

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 Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. u.
Berufsverband Deutscher Anästhesisten	
Offizielles Kürzel der Organisation	
(sofern vorhanden)	DGAI / BDA
Internetadresse der Organisation	
(sofern vorhanden)	www.dgai.de / www.bda.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Schleppers
Vorname *	Alexander
Straße *	Roritzer Str.
PLZ *	90419
Ort *	Nürnberg
E-Mail *	aschleppers@t-online.de
Telefon *	0911-9337811

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Universitätsklinikum Marburg
Offizielles Kürzel der Organisation	
(sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation	
(sofern vorhanden)	http://www.med.uni-marburg.de
Anrede (inkl. Titel)	Prof. Dr. med.
Name	Torossian
Vorname	Alexander
Straße	Baldingerstraße
PLZ	35033
Ort	Marburg
E-Mail	alexander.torossian@med.uni-marburg.de
Telefon	064215869864

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) *

Perioperatives Wärmemanagement

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.

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin / Berufsverband Deutscher Anästhesisten

5. 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)

Neuaufnahme von Schlüsselnummern für die Vermeidung von perioperativer Hypothermie in

Kapitel 5 - Operationen

5-93...5-99: Zusatzinformationen zu Operationen

5-94 Perioperatives Wärmemanagement

Info: Es muss eine konsequente Messung Körperkerntemperatur erfolgen

5-940 Konduktive Wärmung

5-940.0 Heizmatten

5-940.1 Wassenmattenanzüge und adhäsiven Wassermatten

5-940.2 selbstwärmende Decken

5-941 Konvektive Wärmeverfahren

5-942 Erwärmung von Infusionslösungen / Blutkonserven und Spülflüssigkeiten

5-943 Erwärmung und Anfeuchtung von Insufflationsgasen

5-944 Atemgaskonditionierung

5-945 Intravaskuläres Temperaturmanagement mittels Wärmeaustauschkatheter

5-946 sonstige

Entsprechend der interdisziplinären S3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste und dessen Ausführungen sind prä-, intra-, und postoperative entsprechende Maßnahmen zu treffen, um die Risikofaktoren zu vermeiden, welche durch eine unerwünschte perioperative Hypothermie (Abfall der Körperkerntemperatur unter 36 °C) entstehen können.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Das Risiko an einer unbeabsichtigten perioperativen Hypothermie zu erleiden betrifft alle chirurgischen Patienten. Dies schließt auch Patienten mit einer relativen kurzen Operationsdauer von < 60 min. ein. Als besonders signifikante Risikogruppe haben sich jedoch Patienten mit großen und langandauernden (> 2 Stunden) operativen Eingriffen herausgestellt. Besonders hohe Volumen an Spülflüssigkeiten (>20l) und ungewärmte Blutkonserverven sind zusätzliche Risikofaktoren. Die Inzidenz postoperativer Hypothermie beträgt laut aktuellen Erhebungen bis zu 70 Prozent.

Das konsequente Wärmemanagement erfordert in Abhängigkeit zur Dauer und Art der Operation (kleinere oder große abdominale Eingriffe), der Art der Durchführung (offen chirurgisch oder endoskopisch) unterschiedliche Methoden mit teils signifikanten Kosten- und Zeitaufwänden.

Komplikationen

Zu den häufigsten Folgen unbeabsichtigter perioperativer Hypothermie zählen die kardialen Komplikationen. Diese reichen von Herzrhythmusstörungen über akute Herzinsuffizienz, instabile Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt bis hin zum Herzstillstand. Diese treten bei Patienten mit kardialen Vorerkrankungen signifikant häufiger auf. Problematisch ist hier, dass sich viele Patienten einer derartigen Erkrankung nicht bewusst sind.

Eine Studie von Frank et al. (1997a) zeigte bei Patienten mit einem hohen kardialen Risikoprofil eine postoperative Steigerung von ventrikulären Tachykardien, Myokardischämien und tödlicher kardialer Ereignisse, die um das Zwei- bis Dreifache höher ausfielen im Vergleich zu normothermen Patienten. Diese Ergebnisse waren bereits bei einem Abfall der Körperkerntemperatur um 1,3 °C zu evaluieren. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, dass durch Einhaltung von Normothermie das relative Risiko für tödliche Myokardischämien um 55 % reduziert werden konnte.

Als weitere Komplikationen sind Wundheilungsstörungen, die auf periphere Vasokonstriktion und Reduktion der Gewebs-Sauerstoffverfügbarkeit durch perioperative Hypothermie zurückzuführen sind, zu nennen. Bereits bei einem Abfall der Körperkerntemperatur auf 34,7 °C erhöht sich die Anzahl an Wundinfektionen auf das Dreifache. (Kurz et al. 1996)

Zudem beeinflusst der Abfall der Körperkerntemperatur von bereits 1°C im Vergleich zur Normothermie die Enzymfunktionen und führt sowohl zur Störung der Trombozytenfunktion als auch der plasmatischen Gerinnung. Eine unbeabsichtigte Hypothermie führt nachweislich zu höheren Blutverlusten und steigert den Bedarf an Bluttransfusionen. (Rajagopalan et al. 2008)

Das postoperative Shivering ist ein weiterer Nebeneffekt der bei ungewollter perioperativer Hypothermie zu einem erhöhten Sauerstoffbedarf von bis zu 40% (Just et al. (1992) sowie zu einem vorzeitigen Wirkungsverlust der Anästhetika führt. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass unerwünschte kardiale Ereignisse durch das Shivering auftreten können. Das Kältezittern kann auch über die Gabe von Pharmaka behandelt werden, jedoch gibt es bislang keine zugelassenen Wirkstoffe. Daher ist lediglich ein off-label-use möglich. Diese bergen Ihrerseits jedoch nicht zu unterschätzende Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Bradykardie oder Sedierung. Die Gewährleistung einer konsequenten Normothermie ist hier die schonendste Prophylaxemaßnahme um postoperatives Shivering zu vermeiden.

Zusammenfassend kann die Aussage getroffen werden, dass unbeabsichtigte perioperative Hypothermie schwerwiegende Folgen für chirurgische Patienten jeglicher Art birgt. Diese gilt es dringend zu vermeiden. Hierzu stehen verschiedene Maßnahmen und Anstrengungen zur Verfügung. Als Variationsparameter sind Art und Umfang ('Größe') der Operation, Dauer der Operation, Art der Anästhesie, insbesondere Allgemein-, Regional- oder Kombinationsanästhesie, ASA Status I + II oder Altersklassen bis 20 Jahre, bis 50 Jahre bis 70 Jahre zu nennen.

Ausgehend und unter sorgfältiger Beachtung des Patienten Risiko-Nutzenpotenzials, sowie der individuellen Erfordernisse gemessen an der notwendigen Operation, stehen verschiedene Methoden zur Vermeidung perioperativer Hypothermie zur Verfügung.

Maßnahmen/Methoden

Alle Patienten sollten bereits präoperativ eine aktive Wärmung erleben. Diese erfolgt in der Regel über die Anwendung von konvektiven oder konduktiven Wärmeverfahren. Die präoperative Wärmung ist Voraussetzung für die durchgängige Normothermie des Patienten während des operativen Eingriffes. Bereits bei Operationsbeginn hypotherme Patienten lassen sich intraoperativ kaum mehr in den normothermen Bereich überführen.

Die Wärmezufuhr über konvektive (Lufterwärmung über ein Gebläse und Verteilung über eine Decke) und konduktive (durch Matten und Wassermattenanzüge, welche im direkten Hautkontakt eingesetzt werden) Systeme allein ist jedoch nicht immer ausreichend. Um eine konstante Körperkerntemperatur von 36° nicht zu unterschreiten, bedarf es weiterer aktiver Maßnahmen wie z.B. der Erwärmung von Infusions- und Spüllösungen sowie der bei Bedarf zu verabreichenden Blutkonserven. Als passive Maßnahme soll der Vollständigkeit halber die Isolation zur Wärmekonservierung genannt werden.

Bei endoskopischen Eingriffen stehen Gerätesysteme zur Verfügung, welche die Erwärmung und Anfeuchtung von Insufflationsgasen ermöglichen. Durch eine integrierte, automatische Überwachung der Operationsgebietsumgebung mit entsprechender automatisierter Reaktion und Anpassung der Zufuhr, kann intraoperativ eine stetige und optimale Wärme- und Luftfeuchtigkeitszufuhr zu gewährleisten werden. Neben der Vermeidung der Auskühlung wird hier auch aktiv einer Austrocknung entgegengesteuert, welche nachweislich weitere Komplikationen wie z.B. Adhäsionsbildungen und Wundheilungsstörungen verursacht.

Die Atemgaskonditionierung steuert prozentual nur einen kleinen Teil zur Aufrechterhaltung der Körperkerntemperatur bei, sollte aber dennoch standardmäßig erfolgen.

Bei besonders lang andauernden Operationen oder großflächigen abdominalen Operationsgebieten kann die Nutzung eines intravaskulären Temperaturmanagements erforderlich werden. Durch die großen Wundflächen erfolgt eine schnelle Auskühlung der Patienten. Durch den zusätzlich eingeschränkten Zugriff auf die Hautoberfläche kann eine Normothermie über Decken- oder Mattensysteme nicht gewährleistet werden. Spezielle Wärmeaustauschkatheter (dieser weist zudem alle Eigenschaften eines ZVK auf) wärmen über den Zugang in die Vena jugularis Interna kontinuierlich und gesteuert das zirkulierende Blut und führen somit valide und effektiv zu einer konsequenten intra- und postoperativen Normothermie.

In Abhängigkeit zu den verschiedenen Interventionen, den unterschiedlichen Populationen der Patientengruppen und des weiten Spektrums der Notwendigkeit des perioperativen Wärmemanagements, sind verschiedenste Studien in der S3 Leitlinie zur Vermeidung von perioperativer Hypothermie eingehend in Bezug auf dessen Wirksamkeiten und Signifikanzen interpretiert worden, daher werden diese hier nicht mehr eingehend dargestellt.

Quellen:

S3-Leitlinie

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-018l_S3_Vermeidung_perioperativer_Hypothermie_2014-05.pdf

Frank SM, Fleisher LA, Breslow MJ, Higgins MS, Olson KF, Kelly S, Beattie C (1997 a): Perioperative maintenance of normothermia reduces the incidence of morbid cardiac events. A randomized clinical trial. JAMA 277, 1127-1134

Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R (1996): Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. N Engl J Med 334, 1209-1215

Rajagopalan S, Mascha E, Na J, Sessler DI (2008): The effects of mild perioperative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. Anesthesiology 108, 71-77

Just B, Delva E, Camus Y, Lienhart A (1992): Oxygen uptake during recovery following naloxone. Relationship with intraoperative heat loss. Anesthesiology 76, 60-64

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

Die entstehenden, teils erheblichen Mehrkosten zur Vermeidung perioperativen Hypothermie sind bislang aufgrund der fehlenden Kodierbarkeit nicht in der Kostenberechnung durch das InEK identifizierbar. Somit ist ein kostenneutraler Einsatz der verschiedenen Optionen nicht gegeben.

Zwar kann die teils signifikante Verbesserung des postoperativen Genesungsprozesses dem Kosteneinsatz entgegen gesetzt werden, dieser lässt sich langfristig jedoch nur durch weitere kostenintensiven Studien valide darlegen, oder aber durch die Einführung entsprechender Verschlüsselungsmöglichkeiten.

Ausgehend zu den Vorgaben des G-BA zur Einhaltung sowie zum geforderten weiteren und stetigen Ausbau der Prozess- und Ergebnisqualität, ist die Aufnahme der beantragten Codes zwingend erforderlich. So wird die Qualität der Krankenhäuser nunmehr auch zur Aufnahme und/oder Verbleib im länderspezifischen Krankenhausplan herangezogen.

Daher wird um die vollumfängliche Aufnahme der hier beantragten Klassifikation gebeten.

c. Verbreitung des Verfahrens *

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Zwischen 200,00 € - 1.230,00 € für die verschiedenen Maßnahmen zur perioperativen Wärmung
 Zwischen 5,00 - 20,00 € für die kontinuierliche nicht invasive Messung der Körperkerntemperatur

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

alle chirurgisch behandelten Patienten sind betroffen

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

Eine Abgrenzung zur alternativen Verfahren ist nicht darstellbar, da diese zusätzliche Behandlungsmaßnahme bislang nicht in das Standardprozedere der Kliniken ausgenommen wurde.

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.)

keine

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

keine