

# Änderungsvorschlag für den OPS 2015

## 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). 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-komplexkodefruehreha-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) eingebbracht werden, um eine effiziente Problemerfassung 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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://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](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/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 *	Evangelisches Klinikum Niederrhein
Offizielles Kürzel der Organisation *	EVKLN
Internetadresse der Organisation *	www.evkln.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Merguet
Vorname *	Peter
Straße *	Fahrner Str. 133
PLZ *	47169
Ort *	Duisburg
E-Mail *	peter.merguet@evkln.de
Telefon *	02035081430

#### 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)

- 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) \*

BNP Einführung eines OPS für die Gabe von Brain-Natriuretic Peptide (Nesiritide)

**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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Erstellung eines OPS für die Gabe von Brain-Natriuretic-Peptide im Kapitel 6, inhaltlich voraussichtlich unter 6-002 am besten unterzubringen.

Der Code könnte wie folgt aufgebaut werden:

6-002.x\* Anwendung von Medikamenten der Liste 2: Brain Natriuretic Peptide (Nesiritide)  
6-002.x1: 1,5 mg bis unter 3 mg  
6-002.x2: 3 mg bis unter 4,5 mg  
6-002.x3: 4,5 mg bis unter 6 mg  
usf. bis  
6-002.xv 45 mg und mehr

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

Wir betrieben eine Herzzentrum mit 2500 Operationen am Herzen. Ein Schwerpunkt ist die Versorgung mit Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen.

Beim totalen Herzersatz (Total Artificial Heart) wird das Herz des Patienten vollständig resiziert. Hierdurch kommt es zu einem sofortigen Abfall des BNP-Spiegels im Blut.

Bei diesen Patienten zeigt sich regelmäßig eine Nierenfunktionsstörung bis hin zum Nierenversagen. Dieses versucht man durch die Gabe von BNP zu verhindern, bis die Produktion von BNP von anderen Geweben in Gang kommt.

Regelhaft werden bei diesen Patienten Initialdosen von 1,5 mg und danach 4 Tagesdosen a 1,5 mg BNP verabreicht. Bei Patienten mit länger anhaltenden Nierenfunktionsstörungen wird die Subsitution auch länger fortgesetzt.

Eine Kodierung ist nicht möglich, somit kann hier weder ein Kostentrenner identifiziert werden, noch ein Zusatzentgelt kalkuliert werden. Das Medikament kostet ca 1100 bis 1200 Euro je 1,5 mg, ist derzeit aber nicht abrechenbar. Es ist aber auch nicht kodierbar, somit kann diese Leistung nicht abgebildet werden.

Wir regen daher an, Brain Natriuretic Peptide (Nesiritide; Natreco®) als OPS-Code einzuführen. Die Staffelung der Dosisklassen sollte in Schritten à 1,5 mg erfolgen.

Der Code könnte wie folgt aufgebaut werden:

6-002.x\* Anwendung von Medikamenten der Liste 2: Brain Natriuretic Peptide (Nesiritide)  
6-002.x1: 1,5 mg bis unter 3 mg  
6-002.x2: 3 mg bis unter 4,5 mg  
6-002.x3: 4,5 mg bis unter 6 mg  
usf. bis  
6-002.xv 45 mg und mehr

Stribling W et al. Use of nesiritide and renal function following total artificial heart implantation. JHLT 2011;30:96

Shah KB et al. Impact of low-dose B-natriuretic-peptide infusion on urine output after total artificial heart implantation. JHLT 2012; 31:670-671

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

Die Implantation des Kunstherzens selbst führt in die DRG F07B oder eine PRÄ-MDC, welche die Spezifika des Verfahrens bislang nicht hinreichend abbildet.

Nur auf Basis der neu geschaffenen OPS-Ziffern können vom InEK Kostentrenner ermittelt werden und/ oder ein neues Zusatzentgelt definiert werden (Paralleler Antrag an das INEK wird eingereicht).

Wir sind Kalkulationshaus und rechnen derzeit mit ca, 20 TAH-Patienten pro Jahr. Wir sind damit die Einrichtung in Deutschland mit der höchsten Fallzahl in diesem Segment. Die Versorgung mit TAH betrifft indes auch andere große Zentren (herzzentren Bad Oeynhausen, Leipzig, Berlin etc.), bei denen eine ähnlich gelagerte Problematik auftreten dürfte, Wegen der insgesamt aber geringen Fallzahl und der hochspeziellen Thematik war es auch nicht möglich bzw. sinnvoll, den Vorschlag über eine Fachgesellschaft einzureichen.

**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**

Je 1,5 mg BNP fallen derzeit 1200 Euro Kosten an.

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

eigenes Haus 20 Patienten / Jahr. Deutschlandweit vermutlich ca. 60-80 Patienten pro Jahr.

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

Vergleichbare Verfahren existieren nicht. Indes fallen bei Patienten mit prolongiertem Nierenversagen erhebliche Dialyse-Kosten an. Sofern die Dialyse vermieden werden kann, wären diese Kosten erheblich geringer. Allerdings wäre eine alternative Abbildungs- und Abrechnungsmöglichkeit für die BNP-Gabe dann wünschenswert

- 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.

Derzeit nicht

## 8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

In den kommenden Jahren wird es vermutlich zur Steigerung der Fallzahlen beim TAH kommen, da die Systeme technisch immer besser werden und die Transplantationsmöglichkeiten zumindest temporär zurückgehen. Mit einem neu geschaffenen OPS würde die Möglichkeit geschaffen, die Methode abzubilden und ggf. ab 2017 auch abrechnungsrelevant werden zu lassen.