HNO-ärztliche Operationen bei Kindern mit (V.a.) schlafbezogene Atemstörungen

Stellungnahme BDA und WAKKA (DGAI), Stand 11.05.2023

Der seit Jahresbeginn 2023 geltende neue AOP-Vertrag wurde mit einer Liste von Anhängen ergänzt, deren Inhalt eine Begründung für die stationäre Durchführung von eigentlich ambulant zu erbringenden Operationen rechtfertigt („Kontextfaktoren“).

Einer dieser Kontextfaktoren betrifft das Lebensalter von Kindern, die „untere Altersgrenze“ ist bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres angegeben, was als Kriterium zur Rechtfertigung einer stationären Leistungserbringung dienen soll. Daraus abzuleiten, dass die im AOP-Katalog aufgelisteten Operationen bei Kindern im Alter über 1 Jahr stets ambulant zu erbringen sind, außer Kontextfaktoren sprechen dagegen, ist falsch. Der sich zurzeit abzeichnenden Prüfpraxis des MD zur stationären Tonsillotomie muss widersprochen werden.

In den tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der **Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL): Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen und bei rezidivierender akuter Tonsillitis** (https://www.g-ba.de/beschluesse/3489/) wird eindeutig darauf hingewiesen, dass eine Überwachung des operierten Patienten auch über Nacht notwendig sein kann:

Insbesondere kann bei Patientinnen und Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom aufgrund der Tatsache, dass es sich bei der Tonsillotomie um einen Eingriff im Rachenraum handelt und damit schwerwiegende Komplikationen wie Blutungen und Ödeme einhergehen können, eine längere Überwachung (ggf. über Nacht) erforderlich sein.

Ebenfalls hat sich der G-BA auch zur längeren Überwachung (ggf. über Nacht) und damit zur stationären Leistungserbringung geäußert: **Beschluss: Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung: Tonsillotomie bei Hyperplasie der Tonsillen und bei rezidivierender akuter Tonsillitis** (https://www.g-ba.de/beschluesse/3490/).

Neben Obstruktiver Schlafapnoe/ Obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSA/OSAS) können auch andere Gründe eine Übernachtbetreuung der Patienten rechtfertigen und müssen nicht Inhalt der dem AOP-Vertrag beiliegenden Kontextfaktoren sein. Der Facharztstandard und die Leitlinien der Fachgesellschaften sind maßgeblich und können zur Begründung für die stationäre Durchführung herangezogen werden. Zur besseren Auseinandersetzung mit dem MD müssen diese Gründe genau genannt und dokumentiert sein und proaktiv gemeldet werden.

In diesem Zusammenhang sei auf die AWMF-S1-Leitlinie der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGAI, DGHNOKHC und DGSM verwiesen: **S1-Leitlinie Obstruktive Schlafapnoe im Rahmen von Tonsillenchirurgie mit oder ohne Adenotomie bei Kindern – perioperatives Management:**

3. Konsentierte Empfehlung (starker Konsens 8/8):
Kinder zur Tonsillenchirurgie mit oder ohne Adenotomie mit gesicherter oder vermuteter OSA und gleichzeitigem Vorliegen von relevanten Komorbiditäten/Risikofaktoren (Tabelle 1) sollen stationär in einer Klinik mit den Fachbereichen Anästhesiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Intensivmedizin behandelt werden.

Tabelle 1: Relevante Komorbiditäten/Risikofaktoren für perioperative Komplikationen nach Tonsillenchirurgie mit oder oder Adentomie modifiziert nach [16,18]

Adipositas
Alter < 3 Jahre
Atemanstriebsstörungen
Chiari-2-Malformation
Chronische Lungenerkrankungen
Herzfehler oder kardiale Beteiligung infolge OSA (Rechtsherzinsuffizienz)
Kraniofaziale Fehlbildungen
Kritische postoperative Ereignisse im Aufwachraum innerhalb 2 Stunden
Mukopolysaccharidosen
Muskuloskelettale Erkrankungen
Neuromuskuläre Erkrankungen
Prader-Willi-Syndrom
Sichelzellanämie