

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dggg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Beckmann
Vorname *	Matthias W.
Straße *	Universitätsstraße 21-23
PLZ *	91054
Ort *	Erlangen
E-Mail *	fk-direktion@uk-erlangen.de
Telefon *	09131-85-33451

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	drg.uni-muenster.de
Anrede (inkl. Titel)	Dr. med.
Name	Fiori
Vorname	Wolfgang
Straße	Domagkstraße 20
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail	wolfgang.fiori@ukmuenster.de
Telefon	0251-83-52021

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neue OPS-Klasse für längere Behandlung zur Verhinderung einer Frühgeburt

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Schaffung einer neuen OPS-Klasse:

9-281 Stationäre Behandlung zur Verhinderung einer Fehl-/Frühgeburt ohne Entbindung während desselben Aufenthalts

Exkl.: 9-280 Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthalts

9-281.0 Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage

9-281.1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Tage

9-281.2 Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage

9-281.3 Mindestens 28 Tage bis höchstens 55 Tage

9-281.4 Mindestens 56 Tage

Alternativ könnte auch die OPS-Klasse 9-280 für Fälle ohne Entbindung im selben Aufenthalt 'geöffnet' werden:

9-280 Stationäre Behandlung zur Verhinderung einer Fehl-/Frühgeburt

Hinw.: Präpartale Behandlungsdauer mit/ohne Entbindung während desselben stationären Aufenthalts

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Das G-DRG-System setzt gezielt ökonomische Anreize zur Verweildauerreduktion. Aus diesem Grund ist die systematische Unterfinanzierung von Langliegern systemkonform. Nicht für alle stationären Leistungen ist hingegen der Anreiz der Verweildauerverkürzung sinnvoll. Stationäre Aufnahmen und lange Verweildauern vor Entbindung zur Verhinderung einer Frühgeburt sind jedoch medizinisch begründet und gewünscht. Aufgrund der Unreife des Feten und dessen Prognose muss meist versucht werden, eine Entbindung so lange wie möglich hinauszuzögern. Hier wirkt der ökonomische Anreiz zur Verweildauerverkürzung einem medizinisch sinnvollen Vorgehen systematisch entgegen. Das Krankenhaus hat keinen Einfluss durch 'Optimierung' der Behandlung oder der internen Prozesse der systematischen Unterfinanzierung in diesen Fällen entgegenzuwirken. Lange präpartale Verweildauern sind kein Anzeichen für unwirtschaftliche Prozesse, sondern sind medizinischen Notwendigkeiten geschuldet. Die Anreize des G-DRG-Systems laufen daher bestenfalls ins Leere. Bedenklich ist jedoch der Anreiz der DRG-Finanzierungslogik längerer präpartaler Verweildauern auf die Entscheidung zum

Entbindungszeitpunkt.

Seit 2005 kann die Dauer einer stationären Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt mit OPS-Kodes der Klasse 9-280 grob dargestellt werden. Allerdings sind nicht nur Entbindungs-DRGs von der Problematik betroffen, da Mütter ab Erreichen eines späteren Schwangerschaftszeitpunkts wieder nach Hause entlassen werden können. Fälle werden dann überwiegend in die Basis-DRGs O05 und O65 gruppiert. Für 2016 hat das InEK durch einen intelligenten Umbau der DRG-Definition der G-DRG O65A zumindest die Mindervergütung bei Langliegern mit komplexen Diagnosen und früher Schwangerschaftswochen im Vergleich zur G-DRG O65B aufgehoben. Durch geschickte Reduktion der oberen Grenzverweildauer konnte auch die Langliegerfinanzierung und das entstehenden Defizit für Krankenhäuser, die eine Frühgeburt verhindern, nochmals deutlich reduziert werden.

Allerdings ist der Versuch einer systeminternen Lösung durch das InEK problembehaftet. Das G-DRG-System ist dynamisch und zeigt weiterhin jährlich relevante Veränderungen bei den DRG-Definitionen, (Grenz-)Verweildauern und den Langliegerzuschlägen. Ob die Lösung des InEK für die Basis-DRG O65 nachhaltig erhalten bleiben kann, ist ungewiss. Zudem wären auch andere DRGs mit einzubeziehen, was die Komplexität des Lösungsversuchs verdeutlicht. So kommt es beispielsweise bei Anlage einer Cerclage (G-DRG O05A) ab dem ca. 20. Verweildauertag 2016 wieder zu einer Mindervergütung bei Mehrleistung. Auch wenn es zu einer Entbindung kommen sollte, weist aufgrund der Vielzahl der DRGs, die resultieren können, das Konzept des InEK praktische Probleme auf.

Letztlich bleibt selbst bei einer deutlichen Reduktion der Untervergütung der Anreiz der DRG-Finanzierung bestehen. Eine Fallpauschalierung ist in diesem Bereich der Medizin wenig sinnvoll. Es ist daher notwendig das Repertoire der Lösungsmöglichkeiten zu erweitern. Die Schaffung eines OPS-Kodes, der für eine additive Vergütungskomponente oder als Trigger für eine alternative Vergütung genutzt werden könnte, erscheint weiterhin sinnvoll.

Bezüglich der Leistungserbringung liegt sicherlich eine deutliche Schieflage vor. Fälle werden in ausgewiesenen Perinatalzentren kumulieren, weshalb eine Problemlösung notwendig ist.

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

s.o.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard ☐ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

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

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

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)