

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 *	Universitäts-Herzzentrum Freiburg Bad Krozingen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UHZ
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.herzzentrum.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Joachim
Vorname *	Koster
Straße *	Südring 15
PLZ *	79189
Ort *	Bad Krozingen
E-Mail *	joachim.koster@universitaets-herzzentrum.de
Telefon *	07633 4022820

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

(Aufwendige) Intensivmedizinische Komplexbehandlung (im Kindesalter)

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:

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

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)

1. Redaktionelle Änderung der Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (Kodes 8-980.- und 8-98f.-):

in der Tabelle der Variablen und der zugehörigen Punkte zur Berechnung des SAPS II wird der Zusatz "im Serum" nach den Worten Harnstoff, Kalium, Natrium, Bikarbonat und Bilirubin gestrichen.

Bei den Anmerkungen zum Aufnahmestatus** wird folgende Erklärung ergänzt: Sollte sich ein ursprünglich als "medizinisch" einzuordnender Aufnahmestatus innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme auf eine Intensivstation in den Status "Nicht-geplant chirurgisch" entwickeln, so können die Punkte für den Status "nicht-geplant chirurgisch" angerechnet werden.

2. Redaktionelle Änderung der Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung Kindesalter (Kode 8-98d.-):

Die bei den Erwachsenen angegebenen Hinweise zum Aufnahmestatus** werden bei den Kindern identisch übernommen inklusive der obigen Ergänzung

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

ad 1. Die OPS-Kodes zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung bei Erwachsenen und Kindern stehen im Prüfungsfokus der Kostenträger, weil diese häufig sehr empfindlich die Abrechnung der Krankenhausbehandlung beeinflussen. Andererseits sollen hiermit die hohen Vorhalte- und Behandlungskosten der Intensivstationen refinanziert werden, so dass die zu ermittelnde Punktzahl den tatsächlichen Aufwand widerspiegeln sollte. Im Interesse einer Reduktion von Streitfällen zwischen Krankenhäusern und MDK sowie Krankenkassen und zur Vermeidung von überflüssigen juristischen Auseinandersetzungen sollten Unklarheiten in der Formulierung, die einen potentiellen Nährboden für solche Streitigkeiten bereiten, zeitnah berichtigt und klargestellt werden.

Ursprünglich wurde der SAPSII-Score entwickelt, um das Mortalitätsrisiko von Intensivpatienten abschätzen zu können und ergänzt um den TISS-Score um in klinischen Studien eine Maßzahl für den physiologischen Zustand und die Vergleichbarkeit intensivmedizinischer Patienten und deren Erkrankungsschwere sowie Behandlungsintensität zu erhalten. In der Praxis werden die Werte auf Intensivstationen zum Monitoring des Verlaufes genutzt.

Bei den SAPS-Punkten wird eine Reihe klinischer Parameter (Laborwerte und andere patientenbezogene Messwerte) im Verlauf von 24 Stunden geprüft und der jeweils schlechteste (Labor-) Wert innerhalb von 24 Stunden wird zur Beurteilung der Erkrankungsschwere herangezogen. Auf welche Art und Weise und in welchem Medium ein Labor-Wert bestimmt wird (Bestimmung im Zentrallabor bzw. vor Ort mithilfe eines Blutgasgerätes/Bestimmung im Serum bzw. im Vollblut) spielt für diese Klassifikation keinerlei Rolle, da der jeweils schlechteste gemessene Wert aussagekräftig ist für den Patientenzustand.

In der Tabelle der Variablen der SAPS-Berechnung (OPS-Handbuch) sind einige Labor-Werte mit dem Zusatzhinweis "im Serum" versehen, da die Messung in der Regel im Serum erfolgt. Die meisten Intensivstationen verfügen jedoch über die Möglichkeit einer patientennahen Messung einiger Laborparameter mithilfe von Blutgasgeräten, die insbesondere eine sehr zeitnahe Reaktion auf pathologisch veränderte Laborparameter erlauben, weil die Ergebnisse der Messung innerhalb weniger Sekunden zur Verfügung stehen. Diese Ergebnisse fließen in identischer Weise in die Behandlung der Patienten ein wie Werte, die in einem Zentrallabor bestimmt werden. Die Messung in Blutgasgeräten erlaubt insbesondere deshalb eine sehr zeitnahe Verfügbarkeit der Ergebnisse, weil hier die Bestimmung im Vollblut (i.d.R. Kapillarblut) erfolgt und das Blut vor der Messung nicht zentrifugiert

werden muss.

Die Bestimmung im Vollblut ist nun aber die Basis einer aus Krankenhaussicht sehr seltsamen und medizinisch nicht nachvollziehbaren Diskussion mit dem MDK, weil einige MDK-Gutachter die so gemessenen Werte bei der Berechnung der SAPS-Punkte nicht anerkennen wollen, weil der Zusatz "im Serum" bei einer Messung im Vollblut nicht zutreffend sei.

Da die erhobenen Laborwerte - wie in der Originalfassung der SAPS-Klassifikation den jeweils schlechtesten Patientenzustand zum Ausdruck bringen sollen und dieser nicht davon abhängig ist, ob die genannten Laborwerte im Serum oder im Vollblut bestimmt wurden, sollte aus unserer Sicht dieser Zusatz bei den oben genannten Werten ersatzlos gestrichen werden.

ad 2. Der Aufnahmezustand eines Patienten auf eine Intensivstation zeigte sich bei der Originalpublikation als korreliert mit dem Umfang der Intensivbehandlung und wurde deshalb mit unterschiedlichen Punkten belegt. Im Gegensatz zu einer elektiven Intensivaufnahme nach einer geplanten Operation waren die Patienten kränker und aufwendiger, die als (ungeplanter) medizinischer Notfall oder als ungeplanter chirurgischer Notfall aufgenommen wurden, wobei die chirurgischen Patienten gegenüber den medizinischen Patienten nochmals aufwendiger waren. Es ist davon auszugehen, dass es unerheblich ist, wann genau die Indikation zur Notwendigkeit eines chirurgischen Vorgehens getroffen werden muss (ob vor oder innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme auf eine Intensivstation), entscheidend ist, ob ein Patient als medizinischer oder chirurgischer Notfall behandelt wird.

Bei einer Konstellation, in der ein Patient als (ursprünglich medizinischer) Notfall auf eine Intensivstation aufgenommen wird, das ursprünglich medizinisch-konservative Konzept jedoch rasch verlassen und die Indikation zu einem notfallmäßigen chirurgischen Eingriff innerhalb der ersten 24 Stunden getroffen wird, liegt eine Pattsituation zum Aufnahmezustand vor: einerseits war die ganz ursprüngliche Aufnahme medizinisch begründet, die Planung des Operationstermins innerhalb von 24 Stunden erlaubt aber ebenfalls die Einstufung als nicht-geplante chirurgische Aufnahme. Da das Vorgehen bei einem solchen Konflikt nicht geregelt wird, ist diese Konstellation ebenfalls ein potentieller Ausgangspunkt für Auseinandersetzungen mit dem MDK bzw. den Kostenträgern, da es MDK-Gutachter gibt, die in dieser Konstellation nur die mit einer geringeren Punktzahl bewertete medizinische Aufnahme akzeptieren. Um solche Streitigkeiten zu vermeiden halten wir die oben ausgeführte Ergänzung sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern für sinnvoll.

Unabhängig von diesen Ausführungen möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Erläuterungen zu den Berechnungen der Aufwandspunkte bei wörtlicher Interpretation zwar beschreiben, wie mit einer Situation umzugehen ist, wenn sich der ursprüngliche Aufnahmegrund auf eine Intensivstation später als 24 Stunden von medizinisch nach chirurgisch ändert (der ursprüngliche Aufnahmegrund "medizinisch" bleibt weiterhin gültig, es ist aber für alle Beteiligten unklar, wie umzugehen ist, wenn der Patient die Intensivstation wechselt, weil aus einer medizinischen Behandlung eine (geplante oder ungeplante) chirurgische Behandlung wird. Unseres Erachtens muss der Aufnahmezustand dann aus Sicht der jeweils aufnehmenden Intensivstation neu bewertet und ggf. geändert werden. Dies geht jedoch aus den Erläuterungen nicht hervor und sollte bei dieser Gelegenheit ebenfalls klargestellt werden.

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

Der Vorschlag ist insofern relevant für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme, als er dazu beiträgt, überflüssige Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und MDK bzw. Kostenträgern zu vermeiden. Mögliche inhaltliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und MDK werden durch diese Klarstellungen ausgeschlossen und das Verfahren kann in die IneK-Kalkulation mit einfließen.

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)

nicht zutreffend

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

nicht zutreffend

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

nicht zutreffend

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.)

keine Relevanz

8. Sonstiges
(z.B. Kommentare, Anregungen)

--