

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

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:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-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 2019** 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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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.

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

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

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 Kardiologie (DGK)
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://dgk.org/
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Reinecke
Vorname *	Holger
Straße *	Albert-Schweitzer-Campus , Gebäude A1
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	holger.reinecke@ukmuenster.de
Telefon *	0251/8343201

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 *	Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Kardiologie und Pneumologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.herzzentrum-goettingen.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Hellenkamp
Vorname *	Kristian
Straße *	Robert-Koch-Str. 40
PLZ *	37075
Ort *	Göttingen
E-Mail *	Kristian.Hellenkamp@med.uni-goettingen.de
Telefon *	0551/39-12100

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

Einführung OPS Code: "Stationäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz"

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☒ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Der Vorschlag wird offiziell von der Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) eingereicht. Zusätzlich wird der Vorschlag von der Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unterstützt. Eine entsprechende Stellungnahme wird beigefügt.

5. Der 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.)

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

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Einführung eines OPS-Kodes mit dem die Komplexbehandlung von Patienten mit dem Krankheitsbild „Dekompensierte Herzinsuffizienz“ dokumentiert werden kann.

Vorschlag für (neue) Schlüsselnummer:

8.98k „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“

Mindestmerkmale:

Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Behandlung von Herzinsuffizienz spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kardiologie mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit:

- Personelle Anforderungen:

oKontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten auf einer Intensivstation oder einer Intermediate Care Station mit spezialisierter Herzinsuffizienz-Einheit (mind. 4 Liegeplätze, Ausstattung: siehe apparative Anforderungen)

oMultidisziplinäre Behandlung, gekennzeichnet durch:

☐ Verfügbarkeit von mindestens 7 der 12 nachfolgend aufgeführten Fachdisziplinen als klinische Konsiliardienste innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken): Nephrologie, Gastroenterologie, Pulmologie, Endokrinologie, Hämatologie, Psychiatrie / Psychosomatik / Psychologie, Palliativmedizin, Geriatrie, Radiologie, Abdominal- bzw. Allgemein- und Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie

☐ Mindestens einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Teilnahme eines Facharzt für Kardiologie und von mind. einem behandelnden Arzt aus mind. 1 der nachfolgend genannten Fachdisziplinen: Herzchirurgie, Nephrologie, Psychiatrie / Psychosomatik, Palliativmedizin

oZertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

oPflege : Patientenschlüssel 1:4

- Apparative und diagnostische Anforderungen

o24-Stunden Monitoring des EKG (Telemetrie)

oMonitoring von Blutdruck (invasiv oder nichtinvasiv), Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden. Abweichungen sind nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen zulässig.

oTägliche Bestimmung und Dokumentation des Patientengewichts, alternativ: Dokumentation der Flüssigkeitsbilanz (Einfuhr und Ausfuhr).

oVerfügbarkeit folgender Verfahren

☐ auf der behandelnden Station (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit):

- Nichtinvasive apparative Beatmung
- Nichtinvasives und invasives Monitoring; zusätzl. Transportgerät
- Blutgasanalysegerät (inklusive Laktat)
- Ständige Verfügbarkeit eines eigenen Notfallwagens, inklusive Defibrillator
- Externer Schrittmacher: Ständige Zugriffsmöglichkeit (eigenes Gerät)
- Kontinuierliche und / oder intermittierende Nierenersatzverfahren
- 12-Kanal-EKG
- Transthorakale Echokardiographie

☐ im eigenen Klinikum (auf der behandelnden Station oder einer Intensivstation des Klinikums):

- Invasive apparative Beatmung; zusätzl. Transportgerät (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit)
- Möglichkeit des Monitorings der Hämodynamik (z. B. PAK, Picco, etc.) (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit)
- temporäre mechanische Kreislaufunterstützungsverfahren (z. B. IABP, Impella, Tandem Heart, ECMO) (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit)
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit)
- Transösophageale und transthorakale Echokardiographie
- Sonographie inkl. Duplex
- Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Belastungs-EKG
- Herzkatheterlabor mit Möglichkeit zur Akut-PTCA (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit) und Rechtsherzkatheteruntersuchung
- 24 h Notfalllabor, Turn-around-time 45-60 min, für Herzinsuffizienzversorgung erforderliche Point-of-Care-Tests
- Radiologische Diagnostik mittels Röntgen und CT (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit)
- Möglichkeit zur Abfrage und Programmierung (24 h/7 Tage) gängiger implantierbarer Schrittmacher-, Defibrillator- und Resynchronisationssysteme

- Device Therapie und andere herzspezifische therapeutische Eingriffe:

ointerventionelle Klappeneingriffe (z.B. TAVI, MitraClip), ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

oMöglichkeit zur Myokardbiopsie, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

oMöglichkeit zur Implantation ICD/CRT in der eigenen Klinik

oMöglichkeit zur Ablation von Herzrhythmusstörungen, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

oMöglichkeit zur Implantation eines ventrikulären Herzunterstützungssystems oder Kooperation mit einem Zentrum, das diese Möglichkeit bietet

oKardio-MRT, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken / radiologischen Praxen

Anmerkung: Bei den Eingriffen, die in Kooperation mit anderen Kliniken erfolgen dürfen reicht eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen den Kliniken, die enthält, dass Patienten zu den genannten Eingriffen überwiesen werden können.

- Sonstige Anforderungen

oBestimmung eines Natriuretischen Peptides (NT-proBNP, BNP oder MR-proANP)

oDurchführung einer transthorakalen echokardiographischen Untersuchung

oTägliche physiotherapeutische Behandlung (mindestens 30 min/Patient/Tag)

oDurchführung und Dokumentation eines strukturierten Patientengesprächs zu Krankheitssymptomen, Medikamenten / Therapieadhärenz, krankheitsangepasstem Lebensstil, Ernährung und körperliche Aktivität, Prävention und Kontrolle von Risikofaktoren Selbstüberwachung, ggf. Einbeziehung von Angehörigen durch zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

oStrukturiertes Entlassmanagement

oEnge Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimationseinheit (24 h/7 Tage)

oinnerhalb der Einrichtung mit 24-h/7- Tage Verfügbarkeit einer Chest-Pain-Unit

oDGK-zertifizierte Einrichtung als HFU-Schwerpunktklinik oder Überregionales HFU-Zentrum mit entsprechenden regionalen intersektoralen Kooperationen

- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 h) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 h) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz ist durch mind. 4 Kernherausforderungen erschwert, die besondere strukturelle und personelle Erfordernisse mit sich bringen. Diese besonderen Herausforderungen sind unbestritten und werden in den Herzinsuffizienz-Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) [1], im entsprechenden Leitlinienkommentar der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) [2] sowie in der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz [3] herausgestellt.

Als Konsequenz hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) eine gemeinsame Empfehlung zum Aufbau und zur Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken und Herzinsuffizienz-Einheiten (Heart Failure Units) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz herausgegeben [4]. Die geforderten Strukturvorgaben sind unter Punkt 6 dieses Antrages berücksichtigt.

Eine Abbildung dieser besonderen Erfordernisse und entsprechende Vergütung ist in den bislang gültigen Klassifikationen nicht vorgesehen, so dass hier eine Änderung notwendig ist.

Die Kernherausforderungen sind:

1.) Interdisziplinäre Versorgung

Patienten mit Herzinsuffizienz weisen häufig mehrere Begleiterkrankungen auf. Im Würzburger Register „Interdisziplinäres Netzwerk Herzinsuffizienz“ (INH-Register) hatten rund 50% der Patienten sieben oder mehr Komorbiditäten / Risikofaktoren [5].

Häufig beobachtete Begleiterkrankungen sind dabei unterschiedlichen Fachdisziplinen zuzuordnen. Beispielsweise hatten mehr als die Hälfte der Patienten als Begleiterkrankung eine chronische Niereninsuffizienz, rund 1/3 der Patienten eine Anämie, rund 1/3 der Patienten einen Diabetes mellitus, rund 1/3 Osteoporose und 1/4 eine Atemwegserkrankung. Die Prävalenz depressiver Symptome (diagnostiziert mittels Patient Health Questionnaire) lag bei insgesamt 32%.

Komorbiditäten beeinflussen maßgeblich die Prognose und Lebensqualität der Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz [6]. Zudem haben sie erheblichen Einfluss auf die Behandlung und den Behandlungserfolg (z. B. Medikamentenwechselwirkungen, Beeinflussung der Pharmakokinetik, Therapieadhärenz).

Ein weiterer Aspekt, der einerseits ebenfalls die Behandlung erschwert und andererseits Einfluss auf die Multimorbidität der Patienten hat ist das hohe mittlere Patientenalter. So lag der Altersmedian im „Interdisziplinäres Netzwerk Herzinsuffizienz“ (INH-Register) bei ca. 72 Jahren [5]. Die Ursachen liegen zum einen im demographischen Wandel. Andererseits führt die zunehmende Implementierung der leitliniengerechten Herzinsuffizienz- und Device-Therapie dazu, dass immer mehr Patienten spätere Stadien ihrer Erkrankung erleben.

Die Multimorbidität erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den verschiedensten Disziplinen, was zeit- und personalintensiv ist. Zudem müssen die unterschiedlichen Disziplinen im behandelnden Zentrum ansässig sein oder innerhalb kurzer Zeit verfügbar. In der aktuellen Codierung sind diese Erfordernisse

nicht berücksichtigt. Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen sollen folgende Merkmale Teil der Mindestanforderung des neuen OPS-Codes „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ sein (vgl. Abschnitt 6):

oMultidisziplinäre Behandlung, gekennzeichnet durch:

- ☐ Verfügbarkeit von mindestens 7 der 12 nachfolgend aufgeführten Fachdisziplinen als klinische Konsiliardienste innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken): Nephrologie, Gastroenterologie, Pulmologie, Endokrinologie, Hämatologie, Psychiatrie / Psychosomatik / Psychologie, Palliativmedizin, Geriatrie, Radiologie, Abdominal- bzw. Allgemein- und Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie
- ☐ Mindestens einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Teilnahme eines Facharzt für Kardiologie und von mind. einem behandelnden Arzt aus mind. 1 der nachfolgend genannten Fachdisziplinen: Herzchirurgie, Nephrologie, Psychiatrie / Psychosomatik, Palliativmedizin

2.) Intersektorale Versorgung

Die fortschreitende Herzinsuffizienz ist gekennzeichnet von wiederkehrenden kardialen Dekompensationen und damit einhergehenden Wechseln zwischen den stationären und den ambulanten Versorgungsstrukturen. Die Einzeldiagnose Herzinsuffizienz (ICD I50) stellt in Deutschland den häufigsten Einweisungsgrund vollstationär behandelter Patienten dar [3]. Das Risiko einer erneuten stationären Aufnahme ist kurz nach der Entlassung am höchsten [7]. Deshalb wird eine frühzeitige Kontrolle des Volumen- und Therapiestatus nach der Entlassung empfohlen, um eventuell erforderliche Anpassungen an die Therapie zu Hause durchzuführen [3]. Eine kurzfristige ambulante ärztliche Verlaufskontrolle hilft die 30-Tage-Rehospitalisierungsrate zu reduzieren [8, 9].

Deswegen müssen entsprechende Versorgungsstrukturen vorgehalten werden, die die Koordination zwischen ambulantem, stationärem und rehabilitativem Sektor gewährleisten. Dies ist in der aktuellen Codierung nicht berücksichtigt. Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen sollen folgende Merkmale Teil der Mindestanforderung des neuen OPS-Codes „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ sein (vgl. Abschnitt 6):

oZertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

oDurchführung und Dokumentation eines strukturierten Patientengesprächs zu Krankheitssymptomen, Medikamenten / Therapieadhärenz, krankheitsangepasstem Lebensstil, Ernährung und körperliche Aktivität, Prävention und Kontrolle von Risikofaktoren Selbstüberwachung, ggf. Einbeziehung von Angehörigen durch zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

oStrukturiertes Entlassmanagement

oDGK-zertifizierte Einrichtung als HFU-Schwerpunktklinik oder Überregionales HFU-Zentrum mit entsprechenden regionalen Kooperationen

oEnge Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimationseinheit (24 h/7 Tage)

3.) Multiprofessionelle Versorgung

Neben der ärztlichen Versorgung wird von den Fachgesellschaften auch die Bedeutung einer qualifizierten nichtärztlichen Versorgung bei der Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz hervorgehoben [1-4]. Hierzu zählen spezialisierte Gesundheitspfleger/in („Heart Failure Nurse“) oder spezialisierte MFA, aber auch Physiotherapeuten u. a. Berufsgruppen. Die Einbindung spezialisierter Pflegekräfte in die Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz kann nicht nur die Adhärenz und die Zufriedenheit von Patienten verbessern, sondern auch positive Effekte auf Mortalität und Wiedereinweisungen haben [3].

Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen sollen folgende Merkmale Teil der Mindestanforderung des neuen OPS-Codes „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ sein (vgl. Abschnitt 6):

o zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

o Tägliche physiotherapeutische Behandlung (mindestens 30 min/Patient/Tag)

o Durchführung und Dokumentation eines strukturierten Patientengesprächs zu Krankheitssymptomen, Medikamenten / Therapieadhärenz, krankheitsangepasstem Lebensstil, Ernährung und körperliche Aktivität, Prävention und Kontrolle von Risikofaktoren Selbstüberwachung, ggf. Einbeziehung von Angehörigen durch zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

4.) Hochspezialisierte Versorgung (Device-Therapie)

Fortgeschrittene Krankheitsstadien bedürfen zusätzlich zur medikamentösen Therapie eine Device-basierte Therapie, interventionelle Klappeneingriffe, die Implantation von Schrittmachern, ICD- und CRT-Systemen und ablativ Verfahren in der Rhythmologie [1-3]. Entsprechend muss eine umfangreiche Expertise vorgehalten werden mit entsprechenden Anforderungen an die Ausstattung und das Personal.

Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen sollen folgende Merkmale Teil der Mindestanforderung des neuen OPS-Codes „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ sein (vgl. Abschnitt 6):

- Device Therapie und andere herzspezifische therapeutische Eingriffe:

o interventionelle Klappeneingriffe (z.B. TAVI, MitraClip), ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

o Möglichkeit zur Myokardbiopsie, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

o Möglichkeit zur Implantation ICD/CRT in der eigenen Klinik

o Möglichkeit zur Ablation von Herzrhythmusstörungen, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

o Möglichkeit zur Implantation eines ventrikulären Herzunterstützungssystems oder Kooperation mit einem Zentrum, das diese Möglichkeit bietet

o Kardio-MRT, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken / radiologischen Praxen

Quellen:

- 1.) Ponikowski P et al., 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2018
- 2.) Laufs U et al., Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Diagnostik und Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologie 2017 · 11:183–192
- 3.) Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 2. Auflage, 2017
- 4.) Ertl G et al., Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Der Kardiologe 2016
- 5.) Angermann CE. Comorbidities in Heart Failure: A Key Issue. Eur J Heart Fail 2009;8(Suppl 1):i5-i10.
- 6.) Braunstein et al., Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol 2003;42(7):1226-33
- 7.) Bradley EH, et al., Hospital strategy uptake and reductions in unplanned readmission rates for

patients with heart failure: a prospective study. J Gen Intern Med 2015;30:605–611.

8.) Hernandez AF et al., Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. JAMA. 2010 May 5;303(17):1716-22

9.) Lee KK et al., Post-discharge Follow-up Characteristics Associated With 30-Day Readmission After Heart Failure Hospitalization. Med Care. 2016 Apr;54(4):365-72

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

Die Einführung eines Codes zur Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz würde es ermöglichen, dass Einrichtungen, die Strukturierte Versorgungskonzepte vorhalten, die eine multidisziplinäre, multiprofessionelle, intersektorale und hochspezialisierte Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten gewährleisten, den Mehraufwand, der sich hieraus ergibt angemessen abbilden können.

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

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

- 1.) Ponikowski P et al., 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2018
- 2.) Laufs U et al., Kommentar zu den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Diagnostik und Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Kardiologie 2017 · 11:183–192
- 3.) Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz, 2. Auflage, 2017
- Ertl G et al., Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. Der Kardiologe 2016

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Nach den uns vorliegenden Kostendaten einer vergleichbaren Station beläuft sich der geschätzte Kostenfaktor für das Patientenkontingent einer Herzinsuffizienzstation auf mindestens 2 im Vergleich zu kardiologischen Fällen ohne Aufenthalt auf IC-Station.

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

Eine Fallzahl ist uns nicht bekannt. Als Anhalt zur Abschätzung kann dienen, dass aktuell in Deutschland 25 Überregionale HFU-Zentren und 21 HFU-Schwerpunktkliniken zertifiziert sind, die die geforderten Strukturkriterien bereits erfüllen [Quelle: <https://hfu.dgk.org/>; Stand 17.01.2019].

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

Es liegen keine vergleichbaren Verfahren vor.

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.)

Nicht relevant.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Für den OPS Version 2019 wurde ein Vorschlag „033 - Komplexbehandlung für heart failure Units“ eingereicht. Eine Kritik, die zur Ablehnung des Vorschlages geführt hat war, dass eine unzureichende Abgrenzung zum existierenden OPS „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ gegeben ist. Der aktuelle Vorschlag „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ unterscheidet sich jetzt grundlegend von dem bereits existierenden OPS „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“:

- der vorgeschlagene OPS „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ soll nicht nur für Intensivpatienten anwendbar sein, sondern auch für Patienten, die noch auf einer spezialisierten IMC/HFU behandelt werden. Hierin unterscheiden sich die Anforderungen zum OPS "Intensivmedizinische Komplexbehandlung".
- Wie in Punkt 7 des Antrages erläutert sind die wesentlichen Herausforderungen der Behandlung der Dekompensierten Herzinsuffizienz: 1. Interdisziplinäre Versorgung, 2. Intersektorale Versorgung, 3. Multiprofessionelle Versorgung und 4. Hochspezialisierte Therapien. Ziel des neuen OPS sind Verbesserungen in diesen Versorgungsaspekten. Entsprechend unterscheiden sich die Mindestanforderungen zur Anwendung des vorgeschlagenen OPS „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“ grundlegend von den Anforderungen des existierenden OPS "Intensivmedizinische Komplexbehandlung". Unter anderem folgende Anforderungen sind spezifisch für den neuen OPS „Multidisziplinäre Komplexbehandlung Dekompensierte Herzinsuffizienz“:

(Auswahl)

- Personelle Anforderungen:

o Multidisziplinäre Behandlung, gekennzeichnet durch:

Verfügbarkeit von mindestens 7 der 12 nachfolgend aufgeführten Fachdisziplinen als klinische Konsiliardienste innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken): Nephrologie, Gastroenterologie, Pulmologie, Endokrinologie, Hämatologie, Psychiatrie / Psychosomatik / Psychologie, Palliativmedizin, Geriatrie, Radiologie, Abdominal- bzw. Allgemein- und Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie

Mindestens einmal wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallbesprechungen unter Teilnahme eines Facharzt für Kardiologie und von mind. einem behandelnden Arzt aus mind. 1 der nachfolgend genannten Fachdisziplinen: Herzchirurgie, Nephrologie, Psychiatrie / Psychosomatik, Palliativmedizin

o zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie)

o Pflege : Patientenschlüssel 1:4

- Apparative und diagnostische Anforderungen

o Tägliche Bestimmung und Dokumentation des Patientengewichts, alternativ: Dokumentation der Flüssigkeitsbilanz (Einfuhr und Ausfuhr).

o Verfügbarkeit folgender Verfahren (Auswahl)

- Externer Schrittmacher: Ständige Zugriffsmöglichkeit (eigenes Gerät)
- Transösophageale und transthorakale Echokardiographie
- Herzkatheterlabor mit Möglichkeit zur Akut-PTCA (24-h/7-Tage-Verfügbarkeit) und Rechtsherzkatheteruntersuchung
- 24 h Notfalllabor, Turn-around-time 45-60 min, für Herzinsuffizienzversorgung erforderliche Point-of-Care-Tests
- Möglichkeit zur Abfrage und Programmierung (24 h/7 Tage) gängiger implantierbarer Schrittmacher-, Defibrillator- und Resynchronisationssysteme

- Device Therapie und andere herzspezifische therapeutische Eingriffe:

o interventionelle Klappeneingriffe (z.B. TAVI, MitraClip), ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

o Möglichkeit zur Myokardbiopsie, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken

- oMöglichkeit zur Implantation ICD/CRT in der eigenen Klinik
- oMöglichkeit zur Ablation von Herzrhythmusstörungen, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken
- oMöglichkeit zur Implantation eines ventrikulären Herzunterstützungssystems oder Kooperation mit einem Zentrum, das diese Möglichkeit bietet
- oKardio-MRT, ggf. über Kooperation mit anderen Kliniken / radiologischen Praxen

- Sonstige Anforderungen
- oBestimmung eines Natriuretischen Peptides (NT-proBNP, BNP oder MR-proANP)
- oDurchführung einer transthorakalen echokardiographischen Untersuchung
- oTägliche physiotherapeutische Behandlung (mindestens 30 min/Patient/Tag)
- oDurchführung und Dokumentation eines strukturierten Patientengesprächs zu Krankheitssymptomen, Medikamenten / Therapieadhärenz, krankheitsangepasstem Lebensstil, Ernährung und körperliche Aktivität, Prävention und Kontrolle von Risikofaktoren Selbstüberwachung, ggf. Einbeziehung von Angehörigen durch zertifiziertes Herzinsuffizienzpersonal (mind. ein(e) spezialisierte Gesundheitspfleger/in oder spezialisierte MFA; Spezialisierte Ausbildung anerkannt durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
- oDGK-zertifizierte Einrichtung als HFU-Schwerpunktklinik oder Überregionales HFU-Zentrum mit entsprechenden regionalen intersektoralen Kooperationen