

Die neuen Weaning-Kodes 2021

Probleme, Unzulänglichkeiten und unklare Abgrenzungen

Auch wenn im Januar 2021 deutsche Intensivmediziner/-innen und Pneumologen ganz andere Probleme haben dürften als sich mit der Definition und Interpretation der neuen und überarbeiteten Weaning-Kodes zu beschäftigen, sind aus unserer Sicht zur Umsetzung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) zumindest noch die folgenden Fragestellungen und Unklarheiten zu lösen.

A Bedeutung des OPS 1-717: Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotentials

Aus unserer Sicht erfordert diese gesetzlich verpflichtende Vorgabe zur Kodierung bei der Entlassung und Verlegung beatmeter Patienten eine ganze Reihe von Klarstellungen oder Erläuterungen:

1. Muss die Erhebung des Beatmungsstatus streng nach dem Wortlaut des OPS erfolgen? Gilt dies auch für Konstellationen, in denen die Erhebung des Beatmungsstatus medizinisch gar keinen Sinn macht?

Der OPS 1-717 sieht dazu folgende „Muss“-Regelung vor:

„Diese Kodes sind für Patienten anzugeben, die über Tubus oder Tracheostoma beatmet entlassen oder verlegt werden sollen, sofern der Patient nicht auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit weiterbehandelt wird.“

Wie uns ja allen aus der Rechtsprechung des BSG bekannt ist, müssen die Regelungen der Klassifikationen und Kodierrichtlinien „*streng nach ihrem Wortlaut*“ ausgelegt werden.

Unstrittig dürfte sein, dass der Beatmungsstatus bei Patienten erhoben werden muss, die nach einer Beatmungsepisode erstmalig in einen Heimbeatmungskontext oder eine ambulante Langzeitbeatmungseinrichtung übergeleitet werden sollen.

Jedoch lassen sich auch Konstellationen beschreiben, in denen der Beatmungsstatus streng dem Wortlaut nach zu erheben wäre, in denen man allerdings die medizinische und klassifikatorische Sinnhaftigkeit hinterfragen muss.

Hierzu ein paar Beispiele:

a. Ein Patient wird mit einer Infektion in die Klinik aufgenommen, die sich im Verlauf weniger Tage zu einer fulminanten Sepsis mit Multiorganversagen (u.a. ARDS) entwickelt. Der Patient wird intubiert und unter invasiver Beatmung in ein Zentrum der Maximalversorgung verlegt und dort einer ECMO-Behandlung unterzogen.

Streng dem Wortlaut nach müsste die verlegende Klinik vorab den Beatmungsstatus erheben – was aus unserer Sicht nicht der Intention des o. a. Gesetzes entspricht.

b. Eine Klinik der Maximalversorgung verlegt einen Patienten drei Tage nach einem kardiochirurgischen Eingriff stabil, aber weiterhin invasiv beatmet in sein heimatnahes Krankenhaus, da man Intensivkapazitäten benötigt.

Streng dem Wortlaut nach müsste die verlegende Klinik vorab den Beatmungsstatus erheben – auch hier würde es keinen Sinn ergeben und ggf. einen unnötigen Aufwand produzieren.

c. Ein Patient mit bekannter ALS, der bereits seit Jahren heimbeatmet ist, wird wegen einer perforierten Appendizitis stationär versorgt. Eine Perspektive auf eine Befreiung von der Beatmung wurde in der Vergangenheit bereits (mehrfach) ausgeschlossen. Die Beatmung über ein Tracheostoma und intensivmedizinische Versorgung erfolgen bis zum Entlassungstag.

„*Streng dem Wortlaut nach*“ müsste die entlassende Klinik den Beatmungsstatus erheben. Hier könnte man die gute Absicht des Gesetzgebers unterstellen, dass auch bei langzeitbeatmeten Patienten „*noch*“ einmal geprüft wird – das aber mit und zu allen Mindestmerkmalen? Dazu die komplette Dokumentation aller objektiv und subjektiv erhobenen Informationen?

An diesen Beispielen ist zu erkennen, dass die Anwendung des OPS „*streng nach seinem Wortlaut*“ nicht in allen Fällen Sinn macht.

Die Kostenträger werden die Umsetzung aber genauso einfordern – der Gesetzgeber erlässt ab März 2021 Sanktionen, wenn man das Entwöhnungspotential nicht prüft.

Somit wäre der Streit um diese Aspekte bereits vorprogrammiert, soweit diesbezüglich nicht zeitnah Erläuterungen und Auslegungshinweise erfolgen. Der Kode sollte aber nur dort eingesetzt werden, wo er auch Sinn macht und keinen unnötigen bürokratischen Aufwand verursachen, der zudem noch medizinisch absolut unsinnig ist.

2. Mindestmerkmal: Erhebung des Beatmungsstatus durch einen Facharzt, der nicht an der Behandlung des Patienten beteiligt gewesen sein soll.

Diese Vorgabe ist aus unserer Sicht keine „*Muss*“-Regelung und wäre als solche von vielen kleineren Kliniken auch gar nicht umsetzbar, da Fachärzte mit der geforderten Qualifikation nicht im notwendigen Umfang vorhanden wären.

Offen bleibt auch, wie die „*telemedizinische Durchführung*“ in der Praxis auszusehen hätte. Reicht hier ein Smartphone mit Videotelefonie-Funktion oder ist mehr gefordert? Diesbezügliche Klarstellungen wären hilfreich.

3. Weitere Mindestmerkmale: Zu knappe Formulierungen und unklare Auslegungsmöglichkeiten

- *„Beurteilung der NIV-Fähigkeit“:*

Wie hat diese zu erfolgen? Kann hier jeder, wie er will oder muss man sich an einer Leitlinie orientieren und wenn ja: An welcher? Konsentiert von wem?

- *„Klinische Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat.“*

„Klinische Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Compliance (Mitarbeit) des Patienten.“

Was wird hier jeweils erwartet? Prosa oder eine Checkliste? Wie ausführlich muss diese Einschätzung sein? Reicht die knappe Zusammenfassung als Fazit? Auch zu diesen Punkten ist bereits absehbar, dass die Vorstellungen von Kliniken und Kostenträgern/ MD sicherlich weit auseinanderliegen.

- *Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens (ggf. unter Einbezug eines Ethik-Fallgesprächs)*

Wie hat diese Evaluation zu erfolgen? Kann jeder, wie er möchte, den Patientenwillen dokumentieren oder muss man sich an einer Leitlinie (z.B. Prolongiertes Weaning) orientieren? Und wenn ja: An welcher?

Wer ist für ein Ethik-Fallgespräch zuständig, wenn die Klinik über keine Ethik-Kommission verfügt? Wer ist wann ausreichend qualifiziert?

Man erkennt an dieser Aufzählung, dass nahezu jedes der Mindestmerkmale Fragen offenlässt, die einer dringenden Klarstellung bedürfen.

Zwischenfazit zur Erhebung des Entwöhnungspotentials:

Der OPS-Kode 1-717 ist ab dem 01.01.2021 verpflichtend anzuwenden und spätestens ab dem 2. Quartal 2021 wird für jedes deutsche Krankenhaus die Nichtanwendung bzw. unsachgemäße Anwendung sanktioniert. Die Sanktionsmechanismen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.03.2021 zu vereinbaren (§§ 6,9 KHEntgG). Viel Zeit bleibt somit nicht mehr!

**B OPS-Kodes 8-718.- zur Beatmungsentwöhnung [Weaning]
bei maschineller Beatmung (.8/.9: Neue Zusatzentgelte 2021)**

Auch bei diesem, für das Jahr 2021 überarbeiteten und um das „*Prolongierte Weaning*“ ergänzten sowie erstmalig erlösrelevanten Kode bleiben leider einige Fragen offen, die dringendst geklärt werden müssen:

1. Wie ist eine spezialisierte (nicht-) intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungseinheit definiert?

Es ist vollkommen unklar, wie der Begriff „*Spezialisierte Beatmungsentwöhnungseinheit*“ gemeint ist und an welchen (offiziellen?) Kriterien man sich hier zu orientieren hat.

- Werden diese bis Ende Februar 2021 vom MD Bund als Struktur- und Mindestmerkmale definiert bzw. vorgegeben?
- Spielen hier krankenhauplanerische Grundsätze des jeweiligen Bundeslandes eine Rolle?
- Bauliche/ räumliche/ organisatorische Umsetzung?
- Hat man sich ggf. an den Vorgaben zur Zertifizierung von Weaning-Zentren zu orientieren? Wenn ja: An welchen (DGAI/ DGP ...)?

Hierzu kann man aktuell nur Vermutungen anstellen.

Die Kliniken brauchen jedoch umgehend klare Orientierungshilfen und können nicht darauf warten, bis dieses Strukturmerkmal irgendwann in näherer oder fernerer Zukunft über die Richtlinie des MD-Bund zu den Strukturprüfungen nach §275d SGB V näher ausgelegt wird.

Diese Zusatzentgelte zählen ab dem 01. Januar 2021!!!

2. Abgrenzung eines Spontanatmungsversuchs von der Definition der Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)

Auch wenn man denken könnte, dies sei doch durch die Anpassungen in den DKR und im OPS-Katalog für die Jahre 2020 und 2021 längst geklärt, bleibt eine große Auslegungslücke.

Auf der einen Seite wissen wir aus den DKR, dass Beatmungsstunden seit 2020 nur dann gezählt werden dürfen, wenn *„bei positiver Druckbeatmung eine Druckdifferenz zwischen Inspiration und Expiration von mindestens 6 mbar besteht“*.

Auf der anderen Seite ist bekannt, dass CPAP und HFNC nun einmal zu den Atemunterstützungsverfahren gehören, die im Kontext des OPS 8-718 als „Spontanatmung“ zu werten sind.

Aber was ist mit Patienten, die beispielsweise eine Atemunterstützung mittels CPAP/ASB erhalten und der Unterstützungsdruck bei maximal 5 mbar liegt? Handelt es sich bei diesen Fällen dann um keine Beatmungs- bzw. Entwöhnungspatienten? Nach der Vorgabe des OPS-Kodes sicher nicht! Wie sehen diesen Sachverhalt die Initiatoren des OPS-Textes? War es Ihnen bewusst? War das so gewollt?

Hier fehlt eine saubere klassifikatorische Abgrenzung; deshalb wird es folgerichtig zu Streit führen.

Die medizinische Sinnhaftigkeit dieser Abgrenzung lassen wir an dieser Stelle bewusst außen vor.

3. **Wie verschlüsselt man eigentlich Patienten mit einer Beatmung von > 95 Stunden (< 168 Stunden) nach DKR und deren Entwöhnung auf einer spezialisierten Entwöhnungseinheit?**

Für den OPS-Katalog 2021 hat man **3 Weaning-Schlüssel** konzipiert:

(Hinweis: Darstellung auf das Wesentliche verkürzt; ZE= Zusatzentgelt)

OPS 8-718.7-: Keine Entwöhnungseinheit; Beatmung > 95 Stunden

OPS 8-718.8-: Intensiv-Entwöhnungseinheit; ZE Beatmung > 168 Stunden

OPS 8-718.9-: Nicht-Intensiv-Entwöhnungseinheit; ZE Beatmung > 168 Stunden

Aber was kodiert man für die Patienten, die länger als 95 und weniger als 168 Stunden durchgehend nach DKR beatmet wurden und dann auf einer spezialisierten Entwöhnungseinheit entwöhnt werden konnten?

Auch wenn es dafür kein Zusatzentgelt geben sollte – diese Leistung muss doch irgendwie erfasst werden können! Aus unserer Sicht fehlt dafür der entsprechende OPS-Kode.

4. **Umgang mit der OPS-Einstiegsschwelle (Beatmung nach DKR >95/>168 Stunden) bei von extern „zuverlegten“ Patienten: Was gilt wann im aufnehmenden Krankenhaus?**

Ein Beispiel zu Veranschaulichung vorab:

Ein Patient wird nach vierwöchiger Beatmung und mehrfachen frustranen Weaningversuchen vom Grundversorgungs-Krankenhaus (verlegende Klinik) in ein spezialisiertes Weaning-Zentrum (aufnehmendes Krankenhaus) zum prolongierten Weaning verlegt.

In diesem spezialisierten Weaning-Zentrum schafft man es nun, diesen Patienten in weniger als 160 Stunden von der Beatmung nach den Vorgaben des OPS zu befreien.

Jetzt hat das aufnehmende Weaning-Zentrum selbst die 168-Stunden-Schwelle unterschritten, obwohl seit dem eigentlichen Beginn der Beatmung (in der verlegenden Klinik) mehr als 168 Stunden beatmet wurden.

Dürfte dann das Weaning-Zentrum das Zusatzentgelt nicht abrechnen?

Oder können die Beatmungszeiten der verlegenden Klinik für das Übersteigen der vorausgesetzten 168-Stunden-Marke mit angerechnet werden?

Wer wäre dann beweis- bzw. informationspflichtig für die Angabe der (korrekten) Beatmungszeit nach den DKR in der verlegenden Klinik?

Wie wird diese Information zwischen den beiden Kliniken übermittelt (spezielle Datenfelder im §301-Datensatz)?

Wenn erst die 168-Stunden-Beatmungsschwelle auch für die aufnehmenden Krankenhäuser in diesen Verlegungskonstellationen greifen würde, hätte man einen klassischen Fehlanreiz bzw. eine potentielle Vorwurfsmöglichkeit geschaffen, die beide nicht im Sinne der Patienten und des Gesetzes wären.

Dieser Fehlanreiz könnte dazu führen, dass man beim Weaning ggf. mit Blick auf die Schwelle mit einem Fuß auf der Bremse steht, um das Zusatzentgelt nicht zu verpassen – würde zumindest unterstellt werden können. Deshalb ist hierzu eine Klarstellung und Lösungsmöglichkeit für die Verlegungsfälle notwendig.

5. Mindestmerkmal: Wöchentliche Teambesprechung

Wer bildet das Team beim prolongierten Weaning? Der Kode selber gibt dazu keine Auskunft. Wenn wir hier unsere Erfahrungen aus Einzelfallprüfungen im Umgang mit diesem Mindestmerkmal bei anderen OPS-Komplexkodes (z.B. Geriatrische Komplexbehandlung) einfließen lassen, ist der Streit bereits vorprogrammiert.

Aus MD-Sicht wird wahrscheinlich der Maximalansatz der Teilnahme aller Berufsgruppen gefordert werden, den der OPS „*streng dem Wortlaut nach*“ aber nicht vorsieht.

Demnach würden hier auch die Ärztliche Behandlungsleitung, ein Mitglied des Pflegeteams und ein Mitglied des Therapeutenteams dem Kode Genüge tun.

Was wird also tatsächlich gefordert?

Diese und zahlreiche weitere Fragen, die sich rund um das Thema **„Beatmung und Weaning“** noch stellen werden, beantworten wir (falls bis dahin geklärt!) Ihnen gerne in einem der Videos in unserer Mediathek oder in einem unserer **Update-Seminare im Januar und Februar 2021.**

Wir bieten auch zahlreiche krankenhaushausindividuelle Inhouse-Seminare und Videokonferenzen an, die wir mit qualifizierten Dozenten und aktuellen Themen aus unseren 3 Filmstudios übertragen.

Für weitere Informationen stehen wir gerne zu Ihrer Verfügung!

info@kaysers-consilium.de

Tel. 02832/404010

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. med. Andreas Stockmanns

Facharzt Innere Medizin

Gesundheitsökonom (ebs)

Dr. Jürgen Freitag

Geschäftsführer

KAYSERS CONSILIUM GmbH

Marienstraße 24

47623 Kevelaer