



Empfehlungen der AG Schlafapnoe zu Nachkontrollen unter nCPAP-Therapie

Anlässlich der Arbeitssitzung der AG Schlafapnoe der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie vom 13.9.07 wurden Empfehlungen zur Nachkontrolle und Wiederverordnung unter nCPAP-Therapie erarbeitet.

Ausgangslage:

Von Santésuisse wird verlangt, daß gem. Artikel 32 KVG Leistungen, die von den Krankenversicherern zu vergüten sind: wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich (WZW) sind.

Die CPAP-Therapie ist eine Pflichtleistung (Art. 20 KLV; Position 14.11 derMiGeL).

Nach Artikel 20 KLV ist für eine Vergütung von Mitteln und Gegenständen u.a. eine ärztliche Anordnung notwendig. Nach Artikel 22 KLV sind Limitierungen bezüglich Menge, Dauer der Verwendung, medizinischer Indikationen oder Alter der Versicherten möglich. Insbesondere eine Limitation bezüglich der Dauer der Verwendung hat eine indirekte Auswirkung auf die Gültigkeitsdauer der ärztlichen Verordnung (bspw. Pos.-Nr. 03.05, 06.01, 14.01, 14.10, 17.). Bei den nCPAP-Geräten ist eine Limitation bezüglich Menge, sonst aber nichts Spezielles vorgesehen. Eine jährliche Neuüberprüfung und damit Neuverordnung scheint sinn- und massvoll und aus medizinischen Gründen angezeigt. Allerdings sind bei der Beantwortung der Frage, wann die Neuüberprüfung zu erfolgen hat, allfällige auf die Rezeptur anwendbare kantonale Bestimmungen zu berücksichtigen.

(Mail-Auskunft 13.5.09: Frau Helene Bruggisser Leiterin Fachstelle Versicherten-Anfragen, Eidgenössisches Departement des Innern EDI, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung)

Es existieren bisher keine wissenschaftlich erhobenen Daten für Empfehlungen, wie häufig, wie intensiv zu kontrollieren und was durch wen abzuklären ist. Ebenso fehlen nationale oder internationale Empfehlungen. Die folgenden Angaben entsprechen einem Konsens von verschiedenen universitären und nicht-universitären Institutionen sowie von praktizierenden Kolleginnen und Kollegen, erarbeitet durch die Arbeitsgruppe Schlafapnoe der SGP. Eine Aufteilung in Geräte- und Patientenkontrolle wird häufig praktiziert.

Die AG Schlafapnoe hält folgende Punkte als Empfehlung fest:

- 1) Die Therapie-Kontrolle erfolgt meist durch Pneumologen/Schlafmediziner: Sie sollte nach Möglichkeit ebenfalls einmal jährlich und koordiniert mit der Lungenliga erfolgen, falls diese involviert ist. Sie beinhaltet minimal eine klinische Untersuchung von Puls, BD, Gewicht, Beurteilung der –Schläfrigkeit und anderer Symptome und allfälliger Nebenwirkungen, Therapie-Compliance, Geräteeinstellung, nach Möglichkeit Beurteilung von Lecks und des AHI, die durch das Gerät registriert wurden. Solche Daten können aber nicht mit allen Geräten aufgezeichnet werden.
- 2) Die Geräte-Kontrollen erfolgen meist durch Lungenligen. Die sollten mindestens einmal jährlich durchgeführt werden und beinhalten minimal: Prüfen der Gerätefunktion, Druckmessung, Prüfung von Geräte-Hygiene, Luft-Filter – Wechsel, Ablesen der Betriebs-Stunden, Kontrolle des Beatmungs-Schlauches
- 3) Doppelspurigkeiten sind durch gute Absprache zwischen Lungenligen und Pneumologen/Schlafmediziner zu vermeiden.

- 4) Schlafuntersuchungen (Pulsoxymetrie, respiratorische Polygraphie, Polysomnographie) sind wichtige Mittel zur Kontrolle der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der CPAP Therapie. Sie dienen insbesondere der Evaluation von möglichen Ursachen einer unklaren ungenügenden Therapiewirkung (z.B. zentrale Apnoen, Mundlecks, starke Körperlageeffekte, zusätzliche andere Formen von Schlafstörungen wie z.B. periodische Beinbewegungen, Narkolepsie, Parasomnien). Auch Vigilanztests (wie z.B. MSLT, MWT, OSLER Test) oder Tests zur Beurteilung der Verkehrstauglichkeit (Steer clear, Driving attention test u.a.) sind wichtige Mittel um die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der CPAP Therapie zu überprüfen. Sie sind vor allem dann von Bedeutung, wenn die betroffenen Patienten beruflich oder in der Freizeit Tätigkeiten ausüben, bei denen das Unfallrisiko bei vermehrter Einschlafneigung erhöht ist. Zudem dienen die Vigilanztests zur objektiven Beurteilung der Einschlafneigung, wenn die subjektive Beurteilung im klinischen Kontext als unklar oder unzuverlässig erscheint.
- 5) Patienten sind auf Verkehrssicherheit und Arbeitsplatz-Sicherheit aufmerksam zu machen (Gesprächsnotiz in KG empfohlen). (Empfehlungen zur Beurteilung der Fahreignung bei Schläfrigkeit: SMF 2007;7:328-32)
- 6) Die Frage der Therapietreue lässt sich nicht allein anhand von Anwendungs-Stunden erfassen. Wichtig für die Therapietreue sind: Optimaler Masken – Sitz, Form und Grösse optimal, engmaschige Nachkontrollen und Motivierung des Patienten besonders zu Beginn der Behandlung, Behandeln von nasalen Symptomen, Luftbefeuchtung. Wichtig ist vor allem die klinische Wirksamkeit und der subjektive Nutzen für die Patienten.
- 7) Der Pneumologe/Schlafmediziner entscheidet, ob die Behandlung medizinisch angezeigt ist oder nicht. Er bezieht in diesen Entscheid auch die Compliance des Patienten mit ein. Ist diese so schlecht, dass die Behandlung nichts bringt, wird der Pneumologe/Schlafmediziner die Behandlung nicht mehr verschreiben. Ist eine Behandlung trotz schlechter Compliance medizinisch sinnvoll bzw. angezeigt, ist sie als verordnete Pflichtleistung von den Kassen zu übernehmen. Ist die Kasse der Meinung, dass die Behandlung im Einzelfall nichts bringt oder falsch ist, kann sie die Leistung als nicht WZW-konform anzweifeln bzw. verweigern (Art. 56 Abs. 2 KVG).
- 8) Eine Umstellung von älteren Geräten (meist cCPAP) welche keine differenzierten Compliance-Daten speichern können auf moderne Geräte mit Messung der Compliance-Daten lediglich aus Gründen der Complianceüberwachung ist nicht angezeigt. Ein Gerätewechsel ist gerechtfertigt, wenn damit bessere Behandlungswerte oder ein subjektiv besserer Benefit erreicht werden oder wenn ein älteres Gerät aus technischen Gründen ersetzt werden muß.
- 9) Von den Patienten ist eine gute Therapietreue zu fordern. Sie sind wenn nötig darauf aufmerksam zu machen, dass Kostenträger die Übernahme bei schlechter Compliance oder Nichtbenutzung verweigern können. Patienten haben somit eine sog. Schadenminderungspflicht. Diese Bedingungen sind auch in den Mietverträgen mit den Lungenligen enthalten.
- 10) Die Kasse darf nicht standardmässig alle CPAP-Therapien in Frage stellen und generell Detailreports einfordern. Ein solches Verhalten ist nicht datenschutzkonform. Gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG muss der Pneumologe/Schlafmediziner andererseits dem Schuldner eine detaillierte u. verständliche Rechnung und falls nötig (muss von der KK begründet werden) weitere Angaben zur Berechnung d. Vergütung und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit d. Leistung machen. Diese kann beinhalten:
 - Qualitative Angabe über die Benutzung des Gerätes (Benutzung absolut regelmässig, in den meisten Nächten, unregelmässig, kaum)
 - Qualitative Angabe über den Effekt der Therapie auf die Tagesbefindlichkeit des Patienten (normalisiert, voll arbeitsfähig und fahrtauglich, deutlich besser, wenig besser)
 - Eventuell durchschnittliche Stundenzahl pro Woche,
 - Eventuell Angaben über Probleme in Zusammenhang mit der Therapie.

Münsterlingen 29.10.07, überarbeitet 30.6.09

PD Dr. Robert Thurnheer, Präsident der Arbeitsgruppe Schlafapnoe