



Medizinischer Dienst
Bund

Ergänzender Begutachtungsleitfaden

**Kriterien/Fallkonstellationen
für die Notwendigkeit der Aufnahme
ins Krankenhaus zur Durchführung
einer spezifischen Diagnostik
und/oder Therapie
bei schlafbezogenen
Atmungsstörungen (SBAS)
bei Erwachsenen**

Im Auftrag
der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4
„Vergütung und Abrechnung“
der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste



IMPRESSUM

Sozialmedizinische Expertengruppe 4

Ergänzende Durchsicht der Version vom 17.10.2022.

Beschlussfassung

Der ergänzende Begutachtungsleitfaden wurde am 17. Oktober 2022 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 16.05.2012 (B 3 KR 14/11 R) eine weitreichende Entscheidung getroffen. Gegenstand des Urteils ist die Polysomnographie, die seit dem Beschluss des G-BA vom 15.06.2004 nach Anlage I Nr. 3 MVV-RL Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher ambulant erbringbar ist. Die Leistung ist nach der Entscheidung des BSG nur im medizinisch begründeten Ausnahmefall als stationäre Leistung durchführbar.

Im Juni 2013 wurde von der SEG 4 ein Kriterienkatalog mit dem Ziel herausgegeben Ausnahmesituationen für eine vollstationäre Leistungserbringung zu definieren. Dies erfolgte in Form eines Ergänzenden Begutachtungsleitfadens als Anlage zum Begutachtungsleitfaden DRG. Es wurden krankheitsspezifische Kriterien/ Fallkonstellationen nach den Maßstäben der „medizinischen Erfordernisse“ (Beschluss des Großen Senates vom 25.09.2007) und der „besonderen Mittel des Krankenhauses“ im Sinne der BSG-Rechtsprechung (BSG-Urteil, Az. B 3 KR 19/05 R vom 10.04.2008) definiert, unter denen in der ex-ante Sicht die Aufnahme ins Krankenhaus zur Durchführung schlafmedizinischer Diagnostik und/oder Therapie bei schlafbezogenen Atmungsstörungen begründet ist.

Zu der vorliegenden Aktualisierung des Ergänzenden Begutachtungsleitfadens erfolgte eine Sichtung der neu erschienenen Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften. Der neu gegliederte und aktualisierte Kriterienkatalog soll sicherstellen, dass nur die Patienten ins Krankenhaus aufgenommen werden, die der vollstationären Krankenhausbehandlung bedürfen und somit eine Leistungserbringung unter wirtschaftlichen Grundsätzen erfolgt. Der Kriterienkatalog kann nicht den Anspruch erheben, alle denkbaren Einzelfälle abzubilden und ist in der Anwendung auf Erwachsene beschränkt. Entscheidend für den Einzelfall sind die Schwere der Grunderkrankung, die Begleiterkrankungen, der aktuelle Gesundheitszustand und/oder die geplanten Maßnahmen.

Die Fragen nach der Indikation, d. h. der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Diagnostik und/oder Therapie und nach der Dauer des stationären Aufenthaltes im Einzelfall sind nicht Gegenstand dieses Kriterienkatalogs. Diese Fragen werden hiermit nicht bewertet und auch nicht beantwortet.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung	6
2 Kriterien und Fallkonstellationen	7
2.1 Patienten mit SBAS ohne Komorbiditäten.....	7
2.2 Patienten mit SBAS mit pulmonalen Vorerkrankungen und/oder Beeinträchtigungen im Bereich der oberen/unteren Atemwege	7
2.3 Patienten mit SBAS und kardialen Erkrankungen.....	7
2.4 Patienten mit SBAS mit neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen	8
2.5 Krankheitsunspezifische/Sozialmedizinische Gründe.....	8
3 Literaturverzeichnis	10

Abkürzungsverzeichnis

ALS	Amyotrophe Lateralsklerose
BSG	Bundessozialgericht
CPAP	Continuous positive airway pressure
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EEG	Elektroenzephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EMG	Elektromyogramm
EOG	Elektrookulogramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOÄ	Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
Merkzeichen H	Tägliche Hilfe bei den regelmäßig anfallenden Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich
MSLT	Multipler Schlaflatenztest
MWT	Multipler Wachbleibetest
NYHA	New York Heart Association
OSA	Obstruktive Schlafapnoe
OSleR	Oxford Sleep Resistance-Test
PSG	Polysomnographie
SBAS	Schlafbezogene Atmungsstörung
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe

1 Einleitung

Das Grundinstrument und die Referenz der schlafmedizinischen Diagnostik im Schlaflabor (ambulant oder stationär) stellt die überwachte kardiorespiratorische Polysomnografie (PSG) dar. Dabei werden die physiologischen Signale aufgezeichnet, die zu einer quantitativen Bewertung des Schlafs, der Schlafstörungen und der mit dem Schlaf assoziierten Erkrankungen erforderlich sind. Hierzu gehören – EEG/EOG, EMG, Atemfluss, Sauerstoffsättigung, Kohlendioxid, Schnarchen, Atmungsanstrengung, EKG, Körperposition und eine Videoaufzeichnung [1].

Für die DRG-Begutachtung im Rahmen einer schlafmedizinischen Diagnostik und/oder Therapieeinleitung ist u. a. entscheidend, ob die medizinische Notwendigkeit zur Durchführung in einem vollstationären Setting im Einzelfall gegeben war.

Bei Vorliegen eines/einer der in der folgenden Untergliederung aufgeführten Kriterien/Fallkonstellationen kann die Aufnahme in ein Krankenhaus begründet sein. Die im Folgenden aufgelisteten Kriterien lassen nicht den Rückschluss zu, dass in allen anderen Fällen eine ambulante Behandlung zweckmäßig und ausreichend ist. Auch in anderen, hier nicht genannten Einzelfällen kann die stationäre Aufnahme für die schlafmedizinische Diagnostik durchaus medizinisch erforderlich sein (siehe Vorwort).

Das Vorliegen des Kriteriums / der Fallkonstellation muss durch eine konsistente, vollständige Dokumentation in der Krankenakte nachvollziehbar sein.

2 Kriterien und Fallkonstellationen

2.1 Patienten mit SBAS ohne Komorbiditäten

- Patienten mit Cheyne Stokes-Atmung / zentraler Schlafapnoe und aus der Anamnese in den letzten Jahren bekannten schwerwiegenden Begleiterkrankungen mit besonderem Einfluss auf den klinischen Krankheitsverlauf (z. B. Hirninfarkt, Herzinfarkt, Lungenödem, Lungenembolie) zur Therapieeinstellung oder bei medizinischer Notwendigkeit zur Therapieanpassung.
- Patienten mit Verdacht auf SBAS und nachgewiesenen/dokumentierten nächtlichen Hypoglykämien im Rahmen eines Diabetes mellitus.
- Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA) nach nicht erfolgreicher CPAP-Einstellung mit persistierenden nächtlichen Hypoventilationen oder zentralen Apnoen mit Indikation zur nichtinvasiven Beatmung (exkl.: CPAP, APAP, BiPAP-S).
- Patienten mit zentraler Schlafapnoe oder Obesitas-Hypoventilationssyndrom bei Ersteinstellung auf eine nichtinvasive maschinelle Beatmung (Therapieeinleitung) – exkl.: CPAP, APAP, BiPAP-S.

2.2 Patienten mit SBAS mit pulmonalen Vorerkrankungen und/oder Beeinträchtigungen im Bereich der oberen/unteren Atemwege

- Patienten mit nachgewiesener therapiebedürftiger schlafbezogener Atmungsstörung mit zusätzlicher klinisch relevanter primärer oder sekundärer Anomalie: z. B. Epiglottis-Anomalie, bekannte Trachealstenose (benigne oder maligne), beidseitige Recurrensparese.
- Patienten mit V.a. SBAS und klinisch manifester, höhergradiger chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung (mind. GOLD III) unter Berücksichtigung der Exazerbationshäufigkeit (Gruppe C oder D).
- Patienten mit einer klinisch relevanten chronisch ventilatorischen Insuffizienz (mind. $pCO_2 > 45$ mmHg, Tageswert) mit aufwändigerer umfangreicher Diagnostik (auch tagsüber) nach Ausschöpfung der ambulanten pulmologischen Möglichkeiten.

2.3 Patienten mit SBAS und kardialen Erkrankungen

- Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt (innerhalb der letzten 4 Wochen) oder instabiler Angina pectoris.
- Patienten mit einer symptomatischen Herzinsuffizienz ab NYHA III.

- Patienten mit potentiell lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen (z. B. höhergradiger AV-Block, SA-Block, Kammertachykardie), wenn noch keine medikamentöse Einstellung erfolgte/abgeschlossen ist oder eine Implantation eines Schrittmachers und/oder ICD's erfolgte.

2.4 Patienten mit SBAS mit neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen

- Zustand nach Schlaganfall mit persistierenden schweren neurologischen Defiziten (siehe auch Pflegegrad und Merkzeichen) oder Ereignis innerhalb der letzten 4 Wochen vor vollstationärer Aufnahme.
- Patienten mit einer schweren psychischen Störung (mit aktuellem psychopathologischen Befund) oder einer fortgeschrittenen und/oder schlecht therapierbaren neurologischen Erkrankung (z. B. schwere Angststörung, schwere geistige Behinderung mit Verhaltensauffälligkeiten, unzureichend einstellbare Epilepsie, fortgeschrittene ALS oder Myasthenie).
- Patienten mit psychiatrisch gesicherter Klaustrophobie zur Therapieersteinstellung (systematische Desensibilisierung am Tage und/oder medikamentöse Therapie und/oder Therapieeinstellung unter psychologischer/psychiatrischer Begleitung).
- Patienten mit persistierender Tagesschläfrigkeit unter optimaler Therapieeinstellung ihrer schlafbezogenen Atmungsstörung zur Diagnostik der Hypersomnie mittels MSLT, OSleR oder MWT nach zuvor geprüfter und gesicherter Compliance und neurologischer Abklärung sowie psychiatrischer Abklärung einschließlich einer aktuellen schlafmedizinischen Anamnese und eines 14-tägiges Schlafprotokolls. Hier ist zu berücksichtigen, dass keine dieser aufgeführten Untersuchungen per se vollstationäre Krankenhausbehandlung bedingen. Daher kann die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung grundsätzlich nur in der Gesamtkonstellation des Einzelfalles bestätigt werden.

2.5 Krankheitsunspezifische/Sozialmedizinische Gründe

- Patienten mit V.a. schlafbezogene Atemstörung zur Diagnostik und/oder Therapieeinstellung bei vorliegender Pflegebedürftigkeit > Pflegegrad III nach SGB XI.
- Patienten mit V.a. schlafbezogene Atemstörung zur Diagnostik und/oder Therapieeinstellung mit anerkannter Schwerbehinderung und Merkzeichen H.
- Spezifische Berufsgruppen mit bekannter und therapierter SBAS zur Diagnostik mittels MSLT, OSleR oder MWT zum gezielten Nachweis der Berufstauglichkeit (z. B. Berufskraftfahrer, Piloten). Anmerkung: Bei Anerkennung der Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung sollte vom Gutachter der Hinweis gegeben werden, dass jedoch ein Vergütungsanspruch zulasten der GKV nicht gegeben ist – ggfs. sind in einer solchen Konstellation andere Kostenträger zuständig.

Ergänzende sozialmedizinische Hinweise:

Bei Verweis auf vertragsärztliche Leistungen ist zu beachten:

- der **Oxford Sleep Resistance-Test (OSleR-Test)** ist weder mit einem OPS-Kode im Prozeduren-Katalog noch mit einer GOP im EBM abgebildet
- der **Multiple Schlaflatenztest (Multiple Sleep Latency Test – MSLT)** und der **Multiple Wachbleibetest (Maintenance of Wakefulness Test – MWT)** findet sich zwar mit einem gemeinsamen OPS-Kode im Prozeduren-Katalog (1-795 Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT), Dauer mindestens 4 x 20 Minuten, Videomonitoring, 2 x EEG, 1 x EMG, 2 x EOG, EKG, ggf. Bestimmung des oro-nasalen Atemflusses (mindestens 6 Kanäle)) aber ebenfalls nicht mit GOP im EBM

3 Literaturverzeichnis

- [1] Stuck, B.A., Arzt, M., Fietze, I. et al. (2020) Teil-Aktualisierung S3-Leitlinie Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen. Somnologie 24: S176–S208

<https://doi.org/10.1007/s11818-020-00257-6>

- [2] Mayer G, Arzt M, Braumann B, Ficker JH, Fietze I, Galetke W, Maurer JT, Orth M, Penzel T, Pistner HP, Randerath W, Rösslein M, Stuck BA (2017) S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen, Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“. Somnologie 20 (Suppl s2):S97–S180