

## Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### 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:  
*ops2021-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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](mailto: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](http://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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://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.

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

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte

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

### Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGNR
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.dgnr.de/">https://www.dgnr.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Platz
Vorname *	Thomas
Straße *	Karl-Liebknecht-Ring 26a
PLZ *	17491
Ort *	Greifswald
E-Mail *	<a href="mailto:t.platz@bdh-klinik-greifswald.de">t.platz@bdh-klinik-greifswald.de</a>
Telefon *	(03834) 871-201

### 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.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

## 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 \*

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

**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) \***

OPS 8-71b Prolongiertes Weaning bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie, DGN  
Das Unterstützungsschreiben der DGN wird kurzfristig nachgereicht; per Email liegt die Bestätigung der Unterstützung bereits vor.

**5. Der 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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

Unter prolongierter Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten, insbesondere i.R. der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation, ist der Prozess der strukturierten Modifikation von Beatmungsparametern in Kombination mit akutmedizinischen und weiteren spezifischen Behandlungsmaßnahmen mit dem Teilhabeziel der Wiedererlangung der selbstständigen Atmung ohne maschinelle Unterstützung zu verstehen.

Bei einer prolongierten Beatmungsentwöhnung erfolgt die weitere Behandlung nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen (SBT) oder nach einer Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT. Es ist die S2k-Leitlinie „Prolongiertes Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ zu beachten.

Bei der Feststellung einer prolongierten Beatmungsentwöhnung ist bei zuverlegten Patienten die Vorbehandlung im zuverlegenden Krankenhaus zu berücksichtigen.

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nichtinvasiven maschinellen Beatmung im prolongierten Beatmungsentwöhnung (Weaning) bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten anzuwenden.

Mindestmerkmale:

- Leitung der Einheit durch einen Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung
- Anstelle der/des Fachärztin/Facharztes für Neurologie oder Neurochirurgie kommt auch die Leitung durch eine/einen Intensivmediziner/in einer anderen Fachrichtung infrage. In diesem Fall muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand anderweitig kontinuierlich in den Behandlungsprozess integriert sein.
- Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychologie, Logopädie/faziorale Therapie und therapeutische Pflege; zum Behandlungsteam können Atmungstherapeuten, physikalische Therapie und Musiktherapeuten gehören.
- Der vom Patienten benötigte Einsatz der Therapiebereiche erfolgt in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden) im Durchschnitt der Behandlungsdauer.

Mindestanforderung pro Behandlungstag:

- Erhebung der Kriterien zur Entwöhnungsbereitschaft
- Festlegung der Entwöhnungsstrategie (Modifikation von Beatmungsparametern und Durchführung von Spontanatmungsversuchen) oder Begründung der Nichtdurchführung von Maßnahmen zur Entwöhnung
- dokumentiertes strukturiertes Sekretmanagement

Mindestanforderung der Dokumentation im Pflegedienst:

- Gasaustauschparameter (z.B. pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, sO<sub>2</sub>) mit invasiven oder nicht invasiven Messverfahren (z.B. Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO<sub>2</sub> Messung)
- Eine CO<sub>2</sub> Messung (invasiv oder nicht invasiv) ist mindestens 1x pro Tag zu dokumentieren
- 1x pro Schicht Geräteeinstellungen (mindestens Beatmungsmodus, Beatmungsdrücke, Atemfrequenz, FiO<sub>2</sub> oder O<sub>2</sub>-Fluss), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen
- 1x pro Schicht Gerätemesswerte (mindestens Atemfrequenz, Atemzugvolumen, Atemminutenvolumen, Beatmungsdrücke), zusätzlich bei Änderungen der Geräteeinstellungen

Als Behandlungstage gelten alle Tage ab Beginn der Beatmung, an denen mindestens ein Spontanatmungsversuch durchgeführt wurde oder für die eine schriftliche Begründung der Nichtdurchführung oder des Versagens des täglichen Spontanatmungsversuches vorliegt oder die zur Erfüllung des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V erforderlich sind

Bei einer prolongierten Beatmungsentwöhnung ist die Dauer der Beatmung entsprechend der DKR 10011 obligat zu erfassen.

Eine intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980 ff) oder eine aufwendige intensivmedizinische Behandlung (8-98f ff) können zusätzlich kodiert werden, wenn die jeweiligen Mindestmerkmale durch die Einheit erfüllt werden.

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Die Einleitung einer häuslichen maschinellen Beatmung während desselben stationären Aufenthaltes ist gesondert zu kodieren (8-716 ff.)

Eine Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung ist gesondert zu kodieren (8-98j)

Eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552) ist gesondert zu kodieren, die in dieser Prozedur enthaltenen therapeutischen Leistungen dürfen zur Berechnung der 300 min täglicher Therapie im Durchschnitt der Behandlung hinzugezählt werden und umgekehrt.

8-71b.0 Mindestens 1 bis höchstens 2 Behandlungstage

8-71b.1 Mindestens 3 bis höchstens 5 Behandlungstage

8-71b.2 Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage

8-71b.3 Mindestens 11 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-71b.4 Mindestens 21 bis höchstens 40 Behandlungstage

8-71b.5 Mindestens 41 bis höchstens 75 Behandlungstage

8-71b.6 Mindestens 76 Behandlungstage

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Nach länger andauernder Intensivbehandlung, insbesondere Beatmung, ist das Weaning, d. h. die vollständige Entwöhnung von der Beatmung häufig nicht innerhalb der Akutbehandlung auf der Intensivstation zu realisieren. Von einem prolongierten Weaning spricht man nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen (SBT) oder nach einer Beatmung länger als 7 Tage nach dem ersten erfolglosen SBT (Kategorie 3 der Internationalen-Weaning-Klassifikation). In diesen Fällen werden die Patienten in der Regel in dezidierte Weaning-Einheiten verlegt, die auf prolongierte Verläufe spezialisiert sind.

Die Ursache des prolongierten Weanings können dabei sehr unterschiedlich sein. Bei vielen Patienten ist die Ursache pulmonologisch oder allgemein-internistisch bedingt, sodass die Entwöhnung vor allem unter pulmonologischer Fachexpertise stattfindet.

Beatmungsentwöhnung bei neurologischen Erkrankungen unterscheidet sich deutlich von rein der bei pulmonalen Störungen. Die Störung des respiratorischen Systems bei neurologischer Grunderkrankung ist durch folgendes gekennzeichnet:

- 1) Pathophysiologie eines gestörten Atemantriebs bei zentralnervösen Schädigungen und/oder
- 2) Insuffizienz der Atemmuskulatur durch Schädigung des peripheren Nervensystems und der Muskulatur

Zu 1) Gestörter Atemantriebs bei zentralnervösen Schädigungen

Die Fähigkeit zur Eigenatmung bzw. die Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwöhnung ist ein weitgehender intakter zentraler Atemantrieb. Neurologische Patienten mit Beteiligung des zentralen Nervensystems (ZNS) können aufgrund Ihrer Erkrankung sowohl bei primärer als auch sekundärer Hirn- und Hirnstammschädigung durch Trauma (lokale oder diffuse axonale Schädigung), Ischämie, Blutung, intrazerebraler Infektion oder Tumorleiden Beeinträchtigungen ihres Atemantriebs aufweisen und benötigen daher ein besonderes fachspezifisches (neurologisches) Weaning-Management.

## Zu 2) Insuffizienz der Atemmuskulatur

a) Eine akute Erkrankung des peripheren Nervensystem (z.B. Guillain-Barre-Syndrom, („Critical-Illness-Neuropathie“) sowie eine weitere akute funktionelle Schädigung nicht nur der Nerven, sondern auch der Muskulatur („Critical-Illness-Myopathie“) führen zu einer reduzierten Kapazität innervierter und/oder funktionaler Atemmuskulatur. Hinzu kommt häufig die zusätzliche beatmungsinduzierte Inaktivitätsatrophie der Zwerchfellmuskulatur, die sogenannte Ventilator Induced Diaphragmatic Dysfunction (VIDD) und damit zu einer weiteren Schwäche der Atempumpe. Daher können insbesondere zu Beginn des Weanings zu lange Phasen von Spontanatmung oder assistierter Beatmung die wenigen Anteile noch innervierter Atemmuskeln bzw. die pathologisch veränderten bzw. bereits partiell atrophierten Muskel überlasten.

b) Weiterhin können auch zahlreiche andere, teilweise mehr protrahiert bis chronisch verlaufende neurologische Erkrankungen wie z.B. entzündliche oder toxische Muskelerkrankungen sowie degenerative Myopathien und Muskeldystrophien zu einer chronischen muskulären Überlastung der Atempumpe führen. Dabei hängt es in Phasen des Weanings auch vom aktuellen Vermögen der Muskulatur ab, eine zusätzliche Atemlast (Volumen oder Druck) zu tolerieren. Überforderungen der Atemmuskulatur können dann nicht nur zu einem prolongierten Weaning-Versagen, sondern zu einer zusätzlichen Organschädigung der Muskulatur führen.

c) Auch gibt es Behandlungsverläufe mit primär pulmonalen Störungen wie z.B. eine infektexazerbierte COPD, die für die Beatmung ursprünglich verantwortlich war, bei denen sekundär eine erworbene Nervenschädigung bzw. muskuläre Insuffizienz im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlungssituation entsteht („Critical-Illness-Neuropathie/-Myopathie“), die zu komplexen Störungsbildern führt.

Die pathophysiologischen Unterschiede der jeweiligen Grunderkrankungen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Behandlungsstrategien lassen eine Unterscheidung der adäquaten Versorgungssituation nach individuellem Erkrankungsschwerpunkt in pneumologische und neurologische Weaning-Zentren zu. Retrospektive Daten dokumentieren, dass 2006 in 38 deutschen pneumologischen Weaning-Zentren 2718 Patienten betreut wurden. Die Beatmungsursache in pneumologischen Weaning-Zentren war in 72% internistisch, in 15% neurologisch und in 12% chirurgisch (Schönhofer et al., 2008). Demgegenüber sind die Ursachen der Langzeitbeatmung bei Patienten in neurologischen Weaningzentren anders verteilt: In einer ebenfalls retrospektive Untersuchung mit 1486 Patienten, die 2009 in 7 neurologische Weaning-Zentren aufgenommen wurden, waren die Ursachen der Langzeitbeatmung in 69,2% neurologische (davon 52,6% zentralnervös, 45,2% peripher-neurologisch, 2,2% gemischt), in 22,8% pulmonale und in 3,0% kardiale Störungen (Oehmichen et al., 2012).

Ein weiterer Behandlungsaspekt ist für neurologische Patienten mit prolongiertem Weaning, welche nicht in der Primärversorgung von der Beatmung entwöhnt werden konnten, von großer klinischer Relevanz. Sie benötigen eine nahtlose Fortführung frührehabilitativer Maßnahmen in der Sekundärversorgung unter der Berücksichtigung einer vorhandenen intensivmedizinischen Betreuung in einem spezialisierten Zentrum. Diese Zentren der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation/Phase B-Rehabilitation erfüllen bei der Versorgung langzeitbeatmeter Patienten spezielle Aufgaben und Anforderungen. Bei diesen Patienten bestehen neben der Abhängigkeit vom Respirator in der Regel zusätzlich komplexe, häufig ausgeprägte neurologisch(-psychiatrische) Defizite wie Bewusstseinsstörungen, kognitive und Wahrnehmungsstörungen, Paresen, Koordinationsstörungen, Sprech-, Sprach-, Schluckstörungen, sensible Defizite, Störungen der Ausscheidungsfunktionen und emotionale Störungen und damit eine manifeste Gefährdung der Alltagskompetenz insgesamt. Deshalb sollten unbedingt parallel Maßnahmen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFRB) stattfinden, um bereits während des Weaning-Prozesses die genannten Symptome zu therapieren. Dies erfordert die hochfrequente Anwendung von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und/oder physikalischer Therapie in Kombination mit therapeutischer Pflege durch entsprechend geschultes Fachpersonal.

Die Kombination eines prolongierten Beatmungsweanings mit Maßnahmen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation bei Patienten mit neurologischer/neurochirurgischer Erkrankung erfordert obligat die Supervision oder engmaschige Einbindung eines Facharztes für Neurologie oder Neurochirurgie, der die Maßnahmen zur Beatmungsentwöhnung an der neurologischen Grunderkrankung orientiert und begleitend (sekundär) an pulmonalen und / oder allgemein-

internistischen Pathologien. Dabei trägt die neurologische / neurochirurgische Behandlungsleitung auch die Verantwortung für die multiprofessionelle Behandlung der anderen Symptome der neurologischen Grunderkrankung.

Oehmichen F, Ketter G, Mertl-Rotzer M et al. (2012) Beatmungsentwöhnung in neurologischen Weaningzentren - Eine Bestandsaufnahme der Arbeitsgemeinschaft Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation. Nervenarzt 83:1300-1307

Schönhofer B, Berndt C, Achtzehn U et al. (2008) Entwöhnung von der Beatmungstherapie - Eine Erhebung zur Situation pneumologischer Beatmungszentren in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 133:700-704

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

Derzeit wird im Entgeltsystem nicht unterschieden zwischen der Beatmung und dem Weaning-Prozess, v.a. des prolongierten Weanings. Im Rahmen des Vorschlagswesens 2020 erfolgt durch die Deutsche Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) die Einreichung einer OPS 8-71a "Prolongierte Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung". Die in diesem OPS-Vorschlag 8-71a definierten Kriterien sind jedoch nicht auf neurologische Patienten übertragbar, da sie von primär hirn- und nervengesunden Patienten ausgehen. Demgegenüber richtet sich die in diesem Vorschlag ausgeführte OPS 8-71b an das komplementäre Patienten-Klientel mit keinem oder nur geringem pulmonologischen Erkrankungen, aber schwerwiegenden neurologisch-psychiatrischen Defiziten. Somit führt die Definition zweier OPS zu einer deutlichen Stratifizierung eines derzeit sehr heterogenen und auch nicht wirklich vergleichbaren Patientenguts.

Entsprechend der Unterschiede im Patienten-Klientel sind auch die Anforderungen unterschiedlich. Im Vergleich zur o. g. Parallelvorschlag ist für die hier vorgeschlagenen OPS 8-71b essentiell:

1. Die Supervision bzw. das kontinuierliche Eingebundenseins eines Facharztes für Neurologie oder Neurochirurgie mit Erfahrung in der Beatmungsentwöhnung (die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist hier nicht zwingend erforderlich), um die dem Weaningversagen und dem prolongierten Weaningprozess zugrunde liegende neurologische Erkrankung adäquat zu behandeln und den Weaningprozess entsprechend fachärztlich betreuen.

2. Eine begleitende durch einen Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie gesteuerte neurologisch-neurochirurgisch frührehabilitative Therapie mit höherer Therapiefrequenz im Umfang von 300 Min. täglich im Mittel der Behandlungsdauer, die nicht nur auf die Mobilisation und Beatmungsentwöhnung alleine zielt, sondern ganz besonders auch auf die Therapie der parallel vorliegenden komplexen neurologischen und hirnorganischen Defizite. (Der Therapiebedarf wird analog dem für Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ohne Weaningbedarf, wie in OPS 8-552 bereits seit vielen Jahren definiert und bewährt, eingeschätzt und geregelt).

Das beschriebene Patienten-Klientel bedarf eines hohen medizinischen Versorgungsaufwandes, oftmals über viele Wochen bis Monate. In einer deutschlandweiten Erhebung unter Beteiligung von 16 Zentren der neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation aus 10 Bundesländern (754 Patienten) lag die Behandlungsdauer der bei Aufnahme in die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation Beatmeten im Mittel bei 80 Tagen/Standardabweichung 64,6 Tage (Median 64 Tage) (Pohl et al., 2016).

Über die neue OPS 8-71b könnte diese hochaufwendige Versorgung spezifisch abgebildet und damit ein Kostentrenner für die DRG-Abbildung generiert werden.

Pohl M, Bertram M, Bucka C et al. (2016). Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation: Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. Nervenarzt, 87:634-644.

**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

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

Aufgrund es oben ausgeführten, besonderen Anforderungsprofil wurde für die Spezifika des prolongierten Weanings in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation eine separate AWMF-S2k-Leitlinie definiert: "Besonderheiten des prolongierten Weanings bei Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation" (AWMF-Registernummer 080 - 002) <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-002.html>

Eine erste Abschätzung der für diese Versorgung verfügbaren Kapazitäten in Deutschland findet sich in der Publikation Platz et al. (eingereicht). Dabei wurden 1094 Betten für das prolongierte Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation dokumentiert. Es wird angenommen, dass mit diesen Kapazitäten etwa 10.000 Fälle pro Jahr behandelt werden bei einer Weaningerfolgsquote von 65 - 75% (Pohl et al., 2016; Schmidt et al., 2018) und damit ca. 7000 Fälle neuer Fälle für die außerklinische Beatmung vermieden werden können.

In pulmonologischen Weaning-Zentren machen Patienten mit Lungenerkrankungen ca. 70 % der Patienten aus, schwere Gehirnerkrankungen oder die Indikation zur neurologischen Frührehabilitation wurden explizit ausgenommen (Schönhöfer et al., 2016).

Pohl M, Bertram M, Bucka C et al. (2016). Rehabilitationsverlauf von Patienten in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation: Ergebnisse einer multizentrischen Erfassung im Jahr 2014 in Deutschland. Nervenarzt, 87:634-644.

Schmidt SB, Boltzmann M, Bertram M et al. (2018). Factors influencing weaning from mechanical ventilation in neurological and neurosurgical early rehabilitation patients. Eur J Phys Rehabil Med, 54:939-46.

Schönhöfer B et al. (WeanNet Study Group) (2016). WeanNet: Das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP). Epidemiologie und Outcome bei Patienten im prolongierten Weaning. Dtsch Med Wochenschr, 141: e166-172.

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Anzunehmende Kosten sind - vorbehaltlich einer (späteren) kostenträgerbasierten Bewertung - die, die derzeit aus A-DRGs bei Weaning-Patienten (Beatmungsstunden) mit kombiniertem Bedarf für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation entstehen.

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

Im Zuge der Groupierungsrelevanz spielt derzeit die Beatmungsdauer für die DRG der Fälle im prolongierten Weaning der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation eine bedeutende Rolle. So wird durch eine Langzeitbeatmung > 95 Stunden in jedem Fall eine der A-DRGs (auch Beatmungs-DRG genannt) angesteuert, irrelevant welche Major Diagnostic Category (MDC) Zuordnung im Vorfeld über die Hauptdiagnose erfolgte.

Spezifizierbare Kostenunterschiede zu bestehenden vergleichbaren Verfahren (DRG für Weaning-Patienten mit Beatmungsstunden > 95h mit kombiniertem Bedarf für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) hätte man, soweit noch keine kostenträgerbasierten Bewertung erfolgt ist, nicht.

Zunächst würde von den gleichen Kosten ausgegangen, da die klinischen Aufwendungen die gleichen sind (Zeit des Weaning in Kombination mit der neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation OPS 8-552).

Mit dem neuen OPS 8-71b "Prolongiertes Weaning bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten" würde allerdings eine genauere / spezifischere Abbildung dieses spezifischen Klientels und seiner hochaufwendigen Versorgung erfolgen können, was dann im Nachgang eine Kalkulation und für die DRG-Groupierung einen sachgerechten Kostentrenner ermöglichen könnte.

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

Beim „Prolongiertes Weaning bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten“ handelt es sich um eine in Deutschland breitflächig vorgehaltene Kompetenz mit entsprechenden Strukturen. Eine erste aktuelle Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) ergab eine Zahl von 1094 Betten mit Beatmungskapazität und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in Deutschland (Platz et al., zur Veröffentlichung eingereicht). Kapazitätsbasiert und unter Berücksichtigung der Behandlungsdauer des prolongierten Weaning bei neurologisch-neurochirurgischen Patienten kann von einer jährlichen Fallzahl von ca. 10.000 und mehr Fällen eines prolongierten Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ausgegangen werden. Weitere Erhebung zum Sachverhalt werden derzeit von der DGNR durchgeführt.

**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.)

Bisherige Qualitätsinitiativen in der Beatmungsentwöhnung fokussierten ausschließlich auf pulmonologische (zertifizierte) Weaning-Zentren. In diesen Zentren sind schwere Gehirnerkrankungen oder die Indikation zur neurologischen Frührehabilitation explizit ausgenommen (Schönhofer et al., 2016).

Daher ist die Definition einer eigenen OPS für das prolongierte Weaning in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation auch relevant für die perspektivische Definition einer passgenauen Qualitätssicherung für diese Patientengruppe.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)

Das Präsidium der DGNR ist gerne bereit, die Relevanz und Bedeutung des gemachten Vorschlages in einem persönlichen Gespräch weiter auszuführen und gemeinsam zu erörtern.