

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-komplexbefruehrea-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 * 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 * +49 (0) 30 / 246 255 26

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutschen Gesellschaft für Klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DGKKeV
Internetadresse der Organisation * www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Witthohn
Vorname * Andreas
Straße * Krähenweg 30
PLZ * 22459
Ort * Hamburg
E-Mail * andreas.witthohn@dmi-systems.de
Telefon * + 49 (0) 40 / 555 659 109

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

Von Ihnen wurde die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten vorgeschlagen. Nach Rücksprache mit dem zuständigen Vertreter, Dr. med. Rosien, dieser medizinischen Fachgesellschaft sind wir übereingekommen, dass von den Mitgliedern dieser Fachgesellschaft die betroffenen Patienten nicht betreut werden. Wie unten weiter ausführlich dargestellt, sind hauptsächlich schwerkranke Patienten auf der Intensivpflegestation betroffen, so dass ich die dafür zuständige Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Anaesthesie und Intensivmedizin (DGAI) angesprochen und die Notwendigkeit der Einführung eines neuen OPS abgestimmt habe:

Ansprechpartner der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie und Intensivmedizin ist der 1. Sprecher des Arbeitskreises Intensivmedizin der DGAI:

Prof. Dr. med. Michael Quintel

Direktor der Abteilung Anaesthesiologie II - operative Intensivmedizin

Universität Göttingen

Robert-Koch-Straße 40

37075 Göttingen

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) *

Therapeutische Drainage des Darmes, Darmmanagementsystem

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)

Für das unten ausführlich beschriebene Verfahren wird beantragt, den folgenden neuen OPS-Kode einzuführen:

8-145 Therapeutische Drainage des Darmes

Inkl.: Spülung und endoluminale Medikamentenapplikation

Inkl.: Einsatz eines Darmmanagementsystems

Synonyme: Darmmanagementsystem, Ableitung Stuhl, Spülung Darm

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Von den schwerkranken Patienten, die auf der Intensivstation versorgt werden müssen, leiden etwa 1/3 an Diarrhoen (siehe Literaturverzeichnis). Gerade diese Patientengruppe muss suffizient davor geschützt werden, flüssigem, möglicher Weise kontaminiertem Stuhl ausgesetzt zu werden. Das Darmmanagementsystem kann daher vor Hautschäden schützen, die dadurch verursacht werden können, dass der flüssige Stuhl an die Haut gelangt oder dass die Umgebung der Haut ein feuchtes Klima bereitet. Auch Schwerverletzte, Brandverletzte, operierte Patienten oder Patienten mit Druckgeschwüren, deren Wunden nicht dem Stuhl ausgesetzt werden dürfen, profitieren vom Einsatz des Darmmanagementsystems. Die sichere, hygienische Ableitung von diarrhoeischem Stuhl muss demnach bei einer großen Gruppe von intensivpflichtigen Patienten gewährleistet sein. Diese aufwändige Leistung lässt sich derzeit nicht über einen der vorhandenen Operationsschlüssel abbilden.

Als weiterer Schritt soll geprüft und beim InEK beantragt werden, diese komplexe Behandlungsweise einer komplizierenden Prozedur zuordnen zu lassen. Auch dafür ist die eindeutige Identifizierung der Prozedur über einen OPS obligat.

Literaturverzeichnis:

Beitz, J M: Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: options in management. *Ostomy Wound Management* 2006 Dec; 12 (52): 56 – 66

Benoit RA Jr, Watts C: The Effect of a Pressure Ulcer Prevention Program and the Bowel Management System in Reducing Pressure Ulcer Prevalence in an ICU Setting. In: *Journal of wound, ostomy, and continence nursing* : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN 2007 Mar-Apr; 34 (2): 163-75

Echols J, Fiebiger B, Friedman B, Mullins R F, Still J M, Hassan Z, Lack K: Clinical utility and economic impact of adopting a bowel management system. Presented at the annual meeting of the John A. Boswick, MD Burn and Wound Care Symposium 2006 Feb

Edman K, Muellner M, Sturnfield T: A comparison of the outcomes of two indwelling bowel catheter systems when used in a long term acute care setting. Presented at Clinical Symposium on Advances in Skin & Wound Care 2007 Oct

Hughes M: Using a catheter-based management system to promote skin health. Presented at WOCN Society 39th Annual Conference 2007 June

Keshava A, Renwick A, Stewart P, Pilley A : A nonsurgical means of fecal diversion: The Zassi Bowel Management System. *Diseases of the Colon & Rectum* 2007 Jul; 50(5): 017-22.

McLean RN, Mills K: Managing fecal incontinence in a rehabilitation patient with neurogenic bowel. Presented at Clinical Symposium on Advances in Skin & Wound Care 2007 Oct

Padmanabhan A, Stern M, Wishin J, Mangino M, Richey K, DeSane M, Flexi-Seal Clinical Trial Investigators Group: Clinical evaluation of a flexible fecal incontinence management system. *American Journal of Critical Care* 2007 Jul; 16 (4): 394-5 (Review)

Still M, Wilds T: Medication delivery via indwelling bowel access device plays critical role in critical care. Presented at: The 20th Annual Symposium on Advanced Wound Care 2007 Apr/ May and WOCN Society 39th Annual Conference 2007 June

Xu JH, Li YD: A speed-constant rectal lavage apparatus prepared in laboratory. *Academic journal of the first medical college of PLA* 2004 Dec; 24 (12):1407-9 (Review)

Zaletel C, Holman D, Petersen P, Gamelli R L: Utilization and benefits of an indwelling bowel catheter: Achieving maximum performance. Presented at: The 20th Annual Symposium on Advanced Wound Care 2007 Apr/ May and WOCN Society 39th Annual Conference 2007 June

Brünnler T, Langgartner J, Klebl F, Salzberger B, Schölmerich J: Mikrobiologische Routinediagnostik auf der Intensivstation – ein update, *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2004, 41:248-54

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

Da die Kosten für den Einsatz des oben beschriebenen Verfahrens derzeit nicht nachweisbar im deutschen Entgeltsystem (DRG-System) enthalten sind, muss für die künftige Kalkulation bei der Behandlung der betroffenen schwerkranken Patienten diese Leistung über einen spezifischen OPS-Kode eindeutig identifiziert werden können. Es liegt auf der Hand, diese Prozedur als so genannte "Komplizierende Prozedur" und "Komplizierende Prozedur Prae-MDC" zuordnen zu lassen. Die prinzipielle Möglichkeit dieser Zuordnung wurde mir bereits vom InEK (Dr. Jakobs) dem Grunde nach mündlich bestätigt.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Kosten des Verfahrens ergeben sich aus folgenden Teilkomponenten:

- Personal und Sachkosten bei Einbringung des Darmmanagementsystems in Höhe von 450,98 EUR

- Personal und Sachkosten bei Wechsel des Auffangbeutels in Höhe von 12,93 EUR je Tag.

Die maximale Tragezeit des Systems beträgt 29 Tage.

Die Kosten des Verfahrens variieren somit zwischen minimal 463,90 EUR bis maximal 825,80 EUR.

Details zur Kalkulation können aus der Anlage entnommen werden.

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

Die ermittelte Prävalenz des Verfahrens basiert auf dem Sachverhalt, dass ca. ein Drittel der Patienten auf einer Intensivstation an Durchfallerkrankungen leidet. (Quelle: Brännler T, Langgartner J, Klebl F, Salzberger B, Schölmerich J: Mikrobiologische Routinediagnostik auf der Intensivstation – ein update, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 2004, 41:248-54).

Als Ausgangsbasis zur Ermittlung der relevante Fallzahl wurden die Daten des G-DRG V2007 Browser 2006 § 21 KHEntgG verwendet.

Aus der Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG (Gesamtfallzahl 2006) wurde bei 311.545 Fällen ein entsprechender OPS-Kode mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS: 8-980.***) festgestellt

Die sich hieraus ergebene rechnerische Fallzahl von Intensivpatienten mit Diarrhoe entspricht der Prävalenz des Verfahrens von 103.848 Fällen.

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

entfällt

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.)

entfällt

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