

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge 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:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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 haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum 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.

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

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen 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.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet. Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) 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.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Verband der Ersatzkassen e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	vdek
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.vdek.com
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Bührig
Vorname *	Svea
Straße *	Askanischer Platz 1
PLZ *	10963
Ort *	Berlin
E-Mail *	svea.buehrig@vdek.com
Telefon *	030-26931 1813

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Techniker Krankenkasse
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	TK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.tk.de
Anrede (inkl. Titel)	Frau
Name	Sennholz
Vorname	Burga
Straße	Bramfelder Straße 140
PLZ	22305
Ort	Hamburg
E-Mail	burga.sennholz@tk.de
Telefon	040-6909 1238

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

OPS-Codierung für stationäre telemedizinische Leistungen

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin setzt sich für eine nachhaltige Anwendung von Telemedizin in der Regelversorgung ein. Diese Ziele unterstreicht die Gesellschaft in diversen Positionspapieren bzw. in Stellungnahmen zu unterschiedlichen Gesetzesinitiativen der Bundesregierung. So gilt auch heute, dass der Handlungsrahmen des SGB V für Telemedizin grundsätzlich ausreichend ist. Auch in anderen Regelwerken (MBO-Ä) gibt es keine prinzipiellen Hürden. (Quelle: Bundesgesundheitsblatt 2015-58:1068-1073, 01. September 2015)

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neuaufnahme eines Prozedurenschlüssels mit dem Ziel einer pauschalen Vergütung innerhalb des DRG Systems. Eine Kalkulation der Leistung setzt eine explizite Kodierung der Leistungen voraus.

Die telemedizinischen Leistungen sollen als eigenständige Leistung patientenbezogen in Form einer nichtoperativen diagnostischen, therapeutischen oder ergänzenden Maßnahme (OPS - Kapitel 8 oder 9) vergütet werden.

Für folgende Fachbereiche sollte für eine sachgerechte Finanzierung der Telemedizin ein Zusatzcode angewandt werden können:

☐ Radiologie

☐ Kardiologie

☐ Neurologie

☐ Chirurgie

☐ Onkologie

☐ Pathologie

☐ Dermatologie

z.B. professionelle Versorgung durch telemedizinische Beratung (Telekonsil), -telemedizinische Untersuchung (Videokonferenz), -digitale Bildübertragung (Teleradiologie) unter Maßgabe der Krankenhausplanung. Fälle, in denen sich die Zeit bis zur Verlegung in ein spezialisiertes Zentrum (z.B.: Apoplex) als nachteilig erweisen sind einzubeziehen.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Seit 2011 gibt es einen OPS-Schlüssel für telemedizinische Konsile zwischen Krankenhäusern mit und ohne Stroke Unit. Da die Anwendung der Telemedizin mittlerweile in einer Vielzahl von Indikationsbereichen erfolgt, reicht dieser Schlüssel zur Abbildung der Versorgungsrealität nicht mehr aus. Das Ziel besteht in der differenzierten und patientenbezogenen Kodierung von telemedizinischen Leistungen und der anschließenden Kalkulation der Leistungen durch das InEK.

Grundsätzlich ist § 7 Abs. 4 der MBO-Ä - 'Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.' - zu beachten.

Telemedizinische Methoden in Hinblick auf diagnostische und therapeutische Empfehlungen durch kollegiale Fachexpertise sind in der heutigen Zeit nahezu integraler Bestandteil jeden medizinischen Fachgebietes. Beispielhaft ist die Nutzung von Videokonferenzsystemen bei Interdisziplinären Tumorkonferenzen, die weltweit in der interdisziplinären Diagnostik etabliert ist. Bedingt durch die fehlende Vergütung und Regelversorgung stellen sie immer noch weitestgehend regional unterschiedlich ausgeprägte Insellösungen dar.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Anwendungsgebiete (Fachgebiete) zu benennen, in denen diese Methoden aus der ärztlichen Perspektive heraus relevanten Nutzen hinsichtlich patientenbezogener Outcomes (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität, Therapieerfolg, Adhärenz) in der Patientenversorgung bewirken können und/oder aus der Perspektive der Wirtschaftlichkeit heraus eine Kostenneutralität bewirken.

Um bestehende Ressourcen intelligent einzusetzen (Überbrückung räumlicher Distanz u/o ohne Zeitverzug im konkreten Behandlungsablauf zwischen konsultierenden Ärzten in den Kliniken mit Verfügbarkeit medizinischer Expertise) und Versorgungslücken zu schließen, soll die Telemedizin in Form eines weiteren OPS-Codes in die Regelversorgung aufgenommen werden.

Telemedizinische Konsultationssysteme verbessern den innerärztlichen Austausch zum Wohle des Patienten und bewirken einen sehr hohen Nutzen bei vergleichsweise geringen Risiken.

Hervorzuheben sind Verfahren (Teleradiologie, Telepathologie, Teledermatologie, Teleneurologie, Telekardiologie und Teleonkologie), bei denen

- a. Expertenwissen mit geringem Aufwand verfügbar gemacht wird und
- b. erst hierdurch eine Einbindung hochspezialisierter Experten in den individuellen Behandlungsprozess ermöglicht wird.

Krankenhäuser der Regelversorgung, die z.B. keine radiologischen Fachärzte oder diese nicht innerhalb von 24 Stunden täglich vorhalten können, kooperieren mit größeren Krankenhäusern, um die diesbezügliche regionale Akutversorgung in einer guten Qualität zu erhalten.

Die vertraglichen Inhalte inkl. der strukturellen und personellen Voraussetzungen zur Nutzung der Telemedizin sind unter Beachtung der gesetzlichen Voraussetzungen (u.a. Datenschutz) in bilateralen Verträgen auf Krankenhausebene zu vereinbaren. So findet die Teleradiologie z.B. auf der Grundlage der RÖV statt, die in § 3 (4) die Bedingungen für die Genehmigung einer telemedizinischen Röntgeneinrichtung festlegt.

Bilateralen Vereinbarungen können innerhalb aller Versorgungsstufen (Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung) erfolgen, jedoch ist eine TOP-down Fachexpertise realistischer als Bottom-up.

Die Vergütung sollte über ein Zusatzentgelt zu einer DRG erfolgen. Dieses Zusatzentgelt wird über den

b. I
nwi
ewe
t ist
der
Vor
schl
ag
für
die
Weit
eren
twic
klun
g
der
Ent
gelt
syst
eme
rele
vant
? *

OPS direkt angesteuert. Das den Patienten behandelnde Krankenhaus rechnet nach Inanspruchnahme eines Experten dieses patientenbezogene telemedizinische Zusatzentgelt ab.

Eine Erfassung der Fallzahlen ist zur Eruierung der Bedarfe in den Leistungsbereichen ist sicherzustellen. Ggf. kann analog der OPS-Codes 8-98b.01 und 8-98b.11 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit Anwendung eines Telekonsils) vorgegangen werden.

Durch die frühzeitigere (räumliche und zeitliche Distanzüberwindung) und gezieltere medizinische Unterstützung durch spezialisierte Zentren (KH der Maximalversorgung und der Schwerpunktversorgung) wird eine Verbesserung patientenbezogener Outcomes (Morbidität, Mortalität, Lebensqualität, Therapieerfolg, Lebensqualität, Adhärenz)) durch eine Zunahme frühzeitiger u/o korrekter Entscheidungen bezüglich diagnostischer und therapeutischer Interventionen erreicht.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard ☐ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten sind noch unbekannt und abhängig von der Höhe der telemedizinischen Pauschale.

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

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

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.)

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem IQWiG abgestimmt werden. .

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)