

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 *	AG DRG der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	GPOH
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gpoh.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Udo
Vorname *	Kontny
Straße *	Pauwelsstr. 30
PLZ *	52074
Ort *	Aachen
E-Mail *	ukontny@ukaachen.de
Telefon *	0241-8088892

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)
Anrede (inkl. Titel)
Name
Vorname
Straße
PLZ
Ort
E-Mail
Telefon

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) *

Aufhebung aller Altersgrenzen bei OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen (analog DKR SKR P0)

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.

DGHO (mündlich)

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)

Aufhebung aller Altersgrenzen bei OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen (analog DKR SKR P005)

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Altersbegrenzung von OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen führt im Alltag zu erheblichen Problemen sowohl bei der primären (Kodierung) als auch bei der sekundären Verwendung (Leistungserfassung, Kalkulation) von Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften.

Bei der primären Anwendung von altersbeschränkten OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen kommt es immer wieder zu Fehlern, weil OPS-Kodes mit Altersbeschränkung angegeben werden, wo diese nicht angegeben werden dürfen. Die Auslassungen bei mutmaßlicher Fehlinterpretation der Altersgrenze ist an dieser Stelle außen vor. Die Versprechungen von Softwareprodukten, dies mittels Plausibilitätsprüfung zu verhindern, ist lückenhaft. Diese 'formal falschen' und möglicherweise 'inhaltlich richtigen' OPS-Kodes führen zu bürokratischen kostenbehafteten Aufwendungen bei Leistungserbringern und Kostenträgern hinsichtlich Mangelanzeige, Korrektur, falscher Mangelanzeige (Verwechslung mit ZE) und so weiter.

Bezogen auf die sekundäre Verwendung von altersbeschränkten OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen entziehen sich die 'sachlich richtigen Leistungen' bei 'formal korrekter Kodierung' der Analyse und/oder Kalkulation und/oder Leistungsdarstellung.

Um diese in Anzahl und Kosten (Arztminute, Verwaltungsminute) nicht unerheblichen Kosten zu vermeiden, die Einfachheit der täglichen primären Anwendung von Daten nach §301 SGB V und

Folgevorschriften (hier Prozeduren) sowie auch deren sekundäre Verwendung zu erleichtern und weniger fehleranfällig zu machen schlagen wir eine Bereinigung der Situation dahingehend vor, dass von allen OPS mit Dauern oder Mengen die Altersbegrenzungen entfernt werden.

Dieser Ansatz hat neben dem Vereinfachungsaspekt auch zwei weitere Vorteile: eine verbesserte Möglichkeit der Plausibilitätsprüfung von Diagnoseschlüssel entsprechend der Maßgabe DKR AKR D003 (Aufwand) sowie eine verbesserte Möglichkeit der Plausibilitätsprüfung von Diagnoseschlüsseln entsprechend der Maßgabe DKR AKR D003 (Aufwand) für die Leistungserbringer.

Es ergeben sich keinerlei Nachteile.

Die Belange von Kindern, Kleinkindern, Säuglingen und Neugeborenen bei OPS-Kodes mit Dauern oder Mengen werden über die Dauern oder Mengen selbst realisiert. Die Altersbeschränkung erfüllt diesen Zweck nicht und hat es auch zu keinem Zeitpunkt. Ein prominentes Beispiel hierfür sind die Dosisbereiche für polyvalente Immunglobuline (OPS 8-810.w). Diese OPS-Klasse wies seit Einführung Altersbeschränkungen von Dosisklassen (OPS-Kodes) auf. Diese waren aber nicht vollständig abbildend. Die weitere Entwicklung des OPS zeigte neben einer Dosisabsenkung der Minstdosis auf nun 2,5 g auch eine Verschiebung der Altersbeschränkungen. OPS-Kodes, welche zuvor altersbeschränkt waren, waren es fortan nicht mehr. Die Abbildungsqualität für Behandlungsfälle von Kindern verbesserte sich mit der Absenkung der Minstdosis auf 2,5 g. Als Beispiel für einen negativen Effekt ist das Hepatitis-B-Immunglobulin im OPS (8-810.q) angeführt. Diese OPS-Klasse weist keine Altersbeschränkung auf. Die Minstdosis beträgt nach OPS 2000 IE (8-810.q0). Die bei Neugeborenen zur Postexpositionsprophylaxe verwendete Dosis beträgt 200 IE. Sie wird – trotz der damit verbundenen Mehrkosten – vom OPS nicht erfasst. Abschließend ein Beispiel aus dem Bereich der Operationen an Haut und Unterhaut. Dort wurden operative Verfahren wie das Debridement oder die Exzision an absolute Größen- und Flächenangaben (4 cm², 1 cm³, 3 cm) gebunden. Das ist für alle 'Ausgewachsenen' zielführend und einfach. Für Kinder, insbesondere Säuglinge und Neugeborene, gesondert Frühgeborene, ist dies eine massive Benachteiligung. Typischerweise werden die 'großflächigen' Prozeduren höher bewertet bzw. eingestuft. Diese 'Großflächigkeit' ist bei Säuglingen, Neugeborenen und Frühgeborenen bisweilen dann erreicht, wenn es bei den 'Ausgewachsenen' kleinflächig ist. An diesen Leistungen, welche mittels einem Grenzfaktor dichotomisiert werden, wird klarifiziert, dass die Belange der Kinder – insbesondere der sehr kleinen - durch eine differenzierte Darstellung von Größen- und Mengen zu realisieren sind. Nicht durch Altersbeschränkungen (die OPS-Klassen 5-894, 5-895 und 5-896 sind alle nicht altersbeschränkt).

Neben diesen formal-klassifikatorischen Aspekten ist die Entgeltwirkung der OPS-Kodes mittels Zusatzentgeltfunktion durch die Altersbeschränkung nicht berührt. Das InEK selbst hat mit dem DIMDI bereits an zwei Stellen eine Abweichung vom Prinzip der Altersbeschränkung vollzogen. Negative Auswirkungen sind nicht bekannt. Eine Reduktion der Fehler und der damit verbundenen Verwaltungsaufwendungen und –Kosten sehr wohl. Beim OPS-Code für Prothrombinkomplex (PPSB) ohne FEIBA (8-812.5) wurde die Altersbeschränkung der Dosis kleiner 3.500 IE aufgehoben. Die den einzelnen OPS zugeordneten ZE wurden von dieser Maßnahme nicht beeinflusst, wie die Anlagen 2/5 der entsprechenden FPV zeigen. Ähnliches gilt für die Handhabung von Erythrozytenkonzentraten. Kodierbar sind ohne Altersbeschränkung alle Dosisklassen beginnend ab 1 TE. Nach Alter unterschiedlich ordnete das InEK seit 'jeher' Zusatzentgelte den verschiedenen Dosisklassen zu oder nicht. Für die Entgeltwirkung von OPS-Kodes mittels Zusatzentgelt ist die Altersbeschränkung des OPS-Kodes selbst vollends unerheblich und streng formal überflüssig. Allein die Zuordnung eines ZE durch das InEK mit ggf. Beschränkung auf bestimmte Altersklassen ist maßgeblich. Unserer Auffassung nach sollte eine nicht maßgebliche Regel mit Fehlerpotential entfallen.

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

Vereinfachung. Entbürokratisierung. Kostenreduktion.

c. Verbreitung des Verfahrens *

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

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Keine zusätzlichen Kosten. Einsparung von Kosten

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

17 Mio. stationäre Krankenhausfälle

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

Nicht zutreffend.

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.)

Eine bessere Plausibilitätsprüfung von Daten der EQS im Abgleich mit Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften wird hiermit ermöglicht. Und dies ohne weitere Aufwendungen in Zeit und Kosten

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Die Identifizierung von Hoch- und Extremkostenfällen kann durch diesen Vorschlag erleichtert werden.
Die Darstellungsqualität der Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften steigt.