

POSITIONSPAPIER

29. März 2018

Positionspapier des Verbandes Pneumologischer Kliniken (VPK) und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zur Kodierung der invasiven und nicht-invasiven Beatmung (NIV) bei intensivmedizinisch versorgten Patienten

Positionspapier des Verbandes Pneumologischer Kliniken (VPK) und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zur Kodierung der invasiven und nicht-invasiven Beatmung (NIV) bei intensivmedizinisch versorgten Patienten

Die Kodierung der Beatmungsstunden einer NIV bei intensivmedizinisch versorgten Patienten ist aktuell Gegenstand intensiver Diskussionen und juristischer Verfahren. Im Jahre 2013 hatte der VPK und DGP ein Positionspapier zu dieser Thematik erstellt, das bereits alle wesentlichen Inhalte enthält, die aktuell in Frage gestellt werden (1). Hintergrund ist die Entscheidung des ersten Senates des Bundessozialgerichtes vom 19.12.2017 sowie die Anfang März veröffentlichte Begründung (<http://juris.bundessozialgericht.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Art=en&nr=14883>).

Das Bundessozialgericht hat bestimmt, dass beatmungsfreie Intervalle nur als Bestandteil zur Beatmungszeit hinzuzurechnen seien, wenn sie Teil einer gezielten methodischen Entwöhnungsbehandlung, sind. Es müsse eine Prüfung erfolgen, ob eine Entwöhnung bezweckt und durchgeführt wurde. Die Entwöhnung von der Beatmung sei eine spezielle Methode, die eine Gewöhnung an die Beatmung voraussetze. Dies sei in dem vorliegenden Fall einer akut erforderlichen Beatmung auf einer Intensivstation von ca. 7 Tagen nicht der Fall gewesen. Die dort durchgeführte NIV habe die 95-Stunden-Grenze nicht erreicht, weswegen nur die tatsächlichen Beatmungszeiten zusammenzurechnen und entsprechend zu kodieren seien.

Die Fachgesellschaften halten dazu folgende Punkte für wesentlich:

ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
und Beatmungsmedizin e.V.
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Präsident
Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Stellv. Präsident
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister
Prof. Dr. med. B. Jany, Pastpräsident

VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.
Vereinsregister des Amtsgerichts
Marburg: VR 622

STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID

Steuernummer: 031 250 56643
Gläubiger-ID: DE26ZZZ00000492746

1. Die NIV bei akuter hyperkapnischer respiratorischer Insuffizienz auf der Intensivstation (beispielsweise Exazerbation COPD) verhindert bei einem von acht Patienten den Tod, wenn sie anstatt der invasiven Beatmung über ein Tubus erfolgt (2 - 6). Seite 2 | 4

2. Der Aufwand der NIV ist in der Regel höher als bei der invasiven Beatmung. Hintergrund ist der fehlende oder deutlich geringere Bedarf an Sedation im Vergleich zur Intubation sowie die Anpassung der Maske und permanente Überwachung in Verbindung mit den Beatmungseinstellungen, damit Druckstellen vermieden werden. Zudem ist der Betreuungsaufwand in den beatmungsfreien Intervallen höher, z. B. bezüglich des Managements der Sekretretention und den Beschwerden, die der Patient infolge der hier möglichen Kommunikation äußert. Der Wechsel zwischen mechanischer Beatmung und Behandlungspausen ist entscheidend für den Therapieerfolg der NIV. Zwar weist die NIV im Vergleich zur invasiven Beatmung zwar deutlich geringeres Mortalitätsrisiko auf (3, 4, 5), aber ein Versagen der NIV ist mit einer höheren Mortalität als die invasive Beatmung verbunden (6). Um die Entwicklung eines NIV-Versagens frühzeitig zu erkennen, müssen daher Patienten mit NIV engmaschig überwacht werden. Dies beinhaltet gerade in der Phase der respiratorischen Instabilität einen entsprechenden personellen Aufwand.

3. Da im DRG-System die Erlösberechnung nach dem Ressourcenverbrauch erfolgt, und der Aufwand einer intermittierend angewendeten NIV und einer durchgehenden invasiven Beatmung mindestens vergleichbar sind, sollten daher die gleichen Erlöse anfallen. Aufgrund des Betreuungsaufwandes in den beatmungsfreien Intervalle der NIV sind diese zu den Beatmungstunden hinzuzählen. Dies ist im Sinne einer Periode der Beatmung abzubilden, wie es die DKR 1001 für das Weaning vorsieht.

4. Der Begriff „Entwöhnung“ ist international als „Weaning“ etabliert, beschreibt jedoch die Befreiung von der Beatmung nur unzureichend. Üblicherweise geht man bei der „Entwöhnung“ von einer Zustandsänderung aus, die sich biologisch ergibt (wie bei der Entwöhnung von der Muttermilch) oder aufgrund eines Abusus, wie bei Drogenabhängigkeit. Bei der mechanischen Beatmung ist das aber nicht der Fall. Hier findet keine Gewöhnung statt, vielmehr besteht eine akute Gasaustauschstörung und/oder Schwächung bzw. Überlastung der Atemmuskulatur, die einer Unterstützung bedarf. Es handelt sich somit um einen artifiziellen Zustand, der das Überleben in einer respiratorischen Krise sichert. Es ist immer anzustreben, den artifiziellen Zustand der Beatmung möglichst rasch zu beenden. Somit

kann auch eine Gewöhnung nicht über eine bestimmte Zeitspanne einer Beatmung definiert werden, da es keine Gewöhnung an eine Beatmung gibt.

Seite 3 | 4

5. Es wird vorgeschlagen, den Text der bisherigen Kodierrichtlinien zum Thema der „Entwöhnung“ so zu belassen, da er sich insgesamt bewährt hat. Aufgrund der Ausführungen in 4. sollte jedoch explizit darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „Entwöhnung“ keine vorausgegangene Gewöhnung im Sinne eines Substanzmißbrauchs impliziert.

6. Für die Akutbehandlung einer akuten sowie einer akut verschlechterten chronischen respiratorischen Insuffizienz auf der Intensivstation sollten die Kodierrichtlinien dahingehend ergänzt werden, dass die Beatmungszeiten nicht nur der invasiven, sondern auch der nicht-invasiven Beatmung auf 24 Stunden/Tag aufgerundet werden, damit die Erlössituation, dem Aufwand entsprechend, identisch ist. Bei Erreichen einer respiratorischen Stabilität als Folge der nicht-invasiven Beatmung mit Beendigung derselben oder nachfolgender Überleitung in eine elektive nicht-invasive Beatmung gelten die Beatmungsstunden als beendet.

Literatur

1. Positionspapier des Verbandes pneumologischer Kliniken und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Kodierung der invasiven und nicht-invasiven Beatmung bei intensivmedizinisch versorgten Patientenschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Kodierung der invasiven und nicht-invasiven Beatmung bei intensivmedizinisch versorgten Patienten. *Pneumologie* 2013, 67:371-375
2. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 25;326:185. Review.
3. Ram FS, Picot J, Lightowler J, Wedzicha JA. Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD004104. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 13;7:CD004104
3. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure Rochweg B. et al. *Eur Respir J* 2017; 50: 1602426,
4. Nicht-invasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz S3-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. Westhoff M, Schönhofer B, Neumann P et al. *Pneumologie* 2015; 69: 719–756
5. Noninvasive Ventilation and Survival in Acute Care Settings: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Cabrini L, Landoni G, Oriani A et al. *Crit Care Med* 2015; 43:

880 – 888; 4. Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Ferrer M, Torres A. Curr Opin Crit Care. 2015; 21: 1 – 6

Seite 4 | 4

6. Comparative Effectiveness of Noninvasive and Invasive Ventilation in Critically Ill Patients With Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Stefan MS et al. Crit Care Med. 2015; 43: 1386 – 1394