

Gemeinsame FAQ-Liste Schlaflabor von BKG und ARGE

Gemeinsame FAQ-Liste zur Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen

abgestimmt zwischen

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V.

und

**der Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände der
Krankenkassen in Bayern**

München, 19.10.2016

Bayerische Krankenhausgesellschaft
e. V.
Radlsteg 1
80331 München
Telefon: 089 290830-0
Telefax: 089 290830-99

AOK Bayern –
Die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Str. 28
81739 München
Telefon: 089 62730-0
Telefax: 089 62730-107

BKK Landesverband Bayern
Züricher Str. 25
81476 München
Telefon: 089 74579-0
Telefax: 089 74579-55399

Knappschaft
Regionaldirektion München
Putzbrunnerstr. 73
81739 München
Telefon: 089 38175-0
Telefax: 089 38175-104

Sozialversicherung für
Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau als Landwirtschaftliche
Krankenkasse
Neumarkter Str. 35
81673 München
Telefon: 089 45480-0
Telefax: 089 45480-58330

IKK classic*
Tannenstraße 4b
01099 Dresden
Telefon: 089 74818-0
Telefax: 089 74818-315

Verband der Ersatzkassen e. V.
(vdek)
Landesvertretung Bayern
Arnulfstr. 201 a
80634 München
Telefon: 089 552551-0
Telefax: 089 552551-14
als gemeinsamer Bevollmächtigter
mit Abschlussbefugnis gemäß
§ 212 Abs. 5 SGB für die
Ersatzkassen

* In Wahrnehmung der Aufgaben
eines Landesverbandes

Frage 1:

In § 1 Abs. 5 der Vereinbarung ist die Rede von einer „routinemäßigen ersten Nachkontrolle“, die in der Pauschale enthalten ist. Was bedeutet das genau?

Antwort 1:

Wie im Vertragstext deutlich ausgeführt wird, handelt es sich um eine Leistung, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer nach Polysomnographie eingeleiteten Therapie steht, die die Compliance des Patienten fördern und die eingeleitete Therapie sichern soll, z. B. bei Geräte-, Masken- oder Schleimhautproblemen.

Der Patient ist schon während des Aufenthaltes im Schlaflabor auf das bestehende Angebot des Krankenhauses hinzuweisen und kann sich bei oben angesprochenen Problemen direkt im Krankenhaus wieder vorstellen mit dem Ziel, diese Probleme in der Eingewöhnungsphase der neuen Therapie umgehend zu beseitigen. Ggf. wird bei Entlassung bereits ein fester Termin zeitnah zur aktuellen Behandlung für eine Nachbesprechung zwischen Krankenhaus und Patient vereinbart. Nimmt der Patient diesen Termin im Krankenhaus nicht wahr, hat dies keinen Einfluss auf die Abrechenbarkeit der Leistung gegenüber den Kostenträgern.

Es gibt verschiedene Begrifflichkeiten in der Vereinbarung sowie in der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), die semantisch nicht deckungsgleich sind.

Das Angebot des Krankenhauses aus der Vereinbarung - „routinemäßige ersten Nachkontrolle“ - entspricht dem, was die S3-Leitlinie unter dem Punkt CPAP-Therapie als „Nachbetreuung innerhalb der ersten 2 Wochen nach Therapiebeginn“ empfiehlt.

Bei dem Angebot des Krankenhauses im Rahmen der Ersteinstellung handelt es sich nicht um die in der Leitlinie weiter unten empfohlene „erste Therapiekontrolle“, die - als Kontrolle des Therapieverlaufs - erstmals innerhalb der ersten 12 Monate und dann weiter nach klinischer Notwendigkeit durchgeführt werden soll (vgl. jeweils S3-Leitlinie Kurzfassung, Seite 19).

Ebenso wenig handelt es sich um die in § 5 der BUB-Richtlinie genannten „Therapieverlaufskontrollen“, bei denen keine Polysomnographie, sondern lediglich eine kardiorespiratorische Polygraphie in Verbindung mit einer Bewertung der Nutzungsdauer des Geräts 6 Monate nach Einleitung einer CPAP-Therapie gefordert wird.

Soll eine Polysomnographie als Therapiekontrolle oder wegen intermittierender Komplikationen oder anderer schwerer Therapieprobleme im Krankenhaus erfolgen, so bedarf es, wie bei der Ersteinstellung, einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt und des vorherigen Abschlusses einer ambulanten Vordiagnostik nach dem BUB-Stufenschema (vgl. § 1 Abs. 1-3 der Vereinbarung).

Frage 2:

Bei mehreren Punkten der Erschwernistatbestände ist folgende Information enthalten: "... mit Anwendung von Beatmungsverfahren" Wie ist dies zu interpretieren?

Antwort 2:

Die Formulierung „mit Anwendung von Beatmungsverfahren“ enthält sich bewusst näherer Festlegung/Einschränkung/Ausschluss von bestimmten Verfahren oder Zuordnung zu OPS-Kodes.

Die Standardtherapie bei obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) ist eine Überdrucktherapie, die eine sog. pneumatische Schienung der oberen Atemwege darstellt. Sie ist keine Beatmung im Sinne der Vereinbarung. Liegt jedoch eine alleinige oder zusätzlich zum OSAS bestehende Ventilationsstörung vor und wird zur Behandlung eine Beatmungstherapie eingesetzt, durch die eine Normoventilation erzielt werden soll, so handelt es sich um eine Beatmung im Sinne der Vereinbarung.

Unter maschineller Beatmung („künstliche Beatmung“) ist im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 2013, 1001I) ein Vorgang zu verstehen, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten.

Eine Beatmungstherapie ist gekennzeichnet durch die Anwendung verschiedener Druckniveaus in der In- bzw. Expiration, wodurch mindestens eine Druckunterstützung der Spontanatmung erzielt wird.

In den Erschwernistatbeständen A05, A10, A30 und A31 sind explizit Störungen der Atemfunktion genannt, die nicht oder nicht ausschließlich durch eine Schienung der oberen Atemwege, sondern durch ein geeignetes Beatmungsverfahren behandelt werden müssen.

Frage 3:

Welche Patienten(gruppen) fallen unter die Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen, welche nicht?

Antwort 3:

Das Versorgungsspektrum des Schlaflabors im Krankenhaus umfasst neben den schlafbezogenen Atmungsstörungen wie obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndromen, die sicher den Hauptanteil ausmachen, zum Teil auch Schlafstörungen aufgrund anderer Ursachen, etwa neurologisch-psychiatrische oder internistische-endokrinologische Krankheitsbilder, wie z. B.

- Restless leg syndrom,
- Periodic-Limb-Movement-Disorder (PLMD),
- Insomnien (Schlaflosigkeit),
- Parasomnien (Schlafwandeln) oder
- Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion).

Letztgenannte Patienten(gruppen) werden oft irrtümlich als Patienten betrachtet, die der Vereinbarung nach § 115a Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen unterliegen.

Bei Patienten mit Schlafstörungen bei anderer Grunderkrankung liegen regelhaft keine Behandlungserschwerisse vor, wie sie typischerweise für Fälle mit schlafbezogenen Atmungsstörungen in der Vereinbarung in § 2 Abs. 2 festgehalten wurden. Die stationäre Notwendigkeit dieser Patienten ist in der Regel durch spezielle und teilweise aufwendige Untersuchungen im jeweiligen Fachgebiet gegeben, auch wenn diese Leistungen bei der Ermittlung der für den Aufenthalt abzurechnenden DRG-Fallpauschale meist unberücksichtigt bleiben und die zusätzlich im Rahmen der Differentialdiagnostik durchgeführte Polysomnographie im Wesentlichen die DRG-Eingruppierung beeinflusst.

Diese Fälle sind im Rahmen der Datenübermittlung z. B. durch ihre andere Hauptdiagnose in Verbindung mit weiteren Untersuchungskodes und dem Fehlen der OPS-Kodes für die Einstellung auf eine Überdrucktherapie (8-717.-) kenntlich.

Die Vertragsparteien BKG und ARGE erklären, dass die Vereinbarung sich explizit nur auf die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bezieht. Die Vereinbarung ist daher nur für die Patienten anzuwenden, bei denen es sich um die Abklärung einer schlafbezogenen Atmungsstörung handelt, sofern die in § 1 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung genannten Bedingungen erfüllt sind.

Hingegen fallen Patienten, die im Schlaflabor mit Schlafstörungen anderer Ursache untersucht und behandelt werden, nicht unter diese Vereinbarung, auch wenn das Krankenhaus bei vollstationären Fällen die für die Polysomnographie im DRG-System aktuell vorgesehene DRG-Fallpauschale E63Z abrechnen muss, die aktuell nicht zwischen schlafbezogenen Atmungsstörungen und anderen Schlafstörungen unterscheidet.

Frage 4:

Das Kriterium A11 der Gründe für vollstationäre Behandlung gilt bei Vorliegen einer nächtlichen Hyperkapnie. Wie wird eine nächtliche Hyperkapnie nachgewiesen?

Antwort 4:

Laut §2 Abs. 2 der Vereinbarung wird mit einem Ausnahmetatbestand, der einen vollstationären Aufenthalt zur Durchführung einer Polysomnografie begründet, angezeigt, dass bei einem Patienten weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die, um den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen, regelhaft nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen sind.

Als Marker für eine klinisch relevante Hyperkapnie, der einen entsprechend erhöhten Untersuchungs- und Behandlungsaufwand annehmen lässt, wurde ein erhöhter paCO_2 -Wert (arteriell bestimmter $\text{paCO}_2 > 45$ mmHg) in den Ausnahmetatbeständen A06, A08 und A11 vertraglich festgelegt. Dieser zeigt als messbarer Indikator eine alveoläre Hypoventilation an. Er erscheint somit gut geeignet Patienten zu identifizieren, die „schwerer krank“ sind als Patienten mit unkomplizierter Schlafapnoe. Bei Patienten mit alveolärer Hypoventilation, also mit erhöhtem nächtlichen paCO_2 -Wert, genügt im Regelfall nicht die „einfache“ CPAP-Therapie, sondern es ist eine aufwändigere Therapie einzuleiten, die auch einen Beatmungsaspekt beinhaltet (z.B. Bi-Level-Therapie oder NIV).

Der CO_2 -Wert im Verlauf des Schlafes kann mittels einer arteriellen Blutgasmessung oder auch mittels transkutaner Messung bestimmt werden. Beide Methoden haben bestimmte Vor- und Nachteile. Beispielsweise ist die arterielle Messung wegen der notwendigen Einstiche am Handgelenk oder in der Leiste sehr schmerzhaft. Patienten, die sich nachts mühsam an eine Nasenmaskentherapie gewöhnen sollen, werden durch die Messmethode bedingt mehrfach geweckt. Die dabei gewonnenen Messergebnisse entsprechen sicher oft nicht den Verhältnissen im Schlaf.

Die transkutane Messung (z.B. Bestimmung des tcpCO_2 , modifiziert nach Larsen und Linnert o.ä.) ist die deutlich schonendere Methode, die Messungen erlaubt, die tatsächlich am Schlafenden durchführbar sind. Voraussetzung für möglichst valide Messungen und zuverlässige Messergebnisse ist allerdings, dass die transkutane CO_2 -Messung kalibriert wird. Das bedeutet, dass zu Beginn (am wachen Patienten) eine arterielle Blutgasanalyse erfolgt, auf die die parallel dazu durchgeführte transkutane Messung kalibriert wird (inklusive Trendkorrektur). Dies entspricht der Empfehlung der NPPV Titration Task Force of the American Academy of Sleep Medicine (Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol. 6, No. 5, 2010, S. 501).

Durch diesen notwendigen begleitenden Aufwand ist die transkutane Methode als mindestens ähnlich aufwendig anzusehen wie die arterielle Messung, die in der Regel nicht mehr als 3 oder 4 Mal pro Nacht durchgeführt wird. Bei der transkutanen Messung fallen zudem weitere regelmäßige Kosten an für Ersatz-Sensoren, Kalibrationsgas, das sog. „Bespann-Set“, die notwendigen „Ohr-

Gemeinsame FAQ-Liste Schlaflabor von BKG und ARGE

Clips“ einschließlich der notwendigen „Befestigungsringe“ und das spezielle Sensorgel (je nach Modell).

Daher wird die transkutane Methode als gleichwertig zur arteriellen Methode angesehen, wenn sie unter den o.a. Zusatzbedingungen durchgeführt wird. Sie zeigt dann das Vorliegen einer alveolären Hypoventilation an und begründet die vollstationäre Behandlung.