

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Klinisches Kodieren e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGKK e. V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Ehlebracht
Vorname *	Michael
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	dgkkev@gmx.de
Telefon *	+49 40555659111

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

2. Ansprechpartner/-in (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 *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Monitoring der Flüssigkeitstherapie - Prä-, intra-, post- und perioperativ

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Alle Fachgesellschaften, deren Mitglieder nierenschädigendes Kontrastmittel zu therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen einsetzen. Radiologen, Neuroradiologen, interventionelle Radiologen, Kardiologen, usw. werden von dem Antragssteller nach dem 28.02.2017 kontaktiert und um Zustimmung gebeten.

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- ☐ Nein
☒ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

Es wird ein neuer Schlüssel mit zwei Untergruppen beantragt. Das nicht automatische Monitoring wird von nahezu allen Kliniken erbracht. Das automatische Monitoring mit dem RenalGuard System™ wird von der Firma RenalGuard Solutions, Inc. angeboten.

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

Die erste CE-Zulassung erfolgte im Jahr 2007.
Die aktuell gültige Konformitätserklärung hat den Schlüssel CE 44 232 117839 und wurde am 01.08.15 ausgestellt.
Das RenalGuard System wird für die temporäre Bewässerung (bis zu 14 Tage) von Patienten eingesetzt und ersetzt mittels Infusion die über den Urin ausgeschiedene Flüssigkeit in Echtzeit durch eine identische Menge an steriler Flüssigkeit (forcierte Flüssigkeitsbilanzierung). Somit wird die Aufrechterhaltung und Überwachung des intravaskulären Flüssigkeitsvolumens erreicht.
Das RenalGuard System ist nicht für die Infusion von Blut, Blutkomponenten, Medikamenten oder Flüssignahrung geeignet.
Alle Eingriffe, bei denen das RenalGuard System Anwendung findet, müssen von einem Arzt verschrieben worden sein.
Das RenalGuard System ist für den Einsatz im Krankenhaus, wie beispielsweise interventionellen Laboren oder der Intensivstation, vorgesehen. Angewendet werden sollte es von ärztlichem Personal, welches eine Einweisung in den Umgang mit dem System erhalten hat.
Es ist empfohlen für den Einsatz bei Risikopatienten mit einer eGFR <60mL/min/1.73m².

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Patientenmonitoring

(8-92...8-93)

Diese Gruppe gliedert sich in folgende Kategorien:

8-92

Neurologisches Monitoring

8-93

Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf

NEU

8-94

Monitoring der Flüssigkeitstherapie - Prä-, intra-, post- und perioperativ

Inkl.: Auswertung und klinische Beurteilung des Monitorings bei der forcierten Diurese, des Monitorings bei der Vor- und Nachwässerung zur Verringerung des Risikos der kontrastmittelinduzierten Nephropathie (CIN) und Akuten Nierenschädigung (AKI)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils mit dem operativen Eingriff zu verwenden.

8-941 Automatisches Monitoring

Anmerkung: Hierbei wird die Flüssigkeitszufuhr und -ausscheidung über einen Monitor automatisch gemessen.

8-942 Nicht automatisches Monitoring

Anmerkung: Hierbei wird die Flüssigkeitszufuhr und -ausscheidung nicht über einen Monitor automatisch gemessen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Das Flüssigkeitsmanagement bei multimorbiden Patienten, die sich einem Eingriff mit Kontrastmitteleinsatz unterziehen müssen, ist eine hochkomplexe Aufgabe. Das Ziel ist hierbei die Vermeidung der kontrastmittelinduzierten Nephropathie (CIN). Mit dem Auftreten der CIN besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine akute Nierenschädigung ('acute kidney injury', AKI) mit einer signifikant erhöhten Morbidität und Mortalität im Kurz- und Langzeitverlauf.

Es kann als Standard bezeichnet werden, dass in Abhängigkeit der Nierenfunktion für einen (kardiologischen) Eingriff 12 Stunden vor und nach der Intervention zusätzlich Flüssigkeit appliziert wird. Die Niere soll Kontrastmittel besser ausscheiden können. Der hierdurch oft um zwei Tage verlängerte Aufenthalt ist sogar von den Kostenträgern akzeptiert.

Bereits aus dem Jahr 2008 findet man eine Leitlinie der Universität Essen, die diese Problematik sehr eindrucksvoll aufgreift und Regeln für den Schutz der Nierenfunktion aufstellt.

(<http://www.radiologie-ruhrgebiet.de/klinik/SOP/Allgemein/Leitlinie%20Kontrastmittel.pdf>)

Bislang konnte das Monitoring der sehr aufwendigen zusätzlichen Flüssigkeitszufuhr nicht kodiert werden. Diese Lücke wird durch den Code 8-942 geschlossen.

Mit dem unter 5b aufgeführten System ist seit CE-Zulassung 2015 ein automatisches Monitoring möglich. Das System misst kontinuierlich die Menge des ausgeschiedenen und über einen

Urinkatheter abgeleiteten Harn und führt automatisch Flüssigkeit intravenös (oft NaCl 0,9%) zurück. Die Niere kann hierdurch auf einem hohen 'Arbeitsniveau' gehalten werden.

Nur ein automatisiertes Monitoring ist in der Lage den Urin kurz nach dem Ausscheiden zu ersetzen und damit höhere Ausflussraten zu erreichen.

Das Standardverfahren wird hierdurch sogar noch optimiert.
Hierfür kann der Code 8-941 genutzt werden.

Der Einsatz

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

Beide Codes sind zwingend erforderlich, weil sie einerseits den entstandenen Aufwand dokumentieren und andererseits die Möglichkeiten der Versorgungsforschung verbessern.

Der Antragssteller erwartet, dass diese Schlüssel in den kommenden Jahren weiterentwickelt werden.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Für den Schlüssel 8-942 wird auf weitere Hinweise verzichtet.

Für den Schlüssel 8-941 wird auf die Leitlinie der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (2014) verwiesen: European Society of Cardiology Guidelines: RenalGuard Results Amend EU Standard of Care.

Hier wird formuliert, dass Gabe von Diuretika mit ausgeglichener (matched) Bewässerung bei der Behandlung von Patienten mit einem hohen Risiko, eine kontrastmittelinduzierte Niereninsuffizienz zu erleiden, oder bei Patienten, bei denen eine prophylaktische Bewässerung präoperativ nicht erreicht werden konnte, wirkungsvoller als das Standardverfahren angesehen werden.

Einem anfänglichen intravenösen Bolus von normaler Kochsalzlösung (über 30 Minuten gegeben) folgt ein intravenöser Bolus des Furosemids.

Die Menge der zugeführten Flüssigkeit muss auf die Menge des ausgeschiedenen Harns des Patienten angepasst werden. Sobald eine Menge von >300 ml/Stunde ausgeschieden wird, kann der

koronare Eingriff begonnen werden.

Der äquivalente Flüssigkeitsaustausch findet während des Eingriffs sowie vier Stunden postoperativ statt.

Diese Hinweise sind in fern eindeutig, dass sie die Nutzung eines neuen Schlüssels auf jeden Fall auf rechtfertigen.

Windecker S, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2014

In die gerade von Pedrazzini et al (2017) veröffentlichte Metaanalyse wurden 698 Patienten aus vier Studien eingeschlossen.

Bei den Patienten wurde eine PCI durchgeführt oder die Aortenklappe minimalinvasiv ersetzt.

Die forcierte Diurese unter Nutzung des automatischen Monitorings zeigte eine geringere Inzidenz des Auftretens der CI-AKI verglichen mit der Kontrollgruppe (27 von 348 [7,76 %] Patienten gegenüber 75 von 350 [21,43 %]).

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936879816319823>

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Kosten für das nicht automatische Monitoring der Flüssigkeitszufuhr dürften erheblich sein, sind aber 'Sowiesokosten'. Gemessen an den Erlösen wird ein Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer zum Beispiel bei der F58B mit einem Abschlag von ca. 1.000,- EUR vergütet. Das bedeutet, dass in einigen Fällen für die Vorbewässerung ca. 1.000,- fakturiert werden können.

Das ist bei anderen DRGs nicht der Fall.

Das automatische Monitoring hat deutlich weniger Personalkosten, jedoch höhere Aufwendungen für Sachkosten (Einmalkit). Das Einmalkit kostet ca. 500,00 EUR.

Es könnten zudem Eingriffe, bei denen die Begründung für den stationären Aufenthalt nur in der Vor- und Nachwässerung besteht, auch ambulant erbracht werden.

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

Mangels eines Schlüssels sind die Daten über das übliche Verfahren ohne automatische Messung nur abschätzbar. Es dürften aber jährlich mehrere 10.000 Prozeduren sein.

Für das automatische Monitoring liegen ebenfalls keine Daten vor. Die Firma, die das Gerät vertreibt, gibt 15.000 Prozeduren weltweit seit dem Bestehen der Firma an.

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

Die Anwendung des automatischen Monitorings zur forcierten Diurese zur Vermeidung von Komplikationen eines Kontrastmitteleinsatzes zeigt erhebliches Einsparpotential.

Bei kurzen kardiologischen Aufenthalten zur Intervention besteht offensichtlich das Einsparpotential

eines Verweildauertages mit ca. 500,00 EUR Kostenunterschied. Das träfe auf alle DRGs zu, bei denen die untere Grenzverweildauer durch Vor- und/oder Nachbewässerung erreicht wird und die volle DRG erstattet wird.

Durch die augenblickliche Refinanzierung der stationären Verweildauertage besteht aktuell ein falscher monetärer Anreiz.

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.)

Würde man neben der Kontrastmittelmenge auch die prophylaktischen Bemühungen zur Vermeidung des CIN und das CI-AKI in die Indikatorensets integrieren, wären erhebliche Anpassungen erforderlich.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Es ist offensichtlich, dass für

1. die für die Codes beantragte Methode eingesetzt wird,
2. das Stadium des experimentellen Einsatzes lange verlassen wurde,
3. die Methode in Leitlinien Einzug gehalten hat,
4. die Methode ein Potential zur Verbesserung des Standards zeigt,
5. ein Potential zu Reduktion von Kosten (Verweildauer) und CI-AKI hat.

Die aus Sicht des Autors logische Konsequenz muss daher die Aufnahme in den Leistungskatalog sein.

.