

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

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

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)

Klarstellung zur Kodierung eines Dialyseverfahrens beim Einsatz der HLM durch einen Hinweis, dass Dialyseverfahren (8-853 Hämofiltration, 8-854 Hämodialyse) zusätzlich beim Einsatz der Herz-Lungen-Maschine zu kodieren sind.

Vorschlag:

8-851.- Operativer äußer Kreilauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)

Hinweis: Ein mit der Herz-Lungen-Maschine durchgeführtes Dialyseverfahren ist gesondert zu kodieren.

8-853.- Hämofiltration

Hinweis: Es ist jede durchgeführte Hämofiltration zu kodieren, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Eine mit der HLM durchgeführte Hämofiltration ist zusätzlich zu kodieren.

8-854.- Hämodialyse

Hinweis: Es ist jede durchgeführte Hämofiltration zu kodieren, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Eine mit der HLM durchgeführte Hämofiltration ist zusätzlich zu kodieren.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Wir vertreten die Auffassung, dass die intermittierende Hämofiltration oder Dialyse kein integrativer Bestandteil der Herz-Lungen-Maschine (HLM) ist und zusätzlich durch eine der vorhandenen Prozeduren abzubilden ist.

Begründung:

Die Verschlüsselung von Krankenhausfällen erfolgt ausschließlich unter Verwendung der gültigen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), ICD-10- und OPS Klassifikationen.

Unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes ist entsprechend den Hinweisen zu den Prozeduren 8-853 und 8-854 der jeweiligen OPS Version jedes durchgeführte Verfahren zu kodieren.

Weder die jeweilig gültige OPS Version noch die DKR sehen vor, dass die intermittierende Filtration/ Dialyse mit einem separaten Gerät durchgeführt werden muss.

Der Einsatz der HLM in Kombination mit einer intermittierenden Hämofiltration/ - Dialyse unterliegt speziellen medizinischen Indikationen. Nur bei einem geringen Anteil aller Herz-Lungen-Maschinenverfahren erfolgt die Anwendung einer intermittierenden Hämofiltration bzw. - Dialyse. Somit sind die Dialyseverfahren unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine kein integrativer Bestandteil der HLM und können daher nicht als Prozedurenkomponente gewertet werden (siehe auch DKR 2009 P001f Prozedurenkomponenten & P003d Kombinationskodes).

Die zusätzliche Filtration oder Dialyse in Kombination mit der HLM erfordert einen Mehraufwand (siehe Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiotechnik e.V.) der in der Kalkulation der HLM nicht berücksichtigt wird. Hierzu verweisen wir auch auf das Kalkulationshandbuch des InEk (Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0 - 10. Juli 2007)

6.3.4 Dialyseabteilung

Einbezogener Leistungsbereich

Der Leistungsbereich Dialyseabteilung umfasst zunächst eine im Krankenhaus vorhandene Dialyseabteilung oder eine vergleichbare Funktionseinheit. Darüber hinaus sind dem Leistungsbereich aber auch alle Kosten für Dialyseleistungen bzw. verwandte Verfahren zuzuordnen, die an anderer Stelle im Krankenhaus erbracht werden (z.B. Intensivstation). Für einen einheitlichen Kostenausweis sind die dort anfallenden Dialysekosten entweder auf die Kostenstelle der Dialyseabteilung oder in eine separate Unterkostenstelle des jeweiligen Leistungsbereichs umzubuchen (dabei sind auch die Leistungsinformationen entsprechend einzubeziehen).

Eine entsprechende Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiotechnik e.V. in Absprache mit der Fachgesellschaft Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Arbeitsgemeinschaft EKZ, haben wir diesem Antrag beigefügt (8. sonstige).

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

relevant

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

keine

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

ca. 10-15% aller durchgeführten HLM 2008 wurden hämofiltriert

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)

Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für Kardiotechnik e.V.:

Pressesprecher
 Deutsche Gesellschaft
 für Kardiotechnik e.V.

Universitätsklinikum Heidelberg
 Abteilung Controlling
 Herrn Nafe
 Im Neuenheimer Feld 672
 69120 Heidelberg

16.11.2008

Stellungnahme Filtration während extrakorporaler Zirkulation

Sehr geehrter Herr Nafe,

hiermit nehmen wir zu Frage der Komplexität der Filtration während der extrakorporalen Zirkulation(EKZ) mit der Herz-Lungen-Maschine Stellung.

Aus der Sicht der Kardiotechnik kann bei einer medizinisch indizierten Filtration, die sowohl eine Hämofiltration als auch eine Hämodialyse darstellen kann, während der EKZ nicht ohne weiteres von einem einfachen Einbau eines Filters/Konzentrators bzw. Dialysators in die Herz-Lungen-Maschine ohne zusätzlich erforderliche Maßnahmen gesprochen werden.

Eine Filtration dient dazu, dem Körper Flüssigkeit bzw. harnpflichtige Substanzen über einen Zeitraum von mehreren Stunden bis Tagen zu entziehen. Da ein Flüssigkeits- bzw. Elektrolytentzug massive Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem haben kann, müssen beide Maßnahmen angemessen eingesetzt und auch gesteuert werden. Entzogene Flüssigkeit wird dabei mit dem Filtrationsgerät automatisch ersetzt, um das Flüssigkeitsgleichgewicht des Körpers zu gewährleisten. Die Elektrolytwerte müssen nach Laborkontrolle manuell korrigiert werden. Dies geschieht im Intensivbereich mit einem hohen Maß an Automation. Dennoch ist auch dort ein erhöhtes Maß an Überwachung durch das medizinisch-pflegerische Personal notwendig.

Während der extrakorporalen Zirkulation ist der Zeitmaßstab als auch der Grad der Automation deutlich verschoben. Auch wenn in der Tat der Filter in das Schlauchsystem integriert wird, müssen alle weiteren Maßnahmen wie Flüssigkeitsentzug und –substitution sowie Überwachung der Laborwerte im Gegensatz zu einer herkömmlichen Hämofiltration komplett manuell vorgenommen werden. Da eine Flüssigkeitsüberladung bereits akut vor dem Eingriff auftreten kann, muss eine intraoperative Filtration bereits in der Vorplanung der EKZ bedacht werden, da dann andere vom Standard abweichende Füllflüssigkeiten bzw. Komponenten für die Herz-Lungen-Maschine eingesetzt werden müssen. Mit diesen Zuständen ist z.B. im Rahmen Herzklappenerkrankungen zu rechnen, bei denen es durch die Erweiterung der Herzkammern meist auch zur massiven Flüssigkeitsbelastung kommen kann. Da Flüssigkeitsentzug bzw. –substitution nicht automatisiert sind, werden von der Kardiotechnik dementsprechende Berechnungen für die zu erwartenden Mengen durchgeführt. Im Gegensatz zu einer Filtration im Intensivbereich ist der Zeitraum für eine intraoperative Filtration auf evtl. nur 20 – 70 Minuten begrenzt; Flüssigkeitsverschiebungen größeren Maßes (hier dann meist mehrere Liter) haben dann massivste Auswirkungen auf den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt. Deswegen ist die intraoperative Steuerung nicht automatisch mitlaufend, sondern nur durch aufwendige Überwachungsmaßnahmen durchführbar. Flüssigkeitsentzug, und -substitution werden komplett manuell überwacht und gesteuert.

Wir halten deswegen eine Filtration im Rahmen der EKZ zum Entzug von Flüssigkeit, Elektrolyten bzw. auch entzündungsvermittelnden Immunzellen (wie z.B. bei septischen Krankheitsverläufen) nicht für eine einzelne Maßnahme. Sie beeinflusst die gesamte perioperative Durchführung der EKZ, und führt zu einem deutlichen Mehraufwand an Überwachung und Steuerung. Zeitrahmen, Mengen als auch notwendigen Maßnahmen sind gegenüber herkömmlichen Filtrationsgeräten unterschiedlich; die notwendige Funktionalität für die EKZ ist mit diesen Geräten technisch nicht realisierbar. Deswegen ist eine manuelle Integration in die Herz-Lungen-Maschine notwendig.

Aus kardiotechnischer Sicht sehen wir deswegen eine intraoperative Filtration als eine komplexe Maßnahme mit einem zusätzlichen hohen Maß an manueller Planung und Überwachung.

Wir hoffen, diese Ausführungen sind Ihnen dienlich und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Johannes Gehron
Pressesprecher der Deutschen Gesellschaft
für Kardiotechnik e.V.