

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an [vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto: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-komplexeodefruehreha-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](http://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](http://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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

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

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation \* Paulinenkrankenhaus  
Offizielles Kürzel der Organisation \* PKHI  
Internetadresse der Organisation \* [www.Paulinekrankenhaus.de](http://www.Paulinekrankenhaus.de)  
Anrede (inkl. Titel) \* PD. Dr. med.  
Name \* Hummel  
Vorname \* Manfred  
Straße \* Dickensweg 25 -39  
PLZ \* 14055  
Ort \* Berlin  
E-Mail \* [Hummel@paulinekrankenhaus.de](mailto:Hummel@paulinekrankenhaus.de)  
Telefon \* 030-30008382

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \* Paulinenkrankenhaus  
Offizielles Kürzel der Organisation \* PKH  
Internetadresse der Organisation \* [www.Paulinenkrankenhaus.de](http://www.Paulinenkrankenhaus.de)  
Anrede (inkl. Titel) \* Oberarzt  
Name \* Vogel-Sührig  
Vorname \* Christian  
Straße \* Dickensweg 25 - 39  
PLZ \* 14055  
Ort \* Berlin  
E-Mail \* [vosue@Paulinenkrankenhaus.de](mailto:vosue@Paulinenkrankenhaus.de)  
Telefon \* 030-30008383

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

Parietätischer Wohlfahrtsverband

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

OPS für Weiterbehandlung nach herzchirurgischer Behandlung

## 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)

OPS: Weiterbehandlung nach herzchirurgischen Eingriffen

Für den Fall, das die Weiterbehandlung nach einer Herzoperation der Hauptaufnahmegrund ist, erfolgt die DRG-Gruppierung wie bisher über die präoperative (z.B. Aortenklappenstenose I35.0, koronare Herzkrankheit I25.11 -I25.15) Diagnosen und gelangt damit in eine Internistische DRG. Der deutlich erhöhte Aufwand einer postoperativen Behandlung kann über Z95.... und Z48.8 nicht erreicht werden, da diese Codes keine zeitliche Beziehung zur Operation beschreiben. Um den deutlich höheren Aufwand bei frisch operierten Patienten darzustellen schlagen wir einen eigenen OPS-Code vor.

1. Definiert durch einen zeitlichen Rahmen: Frühpostoperative Verlegung von Patienten von einer herzchirurgischen Abteilung in eine internistische Abteilung (0. bis zum 6. POD nach herzchirurgischem Eingriff mit Thorakotomie)

2. Inhaltliche Voraussetzung

Ständige Verfügbarkeit von Herzchirurgen zum Konsil im Rahmen von Schicht- bzw. Bereitschaftsdiensten und die Möglichkeit der sofortigen Behandlungsmöglichkeit von Komplikationen (Beseitigung von Perikardtamponaden evtl. Behandlung von Komplikationen unter Einsatz einer Herz-Lungenmaschine) im OP. Adäquate Überwachungsmöglichkeit durch ein zentrales permanentes Monitoring der Herzfunktion (EKG-Überwachung, mehrfaches Blutdruckmonitoring, Überwachung der Atmung durch die Bestimmung der peripheren Sauerstoffsättigung).

3. Erhöhter Aufwand gegenüber 'rein' internistischen Patienten gleicher Hauptdiagnose und DRG Behandlung der Folgen herzchirurgischer Eingriffe wie gehäufte Bluttransfusionen, Wundbehandlung einschließlich Nahtentfernung, Überwachung von Perikard- und Pleuraergüssen, Legen und Entfernen von Drainagen und Behandlung mit temporären Schrittmachern, Entfernung der Schrittmacherkabel. Hohe Anzahl von Behandlung postoperativer Herzrhythmusstörungen, einschließlich transösophagealer Echocardiographien und elektrischer Kardioversionen. Regelmäßige Überwachung der Blutgase und ein ständig verfügbares Labor zur Kontrolle der Blutgerinnung bei erhöhter Anzahl an Fällen mit voller Antikoagulation. Häufiger als im Vergleichskollektiv gleicher DRG verabreichte Antibiotika, ebenso höheres Aufkommen an postoperativen endoskopischen Untersuchungen, durch Komplikationen postoperativ am Gastrointestinaltrakt (Stressulzerationen, Blutung unter Antikoagulation)

Aus diesen Aufwandsfaktoren sollten:

1. die frühpostoperative Verlegung
2. die Verfügbarkeit eines Herzchirurgen bei der Nachsorge
3. die Möglichkeit der raschen Intervention bei Komplikationen als feste Kriterien zum Setzen der OPS führen

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

**a. Problembeschreibung**

Nach herzchirurgischen Eingriffen (Bypass, Herzklappenoperation, Aorteneingriffe, Kombinationseingriffe) werden Patienten inzwischen sehr früh postoperativ in internistische Abteilungen zur weiteren Behandlung verlegt. Ursächlich dafür ist einerseits die entsprechende Zentrumsstruktur der herzchirurgischen Abteilungen mit einer oft begrenzten Bettenzahl und einem vergleichsweise hohen Operationsvolumen und andererseits die Befreiung von Vergütungsabschlägen bei einzelnen DRGs bei der frühzeitigen postoperativen Verlegung ab 2004. Umgekehrt steigt der ärztliche, pflegerische und Materialaufwand (Blutprodukte, Verbände, kardiopulmonale Überwachung u.s.w) bei der frühzeitigen postoperativen Behandlung in internistischen Abteilungen kontinuierlich an. Gegenwärtig wird diesem Umstand durch die Abbildung der Leistungen in den internistischen DRGs nicht Rechnung getragen, da zum einen bei der Aufnahme dieser Patienten meist ein Verlegungsabschlag anfällt und zusätzlich nicht der postoperative Zustand die Hauptdiagnose begründet, sondern eine Erkrankung, die operativ korrigiert wurde (z.B. die Aortenklappenstenose durch einen Aortenklappenersatz). Somit entsteht eine Inhomogenität bei der Darstellung dieser operierten Patienten in einer internistischen DRG (z.B. F71A, F69Z, F67D) im Vergleich zu Patienten, die aufgrund einer koronaren Herzerkrankung oder einer Aortenklappenstenose in einer internistischen Abteilung behandelt werden. Diese Inhomogenität zeigt sich auch bei dem erforderlichen Behandlungsaufwand und unterscheidet diese Patientengruppen signifikant. Unsere Patienten werden in einer inneren Abteilung behandelt und damit wird eine internistische DRG angesteuert, Prozeduren wie in der Kardiologie (Herzkatheter, Stentimplantation u.s.w.) sind in dieser Phase bei der Behandlung nicht relevant, es steht aber keine den Aufwand der postoperativen Therapie beschreibende OPS zur Verfügung. Daher halten wir wegen der inhaltlichen inadäquaten Abbildung dieser Behandlung in einer inneren Abteilung die Einführung eines solchen OPS für dringend erforderlich.

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

:Durch die Einführung eines solchen OPS-Codes, der die postoperative Behandlung nach herzchirurgischen Eingriffen im DRG-System von einer ausschließlich konservativ internistischen Behandlung differenziert, können die Mehraufwendungen bei der Behandlung in der Größenordnung von etwa 30% im Vergleich zu nicht operierten Patienten im Entgeltsystem abgebildet werden.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell       | <input type="checkbox"/> Unbekannt |  |

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

Eine Kostenkalkulation hat bisher nicht stattgefunden, die INEK verfügt jedoch seit Jahren über unsere Kalkulationsdaten ebenso wie über die Kalkulationsdaten der zuweisenden Klinik.

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

Dieses o. beschriebene Verfahren wird in unterschiedlich intensiver Weise von den meisten Herzzentren Deutschlands durchgeführt

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