

Änderungsvorschlag für den OPS 2013

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexxkodefruehreha-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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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 * Unfallkrankenhaus Berlin
Offizielles Kürzel der Organisation * ukb
Internetadresse der Organisation * www.ukb.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Bruch
Vorname * Leonhard
Straße * Warener Str. 7
PLZ * 12683
Ort * Berlin
E-Mail * leonhard.bruch@ukb.de
Telefon * (030) 5681-3600

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Unfallkrankenhaus Berlin
Offizielles Kürzel der Organisation * ukb
Internetadresse der Organisation * www.ukb.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Brickwede
Vorname * Hans-Peter
Straße * Warener Str. 7
PLZ * 12683
Ort * Berlin
E-Mail * hans-peter.brickwede@ukb.de
Telefon * (030) 5681-1170

**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) *

Endovaskuläre therapeutische Hypothermie bei wachen Patienten

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)

Differenzierung des Codes für die invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters 8-607.0 nach wachen Patienten und beatmeten/ komatösen Patienten:

8-607.00 Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters bei wachen Patienten

Hinw.: Die Kühlung und Wiederaufwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen

Exkl.: 8-607.01 Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters bei beatmeten bzw. komatösen Patienten

8-607.01 Invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters bei beatmeten bzw. komatösen Patienten

Hinw.: Die Kühlung und Wiederaufwärmung müssen kontrolliert und steuerbar erfolgen

Exkl.: Invasive Kühlung bei wachen Patienten (8-607.00)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Bei bewusstlosen Patienten mit globaler Hypoxie nach Herzstillstand hat die therapeutische Hypothermie ihren neuroprotektiven Effekt in großen randomisierten Studien bewiesen und damit ihren Weg in die nationalen und internationalen Leitlinien gefunden. Zunehmend erweist sich der Nutzen der endovaskulären Kühlung auch bei bestimmten Gruppen von wachen Patienten etwa bei akutem ischämischen Schlaganfall oder akutem Myokardinfarkt.

Nicht alle therapeutischen Hypothermie-Verfahren eignen sich zur Behandlung von wachen Patienten; so muss eine besonders schnelle Abkühlung der Körpertemperatur erfolgen, um beim Patienten das akute Zittern zu vermeiden und somit neurologische Diagnosen zu ermöglichen.

Als Grundlage für eine ökonomisch korrekte Abbildung der therapeutischen Hypothermie bei wachen Patienten im DRG System wird ein eigenständiger Code für dieses Verfahren benötigt.

Auswahl von Studien zur Anwendung der therapeutischen Hypothermie bei wachen Patienten:

Götberg, M., et al., 2010, A Pilot Study of Rapid Cooling by Cold Saline and Endovascular Cooling

Before Reperfusion in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Circ Cardiovasc Interv 2010;3:400-407

Guluma, K. Z., et al., 2006, A Trial of Therapeutic Hypothermia via Endovascular Approach in Awake Patients with Acute Ischemic Stroke: Methodology, Academic Emergency Medicine 2006; 13:820–827

Lyden, P. D., et al., 2005, Intravascular Cooling in the Treatment of Stroke (ICTuS): Early Clinical Experience, Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Vol. 14, No. 3 (May-June), 2005: pp 107-114

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

Die invasive Kühlung bei Patienten nach einem Herzstillstand ist mittlerweile Standard und zumindest im Ansatz im deutschen DRG-System abgebildet. Zur korrekten Abbildung der unterschiedlichen Kostenstruktur von Hypothermie bei Wach- und Komapatienten ist jedoch eine weitere Differenzierung der bisherigen OPS-Kodes nötig. Aufgrund von zunehmender Evidenz für den Nutzen der Anwendung bei Wachpatienten (z.B. mit akutem Myokardinfarkt oder zerebraler Ischämie) kann man für die Zukunft von deutlich ansteigenden Fallzahlen ausgehen (siehe Literatur). Daher ist der Vorschlag in hohem Maße relevant für die Entgeltsysteme.

Da es sich bei der therapeutischen Hypothermie bei Wachpatienten um eine Anwendung bei völlig neuen Indikationen (etwa akuter Myokardinfarkt bzw. akute zerebraler Ischämie) handelt, ist diese in den DRG-Kalkulationen der entsprechenden DRGs noch nicht eingerechnet. Dadurch entstehen dem Krankenhaus bei einer Verwendung der Hypothermie bei dieser Patientengruppe Mehrkosten, wobei jedoch komplikationsärmere Verläufe in den der Klinik nachfolgenden Stationen der Versorgung (Reha, Pflege etc.) wiederum zu Einsparungen bei den Kostenträgern führen dürften.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten für die Basiseinheit: ca. 35.000€,

Kosten pro Katheter: ca. 2.200 €

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

Bisher nur einige wenige Fälle pro Jahr. Aktuelle Studien belgen den positiven Einfluss bei Wachpatienten, es ist also kurzfristig mit deutlich zunehmenden Fallzahlen zu rechnen.

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

Es gibt keine vergleichbaren Verfahren zur Anwendung von Hypothermie bei Wachpatienten.

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

in Abhängigkeit von der Entwicklung der Leitlinien kann die invasive Kühlung mittels Kühlkatheter perspektivisch in die externe Qualitätssicherung für Koronarangiographien und perkutane Angioplastien integriert werden

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