

**Bekanntmachung [1093 A) eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (BUB-Richtlinien) in Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“
Vom 15. Juni 2004/ 21. September 2004**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung vom 15. Juni/21. September 2004 beschlossen, die Anlage A der Richtlinien über die Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) in der Fassung vom 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 5678), zuletzt geändert am 1. Dezember 2003 (BAnz. 2004 S. 5679) wie folgt zu ändern:

1. Die Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ wird in Nr. 3 wie folgt neu gefasst:

„3. **Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen.**

§ 1 Inhalt

1. Diese Richtlinie legt fest, unter welchen Voraussetzungen in der vertragsärztlichen Versorgung die kardiorespiratorische Polygraphie und die kardiorespiratorische Polysomnographie im Rahmen der Differentialdiagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen zur Anwendung kommen kann.
2. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ (SBAS) im Sinne dieser Richtlinie sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome (SAHS) sowie obstruktive Rhinopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- und Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

§ 2 Genehmigungspflicht

1. Die Durchführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie und der kardiorespiratorischen Polysomnographie setzt eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus.
2. Zur Erlangung dieser Genehmigung ist die Erfüllung der auf Grundlage dieser Richtlinien getroffenen Voraussetzungen der diesbezüglichen Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen nachzuweisen.

§ 3 Stufendiagnostik

1. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung sind habituelles Schnarchen und Dyspnoen anderer Ursachen, vor allem die hypersomnischen Syndrome, abzugrenzen. Des betrifft insbesondere internistische, neurologische und psychiatrische Erkrankungen sowie den Schlaf beeinflussende Wirkungen von Medikamenten, Alkohol und Drogen.

2. Das weitere Vorgehen ergibt sich aus der Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unter besonderer Berücksichtigung des kardiovaskulären und pulmonalen Risikoprofils (z.B. Herzrhythmusstörungen, schwer einstellbarer Hypertonus, Herzinsuffizienz, Apoplexgefährdung, respiratorische Insuffizienz), der Schwere der Schlafstörung und einer durch Tagesschläfrigkeit ausgelösten Selbst- oder Fremdgefährdung.
3. Stufe 1: Anamnese und ggf. Fremdanamnese des Schlaf-/Wachverhaltens sowie differenzierte anamnestische Abklärung einer möglichen Dyssomnie unter Einbeziehung standardisierter Fragebögen zur Tagesschläfrigkeit (z.B. Epworth Sleepiness Scale) und gegebenenfalls weiterer Testverfahren.
4. Stufe 2: Klinische Untersuchung, insbesondere im Hinblick auf endokrinologische, Stoffwechsel- oder Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Ventilationsstörungen sowie neurologische und psychiatrische Krankheiten.
5. Stufe 3: Ergeben die diagnostischen Maßnahmen nach Stufe 1 und Stufe 2 die typischen anamnestischen und klinischen Symptome und Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung, so soll die weitere differentialdiagnostische Abklärung durch eine kardiorespiratorische Polygraphie (notwendige Ableitungsparameter siehe § 7 Abs. 1 dieser Richtlinie) während einer mindestens 6-stündigen Schlafphase erfolgen.
6. Die Durchführung der kardiorespiratorischen Polygraphie mit allen gemessenen Parametern ist zu dokumentieren. Zur Sicherung der Aussagekraft der Polygraphie und um die Plausibilität einer automatischen Analyse zu überprüfen sind die Rohdaten stets visuell durch den gemäß dieser Richtlinie qualifizierten Arzt zu bewerten. Die Untersuchungsergebnisse sind dem Arzt zur Verfügung zu stellen, der gegebenenfalls die weitere polysomnographische Diagnostik und/oder Überdrucktherapie einleitet.
7. Stufe 4: Eine kardiorespiratorische Polysomnographie kann nur dann als ergänzende Diagnostik durchgeführt werden, wenn trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung einschließlich Durchführung geeigneter Testverfahren und der nach Stufe 3 durchgeführten Polygraphie keine Entscheidung möglich ist, ob eine Therapie mittels CPAP (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck) oder anderer Verfahren notwendig ist.
8. Die kardiorespiratorische Polysomnographie (notwendige Ableitungsparameter siehe § 7 Abs. 3 dieser Richtlinie) soll über zwei aufeinander folgende Nächte mit wenn möglich wenigstens 6-stündiger Schlafphase in der zweiten Nacht durchgeführt werden. Bei Patienten mit abweichendem Schlaf-/Wachrhythmus (z.B. Schichtarbeitern) kann die Untersuchung unter geeigneten Bedingungen auch am Tage durchgeführt werden.
9. Die Durchführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie mit allen gemessenen Parametern ist zu dokumentieren. Zur Sicherung der Aussagekraft der Polysomnographie sind die Rohdaten stets visuell durch einen gem. dieser Richtlinie qualifizierten Arzt zu bewerten; die visuelle Auswertung der neurophysiologischen Parameter ist insbesondere im Hinblick auf die Schlafstadienverteilung, -fragmentierung und respiratorischen Arousals zu dokumentieren.

Die Untersuchungsergebnisse sind dem Arzt zur Verfügung zu stellen, der gegebenenfalls die weitere Überdrucktherapie einleitet.

§ 4 Ersteinstellung auf ein CPAP-Gerät

Bei gesicherter Indikation zur Überdrucktherapie mit CPAP oder verwandten Verfahren soll die Ersteinstellung auf das Gerät unter kontinuierlicher polysomnographischer Überwachung in der Regel in zwei aufeinander folgenden Nächten durchgeführt werden.

Zur Ersteinstellung durch den qualifizierten Arzt müssen die schriftlichen Befunde und Ergebnisse der Stufen 1 bis 3 und gegebenenfalls der Stufe 4 vorliegen.

§ 5 Therapieverlaufkontrolle

1. Eine erste Kontrolle der Überdrucktherapie soll 6 Monate nach Einleitung einer CPAP-Therapie mit einer kardiorespiratorischen Polygraphie nach Stufe 3 erfolgen. Hierbei soll auch festgestellt werden, ob der Patient das Therapiegerät ausreichend nutzt (Betriebsstundenzähler, gegebenenfalls Auslesung des Nutzungsprotokolls). Bei komplikationslosem Verlauf sind weitere routinemäßigen polygraphische Kontrolluntersuchungen nicht erforderlich.
2. Eine erneute kardiorespiratorische Polysomnographie ist nur bei schwer wiegenden Therapieproblemen erforderlich, die mit einer Polygraphie nicht erkannt und nicht behoben werden können.

§ 6 Dokumentation

Anamnese, klinische Untersuchungsergebnisse, die Maßnahmen und Ergebnisse der differentialdiagnostischen Abklärung sowie die Ergebnisse der Polygraphie, Polysomnographie, CPAP-Einstellung und aller Therapiekontrollen sind ausführlich zu dokumentieren und dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

§ 7 Empfehlungen zur Qualitätssicherung

1. Zur Sicherung der Qualität der kardiorespiratorischen Polygraphie müssen folgende Parameter simultan und über eine mindestens 6stündige Schlafphase abgeleitet werden:
 - Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
 - Oximetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - Aufzeichnung der Herzfrequenz z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
 - Aufzeichnung der Körperlage
 - Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
 - Maskendruckmessung (bei Einsatz eines CPAP-Gerätes)
2. Polygraphiegeräte, welche die Schnarchgeräusche sowie die beiden letztgenannten Parameter nicht aufzeichnen bzw. messen können, aber bereits vor Inkrafttreten dieser Richtlinie für eine von der KV genehmigte Schlafapnoediagnostik gemäß Nummer 728 EBM verwendet wurden, dürfen weiterhin, jedoch ausschließlich für die (diagnostische) Polygraphie gemäß § 3 Abs. 5 dieser Richtlinie verwendet werden.

3. Zur Sicherung der Qualität der kardiorespiratorischen Polysomnographie müssen folgende Parameter simultan und über eine mindestens 6-stündige Schlafphase abgeleitet werden:
 - Registrierung der Atmung
 - Oximetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - EKG
 - Aufzeichnung der Körperlage
 - Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
 - Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Einsatz eines CPAP-Gerätes)
 - EOG: 2 Ableitungen
 - EEG: mindestens 2 Ableitungen
 - EMG: 3 Ableitungen
 - Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens
 4. Leistungserbringer für die kardiorespiratorische Polysomnographie haben grundsätzlich die Erlaubnis zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin nachzuweisen. Weitere Voraussetzungen für die persönliche Qualifikation der Leistungserbringer sowie die sonstigen qualitätssichernden Vorgaben, gegebenenfalls einschließlich Übergangsregelungen werden in Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V getroffen.“
2. Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Berlin, den 21. September 2004
Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Dr. jur. H e s s

BAnz. Nr. 213 (S. 22699) vom 10. November 2004

Mit den neuen BUB-Richtlinien für gesetzlich versicherte Schlafapnoe-Patienten hat sich hinsichtlich der Diagnose und Therapie einiges verändert. Auch private Krankenversicherungen orientieren sich an dieser Richtlinie.

Im Rahmen einer „Stufendiagnostik“ soll abgeklärt werden, ob eine Schlafapnoe vorliegt. Hierbei sollen zunächst ambulant einsetzbare Diagnosegeräte (kardiorespiratorischen Polygraphie) verwendet werden. Die Einstellung auf ein Beatmungsgerät erfolgt dann im Schlaflabor (kardiorespiratorische Polysomnographie). Die jährlichen Kontrolluntersuchungen im Schlaflabor entfallen. Ein erneuter Besuch im Schlaflabor ist nur bei „schwer wiegenden Therapieproblemen“ vorgesehen, wenn das Problem mit dem ambulanten Gerät nicht erkannt und nicht behoben werden kann. Die Richtlinie gibt allerdings keine Auskunft, was mit schwerwiegenden Therapieproblemen gemeint ist.

Wir haben die neue Richtlinie wortgetreu, aber in einer etwas besser lesbaren Anordnung als Faltblatt herausgegeben, um unseren Mitgliedern und Interessenten Informationen bei Fragen zur Erkennung und Behandlung von Schlafapnoe an die Hand zu geben.

Diese Information wurde bereitgestellt von Ihrer Selbsthilfegruppe:



Selbsthilfegruppe Schlafapnoe
Hans Peter Schriever
Kleekamp 23 ° 22339 Hamburg
Tel 040/ 59 66 88 Fax 040/50 28 15
E-Mail info@schlafapnoe-hamburg.de
Internet www.schlafapnoe-hamburg.de



Die neuen BUB-Richtlinien für Schlafapnoe-Patienten

Zusammengestellt von
GSD Gemeinnützige Selbsthilfe Schlafapnoe Deutschland e.V.
Auf dem Felde 3, 31675 Bückeberg
Tel. 05722/270240; Fax: 05722/270241
E-Mail: info@gdsdschlafapnoe.de,
Internet www.gdsdschlafapnoe.de