



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

29.07.2020

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA) bis zum 31.12.2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen (KDE) nach § 19 Abs. 5 KHG, nach konsentiertem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. wie folgt entschieden:

Entscheidung KDE 588:

Bei heimbeatmeten Patienten, die ausschließlich zur Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten noninvasiven häuslichen maschinellen Beatmung stationär behandelt werden, sind die Beatmungszeiten nur dann zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt. Die Definition der intensivmedizinischen Versorgung richtet sich nach der DKR 1001 *Maschinelle Beatmung*.

Der intensivmedizinisch versorgte Patient ist dort wie folgt definiert:

„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).“

Gültigkeit:

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.10.2020 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 19.08.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Historie:

Kodierempfehlung, Fragestellung und Verlauf der Diskussion zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste (SEG 4) und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

KDE-588

Schlagwort: Heimbeatmung, Optimierung der Beatmung, Beatmungsstunden, Intensivstation

Erstellt: 04.12.2017

Stand: 22.01.2018

Problem/Erläuterung:

Stationäre Aufnahme eines Patienten elektiv für drei Behandlungstage ausschließlich zur Kontrolle und Optimierung einer früher eingeleiteten noninvasiven häuslichen maschinellen Beatmung bei chronischer respiratorischer Insuffizienz.

Die Anpassung der maschinellen Beatmung erfolgt auf der Intensivstation.

Sind neben dem OPS

8-716.10 *Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten nicht invasiven häuslichen maschinellen Beatmung* auch die Beatmungsstunden zu erfassen?

Kodierempfehlung SEG-4:

Die Beatmungsstunden sind nicht auszuweisen. Gemäß DKR 1001 sind Beatmungszeiten nur zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt. In diesem Fall war der Patient weder intensivmedizinisch behandlungsbedürftig noch intensivmedizinisch versorgt.

Siehe auch Kodierempfehlungen Nr. 75 und 146.

Kommentar FoKA

Dissens (22.01.2018):

Aus der Beschreibung, dass der Patient von zu Hause aufgenommen wurde, lässt sich nicht erkennen, wie der Patient zu Hause versorgt wurde und welche Versorgungsintensität im Krankenhaus erforderlich war.

Der FoKA empfiehlt zur Bewertung des Einzelfalls die Nutzung etablierter Scoring-Systeme als Bewertungsmaßstab. Die gebräuchlichsten Scoringssysteme sind der TISS28 und der Frühreha-Barthelindex.

Beim TISS28 ist ab 10 Punkten von einer Intensivüberwachung, ab 16 Punkten von einer Intermediate-Care Versorgung und ab 23 Punkten von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen:

- TISS28 unter 10 Punkten - keine intensivmedizinische Versorgung
- TISS28 10 - 22 Punkte - zusätzliche Einbeziehung des FR-BI
- TISS28 mehr als 22 - unstrittige intensivmedizinische Versorgung.

Der Frühreha-Barthel-Index ist in Fällen mit 10-22 TISS28-Punkten einzubeziehen, da dieser bei weniger als 30 Punkte laut Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation eine intensivmedizinische Struktur für die Versorgung der Patienten erforderlich macht.