

Änderungsvorschlag für den OPS 2012

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 *	Bundesverband Klinischer Diabeteseinrichtungen
Offizielles Kürzel der Organisation *	BVKD
Internetadresse der Organisation *	www.BVKD.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dipl.-Betw., MBA
Name *	Lemmer
Vorname *	Luitgard
Straße *	Kirchberg 21
PLZ *	37431
Ort *	Bad Lauterberg
E-Mail *	Lemmer@BVKD.de
Telefon *	05524-81-212

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Bundesverband klinischer Diabetologen in Kliniken
Offizielles Kürzel der Organisation *	BVDK
Internetadresse der Organisation *	BVDK-eV.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Siegel
Vorname *	Erhard
Straße *	Auf dem Schafsberg
PLZ *	65549
Ort *	Limburg
E-Mail *	e.siegel@st.vincenz.de
Telefon *	06431-292-0

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

BVKD

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) *

Aufnahme Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus als Nebendiagnose - BVKD

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)

Neue OPS-Ziffer für die Komplexbehandlung von Diabetes mellitus als Nebendiagnose in spezialisierten Kliniken bei Notwendigkeit von Insulintherapie

Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG" bzw. alt. "Diabetologe LÄK" oder Facharzt für Allgemeinmedizin und "Diabetologe DDG" bzw. alt. "Diabetologe LÄK")

* Notwendigkeit der Insulintherapie mit täglicher fachärztlicher Blutzuckerbesprechung

* dokumentiert mindestens 4 Blutzuckermessungen pro Tag (z.B. zu den Mahlzeiten und nachts)

* dokumentiert mindestens 4 Blutzuckermessungen pro Tag (z.B. zu den Mahlzeiten und nachts)

* Einsatz von mindestens 5 Stunden Schulung und Beratung durch DiabetesberaterIn oder DiabetesassistentIn mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung zu den Schulungsinhalten: Erkennen der Gefahr und Umgang mit Hypoglykämien, Erlernen und Überprüfung der Blutzucker selbstkontrolle, Erlernen und Überprüfen der Injektionstechnik, Erlernen der Insulinwirkung, Erlernen und Überprüfen der Insulindosisanpassung

* mindestens 3 bis höchstens 8 Behandlungstage

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

Auch bei Menschen mit einem Diabetes mellitus können wegen schwerer anderer Erkrankungen stationäre Aufenthalte erforderlich werden. Diabetespatienten, die wegen eines akuten Ereignisses oder auch für geplante diagnostische oder therapeutische Prozeduren in ein Krankenhaus aufgenommen werden müssen, unterliegen erheblichen Gefahren.

Akutkomplikationen sind z.B. hypoglykämische und hyperglykämische Entgleisungen bis zu Schock und Todesfällen. Bei stationär behandelten Patienten können weitere Komplikationen wie z.B. Wundheilungsstörungen oder septische Komplikationen eine Rolle spielen, wenn die Blutzuckerwerte nicht adäquat eingestellt sind

Krankenhauspatienten mit schlechteren Blutzuckerwerten haben eine schlechtere Prognose, als solche mit normgerechten Blutzuckerwerten.

Bei stationär behandelten Patienten gibt es einen engen Zusammenhang zwischen einer schlechten aktuellen Blutzuckereinstellung und einer schlechteren Prognose [1]. Dies betrifft nicht nur Patienten, bei denen bereits ein Diabetes mellitus bekannt ist, sondern auch solche, bei denen erstmals bei stationärer Aufnahme oder im Laufe des stationären Aufenthalts erhöhte Blutzuckerwerte gemessen wurden [8]. Es gibt eine enge Korrelation zwischen erhöhten Blutglukosewerten und einer schlechteren Prognose bei Patienten mit Schlaganfall [3] und

Patienten mit einer Hyperglykämie haben eine schlechtere Prognose bezüglich der Überlebenswahrscheinlichkeit nach akutem Herzinfarkt [4]. Die Prognose wird jedoch durch eine strukturierte Diabetestherapie verbessert

Bei Diabetespatienten, die sich einer koronaren Bypassoperation unterziehen müssen, verbessert eine gute Blutzuckereinstellung nicht nur die perioperativen Behandlungsergebnisse, sondern damit wird auch die Rezidivhäufigkeit ischämischer Ereignisse reduziert [7, 8, 9, 10]. Ferner wurde gezeigt, dass bei Diabetespatienten, die wegen einer Bypassoperation einer Sternotomie unterzogen werden, weniger häufig schwere Wundinfektionen auftreten, wenn sie während eines stationären Aufenthalts mit einer intensivierten Insulintherapie auf normnahe Blutzuckerwerte eingestellt werden [11].

Eine strukturierte Diabetestherapie wirkt sich bei kritisch kranken Patienten positiv aus [5]. Dieser Aufwand ist auch kostengünstig [6].

Bei beatmeten Patienten konnte gezeigt werden, dass eine intensive Blutzuckereinstellung mit Einstellung auf geradezu normale Blutzuckerwerte Vorteile bezüglich Mortalität, Verweildauer auf Intensivstation, Häufigkeit schwerer Infektionen und verschiedener anderer verschiedener Parameter erbringt [12]. Bei multizentrischen Untersuchungen von Patienten auf internistischen Intensivstationen sowie auch von Sepsispatienten auf Intensivstation [13] zeigte bei zu rigoroser Blutzuckereinstellung ein erhöhtes Risiko von Hypoglykämien, die mit erhöhter Mortalität verbunden war [14].

Algorithmen für die Diabeteseinstellung im Krankenhaus

Für die Diabetesbehandlung im Krankenhaus müssen die besonderen Gegebenheiten berücksichtigt werden, die den unterschiedlichen Anforderungen einschließlich Stresssituationen der Patienten, zeitweiligem Nahrungsentzug, Medikamenteninteraktionen z.B. mit Kortison und anderen Besonderheiten, Rechnung tragen und setzt neben qualifiziertem Personal eine Struktur- und Prozessqualität voraus.

Schlussfolgerung

Eine adäquate Versorgung von Patienten mit Diabetes in deutschen Krankenhäusern ist daher bei der hohen Prävalenz zwingend notwendig, setzt aber neben qualifiziertem Personal eine Struktur- und Prozessqualität voraus.

In speziellen Einrichtungen werden Verbräuche von Ressourcen provoziert, die nicht in allen Krankenhäusern vorgehalten werden müssen. Wo sie bisher auf Grund des spezifischen Profils eines Hauses in Form Diabetologen, DiabetesberaterInnen, DiabetesassistentInnen als Strukturqualität vorgehalten wurden, ist die weitere Vorhaltung auf Grund der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Frage gestellt, da zur Zeit das DRG-System die hier beschriebene aufwändigere Behandlung dieser Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus dinanziell nicht adäquat abbildet. Dies gefährdet die qualitativ adäquate Versorgung einer zunehmenden Zahl von betroffenen Patienten.

In den letzten Jahren wurde eine gut ausgebaute Versorgungsstruktur aufgrund dieser wirtschaftlichen Gründe zurückgebaut.

Die OPS-Ziffer 8-984 "Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus" kann nicht verschlüsselt werden, wenn der Diabetes als Nebendiagnose vorliegt, wie das in den o.g. Fällen die Regel sein wird. Die zur Zeit außerdem vorhandene OPS-Ziffer 8-974 "Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung" trifft in der jetzigen Beschreibung der notwendigen Therapiebereiche die Therapie des Diabetes mellitus nicht, da der Bereich mit Diabetesberatung und Ernährungsberatung vollständig fehlt. Es ist eine neue OPS-Ziffer für die Therapie des Diabetes mellitus bei Patienten notwendig aufzunehmen, bei denen der Diabetes als Nebendiagnose vorliegt und die mit Insulin behandelt werden und die während des stationären Aufenthaltes auch einer entsprechenden Komplexbehandlung bedürfen

Literaturangaben:

1. G.E. Umiperrez, S.D. Isaacs, N. Bazargan et al. Hyperglycaemia: An independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. J.Clin.Endocrinol.Metab. 2002; 87:978-982.
2. S.C. Port, M.O. Goodarzi, N.G. Boyle, R.I. Jennrich: Blood glucose: A strong risk factor for

mortality in nondiabetic patients with cardiovascular disease. Am Heart J 2005; 150:209-14

3. S.E. Capes, D. Hunt, K. Malmberg et al. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview. Stroke 2001; 32:2426-2432.
4. K. Malmberg, L. Ryden, S. Efendic et al. A randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction: effects on one-year mortality. Am.J.Coll.Cardiol. 1995; 26:57-65.
5. J.S. Kinsley. Effect of an intensive glucose management protocol on the mortality of critically ill adult patients. Mayo Clin. Proc. 2004; 79:992-1000.
6. J.S. Kinsley, R.L. Jones: Cost analysis of intensive glycemetic control in critically ill adult patients. Chest 2006; 129:644-650
7. H.L. Lazar, S.R. Chipkin, C.A. Fitzgerald et al. Tight glycemetic control in diabetic coronary artery bypass patients improves perioperative outcomes and decreases recurrent ischemic events. Circulation 2004; 109: 1497-1502.
8. R.A. Corpus, P.B. George, J.A. House, S.R. Dixon, S.A. Ajloni, W.A. Devlin, G.C. Timmis, M. Balasubramaniam, W.W. O'Neill: Optimal glycemetic control is associated with a lower rate of target vessel revascularization in treated type II diabetic patients undergoing elective percutaneous coronary intervention. JACC 2004; 43:8-14
9. G.Y. Gandhi, G.A. Nuttall, M.D. Abel et al. Intensive intraoperative insulin therapy versus conventional glucose management during cardiac surgery. A randomized trial. Ann.Intern.Med. 2007; 146:233-243.
10. C. Ingels, Y. Debaveye, I. Milants: Strict blood glucose control with insulin during intensive care after cardiac surgery: impact on 4-years survival, dependency on medical care and quality of life. Eur Heart J 2006; 27:2716-2724
11. A.P. Furnay, K.J. Zerr, G.L. Grunkemeier et al. Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procedures. Ann. Thorac. Surg. 1999; 67:352-360.
12. G. Van den Berghe, P. Wouters, F. Weekers et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. N.Engl.J.Med. 2001; 345:1359-1367.
13. G. van den Berghe, A. Wilmer, G. Hermans et al. Intensive insulin therapy in medical intensive care patients. N Engl J Med 2006; 354:449-461
14. F.M. Brunkhorst, C. Engel, F. Bloos, A. Meier-Hellmann, M. Regaller, N. Weiler, O. Moerer, M. Gruending, M. Oppert, S. Grond, D. Olthoff, U. Jaschinski, S. John, R. Rossaint, T. Welte, M. Schaefer, P. Kern, E. Kuhnt, M. Kiehntopf, C. Hartog, C. Natanson, M. Loeffler, K. Reinhart for the German Competence Network Sepsis (SepNet): Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis. N.Engl.J.Med. 2008; 358:125-39

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

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2008 rd. 2,05 Mio. Patienten in stationärer Behandlung mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus (vgl. statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.4, 2008). Dies macht einen Anteil von 2,8% aller stationären Fälle aus. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer der Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus noch weit höher, nämlich bei ca. 30 % aller stationär behandelten Patienten liegt (vgl. Siegel E. Diabetologe 2008;4:20-29; Siegel et al. Klinikarzt 2009; 38(11):486-491). Damit hätten im Jahr 2008 rd. 615.000 Patienten die Nebendiagnose Diabetes mellitus aufgewiesen. Eine Untergruppe dieser Patienten muss aufwändig mit Insulin, möglichst durch eine Diabetologen und DiabetesberaterIn/DiabetesassistentIn behandelt und geschult werden. Im heutigen OPS-Katalog wird die zeitaufwändige Therapie dieser großen Anzahl von Patienten nicht adäquat erfasst. Die Kostenverteilung im Fallpauschalenkatalog ist daher aufgrund der fehlenden Trennsystematik für diese Patienten nicht korrekt. Es muss also eine Methode im Rahmen des DRG-Systems gefunden werden, womit die umfangreiche Behandlung der Nebendiagnose Diabetes mellitus mit dem neuen beantragten OPS-Schlüssel eine CCL-Relevanz erreicht und damit einer Fallschweresteigerung bei allen betroffenen Hauptdiagnosen verursacht.

2.) Die Nebendiagnose Diabetes mellitus kann grundsätzlich bei allen Hauptdiagnose außer der Hauptdiagnose Diabetes mellitus auftreten. Daher wäre nicht ein einzelner Kostenunterschied zu ermitteln, sondern ein Kostenunterschied zwischen allen Fallpauschalen und der neuen Fallgruppe. Dies ist nicht möglich. Es können lediglich die Kosten für die Durchführung der neuen OPS-Ziffer kalkuliert werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Die Nebendiagnose Diabetes mellitus kann grundsätzlich bei allen Hauptdiagnose außer der Hauptdiagnose Diabetes mellitus auftreten. Daher wäre nicht ein einzelner Kostenunterschied zu ermitteln, sondern ein Kostenunterschied zwischen allen Fallpauschalen und der neuen Fallgruppe. Dies ist nicht möglich. Es können lediglich die Kosten für die Durchführung der neuen OPS-Ziffer kalkuliert werden.

Kalkulation der neuen OPS-Ziffer bei einer unterlegten Verweildauer von rd. 7 Tagen (vgl. statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.4, 2008):

Kosten tägliche Blutzuckerbesprechung/Therapieregime durch den Diabetologen: rd. 218.- €

Kosten Schulung durch Diabetesberater/Diabetesassistent: rd. 198.- €

Sachkosten Teststreifen Blutzuckerkontrolle, Schulungsmaterial: 19.- €

Gesamt: 435.- €

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

Bei der gesicherten Zahl der stationären Patienten mit der Nebendiagnose Diabetes mellitus (E 11) in Höhe von rd. 2,05 Mio. Personen in 2008 (vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.4, 2008) kann mit knapp 30 %, d.h. rd. 600.000 Patienten eine zusätzliche Diabetologische Betreuung notwendig sein.

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

Die Nebendiagnose Diabetes mellitus kann grundsätzlich bei allen Hauptdiagnosen außer der Hauptdiagnose Diabetes mellitus auftreten. Daher wäre nicht ein einzelner Kostenunterschied zu ermitteln, sondern ein Kostenunterschied zwischen allen Fallpauschalen und der neuen Fallgruppe. Dies ist nicht möglich. Es können lediglich die Kosten für die Durchführung der neuen OPS-Ziffer

kalkuliert werden.

- 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.)

es gibt zum Diabetes mellitus keine externe Qualitätssicherung

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

Die Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen von 5 Schulungsstunden wird von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) anerkannt.