

**Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.**

**3. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Zusatzcode für Biofilm-Infektionen

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Es wurden verschiedene Fachverbände (DGI , ERPD/Endocert, DGOU (DGOOC/DGU)) angefragt

**5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

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

Da es sich bei den Biofilm-Infektionen um eine Art von adaptiver Resistenzbildung von pathogenen Keimen handelt, würde es sich anbieten den Kode in der Nähe der Zusatzkodes für multiresistente Erreger einzuordnen.

U68! - Biofilm-Infektion bei Vorhandensein von Implantaten oder: fremdkörper-assoziierte Infektion mit Vorhandensein von pathogenen Keimen in Biofilm (Gelenk-Endoprothesen, Schrittmacher, Gefäßprothesen, WS-Prothesen...)

Hinweis: Nachweis der Infektionsversursachenden Keime muss durch geeignete Verfahren der Biofilmdiagnostik wie Sonikation, spezielle PCR erfolgen

**6. 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 b genannten Fragen.

Biofilmassoziierte Infektionen sind ein herausforderndes und komplexes Krankheitsbild. Sie bedürfen eines interdisziplinären Managements durch erfahrene Infektologen, Mikrobiologen und Spezialisten der Fachgebiete aus denen die Implantate stammen, an denen die Erreger im Biofilm anhaften. Allerdings wird bei Anwendung eines optimalen Therapiekonzepts zumindest im Bereich der periprothetischen Infektionen nach Gelenkersatz ein Behandlungserfolg in über 90% der Fälle erreicht. Das entsprechende Behandlungsmanagement, aber auch schon die korrekte Diagnosestellung, sind mit besonderen Aufwendungen verbunden. Im Biofilm schaffen sich Bakterien und Pilze einen Schutz vor der körpereigenen Immunabwehr sowie vor antimikrobiellen Substanzen und persistieren in dieser Matrix in metabolisch reduzierter Form (=adaptive Resistenz). So sind sie schwieriger zu therapieren als planktonische Erreger und können nur durch biofilmaktive Antibiotika und evtl. mit entsprechender Chirurgie eradiziert werden.

Es wird daher vorgeschlagen einen Zusatzkode für die Biofilm-Infektion einzuführen, dieser könnte - wie auch die Codes für die Multiresistenzen - im U-Kapitel untergebracht werden. Für diesen Kode müssten im Hinweistext als Bedingung für die Kodierung die notwendigen spezifischen Untersuchungen wie Sonikation, spezifische PCR-Untersuchungen u. ä. aufgeführt werden.

Unter diesen Prämissen könnte der Code zukünftig für die Fallkostenkalkulation als Hinweis auf einen möglichen Kostentrenner und für die externe Qualitätssicherung als Hinweis auf eine adäquate Behandlungsstrategie für Problemfälle dienen. Kliniken, die diesen Code in ausreichender Anzahl anwenden, wären auch mögliche Partner für die Versicherer um Selektivverträge/integrierte Versorgungsmodelle für eine derzeit häufig unzureichend versorgte Patientengruppe 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 (mit den vorgeschlagenen neuen 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.**

Hinsichtlich der gut untersuchten periprothetischen Infektionen nach Gelenkersatz ist mit einem Anteil von 1-9% je nach Gelenk (Zimmerli et al. 2004) zu rechnen, vermutlich ist die Anzahl jedoch höher, bzw. wird aufgrund zunehmender Risikofaktoren steigen.

Für einen sicheren Nachweis von Biofilm- Infektionen sind spezifische Untersuchungen notwendig um nach dem Entfernen/Austausch des infizierten Implantats die spezifische Behandlung korrekt einleiten zu können. Für diese Untersuchungen wie z.b. Sonikation ist mit Kosten von ca. 580 € zu rechnen. Die spezifische Antibiotikathapie ist um durchschnittlich 1040 € höher als die Standardtherapie.

Derzeit werden periprothetische Infektionen mit den Codes T84.5 in Kombination mit dem Schlüssel für den jeweiligen Erreger B\* dargestellt. Ein Hinweis auf Biofilminfektion ist derzeit noch nicht verschlüsselbar.

**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.)

Die Möglichkeit einer sicheren Diagnostik für Biofilm-Infektionen ist noch nicht in die Leitlinien der Fachgesellschaften übernommen, kann aber zukünftig ein relevantes Qualitätskriterium darstellen.

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

Bisher existieren gesicherte Erkenntnisse insbesondere für den Bereich der periprothetischen Infektionen nach Gelenkersatz. Jedoch wird die fremdkörperassoziierte Biofilmbildung auch in übrigen medizinischen Bereichen beobachtet. Es ebenso nachgewiesen, dass Biofilm-Infektionen auch nach der Implantation von jeglichen dauerhaft im Körper verbleibenden Implantaten jederzeit hämatogen auftreten können, wie Gefäßprothesen, Ventrikel-Shunts, WS-Implantate, Schrittmacher kardial und neurologisch...

**7. Sonstiges**  
(z.B. Kommentare, Anregungen)