

Änderungsvorschlag für den OPS 2021

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

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:
ops2021-kurzbezeichnungsinhalts.docx; kurzbezeichnungsinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2021-komplexeinheitsbewertung.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2020** 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das DIMDI führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte

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

Erklärung zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGSM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	DGSM-Geschaeftsstelle@t-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Orth
Vorname *	Maritta
Straße *	Otto-Beck Str. 14/16
PLZ *	68165
Ort *	Mannheim
E-Mail *	maritta.orth@rub.de
Telefon *	0621/4244541

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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

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. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
 Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGSM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	DGSM-Geschaeftsstelle@t-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med
Name *	Holger
Vorname *	Hein
Straße *	Bahnhofstr. 9
PLZ *	21465
Ort *	Reinbek
E-Mail *	
Telefon *	040 / 722 83 93

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

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) *

Vorschlag: Druckatmungstherapie, speziell Maskenanpassung

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:

Ein Empfehlungsschreiben wird bei der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie beantragt und, wie telefonisch besprochen, nachgereicht.

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.)

Nasenmasken, Nasenmundmaslen

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

wird noch geklärt

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)

Bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen ist die positive Atemdrucktherapie der Goldstandard der Behandlung. Diese wird über eine Atemmaske (nasal oder oronasal) appliziert. Eine hochqualifizierte Maskenanpassung im Sinne der Empfehlungen der DGSM ist aufwendig und muss individuell bei dem jeweiligen Patienten erfolgen. Ebenso sollte der Patient im Rahmen der Maskenanpassung auch die Möglichkeit haben, die PAP-Therapie vor der eigentlichen Einstellung auch auszuprobieren (ca. 30 Min.). Verschiedene Maskentypen sollten vorgehalten werden, so dass der Patient mit Unterstützung von technischem Personal des Schlaflabors die für ihn zunächst optimal erscheinende Maske aussuchen kann. In Einzelfällen ist jedoch auch während der PAP-Einstellung ein Maskenwechsel erforderlich, z.B. wenn unter der Therapie Leckagen auftreten.

Die Anpassung der für den individuelle Maske sollte keinesfalls am Abend, also unmittelbar vor Beginn der PAP-Einstellung erfolgen, da für den Patienten dann üblicherweise aufgrund der personellen Besetzung des technischen Personals nicht ausreichend Zeit besteht, um die vorbeschriebene hochqualitative Maskenanpassung durchzuführen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Compliance (Nutzung in 7 Nächten pro Woche über mindesten 4 Stunden pro Nacht) bei der PAP-Therapie wird auf ca. 40-50% eingeschätzt. Entscheidende Faktoren, die die Therapietreue unterstützen sind: die eingehende Erklärung des Krankheitsbildes mit den möglichen kardiovaskulären Folgen bei Nichtbehandlung (wenn möglich in Gegenwart des Schlafpartners), regelmäßige Schulung und Unterstützung der Patienten (Broschüren, Videomaterial, Kontakt, z.B. telefonisch).

Es konnte gezeigt werden, dass die Entscheidung des Patienten über eine Fortsetzung der Therapie z.T. bereits in den PAP-Einstellungsnächten, spätestens aber in den folgenden 2-4 Wochen der Therapie erfolgt

Eine, wie unter Punkt 6 beschriebene Vorgehensweise bei der Maskenanpassung, ist unabdingbare Voraussetzung für die konsequente Nutzung der PAP-Therapie. Ebenso muss dem Patienten angeboten werden, dass er sich bei Problemen mit Maske und/oder Gerät jederzeit an das behandelnde Schlaflabor wenden kann.

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

Die Erfassung der oben beschriebenen Prozedur der PAP-Einstellung, insbesondere der Maskenanpassung zu Therapiebeginn, aber auch, wenn erforderlich im weiteren Therapieverlauf sowie die primäre Adaptation an das PAP-Gerät bereits vor der eigentlichen Einleitung der PAP-Therapie wird bislang in des OPS nicht erfasst, erfordert aber einen hohen Zeitaufwand.

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)

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen –Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). In: Somnologie 2017 - 20(Suppl s2):97-180, DOI 10.1007/s11818-016-0093-1

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

45 Min. technisches Personal (TP)

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

Bestehen nicht, da die Einleitung der PAP-Therapie inklusive der Maskenanpassung bislang keiner OPS zugeordnet ist

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

Jeder Patient

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.)

Zur Anerkennung eines DGSM-akkreditierten Schlaflabores und zur Erhaltung der durch die DGSM geforderten Qualitätskriterien ist die beschriebene Prozedur bei der Einleitung der PAP-Therapie unabdingbare Voraussetzung.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)