

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. ß und 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 Medizincontrolling (RV-Westdeutschland)
Offizielles Kürzel der Organisation * DGfM
Internetadresse der Organisation * www.medizincontroller.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr
Name * Lindner
Vorname * Dominik
Straße * Hospitalstr. 44
PLZ * 52349
Ort * Düren
E-Mail * dlindner.smh-dn@ct-west.de
Telefon * 02421/805475

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 Ernährungsmedizin (DGEM)
Prof. Dr. S. C. Bischoff
Direktor, Institut für Ernährungsmedizin
Universität Hohenheim
70593 Stuttgart, Germany

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) *

Einführung eines OPS -Kodes für die Anlage einer Ernährungssonde mit Kamerasystem

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)

Nach aktueller Studienlage ist davon auszugehen, dass 25 Prozent aller stationären Patienten als mangelernährt zu gelten haben. (1)

Die enterale Ernährungstherapie über entsprechende Sondensysteme hat deswegen einen hohen Stellenwert in der Versorgung und Therapie insbesondere auch älterer Patienten an deutschen Kliniken.

Zur Vermeidung der bekannten Risiken im Rahmen der Blindanlage der zur Zeit bestehenden Sondensysteme steht ab April 2013 nun ein Echtzeit-Visualisierungssystem mit entsprechenden aufwendigen neuen Spezialsonden zur Verfügung.

Hierbei bestehen das modular aufgebaute System aus einem Monitor, sowie entsprechenden Sonden mit einer integrierten Videoptik und Speichermedium für Einzelbilder.

Dieser neue kostenintensive Therapieansatz ist bisher in der OPS-Systematik nicht mit einem eigenen spezifischen Schlüssel abgebildet.

Vorschlag:

Zur sachgerechten Abbildung dieser erwartungsgemäß im breiten Rahmen zum Ansatz kommenden, risikoarmen Vorgehensweise ist die Einführung eines spezifischen OPS-Schlüssels notwendig:

8-019 Anlage einer Ernährungssonde mit videooptischen Verfahren

Hinweis: Dieser OPS-Schlüssel ist pro Applikation des Sondensystems jeweils einzeln zum Ansatz zu bringen.

Literatur:

1) Löser Chr: Malnutrition in hospital—the clinical and economic implications. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(51–52): 911–7. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0911

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

Flächendeckend wird in deutschen Kliniken bei entsprechender Indikation die Blindanlage nasopharyngealer Ernährungssonden notwendig. Gerade nach schweren Eingriffen oder bei enorm geschwächten Patienten ist eine Unterstützung bei der Nahrungsgabe notwendig.

Die Anlage nasopharyngealer Sonden ist in deutschen Kliniken noch immer das Mittel der Wahl, um schnell eine Ernährungsunterstützung für die Patienten zu ermöglichen.

Hierbei haben die Anwender und Patienten aber immer noch mit erheblichen Risiken umzugehen. Neben der Gefahr der Fehllage in den Bereich des bronchotrachealen Systems mit konsekutiver Aspirationsschädigung oder Pneumothorax entstehen durch die weitgehend ohne Sicht erfolgende Anlage zum Teil schwerwiegende Verletzungskomplikationen bis hin zur schwerwiegenden Blutung und der Perforation von Hohlorganen. (1,2)

Untersuchungen zeigen, dass in etwas mehr als 2 % der Fälle gravierende Komplikationen bei der Blindanlage der konventionellen Sonden zu beobachten sind. (3,4)

In zahlreichen Fällen muss eine Kontrolle der korrekten Lage durchgeführt werden. Dies geschieht bisher endoskopisch oder radiologisch. Beide Verfahren erzeugen einen enormen Aufwand und enorme Kosten (Gerätschaften, Material, Personelle Einbindung). Zusätzlich kommt es bei einer notwendig werdenden radiologischen Kontrolluntersuchungen zu unnötigen Strahlenbelastungen der betroffenen Patienten. (5,6,7)

Bei sehr kranken Patienten kann es aufgrund des Gesundheitszustandes mitunter gar nicht vertretbar sein, die korrekte Lage der Ernährungssonde durch die bisherigen Verfahren zu überprüfen.

Im Rahmen des Ziels einer signifikanten Erhöhung der Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern können, durch die Nutzung eines bildgebenden Sondensystems, die oben beschriebenen Risiken weitestgehend ausgeschlossen werden.

Eine schnelle Kontrolle der korrekten Lage ist dabei schon bei der Anlage möglich und fester Bestandteil des Verfahrens. Die Aufwendige radiologische oder endoskopische Nachkontrolle entfällt.

Auch kann vor jeder Nahrungsapplikation schnell die richtige Lage der Sonde kontrolliert werden und eine eventuelle Fehllage sofort erkannt werden.

Gerade bei komplizierenden Behandlungsverläufen bedeutet dies einen entscheidenden Vorteil für die Patienten.

Eine Darstellung der neuen und innovativen Methode zur Anlage entsprechender Sonden ist mit den bestehenden OPS-Schlüsseln nicht möglich.

Die Implikation eines entsprechenden OPS-Schlüssels für die Anlage einer Ernährungssonde mit einem Kamerasystem ist auf Grundlage der hier dargestellten Situation dringend geboten.

Literatur:

- 1) Marderstein E, Simmons R, Ochoa J. Patient safety: effect of institutional protocols on adverse events related to feeding tube placement in the critically ill. *J Am Coll Surg.* 2004;199:39–47.
- 2) Kolbitsch C, Pomaroli A, Lorenz I, Gassner M, Luger TJ. Pneumothorax following nasogastric feeding tube insertion in a tracheostomized patient after bilateral lung transplantation. *Intensive Care Med.* 1997;23:440–442.
- 3) McWey RE, Curry NS, Schabel SI, Reines HD. Complications of nasoenteric feeding tubes. *Am J Surg.* 1988;55:253–257.
- 4) Baskin WN. Acute complications associated with bedside placement of feeding tubes. *Nutr Pract Clin.* 2006;21:40–55.
- 5) Foote JA, Kemmeter PR, Prichard PA, et al. A randomized trial of endoscopic and fluoroscopic placement of postpyloric feeding tubes in critically ill patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2004;28:154–157
- 6) Jose Eduardo de Aguilar-Nascimento and Kenneth A. Kudsk, Clinical Costs of Feeding Tube Placement, *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2007 31: 269
- 7) Dorothy A. Sparks, Daniel M. Chase, Lisa M. Coughlin and Earnest Perry, Pulmonary Complications of 9931 Narrow-Bore Nasoenteric Tubes During Blind Placement : A Critical Review, *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2011 35: 625 originally published online 28 July 2011

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

Eine entsprechende Abbildung der beschriebenen Sonden-Aggregate ist im System bisher nicht erfolgt.

Eigene Fallpauschalzuordnungen oder Zusatzentgelte existieren zur Zeit bei fehlender Abbildung im OPS-Bereich nicht.

Die Einführung eines entsprechenden OPS-Schlüssels macht eine sachgerechte Abbildung der Therapie im System möglich.

Es besteht eine hohe Relevanz für eine adäquate Abbildung.

Ein entsprechender ZE-Antrag wurde beim InEK gestellt.

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

600€ pro videooptischer Einmalsonde (nach Herstellerangaben)

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

Eine 2006 abgeschlossene Studie hat ergeben, dass in deutschen Krankenhäusern 27,4 Prozent der Patienten mangelernährt sind (Pirlich, M., Schutz, T. Norman, K.; 2006; The German hospital malnutrition study; Clin. Nutr. 25(4), 563-72). Höheres Alter, maligne Erkrankungen und Komorbiditäten wurden als Hauptfaktoren für eine Mangelernährung ermittelt. Die größte Prävalenz für Malnutrition findet sich in geriatrischen (56,2%), onkologischen (37,6%), und gastroenterologischen (36,2%) Abteilungen. Das Spektrum der potentiellen Patientenzahlen für die neue Behandlungsmethode ist also auf nahezu alle Teilbereiche der klinischen Versorgung verteilt. Es wird mit deutlich über 400.000 Patienten gerechnet, die von der neuen Methode profitieren können.

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

Es gibt zur Zeit keine vergleichbaren Verfahren in der klinischen Anwendung. Gegenüber der bisher verbreiteten Anlage einer Ernährungssonde wird mit einer Kostendifferenz von 600 € pro Sondenanlage gerechnet.

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.

Im Rahmen der Anlage nasopharyngealer Sonden sind die, in diesem Antrag beschriebenen Risiken, bei allen herkömmlichen Systemen zu erwarten.

Die Einführung des hier vorgeschlagenen OPS-Schlüssels für die Anlage einer Ernährungssonde mit bildgebenden Verfahren ermöglicht gerade im Abgleich mit entsprechenden ICD-Schlüsseln eine Darstellung der gesteigerten Patientensicherheit aus den Routineabrechnungsdaten deutscher Krankenhäuser.

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

InEK-Antrag auf Erteilung eines ZE wird gesondert gestellt.