherten gegenüber als Sparkommissare dazustehen. Die Kassen definieren die Diagnostik kurzerhand als ambulant zu erbringende Leistung und drücken dadurch elegant die Kosten. Die Therapiekosten versuchen sie durch Ausschreibung der schlafmedizinischen Versorgung in den Griff zu bekommen; der Schwarze Peter landet dann bei den Homecare-Leistungserbringern, die die Lose nur gewinnen, wenn sie den niedrigsten Preis anbieten.

Die Honorierung der Diagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen wird von den Kostenträgern schon seit vielen Jahren kontinuierlich beschnitten. Ursprünglich kam ein Patient mit Verdacht auf obstruktive Schlafapnoe umgehend

ins Schlaflabor, wo eine komplette Polysomnografie (PSG) mit sämtlichen Ableitungen, die zu einer ordnungsgemäßen Diagnostik gehören, durchgeführt wurde. In einer zweiten Nacht wurde die PSG wiederholt; der Patient trug nun eine CPAP-Maske, und im Laufe der Nacht wurde das Druckniveau herausgefunden, das die Obstruktion und damit die Atemstillstände unterband.

Polygrafie vorgeschaltet

Inzwischen hat man dieser Untersuchung ein kompliziertes Prozedere vorgeschaltet: Der Hausarzt muss den Patienten zunächst einmal zum niedergelassenen Schlafmediziner (das kann auch ein HNO-Arzt oder Pneumologe sein) überweisen. Dieser gibt ihm ein Screening-Gerät (Polygrafie) mit nach Hause, das weniger Parameter misst als eine Polysomnografie und den Verdacht auf eine Schlafapnoe erhärtet. Erst dann geht es ins Schlaflabor.

Eigentlich könnte man sich diese Voruntersuchung, die Geld kostet, ersparen, weil letzten Endes doch fast immer eine PSG erforderlich ist. Die niedergelassenen Pneumologen haben sich aber vor Jahren in diese Diagnostikkette hineingekämpft, und so geht es heute nicht mehr ohne Polygrafie.

Die Krankenkassen haben den Schlaflaboren ihre Honoraransprüche nach Gutscherrenart gekürzt: Die Diagnostik im Schlaflabor wurde zur ambulanten Leistung umetikettiert und wird daher jetzt schlechter honoriert. Die Kassen gingen davon aus, dass Schlaflaborpatienten nur nachts ein Krankenhausbett belegen und tagsüber spazieren gehen. Das traf natürlich nicht zu, denn tagsüber wurden sie internistisch unter-

sucht. Dies dürfen die Labore nun nicht mehr tun, denn das soll der Hausarzt erledigen – und der wird dafür nicht separat entlohnt, sondern das steckt in seiner Quartalspauschale mit drin.

Komplexe Diagnostik durch Fachkräfte

Die Schlaflaboruntersuchung als ambulante Leistung abzurechnen, ist schlichtweg ein Skandal. Denn die Polysomnografie ist eine komplexe Diagnostik und muss während der Nacht durch Fachkräfte überwacht werden. Leider lässt sich nicht vorhersagen, was in der Untersuchungsnacht herauskommt: Schlafbezogene Atmungsstörungen können sich als simple obstruktive Schlafapnoe, aber auch als sehr viel komplexere Krankheitsbilder erweisen. Patienten mit einer Herzinsuffizienz oder mit COPD (Krankheitsbildern, die häufig mit dem Schlafapnoe-Syndrom vergesellschaftet sind) benötigen eine aufwendige Differenzialdiagnostik. Außerdem ist in klinischen Schlaflaboren jederzeit eine intensivmedizinische Unterstützung gegeben, die im Notfall lebensrettend sein kann.

Schlaflabore schließen

Um es kurz zu machen: Es muss dem Arzt überlassen bleiben, aus dem gesamten Repertoire diagnostischer Möglichkeiten die der jeweiligen Situation angemessenen Instrumente auszuwäh-

len. Die Krankenkassen ignorieren diese Tatsache einfach – mit der Konsequenz, dass immer mehr Kliniken ihre Schlaflabore dicht machen, weil diese nicht kostendeckend arbeiten können. Dadurch wachsen die Wartezeiten in den noch am Markt befindlichen Schlaflaboren bedrohlich an.

Patient wird allein gelassen

Vor Jahren war es noch selbstverständlich, dass Patienten mit einer CPAP-Therapie regelmäßig nachuntersucht wurden. Das machte Sinn, denn einmal konnte man so die Compliance überwachen, zum anderen ließ sich dadurch auch der Therapiedruck korrigieren. Heute gilt: Wer einmal sein Therapiegerät hat, ist für immer entlassen. Es sei denn, er glaubt, unter neuen Symptomen zu leiden, und wendet sich deshalb an seinen Hausarzt, der dann bereit ist, ihn erneut zu einer Polygrafie an den niedergelassenen Schlafmediziner zu überweisen, wonach der weitere Weg ihn eventuell wieder zur Polysomnografie ins Schlaflabor führt.

Merkwürdigerweise ist es üblich und wird auch nicht in Frage gestellt, dass Patienten mit anderen technologiebasierten Hilfsmitteln sich regelmäßigen Kontrollen unterziehen müssen. Kein Sachbearbeiter einer noch so knickerigen Krankenkasse käme auf den Gedanken, einen Patienten mit Herzschrittmacher oder implantiertem Cardioverter/

Defibrillator nicht regelmäßig zu checken. Bei Schlafapnoe-Patienten sind automatische Nachkontrollen tabu und rufen den MDK auf den Plan.

Offenbar wird hartnäckig ignoriert, dass sich das Druckbedürfnis bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) im Lauf der Zeit sehr wohl verändern kann. Bleibt dies unbeachtet, so wird die Therapie allmählich wirkungslos, was den bekannten Risikokonstellationen – arterielle Hypertonie, ischämische zerebrovaskuläre Ereignisse, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder Vorhofflimmern – Tür und Tor öffnet.

Ausbleibende Verlaufskontrollen können aber auch noch einen anderen nachteiligen Effekt haben: Der Patient bleibt mit seinem Gerät alleine. Allenthalben ist die nicht allzu berauschende Compliance von OSAS-Patienten bekannt. Es gibt viele Gründe, warum so mancher Patient die Behandlung nur unregelmäßig anwendet oder ein für allemal abbricht. Anstehende Nachkontrollen könnten unter Umständen eine Motivation sein, bei der Therapie zu bleiben.

Homecare-Versorger betreut und berät den Patienten

Sobald die Diagnose feststeht, kommt die Therapie: Das Schlaflabor verordnet ein Gerät, das der Homecare-Versorger dem Patienten liefert und erklärt und künftig auch wartet. Grundlage dieser Serviceleistungen ist ein Vertrag zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse des Patienten. Meistens vereinbart die Kasse eine Jahrespauschale, für die der Provider das Gerät und Verbrauchsmaterialien wie Maske und Schlauch zur Verfügung stellt. Und ganz wichtig: Der Provider berät den Patienten auch bei künftigen Fragen und Therapieproblemen, wie z. B. einer Maskenleckage.

Beratung ist gerade für Menschen mit schlafbezogenen Atemerkrankungen essenziell. Möglicherweise braucht der Patient statt der ursprünglich verordneten Nasenmaske eine Fullface-Maske, oder er benötigt einen Atemluftbefeuchter. Viele ältere Patienten kommen mit den Geräten nicht klar und brauchen Hilfestellung.

Für diesen Aufwand handelten die Krankenkassen bisher Pauschalen zwischen 400 und 700 Euro aus. Die Höhe hing auch von der Art des Gerätes ab. Ein reines CPAP-Gerät mit kontinuierlichem Druck ist auf dem untersten Preislevel



Stand des BSD auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin 2013 in Wiesbaden.

Von Dickens bis Sullivan

Beschrieben wurde dieses Krankheitsbild erstmals von Charles Dickens: Der Name „Pickwick-Syndrom“ bezeichnete den jämmerlichen Zustand des ständig schlafenden Kutschers Little Fat Joe in Dickens' Romandebüt „Die Pickwickier“. Dieses Obesitas-Hypoventilations-Syndrom (wie es heute heißt) gilt als Unterform der obstruktiven Schlafapnoe. Weil der Nachtschlaf der Betroffenen nicht erholsam ist, leiden sie unter exzessiver Tagesschläfrigkeit.

Was man schon lange gewusst oder geahnt hatte, konnte allerdings erst im 20. Jahrhundert mit wissenschaftlichen Methoden bewiesen werden: 1966 entdeckte Henri Gastaut mithilfe der Polysomnografie, dass die Obstruktion der oberen Atemwege, verbunden mit kurzen Weckreaktionen, den Nachtschlaf fragmentiert und so zur Tagesschläfrigkeit führt. Helfen konnte man den Betroffenen damals nur mit einer Tracheotomie. Die Ära der Behandlungsmöglichkeit durch einen positiven Beatmungsdruck begann erst mit der Konstruktion des ersten CPAP-Geräts durch den Australier Colin Sullivan.

angesiedelt; APAP, BiPAP und andere Therapiesysteme bewegen sich auf einem höheren Preisniveau. Noch bis vor Kurzem wurden die Pauschalen grundsätzlich zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer ausgehandelt, wobei die Kassen durchaus harte Verhandler sind.

Ausschreibungen gefährden die Versorgungsqualität

Die Sparwut der Kostenträger nimmt allmählich immer besorgniserregendere Ausmaße an. Denn nun haben die Krankenkassen bei der Festlegung der Versorgungspauschalen anstatt der bisher praktizierten Verhandlung mit den Homecare-Anbietern das Instrument der Ausschreibung entdeckt. Vor Jahren hatten sich die AOKs im Osten Deutschlands schon einmal mit Ausschreibungsversuchen vorgewagt, waren aber kläglich gescheitert.

Nun hat die Techniker Krankenkasse im vergangenen Jahr mit der ersten bundesweiten Ausschreibung der schlafmedizinischen Versorgung Furore gemacht. Das Kriterium für Losgewinner war zu 70 Prozent der Preis und nur zu 30 Prozent die Versorgungsqualität, also der Aufwand für Anleitung und Betreuung der Patienten.

Ein Unternehmen hat nun fast 80 Prozent der Lose gewonnen. Dabei handelt es sich um ein großes, erfahrenes Unternehmen, das seine Logistik rasch auf die zahlreichen neu gewonnenen Patienten ausweiten konnte, und so lief diese Ausschreibung der TK ohne großes Murren vonseiten der Patienten ab. Es gab jedoch auch noch kleinere Anbieter, die Lose gewonnen hatten und weder über die Finanzkraft des Hauptgewinners noch über dessen Verantwortungsgefühl verfügen. Da passierte es schon mal, dass Patienten nachlässig und schlecht versorgt wurden, wie Rückmeldungen an den BSD zeigen.

Umversorgung: ein zweischneidiges Schwert

Eines der gravierendsten Probleme ist die Umversorgung. Sobald der Vertrag mit dem alten Provider ausgelaufen ist, tritt der Losgewinner auf den Plan: Der vorige Leistungserbringer holt sein Gerät ab, und der Patient muss vom Losgewinner mit einem neuen Gerät versorgt werden. Das wirft Probleme auf: Ist eine zeitlich nahtlose Umversorgung mit Gerät und Maske möglich? Erhält der Patient wieder das gleiche Gerät oder ein anderes Fabrikat? CPAP-Geräte mit kon-

stantem Druck lassen sich ohne Weiteres austauschen, nicht aber Geräte mit einer ausgeklügelten Beatmungstechnik.

Technisch hoch entwickelte Druckatmungsgeneratoren für Schlafapnoe-Patienten lassen sich nicht ohne eine erneute Polysomnografie im Schlaflabor gegen die Produkte anderer Hersteller austauschen: Die Regelungstechnik und die herstellereigenen Algorithmen der verfügbaren Geräte unterscheiden sich im Detail so sehr, dass eine Geräteumversorgung ohne erneute Anpassung und Überprüfung der Wirksamkeit gravierende Nachteile für die Gesundheit der Patienten mit sich bringen kann.

Problem Gebrauchtgeräte

In den Depots der Provider warten unzählige Gebrauchtgeräte auf neue Nutzer. Es ist klar, dass die Firmen ihre Patienten zuerst einmal mit diesen Geräten versorgen. Es gibt zwar gesetzliche Regelungen, wie diese Altgeräte hygienisch behandelt werden müssen. Ob diese Vorschriften eingehalten werden, steht jedoch in den Sternen. Es gibt keine Kontrolle. Jedenfalls lässt ein Gerät, das ein Raucher bisher genutzt hat, sich für einen Nichtraucher kaum noch erträglich aufbereiten. Natürlich kann ein Patient mit einem Gerät versorgt werden, das zwar noch anständig läuft, aber mit der Leistung und dem Therapiekomfort aktueller Geräte nicht mithalten kann. Was auf dem Gebrauchtwarenmarkt üblich ist, sollte fürs medizinische Terrain allerdings nicht gelten: Jedem Patienten steht die optimale Therapie zu, zumal davon auch seine Therapietreue abhängt.



Posterausstellung „Phänomen Schlaf“ des BSD.

Die Losgewinner, die mit extrem niedrigen Preisangeboten mit der TK ins Geschäft gekommen sind, müssen natürlich ökonomisch denken. Die ersten drei Jahre eines Vierjahresvertrags kosten die Unternehmen zunächst einmal Geld; erst im vierten Jahr ist wohl ein Gewinn zu erwarten. Ein weniger kapitalstarkes Unternehmen wird Patienten, die bisher leistungsfähige und teure Atemtherapiegeräte hatten, nun nicht mit dem gleichen Gerät versorgen, sondern zu einem preisgünstigeren Produkt greifen.

Knackpunkt Maske

Das gilt vor allem auch für die Masken! Maskenprobleme sind die Hauptursache mangelnder Compliance. Die Industrie bietet heute ein Riesensortiment an, bei dem sich auch für problematische Gesichter die passende Lösung finden lässt. Nur können und wollen finanzschwache Versorger sich ein solches Maskenportfolio nicht leisten. Dann kann es vorkommen, dass ein Patient eben nicht mit einer für ihn geeigneten Maske versorgt wird. Die Konsequenz: Therapieabbruch.

Verhängnisvoller Dominoeffekt

Die TK hat es vorgemacht – andere Kassen ziehen nach. Beispielsweise hat die AOK Rheinland/Hamburg ebenfalls ausgeschlossen, und diesmal ist das Vergabekriterium zu 100 Prozent der Preis. Zudem hat diese AOK sehr viele kleine Lose zusammengestellt, was bedeutet, dass einzelne Leistungserbringer relativ wenige Patienten betreuen und die Versorgung somit nicht über die Masse finanzieren können. Fazit: Viele Patienten werden nach Einschätzung des BSD minderversorgt.

Die aktuellste Meldung lautet, dass einige Betriebskrankenkassen durch ihre Servicegesellschaft GWQ ServicePlus AG die schlafmedizinische Versorgung ebenfalls ausgeschlossen haben.

Ausschreibungen sind ungeeignet bei Schlafapnoe

Der Trend der Kostenträger zu Ausschreibungen führt unweigerlich zu einer Versorgung mit Billiggeräten. Den Patienten werden beim Wechsel des Providers von heute auf morgen ihre bisheri-

gen Geräte, auf die sie eingestellt worden sind, weggenommen und durch billigere Fabrikate ersetzt. Außerdem – und das ist noch viel gravierender – macht der Kostendruck bei Ausschreibungen eine für die Therapietreue unumgängliche Information und Betreuung der Betroffenen unmöglich. Mag sein, dass Beatmungsgeräte sich immer preiswerter produzieren lassen – außer wenn es sich um besonders leistungsfähige Produkte handelt, die spezielle allergikerfreundliche Filter haben, extrem leise oder besonders klein und handlich sind.

Doch die Betreuung der Patienten ist nicht preiswerter zu gestalten. Kosteneinsparungen müssen zwangsläufig dazu führen, dass dieser Patientenservice immer mehr eingeschränkt und irgendwann bis auf null heruntergefahren wird. Die Betreuung eines Schlafapnoe-Patienten ist nicht standardisierbar. Dabei handelt es sich um eine personenbezogene Dienstleistung, und jeder gefahrene Kilometer zum Patienten kostet Geld. Insofern – das hat die TK-Ausschreibung gezeigt – eignet sich das Ausschreibungsverfahren für Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen nicht.

Andere Therapieoptionen

Es gibt Patienten, die mit der Überdruckbeatmung nicht klarkommen. Das kann auf psychische Probleme wie Angststörungen, Klaustrophobie beim Schlafen mit der Maske, aber auch auf physische Ursachen zurückzuführen sein. In solchen Fällen bietet sich bei leichter und mittelgradiger Schlafapnoe der Einsatz einer Unterkieferprotrusi-

onsschiene an. Diese Schienen, die den Unterkiefer vorverlagern und dadurch die oberen Atemwege offen halten, haben in der Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe durch die kürzlich erschienene S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ eine starke Aufwertung erfahren: Dort heißt es jetzt erstmals, dass die Schienen bei Patienten mit leichter oder mittelgradiger obstruktiver Schlafapnoe eine mögliche Therapieoption darstellen. Auch bei Ablehnung oder Versagen einer CPAP-Therapie – so heißt es in der Leitlinie – kann die Schiene versuchsweise zum Einsatz kommen.

Ohne komplette schlafmedizinische Untersuchung mit einer PSG funktioniert diese Behandlung aber ebenso wenig; und die Therapieeinstellung muss durch einen schlafmedizinisch geschulten Zahnarzt erfolgen. Außerdem verhalten sich die Krankenkassen bei dieser Therapieoption in der Regel sehr restriktiv: Trotz dem eindeutigen Ja der S3-Leitlinie zur Protrusionsschiene verweigern viele Krankenkassen die Kostenerstattung für diese Therapie oder zahlen erst nach langwierigen juristischen Auseinandersetzungen; und diese Restriktionen sind einzig und allein auf den sachfremden Sparwillen der GKV zurückzuführen.

Zungenschrümmacher

Eine noch relativ neue Therapieoption ist der Zungenschrümmacher. Dabei wird dem Patienten ein Pulsgenerator implantiert, der den im Unterkiefer befindlichen Unterzungennerv während des



Der BSD organisierte Ende September 2013 in Filderstadt zusammen mit der Zeitschrift „Das Schlafmagazin“ den Thementag Schlaf.

Schlafs bei jedem Einatemzyklus leicht stimuliert. Ziel dieser Stimulation ist es, den Tonus der Muskeln, die den Zungenansatz steuern, zu erhöhen, um ein Zusammenfallen der Zunge und somit eine Blockade der Atemwege im Schlaf zu vermeiden. Sensor, Stimulationselektrode und Pulsgenerator werden dem Patienten unter Vollnarkose über kleine Hautschnitte implantiert.

Eine vor Kurzem durchgeführte Studie mit 126 Patienten hat gezeigt, dass es sich hierbei durchaus um eine vielversprechende Therapiealternative handelt: Die Anzahl obstruktiver Ereignisse pro Stunde (Apnoe-Hypopnoe-Index) sank bei den Patienten mit implantiertem Zungenschrittmacher um fast 70 Prozent, sie hatten weniger Sauerstoffsättigungen und fühlten sich tagsüber weniger schläfrig. Zurzeit verhandelt der Hersteller des Schrittmachers (die Firma Inspire) mit den Kostenträgern in Deutschland darüber, ob sie die Kosten für dieses Therapieverfahren übernehmen.

Freilich wird diese Therapie wohl niemals für die breite Masse der Schlafapnoe-Patienten infrage kommen. Denn das Therapieverfahren ist relativ aufwendig und der operative Eingriff nicht billig; somit besteht wenig Hoffnung, dass die Kassen sich bei der Kostenerstattung für den Zungenschrittmacher großzügig zeigen werden. Und so heißt es auf der Webseite des Herstellers denn auch ausdrücklich, dass es sich bei dem Zungenschrittmacher um „eine neue Behandlungsoption für Patienten [handelt], die die kontinuierliche Überdrucktherapie (CPAP) nicht nutzen können“.

CPAP bleibt Goldstandard

Trotz guter Erfolge der Unterkieferprotrusion und vielversprechender erster Ergebnisse beim Zungenschrittmacher ist die CPAP-Therapie nach wie vor der Goldstandard in der Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe. Wird diese Therapie durch die kurzfristige Sparwut der

Über den BSD

Der Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V. (BSD) ist mit mehr als 50 Gruppen und 3.500 Mitgliedern nach eigenen Angaben die bundesweit mitgliederstärkste Dachorganisation für alle Selbsthilfegruppen, die sich der von Schlafapnoe und Schlafstörungen Betroffenen annehmen. Er unterstützt Selbsthilfegruppen mit Print- und audiovisuellen Medien, mit Know-how bei öffentlichen Auftritten, durch Vermittlung kompetenter Referenten und durch Hilfe bei der PR-Arbeit.

Der BSD wirkt nach außen und trägt das Krankheitsbild des gestörten Schlafs ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. Er vertritt die Interessen der Betroffenen bei Gesundheitspolitikern und Kostenträgern, initiiert Publikationen in Fach-

und Publikumsmedien, nutzt Social Media für die Verbreitung des Wissens um Schlafstörungen, informiert Institutionen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Problematik der Schichtarbeit und entwickelt neue Formen der Selbsthilfe für jüngere Zielgruppen.

Der BSD legt besonderes Gewicht auf die Vernetzung der Betroffenen mit Hausärzten, Schlafmedizinern und Schlaflaboren, Geräteherstellern und Homecare-Leistungserbringern, Gesundheitspolitikern, relevanten Institutionen und Kostenträgern.

i Kontakt: Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V., Geschäftsstelle, Panoramastr. 6, 73760 Ostfildern, E-Mail: w.waldmann@bsd-selbsthilfe.de, www.bsd-selbsthilfe.de

Kostenträger gefährdet, so steht zu befürchten, dass demnächst eine ganze Lawine schwerwiegender Schlafapnoe-Konsequenzen und -Folgeerkrankungen auf uns zurollen wird: tagesschläfrigkeitsbedingte Unfälle, Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall ...

Kassen handeln unethisch

Gesetzliche Krankenkassen sind keine Unternehmen der freien Wirtschaft, die gezwungen sind, Rendite abzuwerfen. Sie erhalten als Treuhänder die Gelder ihrer Versicherten, um diese wirtschaftlich und optimal zu versorgen. Wenn eine Kasse jedoch durch bewusste Sparmaßnahmen einen Therapieerfolg gefährdet, handelt sie unethisch. Und sie handelt ökonomisch ausgesprochen kurzfristig, denn sie riskiert Folgeborditäten, die die Solidargemeinschaft mehr Geld kosten. Ein Schlaganfallpatient kostet pro Jahr 18.000 Euro – vom menschlichen Leid ganz zu schweigen.

Insofern ist es purer Zynismus, wenn die Kassen die schlafmedizinische Versorgung in unserem Land zu Tode sparen wollen. Die Techniker Krankenkasse agiert wie ein ganz normales Industrieunternehmen. Von ihren Überschüssen zahlt sie den Versicherten einen Bonus zurück. Für die Kasse ein illustrierter Werbegag – beim Einzelnen kommen davon jedoch nur Peanuts an. Mit den paar Millionen an Goodwill-Ausschüttung könnte man die Schlafapnoe-Patienten der TK formidabel versorgen.

Wirtschaftlich haben die Ausschreibungen ebenfalls ihre Konsequenzen. Sie fördern große Unternehmen, die sich diese Preispolitik leisten können, und begünstigen eine Marktkonzentration. Vielleicht werden die Monopolisten in Zukunft die Krankenkassen mit ihren Preisen knebeln. Ein Nebeneffekt: Kleine Hersteller können da nicht mehr mithalten. So kommen die Geräte halt aus Übersee. Wahrlich eine Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland. ◀