

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 Formulare Daten 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).

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.

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, 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 – 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 Hämatologie und medizinische Onkologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGHO
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgho.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Haag
Vorname *	Cornelie
Straße *	Fetscherstr 74
PLZ *	01307
Ort *	Dresden
E-Mail *	Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de
Telefon *	0351-4584594

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) *

Etablierung von Codes zur Erfassung der Organfunktionseinschränkung (SOFA-Score)

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:

U56 Änderung der Organfunktionseinschränkung nach dem SOFA-Score
Hinweis: kodiert wird der maximal erreichte Wert nach Abzug des Ausgangswertes, der auf einer vorbestehenden Organdysfunktion beruht (Singer, JAMA 315:801, 2016).
U56.0 SOFA-Score: 0 Punkte
U56.1 SOFA-Score: 1 Punkt
U56.2 SOFA-Score: 2 Punkte
U56.3 SOFA-Score: 3 Punkte
U56.4 SOFA-Score: 4 Punkte
U56.5 SOFA-Score: 5 -6 Punkte
U56.6 SOFA-Score: 7-8 Punkte
U56.7 SOFA-Score: 9-10 Punkte
U56.8 SOFA-Score: 11 und mehr Punkte
U56.9 SOFA-Score: nicht näher bez.

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)

Der SOFA- (Sequential Organ Failure Assessment) – Score (Vincent JL, Moreno R, Takala J et al (1996) Intensive Care Med 22:707–710) hat sich in den letzten Jahren zur synoptischen Beurteilung von Intensivpatienten durchgesetzt. Es setzt sich aus mehreren Laborparametern und klinischen Parametern wie Blutdruck, PaO₂/FiO₂ und der Beeinträchtigung des Bewußtseinszustand (Glasgow-Coma-Score) zusammen, die die Funktion lebenswichtiger Organsysteme abbilden.

2016 wurden die dritten internationalen Consensusdefinitionen für Sepsis und septischen Schock (Sepsis 3) (Singer et al: JAMA February 23, 2016 Volume 315, Number 8) veröffentlicht, die die Veränderung des SOFA-Scores infolge einer Infektion als eine neue Definition der Sepsis heranziehen und die SIRS-Kriterien ablösen.

Unabhängig der Definition der Sepsis wird der SOFA-Score auch für Intensivpatienten mit anderen Erkrankungen als der Sepsis herangezogen (akute Pankreatitis, Lebererkrankungen, allgemeiner Prognoseindex für Intensivpatienten, Prognose nach Reanimation usw.) und überprüft, ob er anderen Scores überlegen ist.

Bis 2019 wurde die Schwere der Sepsis über die SIRS-Kodes verschlüsselt, deren Vergabe allerdings in der deutschen Fassung an bestimmte diagnostische Maßnahmen gebunden waren (Abnahme von Blutkulturen). Ab 2020 ist nun geregelt, dass die Kodierung einer Sepsis nicht an die Kriterien der SIRS - Kodes gebunden ist. Somit kann nun eine Sepsis nach den jetzt gängigen SOFA-Kriterien kodiert werden, unabhängig davon ob ein SIRS vorliegt oder nicht. Auch kann jetzt ein SIRS nach den allgemein gültigen Kriterien (ohne den verpflichtigen Nachweis der Abnahme von 2 Blutkulturen) kodiert werden. Der SOFA-Score und die Definition des SIRS mit Organkomplikationen erfassen Parameter, die in ihrer Kombination die Schwere einer Erkrankung im Sinne von Organfunktionsstörungen und damit die Schwere und Prognose der Erkrankung möglichst erfassen sollen. Allerdings beinhalten die beiden Scores unterschiedliche Parameter und so kann es sein, dass ein Patient mit Sepsis zwar die SOFA-Kriterien erfüllt, aber die SIRS-Kriterien nicht und umgekehrt. Während für SIRS ICD10-Kodes zur Verfügung stehen, kann nicht im ICD erfaßt werden, wenn die SOFA Kriterien erfüllt sind..

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Der SOFA-Score etabliert sich derzeit als Standard in der Intensivmedizin, um die Schwere der Erkrankung abzubilden. Er sollte deshalb auch im ICD erfassbar sein. Es ist zu erwarten, dass sich neben der Definition der Sepsis auch die Schwere der Erkrankungen von anderen Intensivpatienten und somit auch der Ressourcenverbrauch in diesem Score spiegeln. Die Veränderung des SOFA-Scores ist höchstwahrscheinlich der bessere Parameter als der Absolutwert, da bei einer bestehender Grundkrankheit schon vor dem akuten Ereignis der SOFA-Score größer Null ist, nur bei einem bisher gesunden Patient kann als Ausgangswert Null angenommen werden. Bei dem o.g. Vorschlag für einen Code wird nur der Anstieg des Scores kodiert. Der Ausgangswert einer Organschädigung ist damit nicht erfassbar. Der Code kann aber deutliche machen, dass sich ein oder mehrere Organfunktionseinschränkungen bei dem jetzigen Geschehen verändert haben. Daher sollte aus der Überschrift hervorgehen, dass nicht der Absolutwert sondern die Veränderung des SOFA-Scores gemeint ist.

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

Seit 2020 kann die Sepsis unabhängig eines SIRS-Kodes kodiert werden. Die Kodierung der Organdysfunktionen sollten kodiert werden. Hier stehen zahlreiche Codes zur Verfügung, jedoch ist es bei der Verwendung eines Codes aus den Organkapiteln nicht ersichtlich, wie ausgeprägt die Organdysfunktion ist und somit auch nicht, ob sie die Schwere der Sepsis repräsentieren.

Im aDRG-System 2020 gibt es einige DRG, bei denen abhängig vom SIRS-Kode die Gruppierung erfolgt. Das Fehlen des SIRS-Kodes R65.1! kann also bewirken, dass der Fall in eine niedriger bewertete DRG fällt. Wenn nun die (veralteten) Kriterien des R65.1! nicht zutreffen, jedoch die SOFA-Kriterien, kann dieser Umstand nicht kodiert werden.

Mit der Etablierung eines Codes, der die Veränderung des SOFA-Scores abbildet, kann auch ohne Rückgriff auf die SIRS Definitionen die Schwere der Sepsis oder anderer Krankheitsbilder abgebildet werden, unabhängig von den Codes für einige Organdysfunktionen, die bis auf wenige Ausnahmen (akute Niereninsuffizienz) keine Unterscheidung in der Schwere der Dysfunktion abbilden. Derzeit wird in Ermangelung eines Codes für die Veränderung des SOFA-Scores weiterhin der Code für SIRS verwandt, da die DRG-Relevanz dieses Codes bekannt ist.

Fälle mit Nichterfüllung der SIRS-Kriterien aber Erfüllung der SOFA-Kriterien werden 2020 nur mit einem Code aus A40.- oder A41.- kodiert. dDie Möglichkeit zur Kodierung des Anstiegs des SOFA-Scores und somit der nun geltenden Kriterien einer Sepsis besteht derzeit nicht. Diese Fälle werden im derzeitigen DRG-System benachteiligt, da in einigen DRG gerade der SIRS-Kode zu einer höheren Bewertung führt.

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)

Singer et al: JAMA February 23, 2016 Volume 315, Number 8
 Leitlinie Sepsis: pubiziert auf www.awmf.org

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

nicht zu beziffern

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

nicht zu beziffern

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

Sepsiskodes sind im Browser 2020 ca 25 000 vorkommend.

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.)

nicht relevant

8. Sonstiges

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