

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für **2007** ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

--

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft:
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft: jeweils betroffene Fachgesellschaft
<input type="checkbox"/> Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

Problembeschreibung:

1) Insbesondere bei den im Kapitel 8 befindlichen Komplexkodes werden unterschiedliche Begrifflichkeiten für vermeintlich gleiche Inhalte genutzt. Eine klare und einheitliche Verwendung der Begriffe für gleiche Sachverhalte sollte angestrebt werden.

So ist nicht nachzuvollziehen welcher Art der Unterschied z.B. zwischen einer Behandlung "unter Leitung ...eines ...Facharztes" (OPS 8-981, Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und "Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung" (OPS 8-550, Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) ist.

Der Begriff "Behandlungstage", der ebenfalls in unterschiedlichen Komplexkodes genutzt wird, führt zu missverständlichen Auslegungen. Hier besteht weiterer Prüfbedarf, ob die Intention der Codegestalter mit den kalkulationsbedingten technischen Bedingungen übereinstimmen.

2) Die in den Hinweistexten genannten Mindestkriterien werden zunehmend in Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen falsch ausgelegt, daher ist es unabdingbar, fakultative von obligaten Anforderungen zu trennen und darüber hinaus Kode übergreifend einen einheitlichen Sprachgebrauch anzuwenden.

So sind z.B. unserer Kenntnis nach in dem Hinweistext des OPS 8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]) einige Kriterien von Seiten der Hygieneexperten nur als fakultativ anzusehen. Dies ist nicht eindeutig erkenntlich.

3) Der teilweise durch Mindestkriterien erzwungene unverhältnismäßig hohe Dokumentationsaufwand steht im Missverhältnis zu hiermit erreichbaren Differenzierungen und Abgrenzungen durch diese Kriterien.

Die tägliche Dokumentation eines durchschnittlichen Mehraufwandes in Minutenwerten, die der OPS 8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]) suggeriert, überschreitet eindeutig den noch akzeptablen Dokumentationsaufwand und sollte als (obligates) Kriterium aus dem Hinweistext entfernt werden.

4) Die in den Mindestkriterien geforderten Bedingungen widersprechen zum Teil den in Landeskrankenhausplanungen vorgesehen Versorgungsstrukturen. So gilt für die Schlaganfallversorgung OPS-Kode 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) z.B. für das Land Baden-Württemberg, dass qualifizierte Internisten mit neurologischen Konsiliarärzten lokale Schlaganfallschwerpunkte leiten können, um hiermit eine flächendeckende Schlaganfallversorgung anbieten zu können. Daher ist es zukünftig notwendig bei der Festlegung der Kriterien nicht überzogene Anforderungen aufzustellen, die einer flächendeckenden Versorgung entgegenstehen. Darüber hinaus ist darauf zu achten, auf Landesebene notwendige und etablierte Versorgungsformen auf diesem Wege nicht in Frage zu stellen.

Im Hinweistext des Kode 8-981 sollte im ersten Spiegelstrich zwischen den Worten "Facharztes für" das Wort "z.B." eingefügt werden.

Die Formulierung "feste Kooperationspartner" im letzten Spiegelstrich des Kodes 8-981 führt zu missverständlichen Auslegungen über die Art einer möglichen vertraglichen Vereinbarung zwischen Kooperationspartnern. Das Wort "fester" sollte gestrichen werden.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

--

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

--

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung: Die meisten Komplexkodes triggern in hochbewertete DRG, so dass hier eindeutige Sprachregelungen notwendig sind. Darüberhinaus ist es nicht akzeptabel, dass etablierte Versorgungsstrukturen auf Länderebene auf Grund eines Hinweistextes im OPS in Frage gestellt werden.

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)

--

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

--