



BEATMUNG IM AG-DRG-SYSTEM 2020



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen





Liebe Leser,

das neue DRG-System 2020 hat wieder einmal vielfältige Änderungen für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen mit sich gebracht. Neben den Aktualisierungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS für die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren bestimmen im Wesentlichen auch die geänderten Rahmenbedingungen die Abrechnungsrealität des Jahres 2020.

Neben anderen gesetzlichen Änderungen, wie der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem nunmehr „aG-DRG-Sys-

tierenden und überwiegend administrativ orientierten Regelung den Änderungen zugrunde gelegen hat.

Mit den Darstellungen und Erläuterungen dieses Heftes wollen wir die Aspekte der überarbeiteten Kodierrichtlinie ebenso nahebringen, wie die aktuellen Definitionen und Anpassungen für den im Jahr 2019 erstmalig in den OPS-Katalog eingeführten OPS-Kode für das Weaning (8-718 ff.). Letztlich ist zu erwarten, dass die für die zählbaren Beatmungszeiten relevanten Beatmungsdauern in vielen Fällen eine nicht unerhebliche Reduktion mit entsprechender Auswirkung auf den aG-DRG-Erlös nach sich ziehen werden. Hier ist jede Klinik individuell gefragt, die Auswirkungen auf das kommende Wirtschaftsjahr durch geeignete Maßnahmen zumindest annähernd abzuschätzen.

Vor dem Hintergrund der immer komplexer werdenden Gesamtsituation wollen wir Ihnen mit diesem Heft eine kurze Zusammenfassung der relevanten Sachverhalte an die Hand geben, welche auch den klinischen Mitarbeitern in den beatmenden Einrichtungen einen ausreichenden Überblick über die geänderte Situation verschafft.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und hoffen, etwas mehr Klarheit in diese, in ihren Auswirkungen sicher recht erhebliche Situation bringen zu können.

Neue Kodierrichtlinie und Änderungen zum Weaning-OPS-Kode in 2020

tem“ genannten Abrechnungssystem, der Verschärfung der Bedingung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und der Verabschiedung des MDK-Reformgesetzes einschließlich der vorläufigen Prüfverfahrensvereinbarung stellt die Änderung der Kodierrichtlinie 1001s neue Herausforderungen bei der Ermittlung der Gesamtbeatmungszeit bei maschineller Beatmung dar.

Diese Änderung ist die erste seit Veröffentlichung des G-DRG-Systems 2009, wobei hier der Grundgedanke einer die zunehmenden juristischen Streitigkeiten redu-

8-718 Beatmungsentwöhnung bei maschineller Beatmung

HINWEIS:

Diese Codes sind nur für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben. Unter Beatmungsentwöhnung (Weaning) ist der Prozess der strukturierten Modifikation von Beatmungsparametern mit dem Ziel der Beendigung einer Beatmung zur Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Beatmung zu verstehen.

Ein Kode aus diesem Bereich ist auch anzugeben, wenn die Entwöhnung fehlgeschlagen ist und z.B. die (Wieder-) Einstellung

auf eine häusliche maschinelle Beatmung erfolgt.

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung einschließlich beatmungs-freier Intervalle mehr als 95 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt und wenn ein strukturierter Entwöhnungsprozess mit täglicher dokumentierter leitliniengerechter Evaluation der Entwöhnungsbereitschaft des Patienten erfolgt.

MINDESTMERKMALE:

Mindestens ein täglicher dokumentierter Spontanatmungsversuch (dieser kann mit oder ohne Atemunterstützungsverfahren (z.B. CPAP oder HFNC) und mit oder ohne Sauerstoffin-sufflation erfolgen) oder schriftliche Begründung bei Nichtdurchführung oder Versagen des täglichen Spontanatmungsversuches.

MINDESTANFORDERUNGEN PRO BEHANDLUNGSTAG:

Erhebung der Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft. Erhebung eines Sedierungsscores (z.B. Richmond Agitation-Sedation Scale) und Festlegung eines Sedierungsziels. Verfügbarkeit von Physiotherapie und Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten.

DOKUMENTATION

MINDESTENS ALLE 8 STUNDEN:

Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂ Messung). Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, FiO₂ oder O₂-Fluss), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen. Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen.

Als Behandlungstage gelten alle Tage ab Beginn der Beatmung, an denen mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt.

Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen.

Tage ohne eine (intermittierende) maschinelle Beatmung sind nicht zu zählen. Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.)

VORBEMERKUNG:

Der OPS-Kode 8-718 entfaltet auch für das DRG-Jahr 2020 keine Gruppierungsrelevanz. Damit führt der mit der sachgerechten Dokumentation der für die Kodierung notwendigen Befunde, Geräteeinstellungen und Prozesse auch weiterhin nicht zu einer Beeinflussung des Erlöses. Angesichts der Tatsache, dass der Kode im Jahr 2019 erstmalig kodiert werden konnte, steht eine Gruppierungsrelevanz auch erstmalig für das Jahr 2021 zu erwarten. Insofern kann für das Jahr 2020 die Kodierung und auch die Sicherstellung der einer MD-Prüfung standhaltenden Dokumentation für das 2020 nur empfohlen werden.

Es ist dringend anzuraten, den Weaning-OPS-Kode im Jahr 2020 sorgfältig zu dokumentieren und zu kodieren. Sollte es im darauf folgenden Jahr zu einer Vergütungsrelevanz kommen, ist es von erheblicher Wichtigkeit, hier bereits über eine fundierte Datengrundlage zu verfügen, welche ohne weitere Nacharbei-

ten an den Fällen des Vorjahres im Sinne einer Nachkodierung ein Übergangs-Grouping für die Budgetfindung ermöglicht. Gerade die hier relevanten Akten intensivmedizinischer Fälle stellt für eine solche Nachkodierung in aller Regel ein erhebliches Problem dar, welches begleitend zum Tagesgeschäft oftmals kaum noch lösbar sein wird.

Weiterhin bestehen Unsicherheiten in den Anforderungen der Dokumentation, wobei die Änderungen des OPS-Textes für 2020 einige dieser Probleme zumindest reduzieren werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass erst die praktische Anwendung vor dem Hintergrund einer gelebten Prüfpraxis die tatsächlichen Probleme zu Tage bringen wird und auch erst dann ein konstruktiver Anpassungsprozess der Definitionen und Voraussetzungen für die Kodierung angestoßen werden wird.

ÄNDERUNGEN DER DEFINITION IM OPS-KATALOG 2020

REGELUNGEN ZUM PATIENTENALTER

Während der Weaning-OPS-Kode im vergangenen Jahr in einer Stellungnahme der DGfM noch ausdrücklich auch für den Einsatz in der pädiatrischen Medizin und der Neonatologie vorgesehen sein sollte, wird über einen entsprechenden Hinweis für das Jahr 2020 geregelt, dass Kodes aus 8-718 nur für Patienten Anwendung finden dürfen, die bei 14. Lebensjahr vollendet haben. Damit wird nicht zuletzt dem Umstand Rechnung getragen, dass eine im Definitionstext geforderte leitlinien-gerechte Evaluation der Entwöhnungsbereitschaft bei Kindern und Neonaten aufgrund fehlender Leitlinien nicht realisierbar wäre. Im Falle einer Erlösrelevanz wären hier erhebliche Diskussionen mit dem Medizinischen Dienst anderenfalls zu erwarten gewesen.

8-718 FF. ERST BEI VOLLENDUNG DES 14. LEBENSJAHRESBEI AUFNAHME KODIERBAR!

UNTERE BEATMUNGSDAUER -GRENZE FÜR DIE KODIERUNG

Bereits im Vorjahr erfolgte die Festlegung, dass ein Kode aus 8-718 erst beim Erreichen einer Beatmungsdauer von mehr als 95 Stunden ggf. einschließlich in dieser Zeit bereits erfolgter Beatmungspausen zur Anwendung kommen darf. Hierbei war unklar, inwieweit hier eine zusammenhängende Beatmungsperiode oder auch diskontinuierliche Beatmungsintervalle bei der Erreichung der zeitlichen Untergrenze herangezogen werden sollten.

Mit dem Jahr 2020 wurde klargestellt, dass die mehr als 95 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen erbracht werden müssen. Damit entfallen Fälle, bei denen über einen längeren Zeitraum kumulativ zwar die Grenze von 96 Stunden erreicht wird, welche aber Pausen von teilweise mehreren Tagen zwischen den Beatmungsepisoden liegen.

BEATMUNGS-MINDESTDAUER VON 96 STUNDEN MUSS AN AUF EINANDERFOLGENDEN TAGEN ERREICHT WERDEN!

ATEMUNTERSTÜTZUNG WÄHREND DER BEATMUNGSPAUSEN

Textlich wurde mindestens ein täglicher dokumentierter Spontanatmungsversuch inklusive Atemunterstützung verlangt. Dieser Passus könnte dahingehend missinterpretiert werden, dass die Atemunterstützung hier unabdingbar für die Zählung der Pausenzeiten sei. Für das Jahr 2020 wurde der Text so modifiziert, dass der Einsatz eines Atemunterstützungsverfahrens und/oder eine Sauerstoffinsufflation fakultativ in den Pausenzeiten möglich ist, das Fehlen eines solchen Verfahrens aber keinen semantisch begründbaren Hinderungsgrund für die Berücksichtigung einer relevanten Pausenzeit darstellen kann.

ATEMUNTERSTÜTZUNG BZW. SAUERSTOFFGABE IN DEN BEATMUNGSPAUSEN KÖNNEN STATTFINDEN, SIND ABER NICHT ERFORDERLICH!

WEANINGPROTOKOLL UND MINDESTANFORDERUNGEN PRO BEHANDLUNGSTAG

In der Definition für das Jahr 2019 wurde ein Weaningprotokoll pro Behandlungstag mit der Mindestanforderung einer Dokumentation von Beatmungsstrategie, Sedierung und Monitoring für die Kodierung eines OPS-Kodes aus 8-718 gefordert.

Diese Anforderungen wurden für das Jahr 2020 gestrichen, allerdings sollte dieser Umstand nicht dazu verleiten, möglicherweise bereits etablierte Protokolle wieder zu verlassen und die Dokumentation zu reduzieren. Letztlich finden sich auch für das kommende Jahr wieder reichlich Mindestanforderungen, welche ohne den Begriff des Weaning-Protokolls direkt zu erwähnen, inhaltlich nur eine weitere Spezifizierung der Anforderungen ohne Lockerung der Voraussetzungen transportieren.

Gefordert werden eine Erhebung der Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft, die Erhebung eines Sedierungsscores und die Festlegung eines Sedierungsziels. Damit findet sich lediglich eine spezifischere Darstellung der Dokumentationsanforderungen.

WEANINGPROTOKOLL NICHT ABGESCHAFFT, SONDERN SPEZIFIZIERT!

PHYSIOTHERAPIE ALS NEUER BESTANDTEIL DER MINDESTANFORDERUNGEN

Neu werden für 2020 die Verfügbarkeit von Physiotherapie und die Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten gefordert. Dieser Passus erinnert an frühe Anforderungen auch anderer Komplexbehandlungen und mischt Strukturkriterien, wie die die Verfügbarkeit, und Prozesskriterien, wie die Anwendung, in einem Passus der Definition. Dabei ist der Begriff der Verfügbarkeit letztlich sehr wenig genau und setzt streng genommen keine höhere Hürde als die Möglichkeit eine Klinik auf interne oder externe Ressourcen der Physiotherapie zugreifen zu können. Personelle Mindestvoraussetzungen hinsichtlich Quantität und/oder Qualität werden nicht formuliert, ebenso findet sich keine Aussage zur zeitlichen Latenz. Damit bleibt unklar, wie z. B. mit Wochenenden und Feiertagen verfahren werden soll. Solange eine Erlösrelevanz des OPS-Kodes nicht gegeben ist, wird hier eine Klärung durch Verhandlungen mit dem MD vor Ort nicht stattfinden, eine Klärung im OPS-Text ist für das Jahr 2021 aber wünschenswert.

Die Anwendung nach den individuellen Möglichkeiten des Patienten hinsichtlich der Physiotherapie lässt ebenfalls Fragen offen. Zumindest lässt sich zwanglos die Notwendigkeit ableiten, an jedem Tag ohne Physiotherapie die medizinische Begründung für das Fehlen dieser geforderten individuellen Möglichkeiten zu dokumentieren.

PHYSIOTHERAPIE MUSS VORGEHALTEN WERDEN, DIE FEHLENDE MÖGLICHKEIT DES PATIENTEN ZUM SINNVOLLEN EINSATZ DER PHYSIOTHERAPIE MUSS IMMER BEGRÜNDET WERDEN!

REGELMÄSSIGE DOKUMENTATION VON BEATMUNGSPARAMETERN

Eine mindestens acht-stündliche Dokumentation wird für viele Parameter der Beatmung gefordert. Einige der Parameter müssen zusätzlich auch immer bei Änderungen der Geräteeinstellungen dokumentiert werden. Hier ist darauf zu achten, dass bei der Dokumentation von Sachverhalten im Rahmen der Kodierung des Weaningkodes und von Sachverhalten zur Begründung der Beatmungszeiten im Sinne der DKR keine Widersprüche oder Inkongruenzen entstehen.

Folgende Dokumentationsvorgaben werden mit dem OPS-Katalog 2020 gemacht:

Dokumentation	alle 8 h	Bei Änderung der Geräteeinstellungen
Gasaustauschparameter (z.B. pO ₂ , pCO ₂ , sO ₂) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO ₂ Messung)	X	
Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, FiO ₂ oder O ₂ -Fluss)	X	X
Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke)	X	X

Wichtig und aus anderen OPS-Kodes für Komplexbehandlungen bereits bekannt ist die Einhaltung der Zeitintervalle. Hier wird jede Überschreitung der Acht-Stunden-Grenze sicher zum Streichen des Tages für die Zählung der Weaning-Tage führen, wenn eine Gruppierungsrelevanz der OPS-Kodes für das Weaning etabliert sein sollte.

BEATMUNGSPARAMETER MÜSSEN STRENG NACH DEN ZEITLICHEN UND INHALTLICHEN VORGABEN DOKUMENTIERT WERDEN!

SONSTIGE ANFORDERUNGEN AN DIE KODIERUNG DES WEANING-OPS-KODES UNVERÄNDERT

Weiterhin gelten alle Behandlungstage ab Beginn der Beatmung, an denen mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, als zählbare Weaningtage im Sinne des OPS-Kodes. Tage, an denen kein Spontanatmungsversuch unternommen wurde und keine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt, sind nicht zu zählen. Damit ist klar, dass auch Tage ohne Spontanatmungsversuch auch bei Fällen zur Zählung kommen, bei denen aus der grundsätzlichen medizinischen Situation heraus ein Weaning in keiner Weise infrage kommt. Erfolgt eine Beatmungstherapie beispielsweise im Rahmen einer neurochirurgischen Behandlung, bei welcher nicht die pulmonale, sondern die neurologische Situation eine Fortführung der Beatmung über einen längeren Zeitraum erfor-

derlich macht, aus diesem Grund also auch keine Beatmungspausen im Sinne eines Spontanatmungsversuches möglich sind, führt die Dokumentation dieser Umstände auch zur Zählbarkeit der Beatmungstage als Weaningtage.

Lediglich bei nicht vorliegender medizinischer Begründung oder beim Fehlen der Dokumentation dieser Begründung fallen Tage der tatsächlichen Beatmung aus der Zählung als Weaningtage. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass eine Prolongierung des Weaning zum Erreichen höherer Beatmungszeiten spätestens nach der Einführung einer Erlösrelevanz für den Weaning-OPS nicht mehr ökonomisch attraktiv sein wird.

DOKUMENTATION INSBESONDERE VON HINDERUNGSGRÜNDEN FÜR EINEN SPONTANATMUNGS-VERSUCH BLEIBT ESSENZIELL!

Neuerungen der Zählung von Beatmungsstunden durch die DKR 1001s

ENTWICKLUNG DER ZÄHLUNG VON BEATMUNGSSTUNDEN

Die letzten Änderungen der DKR 1001s hinsichtlich elementarer Aspekte der Zählung von Beatmungsstunden und der Berücksichtigung beatmungsfreier Intervalle für die Ermittlung der Gesamtbeatmungszeit stammen aus dem Jahr 2009. Mit dieser Änderung erfolgte die Berechnung der berechnungsfähigen Pausenzeiten auf der Basis der Länge der Pausenzeiten in Abhängigkeit von der Gesamtbeatmungszeit.

Diese Neuerungen führten seinerzeit zu einer deutlichen Beruhigung der Diskussionen zwischen Kliniken und Kostenträgern, wobei Detailfragen immer wieder zu erheblichen Dissonanzen führten. Als Hauptpunkte der Auseinandersetzungen ließen sich folgende Punkte identifizieren:

- Frage nach einer notwendigen Dauer einer initialen Beatmung zur Rechtfertigung einer nachfolgenden Pause als berechenbares beatmungsfreies Intervall.
- Differenzierung von CPAP und CPAP/ASB mit der häufigen Forderung der Kostenträgerseite nach Gleichbehandlung der beiden Verfahren.
- Frage der Notwendigkeit eines medizinischen Weanings für die Berücksichtigung von Beatmungspausen im Rahmen der Berechnung der Gesamtbeatmungsdauer eines Behandlungsfalles.
- Medizinisch fragwürdiger Begriff einer „Gewöhnung“ an eine Beatmung als Voraussetzung einer Entwöhnung der Beatmung.

Letztlich haben auch die Deutschen Kodierrichtlinien seit 2009 nie einen Bezug auf den medizinischen Begriff des Weaning genommen. Damit waren alle Pausenzeiten, welche die Pausenlängen und die Gesamtbeatmungszeit formal berücksichtigten, für die Gesamtbeatmung zählbar. Eine minimale Initialbeatmungszeit wurde von den DKR ebenfalls nicht gefordert, sodass jede nicht zum Zweck einer Operation begonnene Beatmung unabhängig von ihrer Dauer zur Gesamtbeatmungszeit hinzuzuzählen war.

Für die Differenzierung von CPAP und dem Druck unterstützten Verfahren CPAP/ASB waren die DKR ebenfalls hinreichend exakt. Während das Druck unterstützte Verfahren hinsichtlich der Zählung von Beatmungsstunden analog zur invasiven Beatmung zu betrachten war, war für das reine CPAP eine Minstdauer der Durchführung von sechs Stunden pro Kalendertag erforderlich.

Trotz der mutmaßlich weitgehend zweifelsfreien Definition ergab die höchstrichterliche Rechtssprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichtes zunehmend eine für die Kostenträger positive Interpretation der Sachverhalte, sodass die Jahre 2018 und 2019 die notwendige Sicherheit für die Abrechnung der hochteuren und auch hoch vergüteten DRGs der Langzeitbeatmung weitgehend vermissen ließen.

ERHEBLICHE HISTORISCH GEWACHSENE PROBLEME BEI DER BERECHNUNG DER GESAMTBEATMUNGSZEIT ZWISCHEN KLINIKEN UND KOSTENTRÄGERN!

Jetzt neu!

WIR OPTIMIEREN IHRE PROZESSE

Während in der Vergangenheit die Steigerung von Erlösen durch Kodierstrategien und Lerneffekte vielfach die Grundlage für den Erfolg eines Krankenhauses bildete, sind die dadurch zu generierenden Effekte mittlerweile deutlich rückläufig. Das noch 2019 verabschiedete MDK-Reformgesetz stellt immer größere Hürden vor die Kodieroptimierung und hat mit den neu geschaffenen und den im Falle häufiger Rechnungsbeanstandungen ansteigenden Prüfquoten und Strafzahlungen in den Bereichen der nicht immer eindeutigen Kodierung komplexer Sachverhalte zu einer neuen Sensibilität von Kliniken gegenüber einer möglichen Beanstandung der eigenen Kodierung und Leistungserbringung geführt.

Trotzdem stehen steigende Kosten in den Krankenhäusern auch weiterhin nicht selten im eklatanten Widerspruch zu den realen Erlösen. Die Ursachen hierfür sind in der Regelmultifaktoriell und oftmals aus betriebsinterner Sicht kaum oder nicht zu identifizieren.

Auch ein gut organisierter und patientenorientierter Klinikbetrieb weist in aller Regel erhebliche Reibungsverluste innerhalb der Organisation auf. Gewachsene und historische Strukturen treffen dabei auf neue Anforderungen, sodass Prozesse nicht immer rund laufen. Diese Prozess-Schwächen beginnen dabei nicht selten bereits bei der Planung der stationären Behandlung und enden bei den



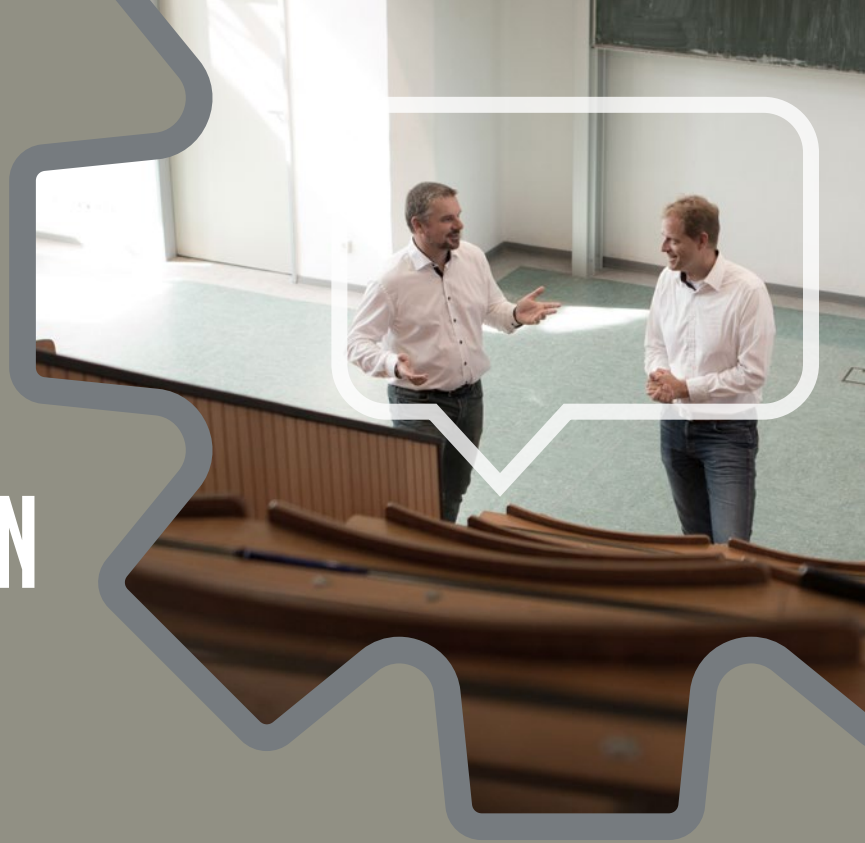
ORGANISATIONS- UND PROZESSBERATUNG

Prozessen der Abrechnung und des MDK-Managements. Sie werden oftmals durch die nicht eindeutige Festlegung von Verantwortlichkeiten und Ineffizienzen in interprofessioneller Kommunikation verschärft. Eingefahrene Abteilungsstrukturen, die durch eine ausgeprägte „Nicht-mein-Tisch-Mentalität“ zementiert werden, stehen einer effizienten und optimal strukturierten Organisation entgegen.

Sie vermuten erhebliche Schwächen in den Prozessstrukturen zur Leistungserbringung und Dokumentation und/oder in der Kodierung und Abrechnung von Leistungen in Ihrer Klinik? Sie befürchten erhebliche ökonomische Konsequenzen aus möglicherweise historisch gewachsenen Schnittstellenproblemen, Doppelstrukturen oder unklaren Zuständigkeiten?

Wir durchleuchten mit klinischer Erfahrung und langjähriger Routine in allen Bereichen des medizinischen Managements ihre relevanten Prozesse und Strukturen in allen Bereichen der Leistungserbringung, -abrechnung und -durchsetzung von A bis Z. Wir straffen Strukturen. Wir identifizieren Ihr Optimierungspotenzial und finden gemeinsam mit Ihnen und allen Beteiligten konstruktive Lösungen zur Verbesserung der Effizienz. Gerne begleiten wir Sie im Anschluss an eine ausführliche Schwachstellenanalyse natürlich auch bei der Restrukturierung der Prozesse.

Sprechen Sie uns an – gerne unterbreiten wir Ihnen an der Praxis orientierte Vorschläge für Ihr individuelles Restrukturierungsprojekt.

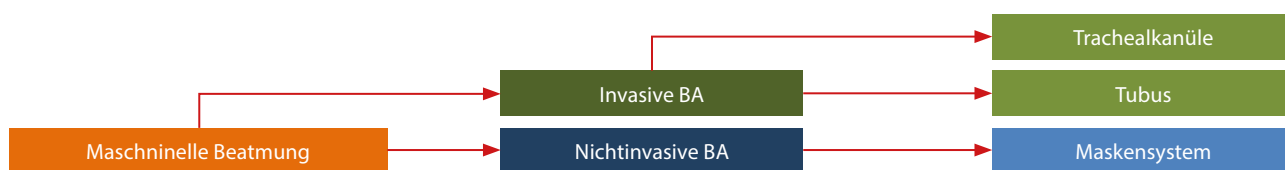


Änderungen der Definitionen in der DKR 1001s für die Zählung von Beatmungsstunden

BEATMUNGSFORMEN

Weiterhin existieren unterschiedliche Beatmungsformen und Formen der Atemunterstützung. Die maschinelle Beatmung gliedert sich gemäß konsequent in die invasiven und die nicht-

invasiven Beatmungen. Für die invasive Beatmung stehen Beatmungen über einen oro- oder nasotrachealen Tubus und über Trachealkanülen zur Verfügung.



Als Atemunterstützungsverfahren werden folgende Verfahren aufgeführt:

- CPAP Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck
- HFNC High flow nasal cannula
- HHFNC Humidified high flow nasal cannula

Diese Verfahren zählen explizit nicht zu den Beatmungsverfahren und sind ausschließlich in der pädiatrischen Beatmungsmedizin unter bestimmten Voraussetzungen zur Ermittlung der Gesamtbeatmungszeit hinzuzurechnen.

KLÄRUNG FÜR CPAP, (H)HFNC FÜR DIE BERECHNUNG DER GESAMTBEATMUNGSZEIT!

BEATMUNG IM SINNE DER DEUTSCHEN KODIERRICHTLINIEN

Abweichend zu den vorgehenden Versionen der Deutschen Kodierrichtlinien beschreiben die DKR 2020 die Voraussetzung für eine auf die Gesamtbeatmungszeit anrechenbare Beatmung so:

„Für die Berechnung von Beatmungsstunden bei Patienten, die das 6. Lebensjahr vollendet haben, sind nur Verfahren heranzuziehen, bei denen bei positiver Druckbeatmung eine Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht.“

Das bedeutet, dass ausschließlich Verfahren als Beatmungsverfahren im Sinne der DKR zu berücksichtigen sind, welche eine Druckunterstützung beinhalten. Dies gilt in der dargestellten Form für alle Fälle, bei

denen das 7. Lebensjahr erreicht wurde. Auch wenn hier eine entsprechende Darstellung in den DKR fehlt, ist aktuell davon auszugehen, dass hier das Alter bei stationärer Aufnahme relevant für die Betrachtung ist, damit eine unterschiedliche Zählweise während eines stationären Aufenthaltes für Fälle mit Überschreiten des 7. Geburtstages während der Behandlung nicht umgesetzt werden muss.

Zusätzlich muss eine Differenz von mindestens 6 mbar zwischen inspiratorischem und expiratorischem Druck vorliegen. Streng genommen wird hier das Bestehen eines solchen Druckgradienten verlangt, welches semantisch Bezug auf die tatsächlich anliegenden Druckwerte, demzufolge also die gemessenen Werte nimmt. Aus

Kreisen mit der Entwicklung des Texts befasster Personen wird berichtet, dass hier die am Beatmungsgerät eingestellten Werte Bezugsgröße für die Beurteilung der Erfüllung dieses Kriteriums sein sollen, aus der textlichen Darstellung geht dies nicht zweifelsfrei hervor.

Problematisch wird hier in der Praxis auch die Frage diskutiert, wie oft und zu welchen Zeiten die anliegenden oder eingestellten Druckwerte dokumentiert werden müssen. Während auf Seiten der Kliniken oftmals davon ausgegangen wird, dass hier Spitzenwerte in größeren Abständen für den Nachweis der zählbaren Beatmung ausreichend sein könnten, ist realistisch davon auszugehen, dass hier jeweils im Einzelfall vom MD eine das Maß

des Vorhandenen regelhaft überschreitende Dokumentation eingefordert werden wird.

Der Wert von 6 mbar findet in der Literatur der Beatmungsmedizin keine Basis, sodass hier von einem Ergebnis von Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung ausgegangen werden muss. Dieser Wert beinhaltet tatsächlich in der Praxis ein erhebliches Risiko für die Kliniken, insbesondere moderne Beatmungsverfahren für die Berechnung der Gesamtverweildauer einbeziehen zu können. Hier ist zu beachten, dass bei einem eingestellten PEEP von 5 mbar und einer inspiratorisch-expiratorischen Druckdifferenz von 6 mbar immerhin ein Spitzen-Beatmungsdruck von 11 mbar resultiert. Dies ist bei vielen Fällen, insbesondere auch beim Weaning, nicht realisierbar bzw. medizinisch nicht sinnvoll umsetzbar. Problem treten auch bei Fällen z. B. mit einer begleitenden ECMO-Behandlung auf. Hier erfolgt die ECMO begleitende Beatmung ohne nennenswerte Druckunterstützung,

sodass hier schwer kranke Fälle ohne adäquate Beatmungsdauer generiert werden.

Beatmungen sind auch Bestandteil der Zählung von intensivmedizinischen Komplexpunkten. Inwieweit nicht zählbare Beatmungszeiten im Sinne der DKR auch nicht mehr zur Zählung von Aufwand-punkten berechtigen ist aktuell noch Gegenstand der Diskussion.

Hier ist in den Kliniken aktuell intensiv zu prüfen, inwieweit sich die Zählung der Beatmungsstunden nach alter Systematik verändern wird und ob sich hier Verluste in welcher Höhe erwarten lassen. Erste Projekte mit vergleichender Zählung von Beatmungszeiten nach alter und neuer Systematik führten dabei zu einem Verlust von nahezu 20% der in der alten Logik zählbaren Beatmungszeiten mit relevanten Verlusten von Erlösen durch teilweises Unterschreiten der Mindest-Beatmungsgrenzen für die unterschiedlichen Langzeitbeatmungs-DRGs der Pre-MDC.

**NUR DRUCK UNTERSTÜTZTE VERFAHREN MIT EINEM MINDEST-DRUCKUNTERSCHIED VON 6 MBAR ZWISCHEN INSPIRATION UND EXPIRATION ZÄHLEN KÜNFTIG NOCH ZUR GESAMTBEATMUNGSZEIT HINZU!
KEINE KLÄRUNG, OB EINGESTELLTER ODER ABGELESENER DRUCKUNTERSCHIED RELEVANT SIND!
GROSSE PROBLEME FÜR VIELE MODERNE BEATMUNGSVERFAHREN SIND ZU ERWARTEN!
FRAGLICHE KONSEQUENZ FÜR DIE INTENSIVMEDIZINISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG!**

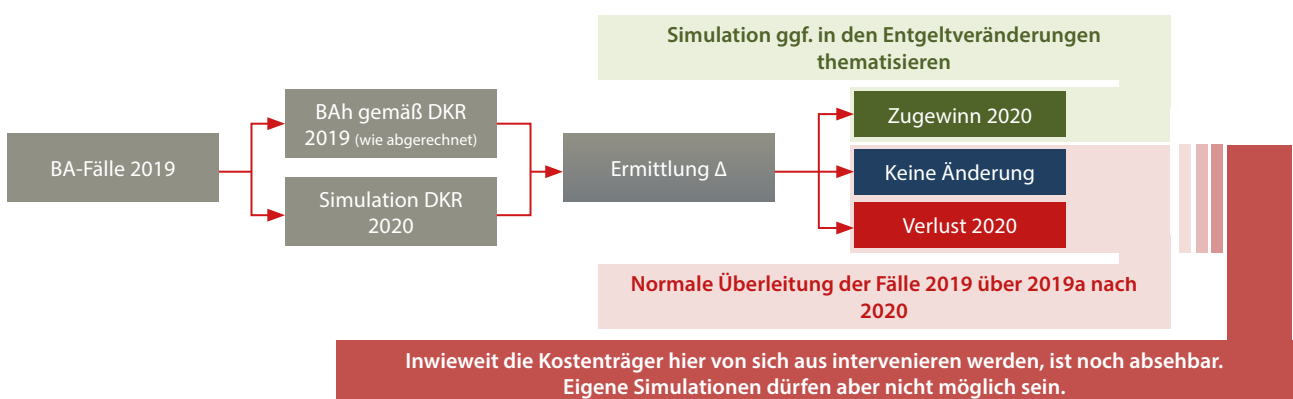
BEDEUTUNG FÜR DIE BUDGET-GESTALTUNG

Wie bereits dargestellt, kann sich die Leistungsmenge der Beatmungs-DRGs durch die Zählung gemäß der DKR 2020 erheblich verändern. Gewinne und Verluste gegenüber der bisherigen Zählweise sind

durchaus denkbar, wobei aktuell eher von zum Teil deutlichen Verlusten ausgegangen werden muss.

Auch wenn hier ggf. Verluste hingenommen werden müssen, welche aktuell noch nicht in die Verhandlungen des Budgets 2020 seitens der Kliniken eingebracht

werden können, so ist es doch zur realistischen Abschätzung der Leistungsentwicklung vor dem Hintergrund möglichst verlässlicher Wirtschaftspläne notwendig, die möglicherweise resultierenden Verluste an Casemixpunkten im Vorfeld zu simulieren und in die individuellen Berechnungen einfließen zu lassen.



JEDE KLINIK MUSS DIE AUSWIRKUNGEN DER NEUEN ZÄHLWEISE ANHAND DER EIGENEN DATEN ABSCHÄTZEN UND IN DER LEISTUNGSPROGNOSE UMSETZEN!

INTENSIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Die DKR 2020 verlangen abweichend zu den älteren Versionen für alle Beatmungsverfahren eine sogenannte „intensivmedizinische Versorgung“. Das bedeutet zunächst erst einmal nicht mehr, als dass eine Behandlung auf einer Intensivstation nicht zwingend erforderlich ist, sondern lediglich eine intensivmedizinische Versorgung nachgewiesen werden muss. Mit der Version 2020 versuchen die DKR, hier eine Definition dieses Begriffes zu realisieren:

„Beatmungsstunden sind nur bei „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten zu kodieren, das heißt bei Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.“

Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).“

Letztlich resultiert aus dieser Darstellung eine durchaus wenig fassbare und insbesondere justiziable Vorstellung von den Bedingungen, welche nach der Intention der Selbstverwaltung eine Grundlage für die Erfüllung dieses Kriteriums erforderlich sind.

Sowohl die Kriterien des Gesundheitszustands des Patienten, als auch die strukturellen Vorgaben für die Versorgung bleiben hinter der für eine spätere (gerichtliche) Auseinandersetzung erforderlichen Deutlichkeit erheblich zurück. Angesichts der tatsächlich kaum realisierbaren Anforderung für eine rechtssichere Ausgestaltung dieses Begriffes wäre möglicherweise ein Verzicht auf die Aufnahme dieser Voraussetzung in die DKR sinnvoller gewesen.

Es bleibt festzuhalten, dass eine Beatmung im Sinne der DKR auf einer entsprechend ausgestatteten Beatmungseinheit außerhalb einer Intensivstation von den aktuellen Deutschen Kodierrichtlinien aus unserer Sicht durchaus eine Legitimation für die Berücksichtigung der dort erbrachten Beatmungszeiten für die Berechnung der Gesamtbeatmungsdauer darstellt.

**BEATMUNG AUSSERHALB EINER INTENSIVSTATION IST GRUNDSÄTZLICH ZÄHLBAR!
DIE ERFORDERLICHEN KRITERIEN SIND WEITERHIN NICHT HINREICHEND KONKRET VON DEN DKR DARGESTELLT!**

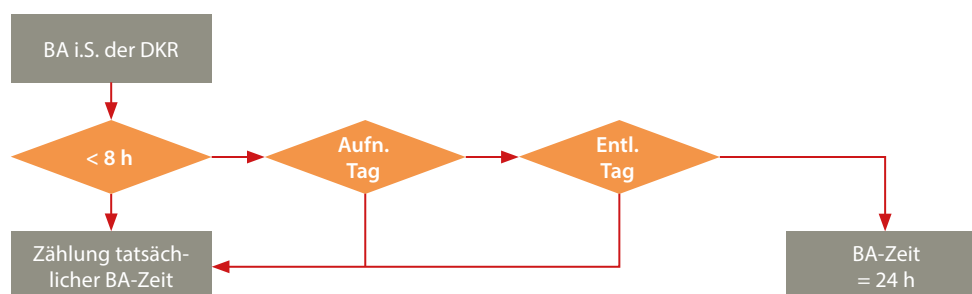
BEATMUNGSPAUSEN UND ZÄHLUNG DER BEATMUNGSDAUER

Während in den vorherigen Versionen der Deutschen Kodierrichtlinien komplexe Vorgaben für die Ermittlung der zur Beatmungszeit hinzuzuzählenden Beatmungspausen anhand der Länge der Pausen und der Dauer der Gesamtbeatmung gemacht wurden, hat man sich für das Jahr 2020 auf einfachere und betont administrative und „unmedizinische“ Vorgaben geeinigt. Wird an einem Kalendertag eine Beat-

mungsdauer (Beatmung gemäß DKR) von 8 Stunden unterschritten, so werden die tatsächlich erbrachten Beatmungszeiten gezählt. Eine kumulativ erbrachte Beatmungsdauer von beispielsweise 6 Stunden an einem Kalendertag geht damit auch mit 6 Stunden in die Berechnung der Gesamtbeatmungsdauer ein. Werden hingegen 8 Stunden erreicht, so werden 24 Stunden für den entsprechen-

den Kalendertag zu berücksichtigen.

Eine Ausnahme besteht für den Aufnahme- und den Entlasstag. Hier werden nur die tatsächlich erbrachten Beatmungsstunden berücksichtigt. Mittlerweile hat die Selbstverwaltung klargestellt, dass hier der Aufnahme- und Entlasstag in das Krankenhaus gemeint sind und nicht der Aufnahme- bzw. Entlasstag auf die jeweilige Intensivstation.



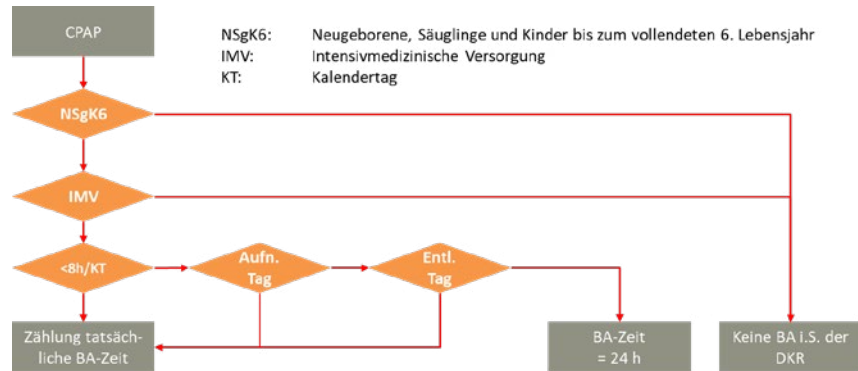
BEATMUNG IM SINNE DER DKR VON MINDESTENS 8 STUNDEN WERDEN AUF 24 STUNDEN AUFGERUNDET!

SONDERFALL PÄDIATRIE

Wie bereits erwähnt, zählen CPAP ohne Druckunterstützung, HFNC und HHFNC in den pädiatrischen Altersstufen zumindest teilweise zu den bei der Berechnung der Gesamtbeatmungsdauer zu berücksichtigenden Verfahren der Atemunterstützung. Dabei finden sich unterschiedliche Altersgrenzen für die einzelnen Verfahren.

Neugeborene	Säuglinge bis Vollendung 1. Lebj	Kinder bis Vollendung 6. Lebj	Erwachsene
CPAP ✓	CPAP ✓	CPAP ✓	CPAP ✗
(H)HFNC ✓	(H)HFNC ✓	(H)HFNC ✗	(H)HFNC ✗

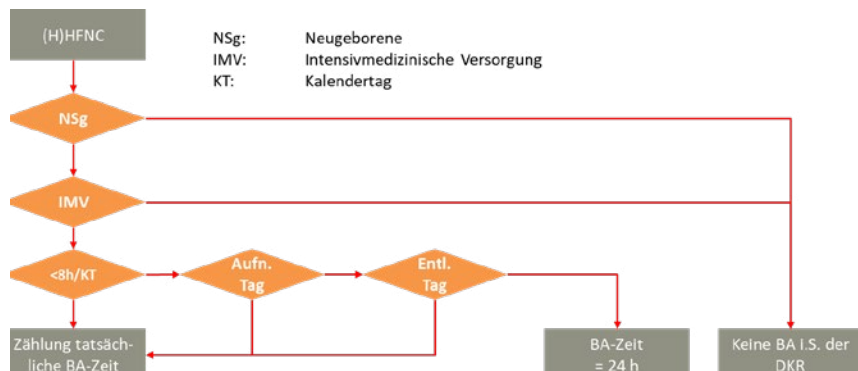
Die Voraussetzung für die Berücksichtigung der Beatmungszeiten ist dabei immer die intensivmedizinische Versorgung. CPAP zählt bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zur Beatmungszeit hinzu, (H)HFNC wird bis zum vollendeten 1. Lebensjahr berücksichtigt. Für die Ermittlung der kalender-täglichen Beatmungszeit wird in Analogie zur Erwachsenenmedizin bei Beatmung < 8 Stunden pro Kalendertag nur die reale Beatmungszeit gezählt, während bei einer längeren Beatmung pro Kalendertag immer 24 Stunden zur Gesamtbeatmungszeit hinzuzurechnen sind.



CPAP ZÄHLT BIS ZUM VOLLENDETEN 6. LEBENSJAHR ALS BEATMUNG, (H) HFNC ZÄHLT BIS ZUM VOLLENDETEN 1. LEBENSJAHR ALS BEATMUNG!

INTENSIVMEDIZINISCHE VERSOR-GUNG AUCH IN DER PÄDIATRIE VOR-AUSSETZUNG!

AB DER VOLLENDUNG DES 6. LEBENS-JAHRES GELTEN DIE REGELUNGEN DER ERWACHSENENMEDIZIN!



Fazit - Beatmung 2020

Für den Weaning-OPS-Kode ist aktuell noch keine Erlösrelevanz gegeben.

Von einer Vergütungsrelevanz für das Jahr 2021 ist aktuell auszugehen, wobei hier keine letzte Sicherheit besteht.

Trotzdem ist eine sorgfältige Dokumentation und Kodierung für das Jahr 2020 dringend zu empfehlen, da ansonsten Unsicherheiten für die Budgetplanung 2021 drohen.

Die Kriterien für die Kodierung sind für 2020 deutlich konkretisiert worden, allerdings sind noch immer nicht alle Definitionen im Sinne einer rechtssicheren Klarheit geschärft worden. Hier sind noch weitere Änderungen und Anpassungen für das Jahr 2021 zu empfehlen.

Die Zählung der Beatmungszeiten ist durch die DKR 2020 erheblich modifiziert worden.

Es werden nur Druck unterstützte Verfahren für die Zählung der Beatmungsstunden herangezogen, wobei ein Mindest-Druckunterschied von 6 mbar zwischen Inspiration und Expiration dokumentiert werden muss.

Die Form der Dokumentation sowie die Zeitintervalle sind völlig ungeklärt und werden voraussichtlich erst im Rahmen gerichtlicher Auseinandersetzungen im Nachgang der Behandlung entschieden werden.

Viele moderne Beatmungs- und Weaningverfahren werden voraussichtlich zu deutlich reduzierten zählbaren Beatmungszeiten führen.

Die Beatmungspausenregelung ist vereinfacht worden.

Beatmungszeiten unter 8 Stunden pro Kalendertag zählen mit der tatsächlich erbrachten Beatmungsdauer.

Beatmungszeiten ab 8 Stunden pro Kalendertag zählen mit 24 Stunden zur Gesamtbeatmungszeit.

Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres zählen CPAP und (H) HFNC zur Gesamtbeatmungszeit hinzu.

Bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres zählt nur CPAP zur Gesamtbeatmungszeit hinzu.

Ab der Vollendung des 6. Lebensjahres gelten die Regelungen der Erwachsenenmedizin.

QUELLEN:

Übergangsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfVV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 03.02.2016 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Konzept gem. § 17b Abs. 4 KHG zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegeperson-

al-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 45, ausgegeben zu Bonn am 14. Dezember 2018

Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln, gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln, gemeinsam sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

BESUCHEN SIE UNS AUF
www.dasgesundheitswesen.de



PRIV. - DOZ. DR. MED.
DOMINIK FRANZ

Geschäftsführender Gesellschafter der
Franz + Wenke
Beratung im Gesundheitswesen GbR

✉ d.franz@dasgesundheitswesen.de
☎ +(49) 251- 14 98 24 11



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen

Technologiehof
Mendelstraße 11
48149 Münster

Tel.: +49 251 - 149 824 10
Fax: +49 251 - 149 824 13

E-Mail: info@dasgesundheitswesen.de



ANDREAS WENKE

Geschäftsführender Gesellschafter der
Franz + Wenke
Beratung im Gesundheitswesen GbR

✉ a.wenke@dasgesundheitswesen.de
☎ +(49) 251- 14 98 24 12

ÜBER UNS

Die **Franz und Wenke** – Beratung im Gesundheitswesen GbR bietet Beratungsleistungen rund um die ökonomischen Belange der ambulanten und stationären Leistungserbringung sowie die Markteinführung und Betreuung von Produkten aus Pharmazie und Medizintechnik. Schulungen und Fortbildungen gehören dabei ebenso zu unserem Portfolio wie die temporäre oder dauerhafte Übernahme oder Unterstützung von Managementaufgaben im Krankenhaus.

**IHRE EXPERTEN FÜR MEDIZINISCHES MANAGEMENT UND REIMBURSEMENT IM GESUNDHEITSWESEN.
WIR FINDEN INDIVIDUELLE LÖSUNGEN FÜR IHRE HERAUSFORDERUNGEN UND SETZEN DIESE MIT IHNEN UM.**



**ORGANISATIONS- UND
PROZESSBERATUNG**



FORTBILDUNGEN



KLINIKEN



INDUSTRIE