

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS) zur aktuellen Versorgungssituation mit Unterkieferprotrusionsschienen (UPS) zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe des Erwachsenen

Mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 23.02.2021 ist der Beschluss des G-BA zur vertragsärztlichen Versorgung mittels Unterkieferprotrusionsschienen (UPS) zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) rechtskräftig.

Vor dem Hintergrund der evident gewordenen Unsicherheiten und Probleme bezüglich Durchführung und Auslegung des Beschlusses auf Basis der Anlage I Nummer 36 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) und der Schwierigkeiten in der Versorgungsqualität, die im weiteren Verlauf skizziert werden, nehmen die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) und die Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS) wie folgt Stellung.

Diskrepanz zwischen Leitlinien-gerechter Versorgung und Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL)

Zurzeit besteht in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit OSA eine grundlegende Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der Leitlinie zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen (Teil-Aktualisierung S3-Leitlinie Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, AWMF-Registernummer 063-001) und der MVV-RL. In der Leitlinie werden Überdrucktherapie (PAP)-Therapie und UPS bei leicht- bis mittelgradiger OSA als Erstlinientherapie geführt. In der MVV-RL hingegen ist die UPS grundsätzlich als Zweitlinientherapie vorgesehen, obwohl der zugrundeliegende Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG Bericht Nr. 881) auf Basis der vorliegenden Literatur zum Schluss kommt, dass die Therapie mittels UPS in Bezug auf die Reduktion der Tagesschläfrigkeit als wichtigstem Outcome-Parameter der PAP-Therapie nicht unterlegen ist und auch bei anderen patientenrelevanten Endpunkten kein relevanter Nachteil der UPS gegenüber der PAP-Therapie gezeigt werden konnte. Bei vorhandener Therapieindikation und insbesondere bei vorhandener Tagesschläfrigkeit sollte die UPS deshalb bei geeigneten Patientinnen und Patienten auch als Erstlinientherapie angewendet werden dürfen.

Die in der Richtlinie geforderte Bedingung der nicht erfolgreichen Durchführbarkeit einer PAP-Therapie für eine Indikationsstellung zur Behandlung mit einer UPS ist wissenschaftlich nicht begründbar und steht einer partizipativen Entscheidungsfindung entgegen. Darüber hinaus fehlen belastbare Daten, ab wann ein PAP-Therapieversuch gescheitert ist, insbesondere, wie viele Masken- und Druckapplikationsanpassungen hierfür notwendig sind¹. Infolge der Zeitverzögerungen und den damit verbundenen Belastungen für die Patienten droht bei PAP-Intoleranz das Risiko von Therapieabbrüchen, ohne dass alternative Verfahren eingesetzt werden.

Verordnung derzeit nur durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit Genehmigung zur Polysomnographie

Jede Entscheidung zur apparativen Diagnostik und/oder Therapieeinleitung bei Verdacht auf eine OSA beruht auf komplexen ärztlichen Überlegungen und erfordert eine fundierte schlafmedizinische ärztliche Kompetenz. Die genannte MVV-RL sieht vor, dass nur Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,

die über eine Genehmigung oder Ermächtigung nach Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß Paragraf 135 Abs. 2 SGB 5 zur Diagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörung (Abschnitt C: Genehmigung zur Polysomnographie (PSG)) durch die kassenärztliche Vereinigung verfügen, eine Verordnung einer UPS veranlassen dürfen. Nur wenige Ärzte und Ärztinnen verfügen über eine solche Genehmigung mit z.T. nur einstelligen Zahlen von Ärztinnen und Ärzten in manchen Bundesländern². Dies erschwert den Zugang zu dieser Therapieform. Um diesem Engpass entgegenzuwirken, ist es aus Sicht der DGSM und der DGZS dringend erforderlich, dass auch Vertragsärztinnen und -ärzte mit der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin oder dem Qualifikationsnachweis Somnologie der DGSM die Indikation zur Therapie mittels einer UPS stellen können, unabhängig davon, ob sie eine Genehmigung oder Ermächtigung zur Durchführung der PSG besitzen.

Für die medizinisch korrekte Indikationsstellung einer UPS ist aus unserer Sicht die schlafmedizinische Qualifikation entscheidender als eine formale Genehmigung zur Durchführung einer ambulanten PSG, da für die Erlangung der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin oder des Qualifikationsnachweises Somnologie inhaltlich und fachlich deutlich höhere Kriterien angesetzt werden, als für die Genehmigung zur Durchführung der PSG. Dieses würde grundsätzlich zu einer verbesserten Versorgungsqualität beitragen und den Zugang zu dieser Therapieform erleichtern.

In der Realität findet die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe derzeit außerdem in erheblichem Umfang in Einrichtungen statt, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (z.B. stationär arbeitende Schlaflabore an Kliniken) und trotz entsprechender Qualifizierung nicht verordnen dürfen. Die Weiterversorgung dieser Patientinnen und Patienten bleibt ungeklärt bzw. erfordert, obschon eine qualifizierte Stellungnahme bereits vorliegt, die Vermittlung des Patienten an eine/n Vertragsärztin oder Vertragsarzt. Dies kostet nicht nur Zeit, sondern auch unnötig Ressourcen. Eine Klärung in Bezug auf der Versorgung mit einer UPS im nicht-vertragsärztlichen Bereich ist damit naheliegend und aus Sicht der DGSM dringend erforderlich.

Qualifikation von in die Behandlung involvierter Zahnärztinnen und Zahnärzte

Während, wie dargestellt, die persönlichen Qualifikationen und die notwendigen Genehmigungen auf Seite der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dezidiert geregelt sind, gibt es keine Vorgaben hinsichtlich der persönlichen Qualifikation der Vertragszahnärztinnen bzw. Vertragszahnärzte. Auch dies widerspricht den Empfehlungen der Fachgesellschaften, die fordern, dass die an der Versorgung beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte über eine schlafmedizinische Qualifikation verfügen (Bsp. Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS)). Schlafmedizinische Inhalte sind nicht regelhaft Bestandteil der zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung, sodass Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ohne zusätzliche Qualifikation nicht in jedem Fall über die notwendigen Kenntnisse in Bezug auf das Management der Patientinnen und Patienten mit schlafmedizinischen Erkrankungen verfügen. Seitens des Zahnarztes/ der Zahnärztin sind insbesondere Kenntnisse zu den zahnmedizinischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie, zu zahnmedizinischen Indikationsbegrenzungen und zur Prävention und dem Management der häufigen Nebenwirkungen notwendig.

Die aktuelle Regelung führt somit zu potenziellen Qualitätsdefiziten in der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten und zu einer ineffizienten Nutzung von Ressourcen durch vermeidbare Therapieabbrüche.



Bei der Versorgung mittels UPS ist es entscheidend, dass eine adäquate schlafmedizinische Überprüfung der Therapie stattfindet. Die Einleitung einer PAP-Therapie erfolgt regelhaft im Rahmen einer PSG, sodass unmittelbar eine Wirksamkeitskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen möglich ist. Im Rahmen der Implementierung einer Therapie mit UPS ist verfahrensbedingt keine unmittelbare Überprüfung der therapeutischen Wirkung möglich. Sie muss durch den Vertragszahnarzt oder die Vertragszahnärztin obligatorisch bei einem Vertragsarzt oder einer Vertragsärztin bzw. eine Schlafmedizinerin oder einen Schlafmediziner nach Abschluss der patientenindividuell unterschiedlich lange dauernden Eingewöhnungs- und ggf. Titrationsphase angebahnt werden, ist aber bisher keine verpflichtende Vorgabe. Dies birgt das Risiko einer inadäquaten Behandlung. Aus diesem Grund vertreten die DGSM und die DGZS die Auffassung, dass die schlafmedizinische Therapiekontrolle bei der Behandlung der OSA mit einer UPS sicherzustellen ist.

Zusammenfassung/Ausblick:

Aus Sicht der DGSM und der DGZS ist deshalb eine grundlegende Überarbeitung und Konkretisierung der genannten Beschlüsse unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien zeitnah erforderlich, um Klarheit und Sicherheit für Patientinnen und Patienten und Behandlerinnen und Behandler sicherzustellen und die Versorgungsqualität zu verbessern.

¹ Fietze I, Ficker JH, Heiser C et al. Wenn CPAP nicht genutzt oder nicht vertragen wird – Vorschlag für eine standardisierte Terminologie. Somnologie 24, 102–105 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11818-020-00233-0>

² Stuck BA, Spiegelhalter K. Schlafmedizinische Qualifizierung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Somnologie 2021;25:212-20