

Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexbefragung-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

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

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Bundesverband Medizintechnologie
Offizielles Kürzel der Organisation * BVMed
Internetadresse der Organisation * www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Winkler
Vorname * Olaf
Straße * Reinhardtstr. 29b
PLZ * 10117
Ort * Berlin
E-Mail * winkler.@bvmed.de
Telefon * 030 / 24 62 55-26

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Bristol-Myers Squibb Co KGaA, Division ConvaTec Vertriebs-GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation * BMS
Internetadresse der Organisation * www.convatec.de
Anrede (inkl. Titel) * Frau
Name * Schmitz
Vorname * Andrea
Straße * Sapporobogen 6-8
PLZ * 80637
Ort * München
E-Mail * andrea.schmitz@bms.com
Telefon * 089 / 121 42-651

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie in Berlin
Ansprechpartner: Dr. med Martin W. Reifenrath, EvK Lütgendortmund, Telefon: 0231 / 6188-371

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Drainage von flüssigem Stuhlgang bei fäkaler Inkontinenz

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. 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)

Es wird in Kapitel 8-12 des aktuellen OPS-Katalogs (Manipulationen am Verdauungstrakt) ein OPS-Code für ein neues, noch nicht spezifisch verschlüsseltes therapeutisches Verfahren beantragt:

Hierbei handelt es sich um ein temporäres Stuhldrainage-System, welches zur Unterstützung von Ärzten im Stuhlinkontinenz-Management, in der Infektionskontrolle und zur Verhinderung / Behebung von Hautschäden infolge von Stuhlinkontinenz entwickelt worden ist. Es besteht aus einem weichen Silikonkatheter, einer Spritze und einem Auffangbeutel.

Der Silikonkatheter verfügt an einem Ende über einen Rückhalteballon, welcher in das Rektum des Patienten eingeführt wird, um Stuhl abzuleiten und aufzufangen. Am anderen Ende des Katheters befindet sich ein Anschluss für den Auffangbeutel. Zwei kurze Schläuche sind seitlich an den Silikonkatheter angeschlossen (Füllschlauch und Spülschlauch). Ein Schlauch dient zum Füllen des Rückhalteballons und der andere zum Spülen des Katheters.

Die Spritze wird an den Füllschlauch angesetzt, um den Rückhalteballon nach der korrekten Einführung des Katheters mit Leitungswasser / Kochsalzlösung zu füllen. Angeschlossen an den Spülschlauch kann sie bei Bedarf auch zum Spülen des Katheters benutzt werden.

Der Auffangbeutel am Ende des Silikonkatheters dient zum Auffangen des Stuhls nach der Ableitung durch den Katheter. Er kann je nach Bedarf ausgewechselt werden.

Das Verfahren kann als alternative Versorgungsmöglichkeit zur Behebung von Hautexkoriationen und zur Nekrose-Prävention eingesetzt werden.

Synonyme:

System für das Management fäkaler Inkontinenz, Stuhldrainage-System, Rektumkatheter

Indikationen:

- Akute Stuhlinkontinenz bei bettlägerigen oder immobilen Patienten mit flüssigem Stuhl aufgrund von verschiedener Ätiologie (Lunge, Herz-Kreislauf, metabolische Erkrankungen, Infektionen)
- bereits bestehende Hautschäden im Fäkalbereich (z. B. sakraler Dekubitus)
- Prävention von Hautschäden

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass dieses Verfahren grundsätzlich auf allen klinischen Stationen, insbesondere auf Intensivstationen, angewendet werden kann.

Ausschlusskriterien:

- Behandlungsdauer > 29 Tage
- Einsatz bei Kindern

Vorschlag für neue Schlüsselnummer: 8-127 Drainage von flüssigem Stuhl

Literatur:

- Birdsall C (1986): Clinical savvy: Would you put a foley catheter in the rectum? Am J Nurs 29(4): 193-201
- Cutting KF, White RJ (2002): Maceration of the skin 1: the nature and causes of skin maceration. J Wound Care 11 (7): 275-8
- Defloor T et al. (2005): Pressure ulcers and moisture lesions. European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting, Aberdeen (Oral presentation)
1. Dortmunder Wundforum, 07.02.2007 (siehe www.klinikumdo.de)
- Fari DT et al. (1996): Perineal skin injury: extrinsic environmental factors. Ostomy Wound Management 42(7): 28-34
- Foster K (2005) et al.: Klinische Evaluierung des Stuhlinkontinenz-Managementsystems Flexi-Seal®
- Gray M et al. (2002): Perineal skin care for the incontinent patient. Advances in Skin and Wound Care 15(4): 170-5
- Gray M (2004): Preventing and managing perineal dermatitis. A shared goal for wound and continence care. J WOCN 31(1): S2-S9
- Grogan TA, Kramer DJ (2002): The rectal trumpet: use of a nasopharyngeal airway to contain faecal incontinence in critically ill patients. JWCON 29(4): 193-201
- Hartley J (2005): C.diff rates expose wider HAI challenge. Nursing Times 101(35): 2
- Johnstone A (2006?): Evaluierung des Stuhl-Managementsystems Flexi-Seal® Wounds UK
- The Lewin Group (2003): ConvaTec FMS cost-effectiveness study. Data on File, ConvaTec
- Padmanabhan A (2004): Klinische Beurteilung eines flexiblen Systems für das Management fäkaler Inkontinenz. CONVATEC CC: 0198-03-A695
- Zhan C, Miller MR (2003): Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA 290(14): 1868-1874

Auf Wunsch können die angeführte Literatur / Studien gerne zur Verfügung gestellt werden.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Stuhlinkontinenz bei flüssigen Ausscheidungen ist ein schwerwiegendes Problem und kann ausgedehnte Hautschäden im Perineal- / Perianalbereich hervorrufen (z. B. Exkoration und Nekrosen). Ein Beitrag zum Erhalt der Hautintegrität und zur Vermeidung der Folgeerscheinungen schwerer Hautschäden dürfte in der weitestgehenden Beschränkung des Hautkontakts mit dem abgehenden Stuhl liegen.

Intensivstationen und Verbrennungskliniken gehören zu den Bereichen mit der größten Prävalenz von Stuhlinkontinenz. Man geht davon aus, dass bei einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa zwei Wochen pro Jahr ca. 350.000 Patienten in den insgesamt 17.000 Intensivbetten in Deutschland behandelt werden. Bis zu 25 % dieser Patienten leidet während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation an flüssigem Durchfall. Daneben wird diese Prozedur vermehrt auch perioperativ bei sakralen Dekubiti eingesetzt. Hierdurch wird die Heilung von offenen Wunden im Sakralbereich gefördert.

Das Management fäkaler Inkontinenz ist sehr pflege- und zeitintensiv. Es wird geschätzt, dass Pflegekräfte hierfür täglich 20 - 50% ihrer Zeit verwenden. Unter Umständen kann das Säubern eines inkontinenten Patienten sogar mehr als eine Person in Anspruch nehmen und zwischen 20 und 40 Minuten pro Inkontinenzvorfall dauern. Komplikationen wie Dekubitus oder Ulcera können den Krankenhausaufenthalt zusätzlich verlängern und sogar zum Tode des Patienten führen. Die medizinischen und pflegerischen Gesamtkosten erhöhen sich dadurch entsprechend.

Ein Stuhlmanagement-System, welches in sich geschlossen ist, so dass der flüssige Stuhl direkt im Körper aufgefangen und in einen Auffangbeutel abgeleitet wird, bietet hier entscheidende medizinische und ökonomische Vorteile.

Medizinische Vorteile des vorgeschlagenen Stuhldrainage-Systems:

- OP-Wunden, Wunden und Verbrennungen werden weitgehend vor Kontamination durch Stuhl geschützt
- Geruchsentwicklung wird eingedämmt
- Das Risiko von dermatologischen Komplikationen wie perianale Hautirritationen, Mazeration und Infektionen wird reduziert

Ökonomische Vorteile des vorgeschlagenen Stuhldrainage-Systems:

- Reduzierung des Pflegeaufwands
- Kostenersparnis, da weniger Abfall, Materialverbrauch, Wäsche, Reinigungskosten etc.
- Reduzierung von Folgekosten durch Folgeschäden

Erfahrungsgemäß werden Stuhlinkontinenz-Episoden mit herkömmlichen Pflegemitteln (Windeln, Einlagen, Darmrohre/Rektalkatheter, Analtampons) oder Stuhlauffangsystemen (z. B. Fäkalkollektoren) behandelt. Ungeachtet der Gesamtkosten weisen diese Mittel folgende Nachteile auf:

- erhöhtes Risiko von Hautschädigungen und Komplikationen
- erhöhtes Infektionsrisiko
- aufwendiger in der Handhabung (Zeit, Material und Arbeitskraft)

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

Es gibt derzeit im Kapitel 8-12 keine weitere Unterteilung der Prozedur 'Manipulation am Verdauungstrakt'. Das vorgeschlagene Verfahren ist ein in sich geschlossenes System zum Auffangen von flüssigem Stuhl und unterscheidet sich dadurch von gegenwärtigen Prozeduren. Die Kodierqualität kann optimiert werden, wenn hier auch der Pflegeaufwand als Nebendiagnose Berücksichtigung findet. Ausgehend von einer durchschnittlichen Dauer von vier Tagen bei Stuhlinkontinenz kann auch hier der pflegerische Mehraufwand (siehe R15 des OPS-Katalogs) nicht kodiert werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Da es sich um ein neueres Verfahren handelt, welches in den verschiedensten Bereichen eingesetzt werden kann (Intensivstationen, Plastische Chirurgie, Gastroenterologie, Geriatrie etc.), können die Kosten je nach Fall erheblich variieren. Die folgenden Angaben beruhen auf internen Schätzungen bzw. Angaben von Pflegekräften auf Basis veröffentlichter Durchschnittskosten regionaler Krankenhäuser.

250,- € für Stuhldrainage-System

+ 12,- € für Pflegekraft (bei geschätztem Stundenlohn von 24,- €*)

+ 8 Unterlagen à 0,25 € (Durchschnittsverbrauch täglich max. 2 Unterlagen)

+ 8 Ersatzbeutel à 5,00 € (durchschnittlich 2 Beutel pro Tag)

Gesamtkosten über 4 Tage: 304,00 €

Kosten wie Bettsterilisation, Bettwäsche, Matratzenwechsel etc. bleiben hierbei unberücksichtigt.

*Laut den Statistischen Berichten Niedersachsen, A IV 9 - j / 2004, beträgt das Jahresgehalt des Pflegedienstes in den Krankenhäusern insgesamt 47.731,11 €. Heruntergerechnet ergibt das einen Stundenlohn von ca. 24,- €)

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

Das vorgeschlagene Verfahren wurde erstmals im Juli 2005 in Deutschland als Pilotprojekt eingeführt. Erst seit November 2006 wird es deutschlandweit vertrieben. Insgesamt wurden bisher 417 Stuhldrainage-Systeme von 108 Krankenhäusern gekauft. Der Einsatz dieses Verfahrens nimmt kontinuierlich zu. Wie bereits oben unter Punkt 7 a. erwähnt leiden bis zu 25 % der Patienten auf Intensivstationen an flüssigem Durchfall, welche mit Hilfe dieses innovativen Verfahrens behandelt werden könnten.

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

Wie bereits unter Punkt 7 a. erwähnt wird fäkale Inkontinenz üblicherweise mit Windeln, Einlagen, Darmrohren, Analtampons oder Fäkalkollektoren behandelt. Geht man von einer Dauer der Stuhlinkontinenz von 4 Tagen aus (die durchschnittliche Dauer beträgt 4 - 7 Tage, in Ausnahmefällen sind bis zu 29 Tage möglich), so sind die Anschaffungskosten der genannten Mittel initial niedriger (Fäkalkollektoren incl. sonstigem Materialverbrauch ca. 51,- € bei einer Dauer von 4 Tagen, bei Windeln ca. 15,- €), dafür fallen aber deutlich höhere Personalkosten an. Nach

internen Schätzungen belaufen sich die gesamt anfallenden Personalkosten beim Einsatz von Fäkalkollektoren über den Behandlungszeitraum von 4 Tagen auf 96,- € und bei Windeln auf 192,- € bei einem geschätzten Stundenlohn von 24,- € pro Pflegekraft. Ausgehend davon, dass die Behandlung der fäkalen Inkontinenz bei alternativen Verfahren häufig länger als 4 Tage dauert, ist das Stuhl drainage-System bei einer längeren Verweildauer im Rektum kostengünstiger.

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

-

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