

Änderungsvorschlag für den OPS 2011

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 * | 1) Bundesverband Geriatrie e.V. (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | (1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG (1)www.bv-geriatrie.de |
| Internetadresse der Organisation * | (2)www.dgggeriatrie.de (3)www.dggg-online.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | (1) Herr Prof. Dr. (2) Herr Dr. (3) Frau Dr. |
| Name * | (1) Lüttje (2) Meisel (3) Meyer |
| Vorname * | (1) Dieter (2) Michael (3) Ann-Kathrin |
| Straße * | (1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61 (2) DGG Geschäftsstelle Winzerstraße 9 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8 |
| PLZ * | (1) 13347 (2) 65207 (3) 10245 |
| Ort * | (1) Berlin (2) Wiesbaden (3) Berlin |
| E-Mail * | dieter.luettje@bv-geriatrie.de (2)MMeisel@dkd-dessau.de (3) ann.meyer@asklepios.com |
| Telefon * | (1) 0541/ 405 - 7201 (2) 0340 /6502-2120 (3) 040/1818 83 -1661 |

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| Organisation * | Bundesverband Geriatrie e.V. |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | BV Geriatrie |
| Internetadresse der Organisation * | www.bv-geriatrie.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Frau |
| Name * | Anke |
| Vorname * | Wittrich |
| Straße * | Reinickendorfer Str. 61 |
| PLZ * | 13347 |
| Ort * | Berlin |
| E-Mail * | anke.wittrich@bv-geriatrie.de |
| Telefon * | 030/3398876-26 |

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

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin Sektion Ernährung und Metabolismus
 Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.

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) *

Wiederaufnahme der OPS-Kodes 8-017 und 8-018 in den OPS-Katalog

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)

Wiederaufnahme der OPS-Kodes

8-017 Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.

und

8-018 Parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung
Hinw.: Die Erstellung des Behandlungsplanes ist im Kode enthalten.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die bedarfsgerechte Versorgung sowohl mit Flüssigkeit als auch mit Nährstoffen stellt für einen Großteil der geriatrischen Patienten ein Problem im Rahmen der medizinischen Betreuung dar. Verschiedene Studien zu unterschiedlichen Krankheiten im Alter, aber auch Punkt- oder Querschnittsuntersuchungen bei älteren Menschen, haben gezeigt, dass eine Mangelernährung eine häufige Begleiterscheinung bei geriatrischen Patienten ist. So sind bspw. Patienten mit Demenzerkrankungen, Schluckstörungen nach Schlaganfall und bei Mb. Parkinson nicht mehr in der Lage, ihren Energie-, Eiweiß-, Vitamin- und/oder Mineralstoffbedarf über die normale Nahrungsaufnahme sicher zu stellen. Für diese Patienten kommt der enteralen oder auch parenteralen Ernährung als Nebenbehandlung hinsichtlich der Krankheitsprognose eine wichtige Rolle zu. Ebenso kann eine passagere, bilanzierte parenterale Ernährung im Rahmen einer stationären Behandlung nach größeren operativen Eingriffen sowie bei konsumierenden Erkrankungen notwendig werden.

Zusätzlich lässt sich zeigen, dass die Nahrungsaufnahme während eines stationären Aufenthaltes multifaktoriell eingeschränkt ist, sodass ein Großteil der im Krankenhaus behandelten Senioren weiter an Gewicht und Muskelmasse verliert. Dies führt zu vermehrten Komplikationen (Immobilität, Infektanfälligkeit, Wundheilungsstörung etc.), verlängerter Krankenhausverweildauer und zu

erhöhter Mortalität.

Da eine Mangelernährung diese benannten weit reichende Folgen nach sich zieht, muss bereits bei drohender oder latenter Mangelernährung frühzeitig auf die Sicherung der Energie- und Nährstoffversorgung geachtet werden. Als Ziele einer enteralen bzw. parenteralen Ernährung als medizinische Nebenbehandlung sind die sowohl quantitativ als auch qualitative Steigerung der Energie- und Nährstoffzufuhr, die Erhaltung oder Verbesserung des Ernährungszustandes, der Funktionalität und Aktivität/Rehabilitationsfähigkeit und der Lebensqualität sowie die Reduktion von Morbidität und Mortalität zu betrachten.

Die OPS-Kodes 8-017 Enterales Ernährung als medizinische Nebenbehandlung und 8-018 Parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung, die zunächst im erweiterten OPS intergriert waren und 2009 aus dem OPS-Katalog gestrichen wurden, sind für Abbildung der erbrachten Leistungen für diese Patienten von großer Bedeutung.

Es wird in diesem Zusammenhang auf die Studie des Netzwerks der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zur Mangelernährung im Krankenhaus verwiesen (1) wie auch auf den Themenschwerpunkt auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie 2006 (2) sowie den Schwerpunkt "Malnutrition" im Benchmarking-Projekt Gemidas-QM (3) verwiesen.

Aus unserer Sicht ist eine Wiederaufnahme der genannten OPS-Kodes in den OPS aus den dargelegten Gründen erforderlich.

(1) The German Hospital Malnutrition Study, Clinical Nutrition, Volume 25, Issue 4, August 2006, 563 – 572.

(2) European Journal of Geriatrics 2006 Band 8 Abstracts des 13. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

(3) http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/GQM_Bericht_AB_2006_vA15a_OffiziellerAbschlussbericht_Evaluation.pdf

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

Sowohl die enterale als auch die parenterale Ernährung ist mit einem erhöhten Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Da es sich hierbei um deutlich beeinträchtigte Patienten innerhalb der Gruppe der geriatrischen Patienten handelt, ist zu erwarten, dass sich diese beiden Codes zukünftig als Kostentrenner erweisen könnten.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Parenterale Ernährung als Nebenbehandlung: ca. 50 - 100 €/ Tag
 Enterales Ernährung als Nebenbehandlung: ca. 20- 40 €/ Tag
 Diätetische Beratung und Trinksupplement: ca. 10 €/ Tag
 zusätzlich sind Personalkosten zu berücksichtigen (nach Ockenga 2006)

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

Nach den Studienergebnissen (German Hospital Malnutrition Study) müssten 25 % aller Krankenhauspatienten als Nebenbehandlung eine Ernährungstherapie bekommen. Wobei ein Großteil dieser Patienten eine diätetische Beratung und ggf ein enterales Trinksupplement benötigen. Eine künstliche enterale und parenterale Ernährung ist bei ca 5-10% aller Patienten indiziert.

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.)

Derzeit nicht relevant.

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