

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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 DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

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 *	Simone
Vorname *	Rosseau
Straße *	Ingeborg-Krummer-Schroth-Str. 30
PLZ *	79106
Ort *	Freiburg
E-Mail *	simone.rosseau@digab.de
Telefon *	0171 5461189

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Beatmungsentwöhnung (Weaning)

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Korrigierter Vorschlag aus dem Verfahren 2017 nach ausführlicher Diskussion mit den entsprechenden Fachgesellschaften 11/2016, DIMDI/Köln

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

8-71 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske und Tubus

8-71a.- Beatmungsentwöhnung (Weaning)

Hinw.: Dieser Kode ist ggf. mehrfach pro stationärem Aufenthalt anzugeben

8-71a.0 Feststellung der Bereitschaft zur Beatmungsentwöhnung und Durchführung des ersten Spontanatmungsversuchs (Weaningbeginn)

8-71a.1 Anwendung einer nichtinvasiven Beatmung im Beatmungsentwöhnungsprozess

Hinw.: Das Anlegen der Maske ist im Kode enthalten. Als Bezugsdatum ist der Tag mit der ersten nichtinvasiven Beatmung nach Extubation oder Dekanülierung zu wählen.

8-71a.2 Feststellung des Ende einer Beatmungsentwöhnung (Weaningende)

Kommentare zu 8-71a.- Beatmungsentwöhnung (Weaning):

Zu 8-71a.0 Feststellung der Bereitschaft zur Beatmungsentwöhnung und Durchführung des ersten Spontanatmungsversuchs

Mit Beginn einer Beatmungstherapie soll die ggf. erforderliche Sedierung anhand von Scores gesteuert und die Bereitschaft zur Beatmungsentwöhnung täglich protokollbasiert erfasst werden. Unmittelbar mit Feststellung der Bereitschaft zur Beatmungsentwöhnung soll ein strukturierter erster Spontanatmungsversuch durchgeführt werden. Das Datum dieses ersten Spontanatmungsversuchs ist als Bezugsdatum für diesen Kode zu verwenden. Damit ist der Beginn der Weaningphase definiert.

Zu 8-71a.1 Anwendung einer nichtinvasiven Beatmung im Beatmungsentwöhnungsprozess

Zur Vermeidung eines Extubationsversagens oder auch zum weiteren Weaning ist bei definierten Patientengruppen der Einsatz einer nichtinvasiven Beatmung indiziert. Es ist das Datum der Aufnahme einer nichtinvasiven Beatmung nach einer Extubation oder Dekanülierung zu kodieren.

Der Kode

8-707.2 Atemwegszugang bei Beginn einer Beatmungstherapie: Anlegen einer Maske
ist in dieser Situation nicht zu kodieren.

Zu 8-71a.2 Feststellung des Ende einer Beatmungsentwöhnung

Patienten können nach einer Beatmungstherapie mit dem ersten Spontanatmungsversuch (8-71a.0) erfolgreich entwöhnt sein und wieder durchgehend - ohne Druckunterstützung - selbständig atmen. Unter Umständen kann hierbei (vorübergehend) eine (high flow) Sauerstoff- oder CPAP-Therapie zur Anwendung kommen. Andere Patienten benötigen nach Extubation oder Dekanülierung bei entsprechender Indikation noch eine vorübergehende nichtinvasive Beatmung mit Druckunterstützung (8-71a.1), bevor wieder eine durchgehende selbständige Atmung - ggf. mit (high flow) Sauerstoff- oder CPAP-Therapie - möglich ist. Das Ende einer Beatmungsentwöhnung ist in diesen Fällen das Datum der letzten maschinellen Druckunterstützung über Tubus, Trachealkanüle oder Maske vor wieder durchgehend selbständiger Atmung. Bei Patienten, die im Anschluß an den Beatmungsentwöhnungsprozess eine häusliche Beatmung erhalten, definieren sowohl die Codes 8-716.00 oder 8-716.10 (Einstellung bzw. Optimierung einer nichtinvasiven häuslichen Beatmung) als auch die Codes 8-716.01 bzw. 8-716.11 (Einstellung einer invasiven häuslichen Beatmung nach erfolgloser Beatmungsentwöhnung bzw. Optimierung einer häuslichen invasiven Beatmung) das Ende der Beatmungsentwöhnung. Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Frührehabilitationseinrichtung, sowie bei Tod vor Feststellung des Ende einer Beatmungsentwöhnung ist der Beatmungsentwöhnungsprozess nicht abgeschlossen und der Kode 8-71a.2 nicht anzugeben.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Eine Beatmungstherapie kann mit aber auch ohne Beatmungsentwöhnung (Weaning) durchgeführt werden, wie z.B. bei elektiver Einleitung einer häuslichen Beatmung, sowie bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus bzw. eine Frührehabilitationseinrichtung, oder Tod vor Beginn bzw. vor Abschluss des Weanings. Fortschritte in Medizintechnik und Intensivmedizin haben die Überlebensprognose multimorbider und älterer Patienten bei akuter Erkrankung in den letzten Jahren signifikant verbessert. Die Beatmungsentwöhnung ist hierdurch komplexer und aufwendiger geworden. Der Weaningprozess kann hierbei mehr als 50% der Gesamtbeatmungszeit in Anspruch nehmen. Die derzeitige Erfassung der Beatmungsstunden bildet die unterschiedlichen Verläufe mit sehr variablem Behandlungsaufwand nur unzureichend ab. Mit Hilfe der zeitlichen Angaben sowohl zu Beatmungs- als auch zu Weaningbeginn und -ende könnten unterschiedliche Patientengruppen identifiziert und Ressourcen entsprechend der Schweregrade besser zugeordnet werden (Prognoserelanz unterschiedlicher Weaningkategorien; s. AWMF S2k Leitlinie 'Prolongiertes Weaning' 2014).

Entsprechend gültiger Empfehlungen (AWMF S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin 2015; AWMF S2k Leitlinie Prolongiertes Weaning 2014; DIVI

Qualitätsindikatoren Intensivmedizin) sollte bei invasiver Beatmung die Sedierung anhand von Scores gesteuert, und täglich protokollbasiert die Weaningbereitschaft überprüft werden, um frühzeitig Patienten zu identifizieren, die einem ersten Spontanatmungsversuch zugeführt werden können. Ein standardisierter Spontanatmungsversuch wird durchgeführt, sobald Weaningbereitschaft vorliegt. Ein solches strukturiertes Vorgehen verkürzt die Gesamtbeatmungsdauer und erhöht gleichzeitig den Anteil erfolgreich entwöhnter Patienten. Nach internationaler Studienlage sind 70-80% aller länger als 24 h beatmeten Patienten mit dem ersten Spontanatmungsversuch erfolgreich von der Beatmung entwöhnt. Die Verlegung von als nicht entwöhnbar eingeschätzten Patienten in Einrichtungen, die protokollbasiert vorgehen, führt bei einem Drittel der Patienten zu einem sofortigen erfolgreichen Weaning. Ein solches evidenzbasiertes Vorgehen bedeutet unmittelbare Risikoreduktion für Patienten (Abnahme beatmungsassoziierten unerwünschter Ereignisse), aus diesem Grund ist es ein wichtiger Qualitätsindikator in der Intensivmedizin und Bestandteil des Intensivmedizinischen Peer Reviews (DIVI-Qualitätsindikatoren, <http://www.divi.de/qualitaetssicherung/peer-review/qualitaetsindikatoren.html>; DIVI: Verfahrensrahmen zum Intensivmedizinischen Peer Review, http://www.divi.de/images/PeerReview/IMPR_Verfahrensrahmen_Version%202013-1.3.pdf).

Bei 20-30% der beatmeten Patienten ist das Weaning erschwert und der Weaningprozess verlängert. Ungefähr die Hälfte dieser Patienten benötigen ein individuell optimiertes, multimodales Behandlungsprogramm, um erfolgreich entwöhnt zu werden. Zur Erfassung der gesamten Weaningzeit und damit des Aufwands für eine komplexe Beatmungsentwöhnung ist der Tag des ersten Spontanatmungsversuchs nach Erreichen der Weaningbereitschaft anzugeben. Das Weaning endet mit der letzten druckunterstützten Beatmung vor wieder durchgehender Spontanatmung, oder mit der Einleitung einer häuslichen Beatmung. Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Frührehabilitationseinrichtung, sowie bei Tod vor Abschluss der Beatmungsentwöhnung endet der Weaningprozess automatisch am Tag der Krankenhausentlassung bzw. des Todes, ohne dass ein Weaningende festgestellt werden muss. Bei entsprechender Indikation kann im Weaningprozess eine nichtinvasive Beatmung zur Anwendung kommen.

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

Da Beatmungsstunden den Betreuungsaufwand unterschiedlicher beatmeter Patientengruppen nur unzureichend abbilden, wäre die nachvollziehbare Erfassung des Beatmungs- und Weaningbeginns ein wichtiger Schritt zur differenzierteren Analyse des Ressourcenverbrauchs auch in den unterschiedlichen Phasen des Behandlungsverlaufs. Darüber hinaus lassen sich durch die Erfassung des Weaningbeginns und -endes unterschiedliche Weaningkategorien erfassen, die jeweils Prognoserelevanz haben. Auch hierdurch kann die Schweregradeinteilung bei beatmeten Patienten verbessert werden und zu einer differenzierteren Fallkostenkalkulation in diesem kostenintensiven Bereich beitragen.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

S2k Leitlinie 'Prolongiertes Weaning' AWMF 2014: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-015.html>
 S3 Leitlinie 'Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin' AWMF 2015: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/001-012.html>

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Geringer Dokumentationsmehraufwand: Kodieren des Weaningbeginns mit dem Zeitpunkt des ersten Spontanatmungsversuchs, der Verwendung einer nichtinvasiven Beatmung im Weaning, sowie der Erfassung des Ende einer Beatmungsentwöhnung (s.o.)

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *

ca. 400.000 beatmete Patienten pro Jahr in Deutschland (Grunddaten Krankenhaus. Statistisches Bundesamt)

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *

entfällt

g. 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.)

Strukturierte Beatmungsentwöhnung mit protokollbasierter Sedierung und täglicher Prüfung der Bereitschaft zum Weaning, sowie Durchführung eines ersten Spontanatmungsversuchs bei Weaningbereitschaft kann sowohl die Gesamtbeatmungszeit verkürzen als auch Patienten mit problematischer Entwöhnung identifizieren, die einem speziellen Behandlungskonzept zugeführt werden sollten. Die Anwendung eines solchen evidenzbasierten und leitliniengestützten Prozesses kann sowohl das Risiko für beatmungsassoziierte Komplikationen als auch für Weaningversagen und nachfolgende häusliche invasive Beatmung minimieren. Mit der Etablierung einer OPS für Beatmungsentwöhnung kann der Behandlungsprozess einer Beatmung nachvollziehbarer abgebildet werden. Dies wäre eine wichtige Voraussetzung zur Etablierung einer externen Qualitätssicherung im Bereich der Intensiv- und Beatmungsmedizin.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)