

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-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, 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 * Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation * DGN
Internetadresse der Organisation * www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel) * Prof. Dr. med.
Name * Ferbert
Vorname * Andreas
Straße * Mönchebergstr. 41-43
PLZ * 34112
Ort * Kassel
E-Mail * ferbert@klinikum-kassel.de
Telefon * 0561-9803091

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation * DRG-Research-Group
Internetadresse der Organisation * <http://drg-research.de>
Anrede (inkl. Titel) * Dr. med.
Name * Fiori
Vorname * Wolfgang
Straße * Domagkstr. 20
PLZ * 48149
Ort * Münster
E-Mail * wolfgang.fiori@smc.uni-muenster.de
Telefon * 0251-83-52021

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

DGN

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

Abgrenzung und Kodierhinweise für intensivmedizinische Komplexbehandlungen

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)

8-97a Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen

Hinw.:

Eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-980) ist gesondert zu kodieren

Eine Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981) ist gesondert zu kodieren

Eine Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b) ist gesondert zu kodieren

8-97b Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen

Hinw.:

Eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-980) ist gesondert zu kodieren

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Hinw.:

Eine Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981) ist gesondert zu kodieren

Eine Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b) ist gesondert zu kodieren

Eine Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen (8-97a) ist gesondert zu kodieren

Eine Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen (8-97b) ist gesondert zu kodieren

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Hinw.:

Eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-980) ist gesondert zu kodieren

Eine Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen (8-97a) ist gesondert zu kodieren

Exkl.: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b)

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

Hinw.:

Eine Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (8-980) ist gesondert zu kodieren
Eine Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen (8-97a) ist gesondert zu kodieren
Exkl.: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Zur systemimmanenten Abbildung von Struktur- und Prozessqualität im G-DRG-System werden zunehmend OPS für Komplexbehandlungen konzipiert und als Attribute für G-DRG-Definitionen verwendet. Die jeweiligen OPS-Komplexziffern sind dabei nicht eindeutig disjunkt. Erbrachte Leistungen können häufig über unterschiedliche OPS kodiert werden. Einzelnen Fachdisziplinen ist dabei nicht immer klar, welche OPS-Kodes für sie relevant sind und ob für die gleiche Leistung (z.B. intensivmedizinische Behandlung) mehrere OPS kodiert werden dürfen oder sogar müssen. Die Allgemeine Deutsche Kodierrichtlinie P001f untersagt die Kodierung von Prozedurenkomponenten. OPS-Komplexziffern fokussieren jedoch meist unterschiedliche Aspekte einer Behandlung und können daher nicht als reine Prozedurenkomponenten (entsprechend Teilleistungen) gesehen werden.

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

Durch die stete Zunahme der Komplexität im G-DRG-System können die zur Abbildung verwendeten in Konflikt zu einander geraten. So werden intensivmedizinische Leistungen bei neurologischen Erkrankungen 2007 in einer Vielzahl von G-DRGs abgebildet. Neben den G-DRGs der pre-MDC ist z.B. die Intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-980) für die Zuordnung zu den neu geschaffenen G-DRGs B36A/B maßgebend. Dies ist insbesondere deshalb relevant, da langzeitbeatmete Schlaganfälle nicht in pre-MDC-DRGs abgebildet werden. Die Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981) ist für eine große Anzahl von DRGs gruppierungsrelevantes Merkmal (B39A-C, B42A, B44A/C, B69A/B/D und B70A/B/C/F). Die Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b) ist hingegen (noch) nicht gruppierungsrelevant. Der 2007 erstmalig kodierbare OPS 8-97a (Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen) ist bereits im ersten Jahr der Anwendung für die Zuordnung zur Basis-DRG B02 und den DRG-Splitts B20A/B/D sowie B70B verwendet worden. Die multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen (8-97b) ist noch nicht gruppierungsrelevant. Die einzelnen Attribute treten nun in Konkurrenz zueinander, so dass Entscheidung für die Kodierung eines von mehreren zur Verfügung stehenden OPS direkt erlösrelevant werden kann. Zudem besteht die Gefahr der Mindervergütung durch Mehrleistung, da z.B. die reinen

Langzeitbeatmungs-DRGs (B83A/B) höher bewertet sind als G-DRGs, die andere Aspekte der intensivmedizinischen Behandlung abbilden (z.B. B36B, B39A-C). Die vom InEK veröffentlichten Migrationstabellen verdeutlichen das Problem.

Es ist derzeit nicht eindeutig geregelt, ob z.B. auf zertifizierten Stroke Units, die natürlich auch die Kriterien für die OPS 8-980, 8-97a und 8-98b erfüllen, auch diese OPS zu kodieren sind oder nur der OPS 8-981. Oder ob z.B. auf neurologischen Intensivstationen, die häufig auch die Kriterien der OPS 8-981, 8-97a, 8-97b und 8-98b erfüllen, diese OPS parallel oder alternativ zum OPS 8-980 zu kodieren sind. Daten aus dem DRG-Evaluationsprojekt Neurologie zeigen deutlich, dass die Kodierung uneinheitlich gehandhabt wird. Das G-DRG-System verliert somit die Grundlage sich datengetrieben weiterzuentwickeln. Normative Änderungen im G-DRG-Algorithmus stellen derzeit eine fast unüberwindbare Schwierigkeit dar. Es besteht zudem die Gefahr, dass die Auswahl der Codes erlösoptimierend und die sozialmedizinische Überprüfungen systematisch erlösmindernd erfolgen werden, solange die Kodierung nicht explizit geregelt wird.

In Anbetracht dessen, dass keine 'Türschildmedizin' betrieben werden soll, erscheint es nicht zweckmäßig die Kodierung der OPS-Komplexziffern an den Strukturen selbst fest zu machen, sondern diese bei Erfüllung der Kriterien kodierbar zu halten. Da den überwiegend kodierenden Ärzten es nicht zumutbar ist, die konkrete Auswirkung der Auswahl einer Kodierprinzips (Neurologische Komplexbehandlung vs. intensivmedizinische Aufwandspunkte) zu kennen, ist es nicht sinnvoll, nur eine alternative Kodierung zuzulassen. Insbesondere auch deshalb, weil die Vergütungshöhe abhängig von erreichten Grenzwerten (z.B. Aufwandspunkten) ist, die bei der Entscheidung für einen OPS noch gar nicht abgeschätzt werden können. Auch wenn es bedauerlicherweise mit vermehrtem Dokumentationsaufwand verbunden ist, sollte daher die parallele Kodierung der Komplex-OPS zugelassen und über Hinweise zu den OPS eindeutig legitimiert werden. Bei OPS, die (noch) eindeutige Hierarchiestufen darstellen, wie z.B. die OPS 8-981 und 8-98b, sollte die parallele Kodierung durch Exklusiva explizit ausgeschlossen werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

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

Ungefähre Fallzahlen können dem G-DRG-Browser (www.g-drg.de) entnommen werden. Da bislang die meisten Krankenhäuser jedoch nicht multipel kodiert haben dürften, sind die jeweiligen Fallzahlen tendenziell als zu niedrig einzustufen.

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)

Das Problem betrifft natürlich auch andere - nicht neurologische - Komplexbehandlungs-OPS. Ein weiteres Beispiel sind die Frührehabilitations-OPS-Kategorien 8-552 (Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) und 8-559 (Fachübergreifende und andere Frührehabilitation), die innerhalb der MDC 01 unterschiedliche G-DRGs (B42A/B, B43Z und B48Z) ansteuern und ursprünglich für und von unterschiedliche(n) Versorgungsstrukturen entwickelt wurden. Ebenso bestehen Abgrenzungsprobleme zur geriatrischen Frührehabilitation (OPS-Kategorie 8-550) und den G-DRGs B44A-D.

Durch die stete Zunahme der schwer abgrenzbaren OPS-Komplexbehandlungen ist ggf. auch eine Klarstellung in einer Kodierrichtlinie zu überdenken. Das DIMDI wird gebeten dieses Problem zusammen mit der AG Klassifikation zu beraten.