

Kriterien für die Polysomnographie als stationäre schlafmedizinische Leistung bei Erwachsenen

Allgemeine Anmerkungen

Polysomnographische Untersuchungen sollen grundsätzlich als überwachte kardiorespiratorische Polysomnographien mit simultaner Videoaufzeichnung nach den technischen Spezifikationen des Manuals der American Academy of Sleep Medicine in der jeweils aktuellen Fassung durchgeführt werden. Polysomnographische Untersuchungen können als ambulante und stationäre Leistungen durchgeführt werden. Die Voraussetzungen für die Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (PSG) als Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen sind in der Abrechnungsziffer 30901 des EBM festgelegt. Danach kann diese Leistung nur im Rahmen der Stufendiagnostik nach der BUB-Richtlinie „Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ von 2005 abgerechnet werden. PSGs aus anderer Indikation werden nicht in dem so definierten Rahmen erbracht und können deshalb nicht als ambulante Leistungen abgerechnet werden. Sie sind als stationäre Leistung zu erbringen und zu vergüten, wenn die Untersuchung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die DGSM vertritt den Standpunkt, dass eine leistungsgerechte Vergütung für schlafmedizinische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich gleichermaßen zu erfolgen hat. In bestimmten Fällen kann es notwendig sein, dass auch eine PSG im Rahmen der Stufendiagnostik als stationäre Leistung durchgeführt wird. Dies ist insbesondere der Fall, wenn weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die nur mit den speziellen Möglichkeiten eines Krankenhauses zu bewältigen sind. Dies können Begleiterkrankungen sein, die zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen führen oder ein unmittelbares ärztliches Eingreifen erfordern, oder die einen zusätzlichen pflegerischen Aufwand bedingen, der unter ambulanten Bedingungen nicht erbracht werden kann. Auch die Notwendigkeit zur Durchführung von zusätzlichen Untersuchungen, die in direktem zeitlichem Zusammenhang mit der PSG erbracht werden müssen (z. B. Multipler Schlaflatenztest) kann eine Begründung sein.

Die DGSM geht davon aus, dass bei folgenden zusätzlichen Indikationen ein Ausnahmetatbestand gegeben ist, der einen vollstationären Aufenthalt zur Durchführung einer PSG im Rahmen der Stufendiagnostik begründet, weil damit weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die nur mit den spezifischen Möglichkeiten des Krankenhauses zu bewältigen sind. Bei dem Kriterienkatalog handelt es sich nicht um eine abschließende Liste notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Wegen der

Individualität medizinischer Sachverhalte und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes kann die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme oder eines Behandlungstages auch dann gegeben sein, wenn keines der Kriterien des Kataloges erfüllt ist. In diesen Fällen bedarf eine abweichende Ermessensentscheidung im Einzelfall einer konkreten Begründung und Dokumentation. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu Grunde zu legen.

Kriterienkatalog

Akuter **Myokardinfarkt** innerhalb der letzten 4 Wochen

- Instabile **Angina pectoris**
- Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.
- Manifeste **Herzinsuffizienz** im Stadium NYHA III oder IV
- Höhergradige **Herzrhythmusstörung**, wenn keine medikamentöse oder gerätetechnische Korrektur vorliegt
- Pulmonaler Hypertonus
- Höhergradige **Herzklappenvitien**
- Obesitas-Hypoventilationssyndrom mit Anwendung von Beatmungsverfahren
- **BMI > 30** mit Anstieg des nächtlichen PCO₂ > 45 mm Hg*
- **Diabetes mellitus** mit symptomatischen nächtlichen Hypoglykämien und schwer einstellbarer Diabetes mellitus mit rez. Hyperglykämien
- **Chronisch ventilatorische Insuffizienz** mit PCO₂ > 45 mm Hg* am Tage
- Vorbestehende **Langzeit-Sauerstofftherapie** mit subjektiver Atemnot
- **Chronische obstruktive Atemwegserkrankung** mit chronischventilatorischer Insuffizienz und nächtlicher Hypoventilation und Anwendung von Beatmungsverfahren
- Fortgeschrittenes **Lungenemphysem**
- Erkrankungen mit erhöhtem **Pneumothoraxrisiko**
- **Alveoläre Hypoventilation** mit nächtlicher Hyperkapnie, PCO₂ > 45 mm Hg*
- **Tracheostoma**, klinisch relevante Trachealstenose
- Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.
- Medikamentös unzureichend eingestellte **Epilepsie** (persistierende Symptomatik bzw. nächtliche Krampfpotenziale)
- **Morbus Parkinson** im Stadium IV u. V nach Hoehn und Yahr (schwere Behinderung oder Rollstuhl oder bettlägerig)
- **Multiple Sklerose** mit erheblichen Einschränkungen der ADL
- Progrediente Neuromuskuläre Erkrankungen
- **Post-Polio-Syndrom** mit schweren Einschränkungen
- **Apoplexie** mit persistierenden erheblichen Einschränkungen der Bewegungskoordination, Paresen oder Plegien
- Pflegegrad 3 und höher

- **Schwerbehinderung** mit Merkzeichen „H“ oder „BL“
- Barthel-Index (nach Hamburger Manual) ≤ 60
- Schwere Formen von **Schizophrenie, Borderline-Syndrom, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen**
- Mittel- oder schwergradige **Intelligenzminderung** mit erheblicher Beeinträchtigung der Kognition, Sprache, motorischer Fähigkeiten
- **Demenz** mit Störung der Orientierung, Fluchtverhalten, Aggressivität
- Mittelschwere oder schwere **Depression**
- Klaustrophobie
- Cheyne-Stokes-Atmung
- Atmungsregulationsstörung bei **Opiatdauertherapie**
- **Komplexes Schlafapnoe-Syndrom** mit Anwendung von Beatmungsverfahren
- Zentrales Schlafapnoe-Syndrom mit Anwendung von Beatmungsverfahren
- **Zusätzliche Tagesdiagnostik** (Vigilanzmessung, MSLT, MWT) bei Tagesschläfrigkeit mit Eigen- und Fremdgefährdung bei bestimmten Berufsbildern, z. B. Kraftfahrer, Fluglotsen u. Ä.
- Insomnie **mit Therapieresistenz** gegenüber mehreren medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen
- Verdacht auf **organisch bedingte Insomnie** nach Ausschöpfung anderer diagnostischer Maßnahmen
- **Insomnie** bei Risikogruppen für müdigkeitsbedingte **Eigen- oder Fremdgefährdung**
- Erhebliche Diskrepanz zwischen **subjektiv/anamnestisch erlebter**
- **Schwere der Insomnie und polysomnographischem Befund**
- **Hypersomnolenzen** unterschiedlicher Genese (Narkolepsie, auch als Komorbidität einer SBAS, Kleine-Levin-Syndrom, idiopathisch, seltene Ursachen nach ICSD-3) mit selbst- oder fremdgefährdender Schläfrigkeit oder Notwendigkeit einer zusätzlichen Tagesdiagnostik (MSLT, Vigilanztest, Liquorpunktion)
- **RLS/PLMD** bei unter Therapie anhaltenden Tagesschläfrigkeit und fortbestehenden Beinbewegungsstörungen, bei Patienten unter 21 Jahren und bei gutachterlichen Stellungnahmen.
- **Parasomnien** ohne sichere Zuordnungsmöglichkeit des Zeitpunktes der Ereignisse, mit Erstmanifestation im Erwachsenenalter, mit Progredienz von Frequenz, Ausprägung und Dauer der Ereignisse
- **Parasomnien** als Folge einer anderweitigen Schlaf-/Arousalstörung wie bspw. PLMS
- Verdacht auf das Vorliegen einer **REM-Schlaf-Verhaltensstörung**
- Verdacht auf **schlafgebundene epileptische Anfälle**

*arterielle und kapilläre Messungen sind als äquivalent zu berücksichtigen