

## **Krankenkassen-Anschreiben zum Thema „Nutzungsdauer der Therapiegeräte“**

Am 30.05.2015 habe ich an folgende Krankenkassen eine E-Mail mit dem nachfolgenden Inhalt geschrieben:

DAK  
Techniker Krankenkasse  
Schwenninger  
Barmer  
Securvita  
BKK Herkules  
AOK  
KKH  
IKK classic  
IKK Südwest  
Bahn BKK  
Bertelsmann BKK  
Continental  
R+V Betriebskrankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich leite die im Oktober 2013 gegründete Selbsthilfegruppe "Schnarchen und Schlafapnoe im Main-Kinzig-Kreis".

Selber bin ich Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Trägervereins "Regionale Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen Main-Kinzig e.V. " der Selbsthilfekontaktstelle Gelnhausen.

Ich habe zwei Fragen an Sie und hoffe, Sie können mir mit einer Auskunft weiterhelfen.

In unseren Gruppentreffen der Selbsthilfegruppe wird immer wieder davon berichtet, dass sich die Krankenkassen telefonisch oder schriftlich die Therapiedauer der eingesetzten CPAP/APAP Schlaftherapiegeräte von den Patienten durchgeben lassen.

Nach mir vorliegenden Informationen verlangen die Krankenkassen, dass die Geräte täglich mindestens 4 Stunden eingesetzt werden.

Wo kommt der Wert von 4 Stunden her? Warum nicht 3 oder 5 Stunden?

Wie verhält sich Ihre Krankenkasse, wenn ein Patient das Gerät weniger als 4 Stunden täglich nutzt?

Über eine kurze Info würde ich mich freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Holger Weigel

## Die folgenden Antworten habe ich erhalten:

### **DAK (per E-Mail):**

Sehr geehrter Herr Weigel, die Nutzung von mindestens 4 Stunden pro Nacht wurde mit unseren Vertragspartnern als Richtwert vereinbart. Bei einer Nutzung unter 4 Stunden pro Nacht kann aber die jährliche Verlängerung mit einem Rezept vom Facharzt beantragt werden, in dem bestätigt wird, dass die Therapie weiterhin medizinisch erforderlich ist. Mit freundlichem Gruß

### **IKK-Classic (E-Mail)**

Sehr geehrter Herr Weigel,

Ihre Anfrage bezüglich der Schlafapnoe-Therapie habe ich erhalten und möchte diese auch gerne beantworten.

Um eine wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, ist bei der Verordnung der Schlafapnoetherapiegeräte ein gewisser Therapieerfolg nachzuweisen.

Dies erfolgt in der Regel durch die regelmäßige Nutzung der Geräte durch den Patienten.

Hierfür wurde nach Rücksprache mit behandelnden Ärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eine durchschnittliche Wochennutzung festgelegt, die für den Patienten und den Therapieerfolg realistisch ist.

Wird dieser Nutzungswert erreicht, wird die Schlaftherapie durch die IKK classic befürwortet.

Sollte der Patient das Gerät geringer als die geforderten Nutzungsstunden nutzen, besteht für ihn die Möglichkeit die medizinische Notwendigkeit des Gerätes auch bei der geringen Nutzung medizinisch bestätigen zu lassen.

In diesem Fall wird die Weiterführung der Schlaftherapie durch den MDK beurteilt.

Entsprechend dem Ergebnis der Beurteilung wird dann das Gerät befürwortet oder abgelehnt.

Um den Therapieerfolg langfristig nachzuweisen, werden die Betriebsstunden durch die IKK classic in regelmäßigen Abständen (aktuell zwei Jahre) abgefragt.

Ich hoffe Ihnen mit meinen Ausführungen weitergeholfen zu haben und stehe Ihnen für weitere Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüße

### **Continentale-BKK**

... Es ist richtig, dass eine Auswertung der Therapiestunden erfolgt, um eine regelmäßige Nutzung des Gerätes nachvollziehen zu können. Die Schlafapnoegeräte werden in der Regel durch unsere beratenden Ärzte (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) geprüft.

Es gibt Begutachtungsrichtlinien (Studien) seitens des Medizinischen Dienstes, in denen u.a. Stellung zu den Therapiestunden genommen wird.

Sollte ein Versicherter das Gerät weniger als 4 Stunden nutzen, werden wir unseren Versicherten nach den Gründen der geringen Nutzung fragen.

Bei weiteren Fragen rufen Sie mich gern an.

Mit freundlichen Grüßen  
Team Hilfsmittelversorgung  
Continentale Betriebskrankenkasse

### **R+V Betriebskrankenkasse (E-Mail)**

Guten Tag Herr Weigel,

gerne beantworte ich Ihnen Ihre Fragen.

Gemäß der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin kann die nächtliche Hypoventilation unter CPAP-Therapie beseitigt oder vermindert werden. Demnach treten die Hypoventilationen dann auf, wenn der Patient schläft. Geht man bei Erwachsenen von einer durchschnittlichen Schlafdauer von 7 Stunden aus, sollte die Mindestnutzungsdauer eigentlich höher ausfallen. Da es jedoch vorkommen kann, dass das Gerät aus bestimmten Gründen (z.B. Infekt) kurzzeitig nicht genutzt wird, oder Versicherte weniger als 7 Stunden schlafen, haben wir die "Mindestnutzungsdauer" auf 4 Stunden festgelegt. Wir gehen davon aus, dass es im Interesse unserer Versicherten ist, die von uns zur Verfügung gestellten Geräte auch hinreichend zu nutzen um entsprechende Hypoventilationen möglichst zu vermeiden.

Liegt die durchschnittliche Nutzungsdauer nach den ersten 6 Monaten unter 4 Stunden, so hinterfragen wir die Gründe hierfür beim Leistungserbringer bzw. beim Versicherten. Sind die Gründe für uns nachvollziehbar z.B. Infekt oder die Maske hat nicht gepasst, verbleibt das gerät beim Versicherten und zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt eine erneute Abfrage der Betriebsstunden. Unser Ziel ist es nicht dem Versicherten das Gerät weg zu nehmen, sondern ihm vielmehr unterstützend zur Seite zu stehen und ihm bei Problemen zu helfen.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße

**SECURVITA (E-Mail)**

... Die 4 Stunden sind bei einer Verordnung einer Anschlussversorgung eine relevante Größe der sog. Compliancekriterien. Bei einer Verordnung einer sog. Folgepauschale zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den laufenden Verträgen zur Abrechnung der Leistung zu prüfen, ob das Gerät genutzt wird. Die 4 Stunden sind dabei ein ermittelter Wert, der Auskunft über den Nutzen im Rahmen des zu deckenden Erforderlichkeitsrahmens gibt. Wendet ein Nutzer das Gerät unter 4 Stunden täglich an, kann uU die Notwendigkeit der Versorgung in Frage gestellt werden.

Es handelt sich also um einen Wert, der Aussage über die Notwendigkeit der Versorgung im Rahmen einer Folgepauschale gibt.

Ich hoffe ich konnte Ihre Frage beantworten.

Mit freundlichen Grüßen

SECURVITA Krankenkasse

**KKH: (Telefonat)**

Die Sachbearbeiterin wusste nicht, ob es Studien zum Thema gibt, aus denen hervorgeht, warum gerade 4 Stunden Nutzungsdauer als Grenzwert der täglichen Nutzung vorausgesetzt werden.

Die Versorger haben den Auftrag, jährlich bei den Kunden nachzufragen, ob alles in Ordnung ist, ggf. Zubehör- und Ersatzteilbestellungen aufzunehmen. Alle zwei Jahre werden die Nutzungsstunden und Nutzungstage ausgelesen bzw. die Patienten angeleitet, wie dies zu erfolgen hat.

Wird die tägliche Nutzungsdauer erheblich unterschritten, wird ggf. vom Arzt eine Bescheinigung darüber angefordert, dass auch bei regelmäßig geringerer Nutzungsdauer als 4 Stunden trotzdem ein Therapieerfolg eingetreten ist.

Dann verbleibt das Gerät weiterhin beim Patienten. Die Krankenkasse ist sehr daran interessiert, dass die Therapie regelmäßig fortgesetzt wird.

Es kommt sehr häufig vor, dass Patienten die Therapie nach anfänglich sehr regelmäßiger Nutzungsdauer nach und nach verringern, weil z.B. andere Lebensumstände eingetreten sind, die eine regelmäßige Nutzung umständlich erscheinen lassen, wie z.B. bei einem Partnerwechsel.

Hier wird versucht, dem Patienten den Therapienutzen zu erläutern und ggf. auch ein wenig Druck aufzubauen, die Therapie fortzusetzen, indem damit "gedroht" wird, das Gerät wegzunehmen.

Eine Wegnahme des Geräts erfolgt nicht so ohne Weiteres. Erst wird der Arzt eine Therapie nicht mehr befürwortet bzw. wenn trotz Aufforderung beim nächsten Mal das Gerät immer noch nicht benutzt wird, wird es zurück genommen.

**Bahn-BKK: (Telefonat)**

Die Sachbearbeiterin war sehr nett.

Die Bahn-BKK erhält in der Regel vom Schlaflabor eine 10-stellige Hilfsmittelnummer. Aus dieser geht hervor, welches Gerät exakt verordnet wurde.

Die Kasse unterhält einen kleinen Gerätepool und schaut dort nach, ob ein Gerät mit exakt dieser Hilfsmittelnummer zufällig vorhanden ist.

In der Regel ist das nicht der Fall.

Deshalb erhält ein Versorger, der mit der Krankenkasse einen Versorgungsvertrag hat (derzeit Heinen und Löwenstein, Vitalair und Resmed), den Auftrag, den Patienten mit den verordneten Geräten und Zubehöerteilen zu versorgen.

Den Versorger kann sich der Patient dabei nicht aussuchen; dieser wird von der Kasse bestimmt.

Es gibt eine zunächst 6monatige Erprobungsphase. Hier wird der Versorger gefragt, ob der Patient die Therapie durchgeführt hat.

In der Regel wird der Versorgungsvertrag dann um 2 Jahre verlängert.

Die Kasse interessiert sich nicht für die Nutzungsdauer. Es wird grundsätzlich nicht danach gefragt.

Die Mitarbeitern berichtete, dass die Patienten sich oftmals an die Kasse wenden, wenn sie mit Geräten oder Zubehöerteilen nicht klar kommen. Die Patienten werden dann grundsätzlich an den Versorger oder den Arzt verwiesen.

Interessant war, dass die Sachbearbeiterin nichts von der Existenz von Selbsthilfegruppe wusste. Sie fand das ganz prima und versprach, künftig zumindest mal den Tipp weiter zu geben, dass Selbsthilfegruppen existieren und man sich an diese wenden könne.

**Techniker-Krankenkasse**

....Für eine Bewilligung eines Schlaftherapiegerätes ist für uns eine ärztliche Verordnung maßgebend. Eine Abhängigkeit von der Inanspruchnahme von einer gewissen Stundenzahl besteht nicht. Deshalb erfragen wir diese nicht. Ebenso können wir Ihnen auch nicht mitteilen, was die Basis dieser Stundenzahl bildet.

Freundliche Grüße

Techniker Krankenkasse

Fachreferat Hilfsmittel

**Die Schwenninger**

...ich wende mich an Sie um Ihre Frage zum Thema Therapiedauer zu beantworten.

Die tägliche Nutzungsdauer von mindestens 4 Therapiestunden (nicht Betriebsstunden), ist eine Information vom Medizinischen Dienst und meines Wissens auch in den entsprechenden Beatmungsleitlinien benannt.

Im Sinne der erfolgreichen Therapie erfragen auch wir den Wert beim Patienten, bzw. ist dies in einzelnen Verträgen dem Leistungserbringer auferlegt.

Sofern der Patient gravierend unter dieser Therapiedauer liegt weisen wir auf die Einhaltung der erforderlichen Zeiten hin, mögliche Versorgungsprobleme wie z.B. Maskenprobleme werden in diesem Zusammenhang gelöst um die Zeiten zu erhöhen.

Gerne können wir weitere Details auch in einem Telefonat besprechen.

Grüße

Die Schwenninger Krankenkasse

#### **Herr Rentmeister vom AVSD schreibt dazu:**

....Mit der Mindestnutzungsdauer pro Nacht hat es allerdings seine Richtigkeit. Es gibt einige (seriöse) wissenschaftliche Untersuchungen, die eindeutig belegen, dass die Therapie erst ab einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 4,75 Stunden und sogar über 5 Stunden erfolgreich sein kann. Deshalb geben sich auch die wenigsten KK mit nur 4 Stunden zufrieden. Viele erwarten 4,5 Stunden und mehr. Denn die gesetzlichen Krankenkassen dürfen Therapien eigentlich nur bezahlen, wenn ein nachhaltiger Erfolg damit verbunden ist. Bisher haben nach meinen Erfahrungen aber alle Krankenkassen Nachfristen gewährt, wenn eine dauerhafte Unterschreitung der Mindeststundenzahl vorlag. Vor allen Dingen im ersten Jahr der Therapie oder nach besonderen Ereignissen.

Wenn Betroffene die Mindeststundenzahl nach einer, ggf. auch längeren, Anlaufzeit nicht schaffen, muss unbedingt die Ursache geklärt werden. Meiner Erfahrung nach liegt es oft auch an der mangelnden Aufklärung sowohl über die Therapie selbst oder die Handhabung. Hin und wieder kam es zu Ablehnungen, weil man ein Automatik-Gerät nicht „ertrug“ oder die Bandbreite des Drucks zu groß war. Ich habe dann nicht selten mit dem Schlaflabor einen Deal gemacht und den Betroffenen mit einem mittleren konstanten versorgen lassen (oder kleinere Bandbreite). Das Schlaflabor muss da natürlich mitmachen. Einerseits lehnt man das vielleicht aus „medizinischen Gründen“ nicht zu Unrecht ab. Andererseits ist das normalerweise ein zusätzlicher Aufwand, der nicht bezahlt wird. Fließschnupfen ist ebenfalls hin und wieder ein Hinderungsgrund. Der lässt sich aber in normalerweise mit einem beheizbaren Schlauch beheben. Dieser wiederum wird dann meistens nicht von den KK bezahlt (Sieht man als Komfortelement an. Viele Mediziner sehen dies übrigens ebenso).

#### **Da sich einige Krankenkassen auf den MDK (Medizinischen Dienst der Krankenkassen) beziehen, habe ich mir die „Arbeitshilfe Schlafbezogene Atmungsstörung, erstellt durch die Sozialmedizinische Expertengruppe „Versorgungsstrukturen“ (SEG-3) der MDK-Gemeinschaft“ heraus gesucht. Hier heißt es unter Punkt 4.3 Schlafbezogene Atmungsstörungen und Arbeitsunfähigkeit:**

Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist einerseits die Schwere des Schlaf-Apnoe-Syndroms, andererseits der bereits erzielte und - prognostisch - erzielbare Therapieerfolg zu berücksichtigen. In sehr vielen Fällen kann die typische apnoe-spezifische psychophysische Symptomatik durch eine nächtliche Überdrucktherapie in kurzer Zeit beseitigt oder zumindest so weit gebessert werden, dass eine Beendigung der Arbeitsunfähigkeit möglich ist. Falls die AU nach der polysomnografischen Therapieeinstellung und Versorgung mit einem Therapiegerät mehr als einige Wochen fortbesteht und die spezifischen Krankheitssymptome nicht hinreichend gebessert sind, **kann dies** auf eine insuffiziente Druckeinstellung oder **auf Compliance-Probleme** (Akzeptanzprobleme) **hindeuten**. Wenn in diesen Fällen der Versicherte aufgefordert wird, zu einem angesetzten Begutachtungstermin das Behandlungsgerät mitzubringen, kann die regelmäßige Nutzung anhand des Betriebsstundenzählers überprüft werden. **Ist die Nutzung des Hilfsmittels ausreichend (durchschnittlich mindestens 5 Std. pro Tag an 5 Tagen der Woche seit Übergabe) und wird die Überdrucktherapie gut vertragen**, sollte möglichst kurzfristig durch eine erneute ambulante Registrierung über die Notwendigkeit einer Druckanpassung (unter polysomnografischer Kontrolle) entschieden werden. Wurde das Gerät nur unzureichend genutzt, ist den zugrundeliegenden Akzeptanzproblemen nachzugehen.