



Aleksandra Vesnic, Robert A.W. Fuhrmann

Ist Schnarchtherapie (k)eine Kassenleistung?



Aleksandra Vesnic
Dr. med. dent.
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 19
06108 Halle/Saale

Robert A. W. Fuhrmann
Univ. Prof. Dr. Dr.
Universitätspoliklinik für
Kieferorthopädie
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 19
06108 Halle/Saale
E-Mail:
info@kiss-orthodontics.de

Schnarchen wird in vielen Schlafzimmern als eine ‚allnächtliche‘ Begleitmusik murrend hingenommen. Mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung schnarcht regelmäßig. In Umfragen geben mehr als 60 % der Männer und rund 40 % der Frauen an, nachts zu schnarchen. Ab einem bestimmten Ausprägungsgrad kann Schnarchen gesundheitsgefährdend sein und ist auch für den Partner, der durch die nächtliche Ruhe störung an einem erholsamen Schlaf gehindert wird, belastend. Für die meisten Betroffenen ist deshalb nicht die eigene Gesundheit der Auslöser für den Therapiewunsch, sondern der Leidensdruck, der durch die Störung der Bettruhe des Partners entsteht.

Der Grund für die nächtliche Geräusentwicklung liegt im Bereich der oropharyngealen Weichgewebe. Die Zunge, der Zungengrund und der weiche Gaumen erschlaffen während des Schlafens und führen zu einer Verlegung der Atemwege. Durch die erhöhte Atemanstrengung, zu der die Betroffenen gezwungen sind, kommt es zu Vibrationen im Bereich des Weichgewebes, die sich als lautes Schnarchen äußern.

Bei etwa 90 % der Schnarchenden handelt es sich um habituelles Schnarchen, welches durch anatomische Abweichungen verursacht wird. Charakterisierend ist ein regelmäßiges Schnarchen ohne Unterbrechungen. Dies ist nicht gesundheitsgefährdend.

Differenzialdiagnostisch gilt es zwei Krankheitsbilder, die zu der großen Gruppe der schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) gehören, von dem ungefährlichen, habituellen Schnarchen abzugrenzen. SBAS werden entweder durch Prozesse auf zentraler Ebene verursacht, welche aufgrund der fehlenden anatomisch-morphologischen Beteiligung nicht in den zahnärztlichen Fachbereich fallen, oder sie werden durch lokale Obstruktionen der Atemwege hervorgerufen und sind deshalb am Entstehungsort therapierbar.

Abhängig vom Ausmaß der Obstruktion und der Begleitsymptomatik wird das obstruktive Schnarchen (Upper Airway Resistance Syndrome, UARS) von der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) unterschieden. Im Rahmen des UARS kommt es zu einer inkompletten Verlegung der Atemwege, die den Atemfluss der Betroffenen verringert und zu einer Reduktion der Sauerstoffzufuhr führt. Die obstruktive Schlafapnoe hingegen ist von einem wiederkehrenden, vollständigen Verschluss der Atemwege und damit einhergehend von einer vollständigen Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr gekennzeichnet.

Die daraus resultierende Symptomatik ist bei beiden Krankheitsbildern die gleiche. Das Schnarchgeräusch ist unregelmäßig und wird durch Pausen begleitet, welche Ausdruck für die Anstrengung der Betroffenen beim Einatmen sind. Bei der obstruktiven Schlafapnoe kommt es außerdem zu Atemaussetzern, die in ihrer Dauer variieren können und nur fremdanamnestic vom Partner als solche wahrgenommen werden. Durch die verminderte Sauerstoffzufuhr wird im Gehirn des Schnarchenden eine Warnreaktion (Arousal) ausgelöst, welche den Schnarchenden kurzzeitig weckt (Awakening) und dazu führt, dass dieser weiteratmet. Diese immer wiederkehrenden Weckreaktionen haben allerdings nichts mit gesundem und erholsamem Schlaf zu tun. Die Tiefschlafphase wird nur selten und kurzzeitig erreicht. Tagesschläfrigkeit, Erschöpfung, eine verminderte Leistungsfähigkeit, Depression und erhöhter Blutdruck sind u. a. direkte Folgen. Das Risiko einer Arrhythmie, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden ist ebenso erhöht, wie die Gefahr, während des Autofahrens in Sekundenschlaf zu fallen.

Anhand der Anzahl dieser Weckreaktionen wird die Schlafapnoe in drei Schweregrade unterteilt, aus



denen sich die jeweilige therapeutische Konsequenz ergibt. Und hier liegt der Knackpunkt, wenn es darum geht, den betroffenen Patienten eine kostengünstige, akzeptable und dauerhaft erfolgreiche Lösung anzubieten.

Auf kassenrechtlicher Basis kann dieser Wunsch, unabhängig von der genauen Ursache des Schnarchens und dem Schweregrad mit einer nächtlichen Überdruckbeatmung über eine cpap-Maske erfüllt werden. Diese Beatmungsmaske ist im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherungen gelistet und wird bei entsprechender Indikationsstellung von der GKV getragen. Alternativ besteht die Möglichkeit eines chirurgischen Eingriffs, der jedoch nur begrenzt indiziert und wenig erfolgsversprechend ist.

Eine weitere erfolgreiche Therapiemöglichkeit ist der Einsatz einer intraoralen Unterkieferprotrusionsschiene (UPS). Im Gegensatz zur Atemmaske kann sie durch geschulte Zahnärzte/innen und Kieferorthopäden/innen hergestellt und eingesetzt werden. Dies verdeutlicht die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS) in einem Positionspapier aus dem Jahre 2006. Danach sind Protrusionsschienen für die Behandlung von Patienten mit habituellem bzw. primärem Schnarchen, bei obstruktivem Schnarchen (UARS) und bei einer leicht- bis mittelgradigen Schlafapnoe mit maximal 25 Atemaussetzern (Apnoe-Hypopnoe-Index, AHI < 25) pro Stunde geeignet. In Ausnahmefällen können sie auch bei Betroffenen mit einem höheren AHI und einem erfolglosen Therapieversuch mittels cpap-Maske eingesetzt werden. Prinzipiell sollten Patienten mit einem AHI >25 jedoch immer mit einer cpap-Maske therapiert werden. Ein weiterer limitierender Faktor ist der Body-Mass-Index (BMI= kg/m²). Er sollte maximal 30 betragen, da Patienten mit einem BMI > 30 als adipös gelten und die Fetteinlagerungen im Nasen-Rachen-Raum eine zusätzliche Atemwegsverengung bewirken und das resultierende Schnarchen mit einer Unterkieferprotrusionsschiene nur unzureichend therapiert werden kann.

Die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie veröffentlichte im Januar 2008 eine Stellungnahme, in der untermauert wurde, dass bei Schnarchern neben der konventionellen cpap-Überdruckbeatmung auch Unterkieferprotrusionsschienen angewendet werden dürfen. Bei habituellen Schnarchern, die eine eindeutige klinische Symptomatik aufweisen, ist da-

bei eine zahnärztliche Diagnostik ausreichend. Bei Patienten, die eine unklare Symptomatik aufweisen und bei denen der Verdacht einer obstruktiven schlafbezogenen Atmungsstörung besteht, sollte zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung eine schlafmedizinische Diagnostik in Form einer Polygraphie und gegebenenfalls Polysomnographie erfolgen.

Die Wirksamkeit der Unterkieferprotrusionsschienen wurde bei habituellen und obstruktiven Schnarchern sowie bei Betroffenen, die an einer leicht- bis mittelgradigen obstruktiven Schlafapnoe leiden, durch mehrere schlafmedizinische Fachgesellschaften bestätigt. Bei potenziellen Patienten erreicht sie vor allem aufgrund ihrer geringen Ausdehnung eine größere Akzeptanz als Atemmasken. Die Protrusionsschiene ist jedoch nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV und muss den Patienten privat in Rechnung gestellt werden. Seitdem die Nachfrage nach dieser therapeutischen Möglichkeit gestiegen ist, stellt die Kostenerstattung immer wieder einen Streitpunkt zwischen Versicherten und den gesetzlichen Krankenkassen dar. Dies gilt besonders, da es sich beim obstruktiven Schnarchen und der Schlafapnoe um behandlungsbedürftige Krankheitsbilder handelt.

Laut Auszug aus § 33 SGB Abs. 1 S. 1, SGB V haben Versicherte „...Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen [...] sind.“

Ausgehend vom Hilfsmittelverzeichnis, welches vom GKV-Spitzenverband erstellt und laufend aktualisiert wird, sind die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht dazu verpflichtet, die Kosten für Unterkieferprotrusionsschienen zu erstatten, da diese nicht in Selbigem gelistet sind.

Laut einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 20.03.1996 (Az.: 6 RKa 62/94, MedR 1997, 123 ff.) geben „ [...] die Hilfsmittel-Richtlinien Empfehlungen über die Auslegung und Anwendung der Ansprüche gemäß § 33 SGB [...] “, was bedeutet, dass alternative therapeutische Mittel im Rahmen der gesetzlichen Versorgung nicht zwangsläufig ausgeschlossen werden dürfen, nur weil sie nicht explizit im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.



Trotzdem hat das Sozialgericht Aachen in einem aktuellen Urteil vom 04.12.2012 (Az.: S 13 KR 287/12) entschieden, dass die Kosten für eine Behandlung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene nicht durch die GKV erstattet werden müssen, wenn eine alternative Therapiemöglichkeit zur Verfügung steht, welche im gesetzlichen Leistungskatalog geführt wird. In dem konkreten Fall hatte der Patient trotz vorhergehender Ablehnung der Krankenkasse einer Kostenübernahme, auf eigenen Wunsch die Behandlung durchführen lassen und anschließend auf Übernahme der angefallenen Kosten durch seine Versicherung geklagt. Das Gericht begründete sein Urteil damit, dass es sich bei der Unterkieferprotrusionsschiene um eine neuartige Behandlungsmethode handle, die noch nicht ausreichend erprobt und durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) empfohlen worden sei. Nur dann könne eine Kostenübernahme durch die GKV möglich sein.

Immer mehr Zahnärzte und Kieferorthopäden bilden sich auf dem Gebiet der zahnärztlichen Schlafmedizin fort und nutzen diese Therapiemöglichkeit. Die Patienten profitieren von dieser unkomplizierten Methode, um ihr jahrelanges Schnarchen zu beseitigen. Fraglich ist, warum die Unterkieferprotrusionsschiene als Therapiegerät – trotz ihrer bestätigten Wirksamkeit – bis heute nicht den Weg in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV gefunden hat.

Das cpap-Gerät, welches als einziges Therapiemittel von den Krankenkassen getragen und alternativ angewendet wer-

den kann, ist deutlich kostenintensiver für die GKV und erfordert eine höhere Compliance von den Patienten.

Vor allem bei Patienten, die an obstruktivem Schnarchen oder einer leichten bis mittelgradigen obstruktiven Schlafapnoe leiden und noch keine körperlichen Langzeitfolgen wie erhöhten Blutdruck, kardiale Arrhythmie und Atherosklerose zeigen, könnte die Unterkieferprotrusionsschiene als unkomplizierte, prophylaktische Maßnahme eingesetzt werden und sie vor dem Gebrauch des deutlich voluminöseren cpap-Gerätes bewahren.

Unstrittig ist die Ablehnung der Kostenübernahme für eine Unterkieferprotrusionsschiene bei habituellen Schnarchern. Hierbei handelt es sich nicht um eine Krankheit. Somit wird die medizinische Notwendigkeit einer Therapie angezweifelt.

■ Schlussfolgerung

Momentan empfiehlt es sich nicht, den gesetzlich versicherten Patienten eine mögliche Kostenübernahme der Unterkieferprotrusionsschiene durch die Krankenkasse in Aussicht zu stellen. Falsche Versprechungen, aufgebrachte Krankenkassenmitarbeiter und gescheiterte Kassenanträge werden für die Praxis oftmals zum zeitlichen und emotionalen Bumerang. Der daraus folgende Vertrauensverlust schwächt das Arzt-Patienten-Verhältnis dauerhaft. Bislang stellt die Schnarchtherapie in der Regel eine vollumfängliche Privatleistung dar.