



## **Stellungnahme des Vorstandes der DGSM vom 22.11.2009**

### **zum Leistungsumfang in der Versorgung von Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe im Schlaflabor – Notwendigkeit der stationären Versorgung**

Die Versorgung von Patienten mit Schlafapnoe im Schlaflabor umfasst ein großes Leistungsspektrum; dabei deckt die Durchführung einer kardiorespiratorischen Polysomnographie in der Nacht nur einen Teil ab.

Die komplette Diagnostik und Therapieeinleitung eines typischen Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe, die in den meisten Kliniken den häufigsten Fall darstellt, umfasst folgende Leistungen:

- allgemeine Anamnese, (Arzt: 10-30 min)
- spezielle schlafmedizinische Anamnese, (Arzt: 10-30 min)
- Sichtung und schlafmedizinische Bewertung der bisher durchgeführten Voruntersuchungen (Arzt: 10 min)
- körperliche Untersuchung (internistisch und mindestens orientierend neurologisch und psychiatrisch), inkl. anatomischer Evaluation von mod. Mallampati Score, pharyngeal grade und Kieferstellung (Retrognathie etc.) sowie funktionell-anatomischer Evaluation der Nase (Arzt: 15-20 min)
- Einschätzung der Tagesschläfrigkeit, ggf. unter Einsatz von neuropsychologischen Testverfahren, (MTA: 10-360 min)
- klinisch-chemische Laboruntersuchungen, soweit nicht bereits ambulant durchgeführt, Blutdruckmessung (Arzt/Schwester/MTA: 10 min)
- Fragebögen zu Schlafstörungen, Müdigkeit, RLS-Symptomatik, Lebensqualität und Schlafapnoe-Symptomatik. Z.T. sind die Fragebögen selbst auszufüllen, z.T. durch den Arzt
- kardiorespiratorische Polysomnographie (Diagnostik), Mindestaufzeichnungsdauer 6 Stunden, optimal 8 Stunden (22-6 Uhr). Mit Vor- und Nachbereitung der Nacht 8-12 Stunden (20-8 Uhr) intensive Betreuung des Patienten (Nachtwache: Schwester/Student, Hintergrund: Arzt).
- Auswertung und Wertung der Polysomnographie, Festlegung des weiteren Procedere. (MTA/Schwester/Arzt: 1-2 Stunden pro Patient)
- Besprechung des Befundes mit dem Patienten, ausführliche Aufklärung über das Krankheitsbild und Information über die verschiedenen in Frage kommenden Therapieoptionen (Arzt: 30 min),

- Entscheidung über die einzuleitende Therapie (nCPAP oder andere apparative Atemunterstützende Maßnahmen, konservative Therapie durch Ausschaltung der Risikofaktoren, Vermeidung der Rückenlage durch mechanische Hilfsmittel, operatives HNO-ärztliches Vorgehen, intraorale Hilfsmittel) (Arzt)
- definitive Indikationsstellung zur weiterführenden Therapie (Arzt)
- abschließende Besprechung des weiteren Procedere mit dem Patienten, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen, insbesondere im Hinblick auf Vermeidung von weiteren Risikofaktoren und Noxen, Bahnung von Therapiemaßnahmen, wie Gewichtsreduktion, verhaltensändernden Maßnahmen, Therapie von Begleiterkrankungen (Arzt: 30 min).

Im typischen Fall einer Therapieentscheidung für eine nCPAP-Therapie oder vergleichbare apparative Therapie, schließen sich folgende weitere Schritte an:

- Ausschluss von Kontraindikationen gegen die Therapie (z. B. bullöses Emphysem, Tracheomalazie, schwere Herzinsuffizienz) (Arzt)
- Auswahl einer gut sitzenden Nasenmaske (30-60 min) durch geschultes Fachpersonal des Schlaflabors bzw. der versorgenden Firma (Schwester/MTA)
- Patientenschulung zur Handhabung des Therapiegerätes (Schwester/MTA: 30-60 min)
- Training des Patienten am Tage mit verschiedenen, ansteigenden nCPAP-Druck-Niveaus im Sitzen und im Liegen, (60 min) (Schwester/MTA)
- Erkennung und Korrektur von möglichen Problemen vor Beginn der nCPAP-Einstellung (z. B. Beseitigung von phobischen Ängsten durch systematische Desensibilisierung, usw.) (Schwester/MTA/Arzt: 60-180 min)
- nächtliche Drucktitration unter polysomnographischer Überwachung (erste nCPAP-Einstellnacht), (22-6 Uhr) (Nachtwache mit Hintergrund Arzt, der bis zum Erreichen der REM-Phase sich im Schlaflabor oder in unmittelbarer Nähe aufzuhalten hat)
- Auswertung der Polysomnographie, Festlegung des geeigneten Therapiedrucks. (MTA/Schwester/Arzt: 1-2 Stunden pro Patient)

Falls in der ersten Nacht keine ausreichende Güte der Druckeinstellung, oder bei sonstigen Komplikationen:

- erneute Einstellnacht, ggf. mit anderer Geräteeinstellung oder anderem Gerätetyp,
- Korrektur von Maskenproblemen, falls erforderlich Anpassung eines Kinnbandes oder einer Mund-Nasen-Maske, (Schwester/MTA: 30-60 min)
- bei Bedarf zusätzliche Anpassung eines Warmluftbefeuchters (mit Schulung des Patienten im Gebrauch und Reinigung des Luftbefeuchters), (Schwester/MTA: 30 min)

In der Kontrollnacht wird die Güte der Druck-Einstellung überprüft und die Entlassung vorbereitet:

- kardiorespiratorische Polysomnographienacht (Kontrollnacht) (Nachtwache und Hintergrund Arzt: 22-6 Uhr),

- Auswertung der Polysomnographie, endgültige Festlegung des Therapiedrucks und der Therapiemodalitäten, (MTA/Schwester/Arzt: 2 Stunden)
- Schulung des Patienten in der Handhabung des Geräts und des Zubehörs, insbesondere zur Reinigung, (Schwester/MTA: 60 min)
- erneute Überprüfung des Maskensitzes (Maskentausch bei Druckstellen), (Schwester/MTA: 10-30 min)
- förmliche Verordnung des Therapiegeräts und Zubehörs, Information über Beschaffung von Verbrauchsmaterial, Kontaktadresse bei Geräteproblemen (Schwester/MTA/Arzt)
- Besprechung der Nachsorge, (Arzt: 30 min)
- erste Kontrolle des Therapieerfolgs (insbesondere in Bezug auf die Tagesschläfrigkeit, ggf. mit sozialmedizinischer Beratung, speziell auch in Hinblick auf Autofahren und Beruf).

Diese genannten Leistungen fallen im einfachsten anzunehmenden Fall an. Bei erweiterten differentialdiagnostischen oder gutachterlichen Fragestellungen, zentralen Atmungsstörungen wie z.B. Cheyne-Stokes-Atmung, relevanten Begleiterkrankungen schlafmedizinischer und nicht-schlafmedizinischer Natur, erhöhter Komorbidität, erhöhtem Herzkreislauf- bzw. kardio-pulmonalen Risiko, intensivierter überwachungspflichtiger medikamentöser oder sonstiger Therapie (Schmerzpumpe, Diabetes Therapie, O<sub>2</sub>-Therapie etc.), bei Notwendigkeit der Einstellung auf kompliziertere Beatmungsverfahren (IPPV, BPAP-S/T, Servoventilation etc.), bei Notwendigkeit der Initiierung oder Modifikation der Begleiterkrankung (z.B. bei zusätzlich bestehender Insomnie oder RLS) oder kognitiv oder körperlich beeinträchtigten Patienten oder bewussten oder unbewussten Ängsten gegenüber der notwendigen Therapie sind häufig noch darüber hinausgehende Leistungen erforderlich, die durch das multiprofessionelle Team eines Krankenhauses (Arzt, Psychologe, Krankenpflege, Medizinisch-Technischer Dienst) integrativ erbracht werden. Die genannten zusätzlichen Leistungen werden bei stationärer Versorgung in der Regel über die DRG-Leistung oder über taggleiche Pflegesätze abgedeckt. Für die Polysomnographie, die Polygraphie sowie den MSLT/MWT gibt es OPS-Proceduren, die nicht vergütet, aber zusätzlich kodiert werden.

Dazu gehören die u.a. aufwendigen PSG-basierten Tests auf Müdigkeit bzw. Schläfrigkeit am Tage, der Multiple Schlaflatenztest (**MSLT**) sowie der Maintenance Wakefulness Test (Wachhaltetest, **MWT**). Diese Tagestests verlangen eine abgedunkelte, Lärm und Lichtgeschützte Umgebung im Schlaflabor. Beide Tests finden im Abstand von 2 Stunden statt (z.B. 7, 9, 11, 15 und 17 Uhr). Beide Tests verlangen die kontinuierliche Anwesenheit des Probanden/Patienten über 6 Stunden im Schlaflabor mit intensiver (PSG) personeller Überwachung während der Tests (Arzt/Schwester/MTA: 5 x 20 min beim MSLT bzw. 5 x 40 min beim MWT) und gezielter Überwachung in den Testpausen, wo der Patient keine stimulierenden Getränke zu sich nehmen darf und daher das Einnicken zwischen den Einzeltests zu verhindern ist. Die reicht bis hin zur persönlichen Überwachung der Testperson/en durch einen Mitarbeiter des Schlaflabors. Zwischen den Test können kleine Mahlzeiten gereicht werden.

Diese intensiven Tests finden sich im GOÄ System nicht wieder und sind ambulant nicht abrechenbar. Vor diesen Tests ist die Notwendigkeit der Durchführung mittels Anamnese bzw. einfacher Tests zu objektivieren (z.B. ESS > 10, lange Schlafzeit, Z.n. Müdigkeitsbedingten Unfall etc.)

Andere kognitive Leistungstests wie Fahrsimulator, Quatember-Mali, PVT (Psychomotor-Vigilanz-Test), d2-Test etc. (siehe S3-Leitlinie der DGSM) müssen zum einen in der Handhabung erklärt und dann assistiert durchgeführt werden (ca. 60 min).

Eine intensive und wiederholte Aufklärung des Patienten und Schulung ist eine elementare Voraussetzung für eine hohe Compliance-Rate der Patienten und damit für eine wirtschaftliche Versorgung. Diese intensive Interaktion, die innerhalb von wenigen Tagen komprimiert durch wiederholte persönliche Kontakte erbracht werden muss, erfordert die Mittel eines Krankenhauses und kann ambulant nicht in dem notwendigen Umfang erbracht werden. Wir vertreten deshalb die Ansicht, dass die abschließende differentialdiagnostische Abklärung von Patienten mit nicht erholsamen Schlaf und die therapeutische Versorgung von Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe einen Leistungskomplex darstellt, der in dieser Leistungsdichte in aller Regel nur stationär erbracht werden kann (§ 39 SGB V).

Der Vorstand der DGSM, 22.11. 2009