

## Änderungsvorschlag für den OPS 2022

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 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:  
*ops2022-kurzbezeichnungsinhalts.docx*; *kurzbezeichnungsinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

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 (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM 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 BfArM 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 und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://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 Kardiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.dgk.org">https://www.dgk.org</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.med.
Name *	Frankenstein
Vorname *	Lutz
Straße *	Grafenberger Allee 100
PLZ *	40237
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	Lutz.Frankenstein@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	06221-56-38895

### Einräumung der Nutzungsrechte

- \* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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 BfArM 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 \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### 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 BfArM 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) \***

Einrichtung eines Zusatzcodes für die Notall-PCI

**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 BfArM 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:

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Etablierung des folgenden OPS-Zusatzcodes:

8-83d Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

8-83d.8 Erbringung einer Notfall-Koronarintervention

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn bei einem der unter

8-837.\*\* oder 8-83d.\*\* aufgeführten Verfahren die Koronarintervention unter den beschriebenen Voraussetzungen durchgeführt wurde

Strukturmerkmale:

- Durchführung der Koronarintervention in einem Herzkatheterlabor, das 24 h ausschließlich für kardiologische Interventionen bereitsteht

Mindestmerkmale:

- Stationäre Aufnahme des Patienten werktags nach 19.00 h und vor 07.00 h und Beginn der Koronarintervention nach 19.00 h und vor 07.00 h oder

- Stationäre Aufnahme des Patienten an Sonn- und Feiertagen und Beginn der Koronarintervention am selben Tag bzw. vor 07.00 h des Folgetages

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Zahlreiche Koronarinterventionen erfolgen als Notfälle bei Patienten mit akutem Herzinfarkt außerhalb der Regelarbeitszeit. Publikationen belegen, dass diese Patienten in einer relevanten Anzahl der Fälle schwerer erkrankt sind und auch kostenaufwändiger zu versorgen sind, als die Patienten die während der Regelarbeitszeit versorgt werden [Pohlen M, et al. Clin Res Cardiol. 2008].

Tatsächlich ist es aber so, dass in einem nennenswerten Umfang Patienten mit akutem Herzinfarkt nicht nachts kathetert werden, sondern bis zum nächsten Tag oder auch Werktag konserviert werden. Erst dann erfolgt die Kathederuntersuchung, wobei ein Teil der kranken, instabilen und somit teureren Patienten dann möglicherweise schon verstorben ist (Positivselektion). Die teuren Vorhalte- und auch Einsatzkosten der Häuser, die hier deutlich zeitnaher mit ihren Katheter-Teams eingreifen, sind so nicht abgebildet bzw. refinanziert. Stattdessen erhalten die Häuser, die deutlich zurückhaltender und später kathetern ungerechterweise die gleiche, zu hohe Vergütung bei schlechterer Versorgungsqualität.

Zwar wird mit jedem OPS-Kode auch ein Datum und eine Uhrzeit übermittelt. Nach früheren Anträgen unserer Fachgesellschaft beim InEK sind aber in 90 % aller Fälle diese Felder leer oder werden automatisch mit dem Aufnahme- oder Entlassdatum gefüllt, so dass keine Kostentrennung nach Uhrzeit erfolgen kann. Da für eine solche Berechnung auf dieser Basis die Mitarbeit aller Krankenhäuser erforderlich wäre (was so nicht gesichert werden kann) ist dies kein geeigneter Weg um eine Abrechnungsgerechtigkeit herzustellen. Darüber hinaus wäre die Erkennung von Sonn- und Feiertagen innerhalb des derzeitigen Datensatzes bzw. mittels der derzeitigen Grouper-Spezifikationen nicht möglich. Weiterhin ist das oben benannte Strukturmerkmal darüber nicht abrufbar.

Stattdessen stellt die Einführung eines Zusatzcodes, wie von uns vorgeschlagen, der gezielt von den Häusern eingesetzt werden kann, die sich entsprechend im Sinne der Patienten verhalten, eine geeignete Maßnahme dar, um den größeren Aufwand bei der Patientenversorgung zu identifizieren. Darüber hinaus würde sich durch eine zukünftige Berücksichtigung dieses OPS-Kodes in der DRG-Vergütung die allorts geforderte Ausrichtung der Vergütung an Qualitätskriterien umsetzen lassen.

In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, dass die vom BMG und GBA im Rahmen des Innovationsfonds initiierte Versorgungsforschung (u.a. Projekt GenderVasc 01VSF18051) dringend dieses Attribut benötigen würde.

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

Mit der Kodierbarkeit - und auch Überprüfbarkeit durch den MDK - werden komplizierte und kostenaufwändige Patientenbehandlungen von weniger aufwändigen getrennt. Dies sorgt nicht nur für eine Abrechnungsgerechtigkeit, sondern stellt auch einen Anreiz dar, Patienten mit Herzinfarkten bei Notfällen zeitnah und damit qualitativ besser zu versorgen.

**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

**d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)****e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Nach der zitierten Publikation sind die Notfall-Patienten um 25-50% teurer als die innerhalb der Regelarbeitszeit versorgten.

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

Siehe 7e

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

Laut Destatis wurden im Jahr 2019 allein die OPS-Kodes unter 8-837.\*\* insgesamt über 714.000 mal kodiert.

Im selben Jahr wurde ein ICD-Kode für einen akuten Herzinfarkt I21.- insgesamt über 212.000 mal sowie der ICD-Kode I20.0 Instabile Angina pectoris insgesamt über 98.000 mal kodiert.

Unter der Annahme einer Gleichverteilung des zeitlichen Auftretens eines Herzinfarkts bzw. instabilen AP und den oben beschriebenen stationären Aufnahmezeiten ergibt sich, dass 64% der Herzinfarkte und instabilen AP außerhalb der Regelarbeitszeit (5 x 12h + 2 x 24h) stationär aufgenommen werden. Dies entspricht knapp 200.000 Fällen, die eine Notfall-PCI bedürften.

**h. 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.)

Mit der Kodierbarkeit - und auch Überprüfbarkeit durch den MDK - werden komplizierte und kostenaufwändige Patientenbehandlungen von weniger aufwändigen getrennt. Dies sorgt nicht nur für eine Abrechnungsgerechtigkeit, sondern stellt auch einen Anreiz dar, Patienten mit Herzinfarkten bei Notfällen zeitnah und damit qualitativ besser zu versorgen. Derzeit ist dieses Qualitätsmerkmal nicht durch eine externe Qualitätssicherung überprüfbar. Mit der Einführung dieses Zusatzcodes wäre dies sowohl für den MDK wie auch das IQTiG überprüfbar und könnte so auch zukünftig in der externen Qualitätssicherung dann eine Rolle spielen.

**8. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Für PCI stehen die Codes unter 8-837.\*\* sowie 8-83d.\*\* zur Verfügung.  
Die Leitlinien-konforme, zeitnahe Versorgung mittels PCI ist derzeit NICHT kodierbar.  
Der beschriebene Sachverhalt ist somit weder durch einen ICD- noch einen OPS-Kode kodierbar noch durch das OPS-Datum detektierbar.

**9. Sonstiges**

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