

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-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. **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 *	Deutsche Gesellschaft für Klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation *	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Ehlebracht
Vorname *	Michael
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@dgkkev.de
Telefon *	040-55565900

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)

Mit den Fachgesellschaften DIDI und DGAI befinden wir uns in finaler Abstimmung

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) *

Inhaltliche Neuordnung der OPS 8-607 nach Effizienzkriterien

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 Neuordnung und Vereinfachung der OPS-Ziffer 8-607 'Hypothermiebehandlung'. Um die Kodierung einfacher und an Behandlungsgebieten orientierter zu gestalten sowie alle Erweiterungen in der Zukunft zu vereinfachen schlagen wir die Einführung von Zusatzcodes unter klar differenzierten Schlüsseln vor:

8-607 Hypothermiebehandlung

8-607.0 Kontrollierte Kühlung

Hinw.: Die Kühlung und Wiedererwärmung müssen kontrolliert und durch Feedback steuerbar erfolgen

Die Art der kontrollierten Kühlung und Wiedererwärmung ist extra zu kodieren (8-60a.0)

8-60a.0 Art der kontrollierten Kühlung

8-60a.00 Durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters

8-60a.01 Durch Anwendung eines Speziallagerungssystems

8-60a.02 Durch Anwendung eines Kühlpadsystems

Hinw.: Es muss eine Messung der Körperkerntemperatur erfolgen

Die Kühlpads müssen adhäsiv sein

8-60a.0x Durch sonstige Anwendung

8-607.1 Nicht kontrollierte Kühlung

Hinw.: Die Art der nicht kontrollierten Kühlung und Wiedererwärmung ist extra zu kodieren (8-60b.0)

8-60b.0 Art der nicht kontrollierten Kühlung

8-60b.01 Durch Nasopharyngeale Kühlung

8-60b.02 Durch Kühldecken

8-60b.0x Durch sonstige Anwendung

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

In diesem Schlüssel 8-607 'Hypothermiebehandlung sind kontrollierte, steuerbare und nicht steuerbare Kühlungen mit kurzfristigen Kühlungen im Rettungsdienstbereich und weiteren Kühlmethode vermischt. Dies erschwert die logische Zuordnung und führt je nach Kode in höherklassifizierte DRGs, ohne eine inhaltlich kausale Logik. Gleichwertige und bei gleichartigen Indikationen verwandte Methoden sind hier getrennt kodiert. Da eine kontrollierte, steuerbare Kühlung sowohl zur Verhinderung von Hirnödemen und weiteren Ödemen höchst wichtig ist als auch bessere Ergebnisse erbringt, aber auch höhere Ansprüche an Technik und Produkte stellt, ist eine Unterscheidung schon zur jeweiligen späteren Refinanzierung im System wünschenswert.

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. Die milde Hypothermie ist bereits seit 2002 in den Leitlinien zur Therapie des Herz-Kreislauf-Stillstandes des International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) aufgenommen und insbesondere für Patienten außerhalb des Krankenhauses mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand durch Kammerflimmern empfohlen. Die American Heart Association (AHA) und das European Resuscitation Council (ERC Guideline 2010) bestätigten diese Empfehlungen. 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. Polderman Review. Lancet, 2008; 371: 1955–69) Demzufolge wird die zeitnahe Aufnahme dieser Indikationen in die Empfehlungen der Deutschen Fachgesellschaften erwartet.

Dies wird absehbar zu einer weiteren Differenzierung der OPS 8-607 'Hypothermiebehandlung' führen. Wie auch an der Vielzahl der OPS-Anträge in diesem Bereich für den OPS-2012 ersichtlich ist, wird eine Erweiterung um neue Produkte oder Behandlungsmethoden absehbar sein. Schon jetzt werden aber viele Methoden, wie Kühldecken, Eiswürfel oder Lüfter unter dem OPS-Kode 8.607.x subsumiert. Dies zeigen auch die Fallzahlen 2009 und 2010, gut ein Drittel aller Kodierungen bezogen sich auf den OPS 8.607.x.

Im Hinblick auf die Unterscheidung von invasiven Kühlmethoden zu nicht invasiven Kühlmethoden haben aktuelle Untersuchungen gezeigt, dass die Methoden gleichwertig hinsichtlich des zu erreichenden neurologischen Erfolges sind, bzw. im Vergleich der Systeme 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 kontrollierten, steuerbaren Kühlsystem gegenüber den herkömmlichen nicht steuerbaren Systemen, wie z. B. den einfachen Kühldecken, gezeigt (vgl. Heard et al., Resuscitation 81 2010, 9-14 0 sowie Mayer SA. et al: Crit Care Med. 2004 Dec;32(12):2508-15).

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

In der aktuellen Version des Entgeldsystems sind nur der Einsatz eines speziellen Kühlkatheters, und die spezielle Lagerung DRG-relevant (OPS 8-607.0 und 8-607.1).

Wie dem DRG-Definitionshandbuch, Band 5 zu entnehmen, ist die Kodierung 8-607 in folgenden Bereichen gruppierungsrelevant:

OPS	MDC	DRG
8-607.0‡	15	KK11, KKI, KKII P05A, P05B, P05C, P66A P66B, P66C, P66D, P67A
	Prä	A11F, A13F
8-607.1‡	15	P05A, P05B, P05C, P66A, P66B, P66C, P66D, P67A

Im stationären Bereich überwiegt die invasive Kühlung mittels Katheter (Coolgard) und die nicht invasive Oberflächenkühlung durch Anwendung eines speziellen adhäsiven Kühlpadsystems (Arctic Sun). Der Vorteil der vorgeschlagenen Prozedurenschlüssel liegt in einer Bündelung

entgeltsystemrelevanter Methoden, welche die technisch höher entwickelten in einem gemeinsamen Schlüssel abbildet und der Abgrenzung zu einfachen, nicht entgeltrelevanten Methoden, wie z. B. Kühlung durch Lüfter oder Eis dient.

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.(1,2)

(1) Merchant R. et al: Cost-Effectiveness of Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, August 6, 2009

(2) Storm C. et al: Mild therapeutic hypothermia shortens intensive care unit stay of survivors after out-of-hospital cardiac arrest compared to historical controls. Critical Care 2008, 12:R78

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Entfällt

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

Wie aus der 'Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)' 2009 und 2010 ersichtlich ergab sich schon dort eine jährliche Steigerung von ca. 20 %, wobei ein Drittel aller Kodierungen auf den unbestimmten Code 8-607.x entfielen. Hochgerechnet ergeben sich für 2012 bei gleichbleibender Steigerung eine ungefähre Gesamtfallzahl von 15.000 Fällen.

OPS	Jahr 2009	OPS	Jahr 2010
8-607.0	2.252	8-607.0	3.179
8-607.1	3.081	8-607.1	3.809
8-607.x	3.323	8-607.x	3.706
Summe	8.656	Summe	10.694

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

Entfällt

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.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

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

