

BSG zu Beatmungszeiten – Einmal tief Luftholen!

Mit seinem Urteil vom 19.12.2017, Az. B 1 KR 18/17 R hat das BSG über die Berechnung von Beatmungsstunden bei Entwöhnung/intermittierenden Phasen der Beatmung entschieden. Als erstes Fazit lässt sich sagen, dass die Entscheidung zwar negativer wie erhofft ausgefallen ist, jedoch noch „Luft“ für positive Argumentationen lässt.

1.

Die aus unserer Sicht wesentlichen Passagen des Urteils lauten:

„Nach Wortlaut und Regelungssystem der DKR 1001h sind Spontanatmungsstunden nur dann als Beatmungsstunden mitzuzählen, wenn der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung in einer Phase der Entwöhnung erfolgt. Diese Phase ist durch das Ziel geprägt, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. Schon begrifflich setzt eine Entwöhnung eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus.

(...) Gewöhnung an die maschinelle Beatmung, also die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können. (...) Nur dann, wenn sich der Patient an die maschinelle Beatmung gewöhnt hat und dadurch seine Fähigkeit eingeschränkt ist, vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, setzt das Krankenhaus eine Methode der Entwöhnung ein und wird der Patient im Sinne der DKR 1001h entwöhnt.

*Es richtet sich nach den **medizinischen Umständen des Einzelfalls**, dass eine Gewöhnung durch Maskenbeatmung, orientiert am Leitbild der Folgen einer maschinellen Beatmung mittels Intubation oder Tracheotomie bereits **mit solchen Einschränkungen eingetreten ist**, dass sie eine Entwöhnung von maschineller Beatmung **pulmologisch erforderlich macht**.*

Das BSG verknüpft damit den Begriff einer „Entwöhnung“ mit einer – durch das BSG – fingierten „Gewöhnung“.

Wie in unserer Mandanteninformation zum Terminbericht dieses Urteils angesprochen, hat das BSG keine medizinische Definition der „Gewöhnung“ festgelegt, sondern überlässt es der medizinischen Beurteilung im Einzelfall, ob eine durch die Beatmung entstandene Beeinträchtigung der „Eigenatmungsfähigkeit“ der Patienten eingetreten ist, welche eine bewusste und ärztlich/pflegerisch etc. überwachte Heranführung der Patientin an eine dauerhafte Spontanatmung erforderlich macht.

Nach unserem Kenntnisstand existiert für intubierte und tracheotomierte Patienten eine Leitlinie (S3 Leitlinie „Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz“), welche die Erforderlichkeit einer Entwöhnung bereits von der ersten Beatmungsphase an für medizinisch erforderlich erklärt. Wir gehen daher davon aus, dass sich in diesen Fällen die Voraussetzungen des BSG verhältnismäßig leicht erfüllen lassen.

Für den Bereich der NIV-beatmeten Patienten existiert eine entsprechende Leitlinie u. E. noch nicht. Unabhängig davon lässt sich die oben angesprochene Leitlinie – falls aus medizinischer Sicht sinnvoll möglich – auch auf diese Patientengruppe übertragen, da das BSG explizit darauf hinweist, dass die „Gewöhnung“ bei diesen Patienten *„orientiert am Leitbild der Folgen einer maschinellen Beatmung mittels Intubation oder Tracheotomie“* eintreten müsse.

I. E. muss – wie auch sonst – jeder Fall einzeln betrachtet werden, sodass vorschnelle Reaktionen vermieden sowie pauschale Lösungen wohl überdacht sein sollten.

2.

Weitere Erkenntnisse aus den Urteilsgründen:

Das BSG stellt klar, dass die Beschränkung der Berechnung von Beatmungszeiten in der „Phase der Entwöhnung“ auf Tage mit mindestens sechs Stunden Beatmungszeit ausschließlich bei Masken-CPAP als „Entwöhnungsmethode“ gilt. Das BSG führt aus:

„Im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde.“

Als Beatmungsmethoden in der „Phase einer Entwöhnung“ kommen nur solche in Betracht, welche die Definition der maschinellen Beatmung nach der DKR 1001 erfüllen. Eine Ausnahme bildet die Unterstützung mittels Masken-CPAP, da dies in der DKR 1001 ausdrücklich geregelt ist. *„Sauerstoffsufflation bzw -inhalation über Maskensysteme oder O2-Sonden“* sind damit – entsprechend der DKR 1001 keine zulässige Beatmungsmethode im Rahmen einer „Entwöhnung“.

3.

Nach erster Durchsicht der Entscheidungsgründe empfehlen wir Folgendes, um **auch die beatmungsfreien meist überwachungsintensiveren Intervalle als Beatmungszeiten zählen zu dürfen**:

1. Die dokumentierten **Werte** des Patienten müssen **während der Beatmungsphase unstrittig eine Beatmung** mittels NIV (intensivmedizinische Behandlung!), Intubation oder Tracheotomie **erfordern**.
2. In geeigneter Weise muss die med. Tatsache dokumentiert sein, dass die vorausgegangene Beatmung ein „Heranführen“ der Patienten an die Spontanatmung erforderlich macht. Hierfür sollten möglichst mit Leitlinien/Fachgesellschaften übereinstimmende Kriterien für die „Gewöhnung“ dokumentiert werden.
3. Im zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn der „Entwöhnung“ müssen die **Werte** – ggf. durch eine Besserung - **aus med.-fachlicher Sicht die Prognose zulassen, der Patient könne an eine Spontanatmung wieder herangeführt werden**.
4. Die **ärztliche Entscheidung** (ggf. kombiniert mit der Entscheidung/Empfehlung des Atmungstherapeuten) zur „Entwöhnung“ **muss dokumentiert sein** und die **Absicht erkennen lassen, den Patienten** aus dem Zustand der Atemunterstützung bzw. der ersetzten Atemfunktion wieder **an die Spontanatmung heranzuführen**. Vereinfacht gesprochen muss der Arzt zusätzlich zu den Werten – ggf. in wenigen Worten – **den Plan dokumentieren, die Beatmung ganz oder in Schritten zu reduzieren**.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.