

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-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/unseres 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 *	Arbeitsgruppe für Reanimation und Postreanimationsbehandlung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGIIN
Internetadresse der Organisation *	http://www.dgiin.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Busch
Vorname *	Hans-Jörg
Straße *	Hugstetterstr. 55
PLZ *	79106
Ort *	Freiburg
E-Mail *	hans-joerg.busch@uniklinik-freiburg.de
Telefon *	0761 270-3493

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

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

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

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) *

Nasopharygale Kühlung

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)

Die im OPS 2009 vorhandenen Codes für Hypothermiebehandlung (8-607.-) beziehen sich auf eine invasive therapeutische Hypothermie (8-607.0) sowie auf eine nicht invasive Methode, die eine spezielle Lagerung vorsieht (8-607.1). Diese Beschreibungen sowie die unter "Hinweis" genannte Bedingung "Die Kühlung und Wiedererwärmung muss kontrolliert und steuerbar erfolgen" treffen nicht auf die nasopharyngale Hypothermie zu, die jedoch aufgrund des zusätzlichen Nutzens und der Kosten einer speziellen OPS-Kodierung bedarf.

Vorschlag zur Neuaufnahme des Kodes:

8-608 Nasopharyngale Kühlung

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

Nasopharyngale (oder auch transnasale) Kühlungs-systeme zur therapeutischen Hypothermie senken die Körpertemperatur von Patienten nach Herzstillstand und anschließender kardiopulmonaler Reanimation. Nach der ILCOR-Empfehlung aus dem Jahr 2005 sollten komatöse Patienten, die nach einem Herzstillstand erfolgreich reanimiert wurden, für 12-24 Stunden auf 32-34°C Körperkerntemperatur abgekühlt und nach den 24 Stunden wieder langsam erwärmt werden.

Durch die herbeigeführte Hypothermie wird einer Schwellung des Gehirns infolge der Hypoxie entgegengewirkt sowie der Sauerstoffbedarf des Gewebes verringert ("Neuroprotektion"). Die transnasale Kühlung in der Post-Reanimationsphase strebt eine Verbesserung der Überlebensrate sowie die größtmögliche Erhaltung der neurologischen Funktion der Patienten an.

Die nasopharyngale Kühlung erhöht die Geschwindigkeit der zerebralen Kühlung, die mit den herkömmlichen Verfahren zwischen zwei und drei Stunden liegt. Über einen speziellen Nasenkatheter wird PFC mit hohem Sauerstofffluss zerstäubt und in die Nasenhöhle geleitet und dadurch eine rasche Senkung der Hirn- bzw Körpertemperatur erreicht. Aufgrund ihrer Nähe zum Gehirn dient die Nasenhöhle dabei als besonders effizienter Wärmetauscher. Die nicht-invasive Hypothermiebehandlung mit dem Nasenkatheter unterscheidet sich deutlich von den anderen Kühlsystemen. Sie ist batteriebetrieben und tragbar und daher sowohl prästationär und auch im Krankenhaus schnell und unkompliziert einsetzbar. Die Methode der therapeutischen Hypothermie

nach kardio-pulmonaler Reanimation ist

bereits in verschiedenen Leitlinien aufgenommen, die konsequente Anwendung der Hypothermie in der Klinik erfolgt bisher jedoch nur unzureichend.

Die nasopharyngale Kühlung in der Post-Reanimationsphase ist ein neuer Ansatz, bei dem die Geschwindigkeit der zerebralen Kühlung erhöht werden kann. Dadurch ist es ggf. möglich, eine Verbesserung bei der Überlebensrate sowie bei der Erhaltung der neurologischen Funktion zu erreichen.

Literatur:

Arrich J, Holzer M, Herkner H, Müllner M, et al. Hypothermia for neuroprotection in adults after 1. cardiopulmonary resuscitation. Cochrane Database Syst Rev 2009; 4: CD004128. Abstract

Bernard SA, Gray TW, Buist MD, et al. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med 2002; 346:557–563.

Maaret Castrén, Per Nordberg, Didier Desruelles, Frank Eichwede, Pierre Mols, Fabio Silvio Taccone, Jean-Louis Vincent, Leif Svensson, Hans-Jörg Bush, Michel Vergnion, Christian Storm, Antonio Pesenti, Jan Pacht, Fabien Guérisse, Thomas Elste, Markus Roessler, Harald Fritz, Pieterjan Durnez, Denise Barbut: Intra-arrest Transnasal Cooling: A Randomized Prehospital Study: PRINCE (Pre-ROSC Intra Nasal Cooling Effectiveness). American Heart Association Meeting, Orlando, FL; Oral presentation (November 2009).

Min-Shan Tsai, Denise Barbut, Hao Wang, Jun Guan, Shijie Sun, MD, Becky Inderbitzen, Max Harry Weil, Wanchun Tang. Intra-arrest rapid head cooling improves postresuscitation myocardial function in comparison with delayed postresuscitation surface cooling. Published in Critical Care Medicine 2008; 36[Suppl.]:S434-S439

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

Da es sich bei der nasopharyngalen Hypothermie um eine neue, sich etablierende Methode handelt, ist diese in den DRG-Kalkulationen der intensivmedizinischen DRGs noch nicht eingerechnet. Dadurch entstehen dem Krankenhaus zunächst Mehrkosten, welche jedoch insbesondere in den den Kliniken nachfolgenden Stationen der Versorgung (Reha, Pflege etc.) durch komplikationsärmere Verläufe z.T. mehr als eingespart werden.

Aufgrund der zu erwartenden besseren neurologischen Ergebnissen durch die sofort mögliche Kühlungsbehandlung kann man mit einer wesentlich kürzeren Intensivliegedauer rechnen (siehe Fink K., T. Schwab, C. Bode und H.-J. Busch: Endovaskuläre Kühlung oder Oberflächenkühlung? Anaesthesist 2008 • 57:1155-1160).

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input checked="" type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Mehrkosten entstehen insbesondere durch die Anschaffung und das Vorhalten des speziellen transnasalen Kühlaggregats und der Katheter. Die Kosten für die Basiseinheit belaufen sich auf ca. 2.300 €, pro Katheter fallen darüberhinaus Kosten von ca. 1.150 € an. Insgesamt belaufen sich die Mehrkosten pro Patient und Behandlung nach unseren Schätzungen auf ca. 1.200 - 1.500 €

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

In 2007 sind insgesamt etwa 6.000 Patienten mit der Diagnose I46 Herzstillstand in deutschen Krankenhäusern behandelt worden.

Davon sollten mehrere Hundert Patienten im Jahr von einer nasopharyngealen Kühlung profitieren; für 2010 geschätzte 500 Patienten

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

In Krankenhäusern verwendete vergleichbare Systeme zur therapeutischen Hypothermie (8-607) arbeiten mit Oberflächenkühlung (z.B. ArticSun, Blanketrol). Die Basiseinheiten kosten ca. 20.000 – 30.000 € + Zusatzkosten pro Patient bis 1.000 €

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)