

**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) \***

Differenzierung der Abbildung einer Reanimation

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Differenzierung des OPS 8-771 'Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation' (CPR) in Abhängigkeit von Beginn und Ende des Verfahrens:

8-771.0 CPR, auswärts begonnen, im Krankenhaus beendet.

8-771.1 CPR, im Krankenhaus begonnen und beendet.

8-771.9 CPR, auswärts begonnen, vor dem Eintreffen ins Krankenhaus beendet.

**6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags**

**a. Problembeschreibung \***

Die unter Reanimationsbedingungen im Krankenhaus aufgenommene Patienten stellen eine besondere Gruppe dar - sowohl mit Hinblick auf die entstehenden Kosten (vor allem Personalkosten), als auch unter Berücksichtigung der Bewertung der Behandlungsqualität anhand der Routinedaten. Beispielsweise bei einem Myokardinfarkt als Hauptdiagnose kann man aktuell die Konstellation mit auswärts-CPR ohne Wiederherstellung der Spontanzirkulation (mit Einlieferung unter Reanimationsbedingungen und Behandlung in der Notaufnahme über längeren Zeitraum mit hohem Personaleinsatz) von anderen Konstellationen, die mit diesem OPS abzubilden sind (bspw. kurzzeitige CPR auf der Intensivstation im Laufe des Aufenthalts), nicht unterscheiden. Eine differenzierte Abbildung der Reanimation kann als Trenner bei der Gesamtbewertung der Krankenhausesfälle gelten (sowohl ökonomisch, als auch im Sinne der Qualitätsmessung), denn bspw. auch Kodierungskombinationen mit PCI und einem herzchirurgischen Eingriff bei zwei o.g. Sachverhalten bilden sehr unterschiedliche Fallkonstellationen ab.

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

Eine differenzierte Abbildung des Verlaufs der Reanimation mit zeitlichem Bezug zum Beginn des stationären Behandlungsfalles ermöglicht eine Stratifizierung der entstehenden Kosten und eine sachgerechte Vergütung der Fälle mit Aufnahme unter Reanimationsbedingungen.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Vgl. Punkt f zu den Kostenunterschieden.

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

OPS der Gruppe 8-77 (Maßnahmen im Rahmen der Reanimation) wurden in 2014 bei stationären Patienten 86.870 mal kodiert (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2015). In Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses (primär- bis tertiär versorgendes Krankenhaus), der Größe der Versorgungsgebietes und der Krankenhausedichte in dem Versorgungsgebiet kann der Anteil von prähospital reanimierten Patienten zu Patienten mit einem Herzinfarkt bei bis zu 20% liegen, in aller Regel jedoch deutlich unter 5%.

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

Der geschätzte Unterschied der Personalkosten bei Reanimation zum Zeitpunkt der Aufnahme im Vergleich zu einer Reanimation im Verlauf kann ca. 500 € betragen (nur bezogen auf die Reanimationsmaßnahmen). Bei Berücksichtigung des neuen Codes als Kostentrenner ist eine weitere Differenzierung der gesamten DRG möglich und wahrscheinlich, denn im Vergleich zu einer In-Hospital Reanimation z.B. bei einem Herzinfarkt mit 1x Defibrillation könnten die Kosten bei einem Patienten mit prähospitaler Reanimation, fortgesetzter Reanimation im Krankenhaus und Herzkatheterintervention unter Reanimationsbedingungen ein vielfaches darstellen.

**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.)

Bei Bewertung der Behandlungsqualität anhand der Routinedaten ist es wichtig, die Patienten mit Reanimationspflichtigkeit bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme von den Patienten mit Reanimationspflichtigkeit im Laufe des stationären Aufenthalts voneinander zu unterscheiden. Sie haben verschiedene Risikoprofile. Die Patienten mit Reanimationspflichtigkeit zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme stellen eine Hochrisikogruppe in Bezug auf die Morbidität und Mortalität dar.

Dies sollte bei der Messung der Behandlungsqualität bewertet werden können.

## 7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Den Sachverhalt einer Reanimationspflichtigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme kann man alternativ auch mit einem ICD-Code (bspw. einem Zusatzcode aus dem Subkapitel U69.-! 'Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke') abbilden. Beispielsweise, wäre die Einführung der folgenden Codes möglich:

U69.50! Outdoor-CPR mit ROSC unmittelbar vor der aktuellen stationären Aufnahme.

U69.51! Outdoor-CPR ohne ROSC unmittelbar vor der aktuellen stationären Aufnahme.

U69.59! Indoor-CPR.

Hier wäre U69.50! ein Äquivalent von 8-771.9, U69.51! ein Äquivalent von 8-771.0 und U69.59! ein Äquivalent von 8-771.1 gewesen.

Die Abbildung über OPS wäre allerdings aus unserer Sicht für die Anwender schlüssiger und auch im Sinne der Vollständigkeit der Kodierung zu bevorzugen.