

STELLUNGNAHME DER DRG-AG DER GKIND ZUM
URTEIL DES LSG SAARBRÜCKEN VOM 14.12.2011 (L 2 KR 76/10)

Einleitung

Am 14.12.11 wurde vom LSG Saarrücken festgestellt, dass ein Krankenhaus für ein frühgeborenes Kind, welches außerhalb der Entwöhnung nach maschineller Beatmung zur Atemunterstützung CPAP erhält, diese Zeit des CPAP nicht in die Beatmungszeit einberechnen darf. Dies und damit der gesamte folgende Text gilt natürlich nicht für eine Beatmung über Maske, prongs oder Rachentubus, deren Zeit unstrittig Beatmungszeit ist.

Die Zeit des CPAP bei Neonaten in die Beatmungszeit einzuberechnen ist jedoch seit Beginn des deutschen DRG-Zeitalters gängige Praxis und leitet sich ab aus der Tatsache, dass – anders als bei Erwachsenen – bei Neugeborenen und Säuglingen CPAP mit 8-711.0 kodiert werden darf. Dieses Vorgehen erschien allen Beteiligten auch gerechtfertigt, entspricht es doch dem Prinzip des DRG-Systems, den aus einer Diagnose resultierende Ressourcenverbrauch zu finanzieren.

In den Kodierrichtlinien ist die Berechnung der Beatmungszeit detailliert beschrieben und muss mit einer Beatmung über Tubus, Maske oder Tracheostoma beginnen. Beatmung wird dabei definiert als „ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden“. Dass dies für CPAP nicht gilt, ist trotz des obengenannten Gerichtsurteils diskutabel. Das Gerichtsurteil hebt aber wesentlich darauf ab, dass sich neben der Beschreibung der Beatmung in den Kodierrichtlinien ein separater Passus zu CPAP findet, es sich daher um etwas anderes handeln muss. Darauf basierend stellt das Gericht fest: „Im vorliegenden Fall geht es aber nicht darum, ob die Behandlung durch Ärzte des Klägers diejenige war, die für den Patienten die geeignete gewesen ist, sondern darum, was der Kläger abrechnen darf. Gerade für den hier entschiedenen Fall mag es Diskussionsbedarf unter den Vertragspartnern mit dem Ziel geben, künftig auch für Fälle wie den hier vorliegenden ein anderes Abrechnungssystem zu schaffen.“

Unabhängig von dieser Beurteilung bleibt es von entscheidender Bedeutung, dass nicht nur die Berechnung der Beatmungszeiten und damit die Vergütung dieser Definition folgt, sondern auch die Berechnung der DRG in den Kalkulationshäusern. Nur dann nämlich werden den Krankenhäusern auch die Kosten erstattet, die ihnen nach Berechnung des InEK im Durchschnitt der Kalkulationshäuser entstanden sind. Ohne Frage ist in gleicher Weise eine Berechnung der DRG nach obengenannter Definition der Kodierrichtlinien vorstellbar, also ohne Einbezug der CPAP-Zeiten in die Beatmungszeit. Da die für die Behandlung des einzelnen Frühgeborenen entstandenen Kosten sich dadurch nicht ändern, würde die Neukalkulation der entsprechenden DRG's letztlich zu einer im Durchschnitt identischen Vergütung führen, aber den unterschiedlichen Schweregrad einzelner Patienten schlechter widerspiegeln.

Nicht akzeptabel ist dagegen der Gedanke, das bisherige Vergütungssystem heranzuziehen, das unter Einbeziehung der CPAP-Zeiten berechnet wurde, aber im konkreten Fall diese CPAP-Zeiten aus der Berechnung herauszunehmen und damit künstlich die Vergütung unter das Niveau der Berechnung abzusenken. Dies führt im derzeitigen Vergütungssystem vor allem deshalb zu eklatanten Verwerfungen, da die Beatmungszeit neben dem Aufnahmegewicht das Kriterium ist, das am meisten die Vergütung beeinflusst. Die Umsetzung dieser Interpretation der Kodierrichtlinie ohne eine Korrektur der Berechnungsgrundlage würde damit im Bereich der Neonatologie zu einem so starken Einbruch der Vergütung führen, dass das einzelne Krankenhaus eine Versorgung von Frühgeborenen nicht mehr finanzieren kann. Damit wäre der Bestand insbesondere der Perinatalzentren gefährdet und dadurch die Versorgung Frühgeborener in Deutschland generell.

Klinischer Hintergrund

Die pulmonalen Erkrankungen Neugeborener und damit auch deren Therapie unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von den Lungenproblemen Erwachsener. Die respiratorische Insuffizienz Frühgeborener hat hauptsächlich drei Ursachen: eine unzureichende Resorption der Lungenflüssigkeit (Wet lung), eine pulmonale Infektion mit Inhibition des endogenen Surfactantsystems (Pneumonie) sowie die Unreife mit einem Fehlen von endogenem Surfactant (ANS). Diese Erkrankungen manifestieren sich nach der Geburt zunächst oft nur mit geringen Zeichen der Atemstörung, welche dann im weiteren Verlauf deutlich zunehmen und bis zu einer schweren respiratorischen Insuffizienz führen können.

Ziel der neonatologischen Therapie ist es, diese Probleme zu antizipieren. Je früher und effektiver eine adäquate Behandlung der Atemstörung beginnt, umso wahrscheinlicher kann eine schwere respiratorische Insuffizienz sowie daraus resultierende Spätschäden vermieden werden.

Aus dem genannten Urteil ergeben sich für die Versorgung Früh- und kranker Neugeborener erhebliche Konsequenzen, die im Detail noch schwer abschätzbar sind. Folgende drei Aspekte fallen zunächst ins Auge:

1.) Die Wirksamkeit von CPAP ist, insbesondere bei der Behandlung Frühgeborener, in ihrer Wirksamkeit der konventionellen mechanischen Beatmung gleichzusetzen.

Die Behandlung der respiratorischen Insuffizienz Frühgeborener hat sich im letzten Jahrzehnt erheblich verändert. Bis vor einigen Jahren stand eine invasive Beatmung im Mittelpunkt der Behandlung. Die Entwöhnung von dieser konventionellen Beatmung erfolgte meistens mittels Atemunterstützung (CPAP). Mit steigender Erfahrung in der Applikation von CPAP zeigte sich diese Maßnahme jedoch bei Früh- und Neugeborenen als eine sehr effektive primäre Therapieform der respiratorischen Insuffizienz. Die Wirksamkeit der CPAP Behandlung wurde durch klinische Studie gut belegt.

Im Gegensatz zur konventionellen Beatmung ist jedoch für eine hohe Erfolgsrate ein frühzeitiger Beginn der CPAP-Behandlung, d.h. bereits bei ersten klinischen Zeichen einer respiratorischen Insuffizienz, unerlässlich. Wird eine Verschlechterung des klinischen Zustandes mit entsprechenden Laborparametern einer schweren respiratorischen Insuffizienz abgewartet, ist eine CPAP-Therapie weniger effektiv und häufig wird eine konventionelle Beatmung notwendig.

Die Surfactanttherapie stellt eine ursächliche Therapie des ANS (und z.T. der Pneumonie) dar. In der Vergangenheit waren für die Applikation von Surfactant immer Intubation und Beatmung erforderlich. In den letzten Jahren wurden jedoch verschiedene Methoden entwickelt, welche eine Applikation auch ohne Beatmung ermöglichen. Im Ergebnis dieser Therapien kann auf eine konventionelle Beatmung verzichtet werden, jedoch ist eine Atemunterstützung mittels CPAP nahezu immer erforderlich.

Bedingt durch die Unreife der Lungen werden Frühgeborene auch in Zukunft eine respiratorische Therapie benötigen. Diese muss jedoch nicht immer eine konventionelle Beatmung sein. Bei einem zielgerichteten und frühzeitigen Einsatz ist die CPAP-Behandlung der respiratorischen Insuffizienz heute zumindest genauso effektiv wie die konventionelle Beatmung. Dementsprechend werden heute nur noch weniger als 50% der extrem unreifen Frühgeborenen (Geburtsgewicht < 1500 g) konventionell beatmet (Daten aus GNN 2009 – 2011 für n=5920).

2.) Im Vergleich zur konventionellen Beatmung wird durch CPAP-Anwendung die Schädigung der vulnerablen Lunge Frühgeborener verhindert

Die Lunge des Frühgeborenen ist extrem vulnerabel. Die konventionelle Beatmung mit zu hohen Beatmungsvolumina kann zu einer Schädigung der unreifen Lunge führen. Akut manifestiert sich die Schädigung in einer Verschlechterung der respiratorischen Insuffizienz mit fortdauerndem Beatmungsbedarf. Chronische Folgen sind die Entwicklung einer chronischen Lungenerkrankung (Bronchopulmonale Dysplasie, BPD) mit u.U. mehrjährigem Therapiebedarf. Beide Folgezustände haben nicht nur erhebliche medizinische Konsequenzen für die betroffenen Kinder, sondern führen auch zu deutlich erhöhten Gesundheitskosten.

Bei konsequenter Vermeidung der konventionellen Beatmung und frühzeitiger CPAP-Unterstützung der Spontanatmung treten entsprechende Schädigungen deutlich seltener und weniger ausgeprägt auf, wie in großen klinischen Studien eindrücklich bewiesen wurde. Dementsprechend sind die Neonatologen seit vielen Jahren bemüht, die konventionelle Beatmung so weit wie möglich zu vermeiden.

3.) CPAP stellt eine sehr aufwändige und personalintensive Therapie dar

Die klassische (konventionelle) Beatmung erfordert – insbesondere bei Früh- und kranken Neugeborenen – einen hohen, insbesondere pflegerischen Personalaufwand. Dieser ergibt sich u.a. aus der Notwendigkeit einer ständigen Anpassung der Beatmungsparameter an den sich verändernden Zustand der Lunge. Dieser hohe Aufwand wird im DRG-System entsprechend abgebildet.

Im Vergleich zur konventionellen Beatmung ist die Behandlung mittels CPAP jedoch noch personalintensiver. Eine gute Spontanatmung unter CPAP-Behandlung zu gewährleisten und gleichzeitig sicherzustellen, dass eine Fehlpositionierung der entsprechenden Atemmasken auch bei den kleinsten Patienten sofort korrigiert wird, erfordert eine sehr engmaschige pflegerische Betreuung. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass die Effektivität der CPAP-Behandlung von der Expertise und Verfügbarkeit entsprechender Pflegekräfte abhängt.

Die heute verwendeten Geräte zur CPAP-Behandlung unterscheiden sich kaum von den konventionellen Beatmungsgeräten, zu erheblichem Teil werden für diese Therapie konventionelle Beatmungsgeräte verwendet. Dementsprechend sind auch die finanziellen Aufwendungen, welche für das Vorhalten entsprechender Geräte zur CPAP-Behandlung den Aufwendungen für die konventionelle Beatmung gleichzusetzen.

Klinische Schlussfolgerungen

Sollte das Urteil so umgesetzt werden, dass bei Früh- und Neugeborenen die primäre oder alleinige Therapie mit CPAP nicht mehr im Sinne einer maschinellen Beatmung vergütet wird, dann ergeben sich folgende Konsequenzen für die klinische Praxis:

1. Eine breite Anwendung des nebenwirkungsärmeren aber personalintensiveren CPAP ohne vorherige Beatmung wird nicht mehr finanzierbar sein, da die finanziellen Aufwendungen die erzielte Vergütung bei weitem überschreiten.
2. Die Häufigkeit der konventionellen Beatmung – mit den damit verbundenen Nebenwirkungen – wird wieder zunehmen.
3. Die in Deutschland entwickelte und international langsam übernommene Methode der Applikation von Surfactant ohne Beatmung wird nicht mehr zur Anwendung kommen. Die

mit dieser Applikationsmethode verbundenen Vorteile werden den Frühgeborenen vorenthalten.

4. Die Versorgung der kleinsten Patientengruppe der Frühgeborenen wird damit in Zukunft sub-optimal sein, eine Zunahme von bereits deutlich reduzierten „Komplikationen“ der Frühgeburt ist zu erwarten.

Mögliche Lösungsvorschläge

Wie in dem Urteil vom LSG erwähnt, wird es unter den Vertragspartnern Diskussionsbedarf mit dem Ziel geben, künftig für diese Fälle „ein anderes Abrechnungssystem zu schaffen“. Dabei bestehen zwei Alternativen: eine neue Definition der entsprechenden Kodierrichtlinie oder eine Neuberechnung der Kosten für CPAP.

Eine Neukalkulation der Kosten in den Kalkulationshäusern ohne Einberechnung von CPAP in die Beatmungszeit würde sich frühestens 2016 auf die Vergütung aller deutschen Krankenhäuser auswirken. Eine solche Neuberechnung würde zwangsläufig zu einer sehr ähnlichen Vergütung für die Früh- und Neugeborenen führen wie momentan, da die Kosten dieselben bleiben. Bis zum Inkrafttreten dieser neuen Vergütung wären jedoch durch den Wegfall der Bezahlung von nicht-invasiver CPAP-Beatmung für mehrere Jahre die Einnahmen so stark reduziert, dass die finanziellen Konsequenzen für die Perinatalzentren unabsehbar wären und damit u.U. die Versorgung der Früh- und Neugeborenen nicht mehr gewährleistet ist. Demgegenüber wäre eine Änderung der Kodierrichtlinie, die Ende März beantragt wurde, relativ kurzfristig zum 1.1.2013 umsetzbar. Zudem wäre ein aufschiebendes Verhalten zu empfehlen, d.h. die Abrechnung erfolgt weiterhin entsprechend der bisher gelebten Praxis einer Einbeziehung aller CPAP-Zeiten in die Beatmungszeit Früh- und Neugeborener, obwohl das Vorgehen im Wortlaut mit den Kodierrichtlinien nicht kongruent ist. Alternativ wäre lediglich eine Klage mit einstweiliger Verfügung denkbar. Klagepunkt wäre, dass die gegenwärtige Kalkulation auf der Tatsache beruht, dass CPAP-Zeiten als Beatmungszeit vergütet werden. Eine Verwendung der derzeitigen Kodierrichtlinie ohne Korrektur der Berechnungsgrundlage ist nicht umsetzbar.

Dr. Helmut Küster
Leiter der Neonatologie
DRG-Beauftragter der GNPI
Qualitätssicherungsbeauftragter der Bundesärztekammer
Universitäts-Kinderklinik
Robert-Koch-Str. 40
37099 Göttingen
0551-39-6900
Helmut.Kuester@med.uni-goettingen.de

Prof. Dr. Mario Rüdiger
Leiter des Fachbereichs Neonatologie & Päd.
Intensivmedizin
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74
01309 Dresden
0351/458-3640
mario.ruediger@uniklinikum-dresden.de