

Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG

Stammdaten

Verfahrensnummer:	S20220010
Bezeichnung:	Klärung: Notwendigkeit einer täglichen art. oder kap. Blutgasanalyse zur Berechnung von Beatmungsstunden
Kategorie Antragsteller:	Krankenhaus
Antragsteller:	Klinikum der Universität Regensburg

Beschreibung der Kodier- und Abrechnungsfrage

Beschreibung der Kodier- oder Abrechnungsfrage

Für die Berechnung der Beatmungsstunden nach DKR 1001u werden Anforderungen an das notwendige Monitoring von beatmeten Patienten definiert. In der DKR selbst wird nicht beschrieben, wie das Monitoring von Atmung konkret vorzunehmen ist.

Bei der Behandlung von Patienten wird das Monitoring der Atmung an den aktuellen Zustand des Patienten individuell unter Berücksichtigung des Nutzens und der Risiken adaptiert. Obligat ist in allen Fällen eine kontinuierliche Überwachung mittels Pulsoxymetrie. In akuten Phasen der Beatmungstherapie werden, je nach medizinischer Notwendigkeit, arterielle/kapilläre/venöse Blutgasanalysen in unterschiedlicher Häufigkeit pro Tag durchgeführt.

Bei prolongiertem Weaning mit kardiopulmonaler Stabilität ist für die Einschätzung der Gasaustauschparameter eine Überwachung der Atmung durch kontinuierliche Pulsoxymetrie und die Bestimmung von zentralvenösen Blutgasanalysen aus medizinischer Sicht ausreichend. Die Wahl der Methoden des Monitorings und deren Erfassung in den Dokumentationssystemen liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes und richtet sich nach den Erfordernissen der medizinischen Gegebenheiten und der Medizinethik.

Der Medizinische Dienst fordert bei der Begutachtung der erfassten Beatmungsstunden als Standardmonitoring der Atmung eine tägliche arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse. Die Überwachung der Atmung mit Hilfe von venösen Blutgasanalysen und einer kontinuierlichen Pulsoxymetrie wird nicht akzeptiert und führt in den Gutachten zur Nichtanerkennung der Beatmungsstunden.

Darauffolgend werden die Punktwerte der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (SAPSII: PaO₂/FiO₂ Horowitz-Index und TISS-28: Apparative Beatmung) der betroffenen Beatmungstage bei den OPS-Kodes 8-980 und 8-98f gestrichen, da die Beatmung nicht konform zur DKR 1001 erfolgt sei.

Möglichkeit zur Angabe der/des strittigen Kodes/Kodeskombinationen

Beatmungsstunden sind relevant:

- DRG Systematik über Dauer der Beatmung
- 8-980.* intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Basisprozedur)
- 8-98f.* aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Betroffene DRGs/PEPP/ZE/ET

Alle DRG mit Beatmung und/oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung.

Welche Regelwerke sind betroffen (DKR, Abrechnungsbestimmungen etc.)

DKR, Systematisches Verzeichnis OPS 2022, Abrechnungsbestimmungen.

Position und Benennung der Gegenseite

Position und Benennung der Gegenseite

Wer vertritt die Position der Gegenseite?

Medizinischer Dienst [Land]

Sachverhaltsdarstellung der Gegenposition

Laut des Medizinischen Dienstes [Land], ist ein adäquates Monitoring bei Beatmung mittels arterieller oder kapillärer Blutgasanalysen durchzuführen.

Erläuterung der grundsätzlichen Bedeutung

Inwiefern handelt es sich um eine streitige Kodier- oder Abrechnungsfrage?

Es handelt sich um ein grundsätzliches Problem bei allen beatmeten- und intensivmedizinisch versorgten Patienten.

Inwiefern ist die Kodier- oder Abrechnungsfrage abstrakt und nicht einzelfallbezogen?

Es handelt sich um ein grundsätzliches Problem bei allen beatmeten- und intensivmedizinisch versorgten Patienten.

Inwiefern ist es über die Frage wiederholt zu Konflikten in der Abrechnung gekommen?

Der Medizinische Dienst [Land] beharrt auf seiner, nicht mit intensivmedizinischen oder pneumologischen Fachgesellschaften abgestimmten Definition des adäquaten Monitorings bei beatmeten Patienten.

Inwiefern ist die Frage abrechnungs- oder potentiell entgelrelevant?

Beatmungsstunden generieren DRG.

Inwiefern ist keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS-Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA)?

Durch eine ergänzende Regelung in den Kodierrichtlinien oder OPS-Katalog (zu 8-890 und 8-98f) kann das Monitoring bei beatmeten Patienten klargestellt werden.

Inwiefern ist die Frage bislang ungeregelt oder werden getroffene Regelungen unterschiedlich angewendet?

In der Kodierrichtlinie 1001u oder in den Mindestmerkmalen der OPS sind keine Regelungen getroffen.

Inwiefern kann die Frage durch die Vertragsparteien geregelt werden?

Es hat bereits ein Austausch zwischen Medizinischem Dienst stattgefunden, es konnte keine Einigung herbeigeführt werden. Auch ein Austausch mit den Kostenträgern führte zu keinem Ergebnis.

Hintergrund

Es handelt sich um einen Rechtsstreit

Nein

Geben Sie bitte hier an, ob bereits Schritte zur Klärung des Sachverhaltes unternommen wurden und welche dies sind.

Ja

Diskussion mit den leitenden Medizinerinnen und Medizinern des Medizinischen Dienstes [Land] führten zur Aussage des Medizinischen Dienstes [Land], dass dieser das Monitoring bei beatmeten Patienten so interpretiert.

Hintergrund

Die Rückfragen bei den Kostenträgern, im Rahmen eines Nachverfahrens nach Negativgutachten, führte durchwegs zur Anerkennung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes [Land] und nicht zur kritischen Würdigung der fachlichen Argumente gegen eine tägliche arterielle oder kapilläre Blutgasanalyse.

Regelungsvorschlag mit Begründung

Regelungsvorschlag

Textvorschlag:

DKR 1001*

Kodierung

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). Das Monitoring der Atmung umfasst dabei die Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. arterieller, kapillärer oder venöser Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung) sowie Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke).

Die Dokumentation erfolgt mindestens alle 8 Stunden.

Begründung

Eine adäquate Überwachung und das Monitoring der Atmungsparameter erfolgt bei langzeitbeatmeten Patienten mit den im OPS 8-718 definierten Mindestmerkmalen der Überwachung sachgerecht und regelkonform.

Unsere Einschätzung wird bestätigt durch verschiedene Quellen:

Quelle 1:

Abschnitt aus den Deutschen Kodierrichtlinien 1001u:

"Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft ..."

Quelle 2:

OPS 2022 8-718.-

Unter Strukturmerkmale zu diesem OPS werden Voraussetzungen zum Weaning in Bezug auf Atmung definiert:

- Feststellung der Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO₂ oder O₂-Fluss; die Feststellung der Atemfrequenz ist entbehrlich, sofern eine Beatmungsform gewählt wurde, bei der eine Einstellung der maschinellen Atemfrequenz nicht vorgesehen ist), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen.

Dokumentation mindestens alle 8 Stunden, zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen:

- Gasaustauschparameter (z.B. pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht invasiven

Regelungsvorschlag mit Begründung

Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung)

- Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Beatmungsdrücke)
- Dokumentation mindestens all 8 Stunden

Begründung:

[Arzt]

[Klinik]

Universität [Ort]

[Adresse]

Für die Gegenargumentation besteht darüber hinaus auch eine gewisse Evidenz aus der Literatur (alles jeweils im Original attached, wobei zumindest die letzten vier noch keine Berücksichtigung in der S3-Leitlinie finden konnten):

- Blum et al 2015: Kein Sicherheitsrisiko durch Reduktion arterieller BGAs auf ICU, interessanterweise weniger Beatmungstage, wenn keine "Arterie" vorhanden...
- Ganti et al 2019: Eine bedarfsadaptierte (und nicht starr regelmäßige) BGA-Abnahme spart Kosten und reduziert Komplikationen durch die Anlage arterieller Katheter.
- Chong et al 2021: Eine (zentral)venöse BGA bildet bei halbwegs stabilen ITS-Patienten pH und pCO₂ genauso gut ab wie eine arterielle.
- Martín-Balzano 2016: Routinemäßige arterielle BGAs nicht sinnvoll, SpO₂ in vielen Fällen ausreichend, auch im Weaning keine Indikation für arterielle BGAs, ausgeprägter Blut-sparender Effekt, Kostenersparnis von ca. 40000 \$/Jahr/ITS
- Zeserson et al 2018: Venöse BGA plus SpO₂ korrelieren bei halbwegs stabilen ICU-Patienten gut mit arterieller BGA

Nebenbei gibt es vom American Board of Internal Medicine die Initiative "Choosing wisely", die als eine ihrer Kern-Empfehlungen folgenden Wortlaut hat: "Critical Care Societies Collaborative – Critical Care

(

<https://www.choosingwisely.org/societies/critical-care-societies-collaborative-critical-care/>
Don't order diagnostic tests at regular intervals (such as every day), but rather in response to specific clinical questions.

Wenn man nun die wissenschaftliche Evidenz so gut wie möglich zusammenfassen will, so sind sich alle Beteiligten/Autoren einig, dass es keine Indikation zu regelmäßigen arteriellen BGA-Analysen gibt, sondern dass diese nur medizinisch indiziert und Patienten- bzw. situationsbezogen erfolgen sollten. Ein instabiler, kritischer und zugleich beatmeter ICU-Patient wird immer eine Arterie haben und konsekutiv auch arterielle BGAs, ein stabiler, lediglich kurzfristig nachzubeatmender oder auch im Weaning befindlicher Patient benötigt keine invasive Druckmessung und auch keine arteriellen BGAs, da tut es Kapnometrie und SpO₂-Überwachung.

(<https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/critical-care-societies-collaborative-regular-diagnostic-t>