

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 Formulare Daten 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-komplexxodefruehreha.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 internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGIIN
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.dgiin.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Karagiannidis
Vorname *	Christian
Straße *	Ostmerheimer Str.200
PLZ *	51109
Ort *	Köln
E-Mail *	Christian.Karagiannidis@uni-wh.de
Telefon *	0221/8907-18809

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) *

Überarbeitung des OPS 8-852.5 Venö-venöse extrakorporale CO₂-Elimination

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 Gesellschaft für Pneumologie (DGP)

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Der bisherige Code 8-852.5 Veno-venöse extrakorporale CO₂-Elimination enthält keinerlei Definition der Methode. Wir schlagen daher eine Präzisierung und Einteilung nach Behandlungszeit analog zur ECMO Therapie vor.

8-852.50 Veno-venöse extrakorporale CO₂-Elimination mit einer Blutflussrate von 500-1500 ml/min

- 8-852.50 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- 8-852.51 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- 8-852.53 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- 8-852.54 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- 8-852.55 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- 8-852.56 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- 8-852.57 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- 8-852.58 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- 8-852.59 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- 8-852.5b Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- 8-852.5c Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- 8-852.5d Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- 8-852.5e Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

8-852.60 Veno-venöse CO₂ Elimination mit einer Blutflussrate <500 ml/min

- 8-852.60 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- 8-852.61 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- 8-852.63 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- 8-852.64 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- 8-852.65 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- 8-852.66 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- 8-852.67 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- 8-852.68 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- 8-852.69 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- 8-852.6b Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- 8-852.6c Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- 8-852.6d Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- 8-852.6e Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Im Jahr 2015 wurde durch Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie ein OPS Code für die extrakorporale CO₂ Elimination beantragt und in der Folge auch eingerichtet. Leider beinhaltet der Code keine Definition der extrakorporale CO₂ Elimination. Der Code ist somit inhaltlich falsch und bedarf einer genauen Definition. Begründung:

Jedes System der Lungenunterstützung eliminiert CO₂ extrakorporal, allerdings in ganz unterschiedlichem Ausmaß und mit ganz unterschiedlichen Techniken. Die Effizienz reicht von 10-20% CO₂ Elimination mit Dialyse ähnlichen Systemen bis 80% CO₂ Elimination mit hochaufwendigen ECMO Systemen. Hier bedarf es dringend einer genauen Definition des Codes und was unter ECCO2R zu verstehen ist. Dies geht aus dem augenblicklichen Code nicht hervor.

Grundsätzlich sind bei den Systemen solche die über eine Rollerpumpe angetrieben werden und sich aus den Dialysesystemen heraus entwickelt haben, von solchen zu unterscheiden die sich aus den Hochflusssystemen der ECMO entwickelt haben. Während die von der Dialyse abstammenden Systeme in der Regel mit Blutflussraten unter 500 ml/min arbeiten, sind die von der ECMO abgeleiteten Systeme in der Regel nicht durch einen Blutfluss limitiert. Es konnten mehrfach geziegt werden, dass von der Dialyse abgeleitete Systeme etwa 60-80 ml CO₂ pro Minute eliminieren können mit Blutflussraten zwischen 200-400 ml/min. Hiermit lassen sich etwa 20-25 % des CO₂ eines intensivmedizinisch behandelten Patienten eliminieren. Einzelne Systeme lassen darüber hinaus einen Blutfluss von bis zu 500 ml/min zu.

Im Gegensatz hierzu operieren von der ECMO abgeleitete Systeme in höheren Flussbereichen. Mit einem Blutfluss von 1 l/min lassen sich bis zu 150 ml CO₂ pro Minute entfernen, entsprechend etwa 50% der CO₂ Produktion. Im Klinikalltag bewegen sich die Blutflüsse häufig zwischen 500 bis maximal 1500 ml/min. Diese eingesetzten Systeme sind häufig identisch mit Systemen der Hochfluss ECMO und bedürfen den gleichen Voraussetzungen wie die ECMO Therapie. Für beide Systeme gilt, dass bis zu einem Blutfluss von maximal 1500 ml/min der Sauerstofftransfer meist klinisch nicht relevant ist, und häufig bei maximal 40 ml/min liegt.

Insgesamt ist eine Zweiteilungn aus pathophysiologischer Sicht sinnvoll. Zudem sollte die Unterstützungszeit wie auch bei der ECMO Therapie Eingang in den OPS Code finden.

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

Die genaue Definition der extrakorporalen CO₂ Elimination ist essenziell für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems, da momentan völlig unklar ist was unter diesem Code verstanden wird.

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. Karagiannidis C, Hesselmann F, Fan E: Physiological and Technical Considerations of Extracorporeal CO₂ Removal. Crit Care. 2019 Mar 9;23(1):75
2. Karagiannidis C, Kampe KA, Sipmann FS, Larsson A, Hedenstierna G, Windisch W, Mueller T: Veno-venous extracorporeal CO₂ removal for the treatment of severe respiratory acidosis: pathophysiological and technical considerations. Crit Care 2014, 18(3):R124.
3. Karagiannidis C, Strassmann S, Brodie D, Ritter P, Larsson A, Borchardt R, Windisch W: Impact of membrane lung surface area and blood flow on extracorporeal CO₂ removal during severe respiratory acidosis. Intensive Care Med Exp 2017, 5(1):34.
4. Braune S, Sieweke A, Brettner F, Staudinger T, Joannidis M, Verbrugge S, Frings D, Nierhaus A, Wegscheider K, Kluge S: The feasibility and safety of extracorporeal carbon dioxide removal to avoid intubation in patients with COPD unresponsive to noninvasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure (ECLAIR study): multicentre case-control study. Intensive Care Med 2016, 42(9):1437-1444.
5. Nentwich J, Wichmann D, Kluge S, Lindau S, Mutlak H, John S: Low-flow CO₂ removal in combination with renal replacement therapy effectively reduces ventilation requirements in hypercapnic patients: a pilot study. Ann Intensive Care 2019, 9(1):3.

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

750 Patienten pro Jahr

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

Ziel ist die Schaffung einer Datengrundlage für die Ermittlung der Kosten unterschiedlicher ECCO₂R Systeme

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.)

Der Kode ist für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin relevant

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