

## 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](mailto: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-komplexe-fruehreha-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](http://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](http://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](mailto: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 \* BVMed  
Offizielles Kürzel der Organisation \*  
Internetadresse der Organisation \* www.bvmed.de  
Anrede (inkl. Titel) \*  
Name \* Winkler  
Vorname \* Olaf  
Straße \* Reinhardtstr.29b  
PLZ \* 10117  
Ort \* Berlin  
E-Mail \* winkler@bvmed.de  
Telefon \* 030-24625526

**2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)**

Organisation \* Charite  
Offizielles Kürzel der Organisation \*  
Internetadresse der Organisation \* www.charite.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Dr.  
Name \* Storm  
Vorname \* Christian  
Straße \* Augustenplatz 1  
PLZ \* 13353  
Ort \* Berlin  
E-Mail \* christian.storm@charite.de  
Telefon \* 030-450553232

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

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) \***

Nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems

## 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)

Vorschlag zur Neuaufnahme von OPS-Ziffer 8-607.3 Nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems. Hinw.: Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen. Die speziellen Kühlpads müssen adhäsiv sein.

Hilfsweise: Vorschlag zur Redaktionellen Ergänzung bzw. Textänderung der OPS-Ziffer 8-607.0: '(...) oder durch eine nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems'.

Hinw.: (...) und die speziellen Kühlpads müssen adhäsiv sein.

Die in der OPS Version 2011 vorhandenen Codes für die Hypothermiebehandlung (8-607.-) beziehen sich auf eine invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters (8-607.0), auf eine nicht invasive Kühlung mit einer speziellen Lagerung (8-607.1) und eine Nasopharyngale Kühlung (8-607.2). Die Beschreibungen treffen nicht auf die nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems zu.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Entsprechend den aktuellen Empfehlungen der AHA/ERC sollen alle Patienten nach Reanimation, welche anhaltend bewusstlos sind, einer Hypothermietherapie zugeführt werden. Dies soll unabhängig vom initialen Rhythmus (Kammerflimmern/ Asystolie) erfolgen.

Zudem werden in vielen Kliniken Hypothermiebehandlungen bei Schlaganfallpatienten und Patienten nach Schädelhirntrauma sowie in einigen Zentren auch im Rahmen perinataler Asphyxie, erfolgreich durchgeführt. Demzufolge wird die zeitnahe Aufnahme dieser Indikationen in die Empfehlungen der Fachgesellschaften erwartet.

Bei Geräten zum Einsatz von Oberflächenkühlung mittels Kühlpadsystem erfolgt die Beeinflussung der Temperatur mittels adhäsiven Energy-Transfer-Pads. Hierbei wird im Gerät eine Zieltemperatur vorgewählt. Das Gerät kann über eine Temperatursonde in der Harnblase die tatsächliche Temperatur ermitteln und dann durch die Zirkulation von gekühltem Wasser in den Pads auf der Haut den Wärmeentzug induzieren. Nähert sich die tatsächliche Körpertemperatur der Zieltemperatur erhöht die Maschine die Padtemperatur langsam, um eine überschießende Kühlung zu verhindern (automatisches Feedback). Ist die Zieltemperatur erreicht, wird die Temperatur

konstant gehalten. In der kritischen Erwärmungsphase kann in der Software der gewünschte Anstieg der Temperatur vorgegeben werden. Somit erfolgt die Erwärmung kontrolliert und langsam zwecks Verhinderung eines Hirnödems.

Im Gegensatz zu z.B. Eiswürfeln oder Lüftern (OPS-Kode 8.607.x) sind die Kühlpads steuerbar. Zwar sind auch Kühldecken bzgl. der Temperatur steuerbar, indes ist eine automatische Reaktion (automatischer Feedback) auf die Patiententemperatur nicht möglich.

Im Hinblick auf die invasive Kühlung mittels speziellen Katheters (OPS-Kode 8.607.0) haben aktuelle Untersuchungen gezeigt, dass Katheter-Systeme (Coolgard) gegenüber speziellen Kühlpadsystemen (Arctic Sun) gleichwertig hinsichtlich des zu erreichenden neurologischen Erfolges sind, bzw. im Vergleich der Systeme die Katheter keine Vorteile im Hinblick auf die Effektivität der Therapie zeigen (vgl. Tomte et al. Crit. Care Med. 2011; 39 [3]:443-449).

Auch haben Studien deutliche Vorteile in der Effektivität von Hypothermiebehandlungen mit einem automatisierten speziellen Kühlpad-System gegenüber den herkömmlichen nicht automatisierten Systemen, wie z.B. den einfachen Kühldecken, gezeigt (vgl. Heard et al., Resuscitation 81 (2010) 9-14).

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

In der aktuellen Version des Endgeldsystems wird zwischen dem Einsatz eines speziellen Kühlkatheters, spezieller Lagerung, der nasopharyngealen Kühlung und sonstigen, nicht näher bezeichneten Systemen unterschieden. Indes erfolgt die Hypothermiebehandlung in Deutschland im stationären Bereich überwiegend durch invasive Kühlung mittels Katheter (Coolgard) und mittels nicht invasiver Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen adhäsiven Kühlpadsystems (Arctic Sun). Dennoch fehlt es dem Kühlpadsystem an einem entsprechenden Prozedurenschlüssel.

Darüber hinaus führt von den in der OPS Version 2011 dargestellten Methoden die invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters (OPS-Kode 8-607.0) teilweise zu einer höheren Vergütung innerhalb der DRGs. Durch die Anwendung dieser Methode kann (wenn auch nur in wenigen Einzelfällen) der Erlös des Krankenhauses gesteigert werden. Dabei ist die nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems in der Effektivität vergleichbar gut, wie die Methode mittels Katheter. Dennoch würde ein spezielles Kühlpadsystem derzeit der Ziffer 8-607.x zugeordnet werden. Der Ziffer 8-607.x unterfallen alle Systeme zur Hypothermiebehandlung, die nicht unter die Ziffern 8-607.0, 8.607.1 und 8.607.2 fallen. Dabei wird unter der Ziffer 8.607.x nicht zwischen den einzelnen, auf dem Markt befindlichen Systemen unterschieden. Hierzu gehört z.B. auch Kühlung mittels einfachem Eis.

Im Hinblick auf das nasopharyngeale System ist zu berücksichtigen, dass dieses zur Induktion der Hypothermie unmittelbar nach Reanimation entwickelt worden ist, d.h. insbesondere für den Rettungsdienst. Es besitzt keine Feedback-Steuerung. Es liegen keine Studien für die Eignung einer Langzeitanwendung vor. Die nasopharyngeale Kühlung sollte lediglich über einen Zeitraum von wenigen Stunden angewendet werden. Dies resultiert zum einen aus der lokalen Applikation der hohen Kälte in die Nasenhöhle (Perfluorcarbon-Vernebler) und zum anderen aus dem fehlenden Temperatur-Feedback-Mechanismus (z.B. 24 Stunden Hypothermie bei 33°C gemäß ERC Empfehlung). In der randomisierten Studie von Castren et al. zur Evaluation des nasopharyngealen Systems mit Einleitung der Hypothermie bereits während der Reanimation durch den Rettungsdienst, erfolgte die Erhaltung der Hypothermie durch Umstellung auf ein geeignetes System für die Langzeitanwendung nach Erreichen der Zieltemperatur von 33°C, bzw. nach stationärer Aufnahme (Castren et al., Circulation 2010; 122: 729-736).

Zusammenfassend lässt sich daher feststellen, dass sich seit Einführung der milden therapeutischen Hypothermie nach Reanimation die Prognose für das Überleben sowie für den

neurologischen Erfolg erheblich verbessert hat. (vgl. Nielsen et al., Crit. Care Med. 2011; Vol. 39 [1]: 57-64.)

Es gibt derzeit keine aktuelle Publikation zu den Kosten und Folgekosten für das Gesundheitssystem bzgl. der Pflege und Therapie von Patienten mit hypoxischer Hirnschädigung oder schwerer neurologischer Schädigung nach Reanimation. Aufgrund der aktuellen Entwicklung und Etablierung der Hypothermie als neue therapeutische Option für diese Patienten und der in zahlreichen Studien bereits gezeigten signifikanten neurologischen Verbesserung, ist allerdings von einer erheblichen Reduktion dieser Kosten auszugehen.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Mehrkosten entstehen insbesondere durch die Anschaffung und das Vorhalten für die Basiseinheit sowie für Verbrauchsmaterial. Die Investitionsgüterkosten für das System betragen ca. 36.000,00 €. Die Kosten pro Patient und Behandlung betragen pro Patient ca. 750,00 € exkl. Personalkosten (Monitoring, Personalschulung, Überwachung etc).

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

Im Jahre 2010 sind ca. 1.700 mittels nicht invasiver Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlpadsystems behandelt worden.

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

Die Basiseinheit der in Krankenhaus verwendeten Kathedersysteme kostet ca. 25.000,00 €. Die Kosten für Verbrauchsmaterialien pro Patient liegen bei ca. 1.000,00 €

**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)**