

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet. Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGP e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Rosseau
Vorname *	Simone
Straße *	Charité Campus Mitte, CC12 - Medizinische Klinik m.S. Infektiologie und Pneumologie, Charitéplatz 1
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	simone.rosseau@charite.de
Telefon *	030 450 653365

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DIGAB e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.digab.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Rosseau
Vorname *	Simone
Straße *	Charité Campus Mitte, CC12- Medizinische Klinik m.S. Infektiologie und Pneumologie, Charitéplatz 1
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	simone.rosseau@charite.de
Telefon *	030 450 653365

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

DGP und DIGAB

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Weaningkategorie bei invasiver Beatmung

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Änderung von Klassentiteln bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Kodierung der Diagnose Beatmungsentwöhnung (= Weaning) anhand der international gültigen Klassifikation der Weaningkategorien und der AWMF S2k Leitlinie Prolongiertes Weaning

ICD J95.- Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, andernorts nicht klassifiziert

J95.6 Beatmungsentwöhnung bei respiratorischer Insuffizienz mit invasiver Beatmung

J95.60 einfaches Weaning (Beendigung der Beatmung mit dem ersten Spontanatmungsversuch)

J95.61 schwieriges Weaning (Beendigung der Beatmung mit dem zweiten Spontanatmungsversuch)

J95.62 prolongiertes Weaning Kategorie 3a

(Beendigung der invasiven Beatmung nach mindestens dem dritten Spontanatmungsversuch oder länger als sieben Tage nach dem ersten Spontanatmungsversuch ohne anschließende häusliche Beatmung)

J95.63 prolongiertes Weaning Kategorie 3b

(Beendigung der invasiven Beatmung nach mindestens dem dritten Spontanatmungsversuch oder länger als sieben Tage nach dem ersten Spontanatmungsversuch mit Ersteinstellung einer häuslichen Beatmung über Maske)

J95.64 prolongiertes Weaning Kategorie 3c = Weaningversagen

(Einleiten einer häuslichen Beatmung über Tracheostoma oder Tod nach dem dritten Spontanatmungsversuch bzw. nach mehr als sieben Tagen nach dem ersten Spontanatmungsversuch = Tod im prolongierten Weaning)

J95.65 Beatmung ohne Weaningprozess (z.B. bei Langzeitabhängigkeit vom Respirator)

Die Diagnosen J95.6- müssen bei Angabe einer Beatmungsdauer und bei gleichzeitiger Kodierung der OPS 8-701 (einfache endotracheale Intubation), und/oder bei gleichzeitiger Kodierung der OPS 5-311 bzw. 5-312 (Tracheostomie) immer kodiert werden.

Bei der Diagnose J95.63 muss gleichzeitig die OPS 8-716.0 (Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung) und die OPS 8-706 (Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung) kodiert werden.

Bei der Diagnose J95.4 muss entweder die OPS 5-311 bzw. 5-312 (Tracheostomie) oder die ICD Z93.0 (Vorhandensein eines Tracheostomas) kodiert sein. Zusätzlich muss die OPS 8.716.0 (Ersteinstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung) kodiert oder der Patient verstorben sein.

Die Weaningdiagnosen J95.6- können ebenfalls bei Patienten mit vorbestehender häuslicher Beatmung über Tracheostoma und Langzeitabhängigkeit vom Respirator (Z99.1) kodiert werden, wenn sie einer Beatmungsentwöhnungsbehandlung im Krankenhaus unterzogen werden. Dabei muss zusätzlich die

ICD Z93.0 (Vorhandensein eines Tracheostomas) kodiert sein.

Die ICD J95.62, J95.63, J95.64 kann Hauptdiagnose sein, wenn der Patient wegen prolongiertem Weaning zur Fortführung des Weaningprozesses z.B. in ein spezialisiertes Weaningzentrum verlegt wird.

Patienten mit nichtinvasiver Beatmung über Maske im Rahmen einer akuten respiratorischen Insuffizienz werden grundsätzlich auch einem Weaningprozess unterzogen, der aber von diesem Vorschlag nicht berührt ist. Sobald das strukturierte Weaning flächendeckend etabliert ist und die Nutzung der nichtinvasiven Beatmung überall verbreitet, wären auch diese Diagnosen (unter Anpassung der OPS; siehe Vorschlag OPS Weaning) zu implementieren.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- a. **Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Ziel der Kodierung einer Weaningdiagnose bei invasiver Beatmung ist die Erfassung der Häufigkeiten für einfaches (Kategorie 1), schwieriges (Kategorie 2) und prolongiertes (Kategorien 3a-c) Weaning insgesamt, und bei differenzierter Betrachtung auch bei unterschiedlichen Grunderkrankungen, unterschiedlichem Lebensalter, in verschiedenen Regionen und Krankenhäusern. Hierdurch können Risikopatienten, Fallkosten, und mittels Qualitätsprüfungen Abweichungen von der Struktur- und Prozessqualität erfasst werden. Die Kodierung ist somit eine wichtige Voraussetzung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Verbindung mit der OPS für den jeweiligen Weaningprozess (siehe Vorschlag OPS), sowie der Fallkostenkalkulation als Grundlage einer gerechten Ressourcenallokation.

Das Weaning umfasst ca. 50% der Gesamtbeatmungsdauer von Patienten auf Intensivstationen. Die Minimierung einer invasiven Beatmungsdauer über Tubus oder Trachealkanüle reduziert das Risiko lebensbedrohlicher beatmungsinduzierter Atemwegsinfektionen und anderer Komplikationen. Die Prävention beatmungsinduzierter Lungenentzündung durch Verkürzung der invasiven Beatmungszeit und die Bevorzugung der nichtinvasiven Beatmung über eine Beatmungsmaske sind daher national und international zentrale Leitlinienempfehlungen (AWMF S2k Leitlinie Prolongiertes Weaning 2014; AWMF S3 Leitlinie Nosokomiale Pneumonie 2012). Im Akut-Weaning wird das Weaningpotential beatmeter Patienten meist unterschätzt und die Beatmungsdauer hierdurch verlängert. Ein strukturierter Weaningprozess unter Verwendung standardisierter Protokolle reduziert die Beatmungsdauer und beatmungsassoziierte Komplikationen (Blackwood. Cochrane Review 2010).

Fast die Hälfte aller Intensivpatienten erhalten eine invasive Beatmung (Metnitz. Intensive Care Med. 2009), hiervon sind ca. 85% mit dem ersten oder zweiten Spontanatmungsversuch entwöhnt (Weaningkategorie 1 bzw. 2). Ungefähr 15% der beatmeten Patienten erleiden ein prolongiertes Weaning (Weaning Kategorie 3). Diese Patienten beanspruchen wegen hoher Liegedauer und zahlreichen Komplikationen bis zu 50% der Ressourcen einer Intensivstation. Die Prognose dieser Patienten ist schlecht, die Sterblichkeit signifikant erhöht (Funk. Eur. Respir. J. 2010).

Patienten mit prolongiertem Weaning haben zudem ein hohes Risiko für Weaningversagen. Durch einen strukturierten prolongierten Weaningprozess kann dieses Risiko reduziert werden. Zentren, die nach aktuellen wissenschaftlichen Standards behandeln, entwöhnen noch ca. zwei Drittel der Patienten, die von anderen Intensivstationen ein Weaningversagen attestiert bekommen haben (Schönhofer DMW 2008; Schönhofer. Analyse der Behandlungsdaten von mehr als 10.000

Patienten aus dem Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren. 2014. Publikation in Vorbereitung).

Medizinischer Fortschritt und demographische Entwicklung lassen den Anteil langzeitbeatmeter Patienten auf Intensivstationen stetig steigen (Zilberberg. Crit. Care. Med. 2008), zeitgleich nimmt die Inzidenz von Weaningversagen zu (Polverino. Intensive Care Med. 2010). In Deutschland werden seit einigen Jahren immer mehr chronisch kritisch kranke Patienten mit Weaningversagen und fortgesetzter invasiver Beatmung in den ambulanten Bereich entlassen. Die Kostenträger berichten von jährlichen Wachstumsraten im zweistelligen Prozentbereich. Während im Jahr 2003 ca. 500 Patienten in Deutschland invasiv beatmet waren (Eurovent Study; Lloyd-Owen Eur. Respir. J 2005), sind nach aktuellen Hochrechnungen von Kostenträgerdaten (TK, DAK, AOK BV) ca. 15.000 Patienten invasiv außerklinisch beatmet. Genaue Zahlen liegen bislang nicht vor, unter anderem auch weil die Diagnose derzeit nicht präzise abbildbar ist. Spezialisierte Pflegedienste übernehmen die ambulante Behandlungspflege nach SGB V, die Kosten hierfür betragen nach Angaben der Kostenträger im Mittel 250.000€ pro Patient und Jahr. Eine ambulante ärztliche Betreuung ist nur in den seltensten Fällen organisierbar, da niedergelassene Ärzte für diese Tätigkeit bislang nicht qualifiziert werden. Kostenträger berichten zudem von erheblichen Drehtüreffekten, die stationären Wiederaufnahmeraten sind aufgrund der komplexen Versorgungssituation und der unzureichenden ärztlichen Betreuung hoch.

Die Entlassung eines Patienten mit Weaningversagen ist ohne Risiko für die Intensivstation, die Folgekosten treffen den ambulanten Sektor und ggf. den Patienten. Die Anzahl der Beatmungsstunden ist zudem erlösrelevant, sodass kein Anreiz für ein rasches und erfolgreiches Weaning gesetzt ist. Wenngleich eine Fehlsteuerung derzeit nicht zu eruieren ist, besteht die Vermutung, dass stationsinterne Abläufe erheblichen Einfluß auf die Beendigung einer Beatmung haben (Biermann. Working Papers in Health Policy and Management 2013. Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern.)

Seit 2014 steht die AWMF S2k Leitlinie Prolongiertes Weaning zur Verfügung. Ein leitliniengerechter strukturierter Weaningprozess unter Beachtung der vorgegebenen Prozesse, sowie der Einhaltung der von den Fachgesellschaften empfohlenen Strukturqualität auf Intensivstationen (Akut-Weaning; DIVI) oder spezialisierten Weaningintensivstationen (prolongiertes Weaning; DGP) kann die Beatmungsdauer verkürzen und sowohl lebensbedrohliche Komplikationen als auch Weaningversagen mit der Folge einer außerklinischen invasiven Beatmung minimieren.

Bislang ist der Weaningprozess auf den meisten Intensivstationen nicht strukturiert, allein durch den Umstand, dass die unterschiedlichen Weaningkategorien bzw. Diagnosen und die sich daraus ergebenden Behandlungskonzepte nicht bekannt sind. Durch die verpflichtende Kodierung der korrekten Weaningdiagnose kann der Anreiz gesetzt werden, die Behandlungsqualität im Weaning zu verbessern. Die Auseinandersetzung mit der unterschiedlichen ICD Kodierung fördert die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Prozess und somit die nachhaltige Verbesserung der Abläufe.

Die Ermittlung der Fallzahlen für Weaningversagen mit außerklinischer Beatmung ist zudem relevant für die Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen, da die ärztliche Versorgung dieser Patienten bislang unzureichend und nicht geregelt ist. Die Erfassung der ICD für Weaningversagen mit invasiver außerklinischer Beatmung auch durch niedergelassene Ärzte wird ebenfalls dazu beitragen die ambulanten Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?

- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.**

Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.

Erst auf der Basis der neuen ICD Kodierung einer Weaningdiagnose kann eine differenzierte Fallkostenkalkulation für die unterschiedlichen Weaningkategorien erfolgen. Der Akut-Weaningprozess (siehe auch OPS Vorschlag) mit den Diagnosen Weaningkategorie 1 oder Weaningkategorie 2 findet auf Intensivstationen nach den Vorgaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin statt (DIVI; www.divi.org). Ein prolongierter Weaningprozess findet entweder auf einer Intensivstation nach Vorgaben der DIVI, einer spezialisierten Weaningstation nach Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), oder auch in Rehabilitationseinrichtungen statt. Die Fallkostenkalkulation in den unterschiedlichen Einrichtungen in Bezug zu Beatmungsdauer, dokumentierter Weaningdauer (siehe Vorschlag OPS), Diagnosen, Alter, Outcome und Prozessqualität ist von erheblicher Bedeutung für die qualitative Weiterentwicklung der Intensivmedizin.

Der Bericht des statistischen Bundesamtes weist für das Jahr 2013 403.907 Behandlungsfälle mit Beatmung aus (Grunddaten Krankenhäuser. Statistisches Bundesamt 2014). Nach aktueller Studienlage (Funk. Eur. Respir. J 2010) ist je nach Spezialisierung der Klinik bei ca. 85% der Fälle von der Diagnose einfaches oder schwieriges Weaning auszugehen (343.321 Patienten), 15% der Fälle erleiden ein prolongiertes Weaning (60.586 Patienten). Diese Patienten der Weaningkategorie 3 verbrauchen in kontrollierten Studien aufgrund der Langzeitbeatmung nahezu 50% der intensivmedizinischen Ressourcen (AWMF S2k Leitlinie Prolongiertes Weaning 2014). Eine differenzierte Fallkostenkalkulation anhand realer Versorgungsdaten ist notwendig, um zu einem differenzierten Engellsystem zu kommen, das Strukturverbesserungen zur Verbesserung der Prognose ermöglicht, und ggf. die Etablierung von Schwerpunktbereichen beeinflusst, die aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl bei notwendiger hoher Prozessqualität sogar sinnvoll sein könnte.

Bislang sind bei Patienten mit Beatmung auf der Intensivstation die Beatmungstunden erlösrelevant. Die Beatmungszeit wird allerdings nicht nur durch Patientenfaktoren beeinflusst, sondern auch durch einen strukturierten Weaningprozess und eine entsprechende Strukturqualität. Stationsinterne Abläufe haben erheblichen Einfluß auf die Beendigung einer Beatmung (Biermann. Working Papers in Health Policy and Management 2013. Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern.), sodass die Prozessqualität unmittelbaren Einfluß auf die Erlöse hat. Das finanzielle Risiko eines Weaningversagens mit anschließender außerklinischer Beatmung trägt allerdings der ambulante Sektor und nicht die Intensivstation. Die Erfassung der Weaningkategorien als ICD Schlüssel soll daher auch der Etablierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung dienen, da nun regional und klinikbezogen das Weaningoutcome ermittelt werden könnte. In Kombination mit der OPS zum strukturierten Weaningprozess können so Anreize zur Verbesserung der Prozessqualität gesetzt werden.

Aktuell wird die kosten- und folgekostenrelevante Weaningkategorie nicht erfasst, es existiert auch kein OPS Schlüssel zur korrekten Erfassung. Daher ist aktuell auch nicht die Zahl der Patienten zu ermitteln, die mit Beatmung in den außerklinischen Bereich entlassen werden. Diese Zahl ist zur Planung der Ressourcen für die ambulante Versorgung essentiell, insbesondere da die Fallzahlen seit einigen Jahren steig steigen (Polverino Intensive Care Med. 2010).

- c. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Der Vorschlag ist wichtig für die Weiterentwicklung der klinischen Qualitätssicherung, entweder als fallbezogene Struktur- und Prozessprüfung, oder als eine noch zu etablierende formalisierte externe Qualitätssicherung in Kombination mit der Kodierung eines Akut-Weaningprozesses oder eines prolongierten Weaningprozesses (siehe Vorschlag OPS Weaning).

Die Ermittlung der Fallzahlen in den unterschiedlichen Weanignkategorien ermöglicht die Analyse regionaler und lokaler Unterschiede, die wiederum zur Analyse der Struktur- und Prozessqualität Anlaß geben sollte.

Die 2014 publizierte AWMF Leitlinie "Prolongiertes Weaning" gibt zwar Handlungsempfehlungen zum Weaningprozess vor, und der Dachverband der intensivmedizinischen Fachgesellschaften DIVI hat strukturiertes Weaning als einen der zehn zentralen Qualitätsindikatoren der intensivstationären Behandlung herausgestellt. Die Einhaltung dieser Vorgaben kann aufgrund mangelnder Dokumentation und Kodierung bislang jedoch nicht überprüft werden und beruht vollständig auf freiwilliger Basis. Wegen steigender Fallzahlen, exzessiver Folgekosten, und zunehmender Verknappung der Pflegekapazitäten sind weitergehende Anreize zur Qualitätsverbesserung dringend notwendig.

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant?

Der Vorschlag ist relevant für die Intensiv- und Beatmungsmedizin und die außerklinische Beatmung.

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)