

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

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!

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

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

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

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-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).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und 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.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

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)

Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Klarstellung und Präzisierung der Kriterien für die Neurologische Komplexbehandlung

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)

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
 Exkl.: Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-98b ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:

- 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Präsenz (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialstation noch weitere Patienten versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
- Die Berechnung der Dauer der Komplexbehandlung beginnt mit Aufnahme auf die Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten
- Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer intensivmedizinischen Behandlung, kann, wenn die anderen Mindestkriterien des OPS erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akutem Schlaganfall behandelt werden
- 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden
- mindestens dreimal täglich erfolgende Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
- Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme. Gleichwertig sind zur Abklärung des akuten Schlaganfall angefertigte, externe CT- oder MRT-Aufnahmen. Tritt der akute Schlaganfall erst während eines stationären Aufenthalts auf, so gilt die Zeit für die zeitgerechte Durchführung der Bildgebung ab der Diagnosestellung durch den hinzugezogenen Neurologen
- Durchführung der neurosonologischen Untersuchungsverfahren inklusive der transkranialen Dopplersonographie ist Voraussetzung bei Vorliegen eines ischämischen zerebralen Insultes (Infarkt und TIA)
- ätiologischer Diagnostik und Differentialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie

- kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
- unmittelbarem Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genanntem Bereich bei anhaltendem entsprechenden Defizit und bestehender Behandlungsfähigkeit
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen, gefäßchirurgischen sowie zu interventionell-neuroradiologischen Notfallmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die OPS-Kategorie 8-981 dient der Beschreibung der Behandlung von Fällen mit akutem Schlaganfall auf einer spezialisierten Einheit. Überwiegend handelt es sich dabei um durch die Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) zertifizierte Stroke-Units.

Die Mindestkriterien der OPS-Kategorie entsprechen daher im Wesentlichen den Zertifizierungskriterien der DSG. Bei der ursprünglichen Formulierung der Mindestkriterien wurde der zu grosse Interpretationsspielraum durch nicht präzise genug formulierte Kriterien unterschätzt. Die Erfahrungen aus der Praxis der Abrechnung und Fallprüfungen fordern daher eine Anpassung und Präzisierung der OPS-Kategorie.

1. Beginn der Komplexbehandlung

Da die OPS-Kategorie 8-981 nach Stunden differenziert ist, stellt sich im Rahmen der Abrechnung nicht selten die Frage nach dem exakten Beginn der Berechnung der Dauer der Komplexbehandlung. Auch wenn die Komplexbehandlung medizinisch selbstverständlich mit dem ersten Kontakt beginnt, sollte die Berechnung der Komplexbehandlung erst mit Aufnahme auf die Spezialeinheit beginnen. Die spezifischen Mehrkosten sind mit der Vorhaltung und Behandlung auf der Spezialeinheit verbunden, (Interdisziplinäre) Notaufnahmen besitzen auch Krankenhäuser ohne Schlaganfallspezialeinheiten, für die dadurch anfallenden Kosten bedarf es keiner spezifischen Abbildung. Zudem fördert die Festlegung des Beginns mit Aufnahme auf die Spezialeinheit die medizinisch wünschenswerte frühzeitige Verlegung dorthin.

2. Verlegung auf eine Intensivstation

Muss aus medizinischen Gründen eine Behandlung/Verlegung auf einer Intensivstation erfolgen (z.B. Beatmungspflichtigkeit), darf, wenn alle weiteren Kriterien erfüllt werden, dadurch nicht die Kodierbarkeit der OPS-Kategorie 8-981 verhindert werden. Durch den Passus, dass eine Indikation über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus gegeben sein muss, wird sichergestellt, dass der OPS nicht von Krankenhäusern kodiert werden kann, die anstatt einer Spezialeinheit alle Schlaganfälle auf einer nicht spezialisierten Intensivstation durch ein nicht spezialisiertes Team behandeln.

3. Unterbrechung des 24-Stunden Monitorings

Erfahrungen aus Abrechnungsprüfungen zeigen, dass, wenn das 24-Stunden-Monitoring kurzfristig zur Durchführung spezieller Diagnostik (z.B. MRT) oder Behandlungen unterbrochen wird, die Kodierung der Komplexbehandlung in Frage gestellt wird. Die Ergänzung soll klarstellen, dass bei medizinisch notwendigen Unterbrechungen selbstverständlich weiterhin die Komplexbehandlung

kodiert werden kann.

4. Regelmäßige Überwachung des neurologischen Befundes

Erfahrungen aus Abrechnungsprüfungen zeigen, dass bei einmaliger Überschreitung des 6-Stundenfensters die Kodierung der Komplexbehandlung insgesamt in Frage gestellt wird. Die Umformulierung soll klarstellen, dass mindestens dreimal täglich eine Überwachung zu erfolgen hat. Je nach Schichtmodell kann diese z.B. auch in 8-stündlichem (dann auch nachts) Rhythmus erfolgen. Medizinische Evidenz für die strikte Einhaltung von 6-Stunden besteht nicht.

5. Radiologische Bildgebung

Da Schlaganfälle prinzipiell auch andere Abschnitte des ZNS betreffen können (z.B. Spinalis anterior Syndrom) wurde die Spezifizierung auf den Kopf gestrichen.

Um unnötige Doppeluntersuchungen und damit vermehrte potenziell schädliche Strahlenbelastungen sowie steigende Gesundheitskosten zu vermeiden, wurde ergänzt, dass z.B. in der Kooperation mit einweisenden Krankenhäusern extern angefertigte Aufnahmen als gleichwertig zu sehen sind.

Da bei der Bildgebung ein Zeitfenster ab stationärer Aufnahme in den Kriterien angeführt ist, wurde für Fälle, in denen der akute Schlaganfall erst während des stationären Aufenthaltes auftrat, vereinzelt die Kodierung der Komplexbehandlung in den Rechnungsprüfungen in Frage gestellt. Aus diesem Grund wurde eine Operationalisierung auch für dieses Fallkollektiv ergänzt.

6. Neurosonologie

Um unnötige Untersuchungen und damit steigende Gesundheitskosten zu vermeiden, wurde ergänzt, dass neurosonologische Untersuchungsverfahren inklusive der transkraniellen Dopplersonographie nur dann verpflichtend sind, wenn ein ischämischer zerebraler Insult vorliegt. Bei zerebralen primären Blutungen und spinalen Kreislaufstörungen muss diese dann auch nicht mehr zum Zwecke der Kodierbarkeit der Komplexbehandlung ergänzt werden.

7. Therapeutische Leistungen

Um unnötige Untersuchungen und damit steigende Gesundheitskosten zu vermeiden, wurde ergänzt, dass Therapien natürlich nur dann sinnvoll sind, wenn sich die Defizite nicht bereits zurückgebildet haben und Patienten überhaupt therapiefähig sind. In den Rechnungsprüfungen wurde die Kodierung der Komplexbehandlung zum Teil in Frage gestellt, weil bei Patienten mit einer abgeklungenen Symptomatik (TIA) oder bei vigilanzgeminderten Patienten keine spezifischen Therapien für kodierte Symptome erfolgt sind.

8. Transportzeit bei Notfallmaßnahmen

Um medizinisch unnötige und steigende Gesundheitskosten zu vermeiden, wurde angepasst, dass der unmittelbare Zugang (30 Minuten Transportentfernung) zu neurochirurgischen, gefäßchirurgischen sowie zu interventionell-neuroradiologischen Maßnahmen nur für Notfälle einzuhalten ist.

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

Eine Weiterentwicklung des G-DRG-Systems kann nur dann erfolgen, wenn sich spezifische Behandlungsstrukturen und -inhalte über ICD-Kodes und OPS beschreiben lassen. Wird ein Großteil der spezifischen Leistungserbringung aufgrund von primär ökonomisch motivierter Auslegung der Mindestkriterien in Frage gestellt, bedarf es dringend einer klareren Operationalisierung. Prüfstrategien und Lösungsansätze unterscheiden sich lokal sehr deutlich. Lokal unterschiedliche Kodierung unterläuft die Anpassung und Kalkulation eines bundesweit gültigen Abrechnungssystems.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Behandlungskosten auf einer Schlaganfallspezialeinheit liegen nur geringfügig unterhalb der Behandlungskosten anderer Intensivstationen

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

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

Nach dem G-DRG-Browser des InEK für 2006/2008 treten bei der G-DRG B70B mittlere intensivmedizinische Behandlungskosten von 3.000 €, bei der G-DRG B70D von 1.000 €, bei der G-DRG B70G von 1.500 €, bei der G-DRG B69A von 1.600 €, bei der G-DRG B69B von 1.900 € und bei der G-DRG B69D von 900 € auf. Bei den anderen Splits der Basis-DRG B69 und der G-DRG B70F treten keine nennenswerten intensivmedizinischen Behandlungskosten auf.

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)