

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 *	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGIM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.dgim.de/Welcomepage/tabid/325/Default.aspx
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Grandt
Vorname *	Daniel
Straße *	Winterberg 1
PLZ *	66119
Ort *	Saarbrücken
E-Mail *	d.grandt@klinikum-saarbruecken.de
Telefon *	0681 963-2531

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGIM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.dgim.de/Welcomepage/tabid/325/Default.aspx
Anrede (inkl. Titel)	Herr Rechtsanwalt
Name	Broglie
Vorname	Maximilian
Straße	Irenenstr. 1
PLZ	65189
Ort	Wiesbaden
E-Mail	info@dgim.de
Telefon	0049 611 2058040-0

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) *

Kontaktloses, kontinuierliches Monitoring von Vital- und Bewegungsparametern

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.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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)

Empfehlung eines neuen OPS:

OPS 8-934 'Kontaktloses, kontinuierliches Monitoring patientenrelevanter Parameter'

Hinw.: Dieser Code darf nicht für intensiv-medizinisch versorgte Patienten angegeben werden

Hinw.: Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-934.0 Monitoring von Atmung und Herz

8-934.1 Monitoring der Patientenbewegung

8-934.x Sonstiges kontaktloses, kontinuierliches Monitoring

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die erhöhte Komplexität der Krankenhausfälle (Alter, Multimorbidität) führt dazu, dass der Zustand der stationären Krankenhauspatienten außerhalb der Intensivstationen häufig schlecht ist oder sich während des Krankenhausaufenthaltes verschlechtert. Gleichzeitig steht ärztlichem und pflegerischem Personal in den Krankenhäusern immer weniger Zeit für Behandlung und Überwachung des einzelnen Patienten zur Verfügung. Zur Vermeidung daraus resultierender Folgeerkrankungen der Patienten können Frühwarnsysteme einen erheblichen Beitrag leisten.

Ein neuartiges CE-zertifiziertes Monitoringsystem misst kontaktlos und kontinuierlich Vitalparameter und die Patientenbewegung. Über eine Sensormatte, die unter der Matratze des Patientenbettes platziert und mit einer am Bett befindlichen Monitoring-Einheit verbunden wird, können Patienten auf einer Normalstation überwacht werden, die aktuell vom Pflegepersonal nur über eine manuelle und periodische Messung der Vitalparameter kontrolliert werden können. Die Messergebnisse werden über eine zentrale Software automatisch übermittelt und am Krankenbett, auf der Pflegestation sowie an zusätzlichen Bildschirmen in zentralen Bereichen übersichtlich dargestellt. Alarmsignale werden auch simultan an mobile Handgeräte geschickt, um eine schnelle Reaktion- seitens der zuständigen Pflegekräfte über die ganze Station hinweg zu ermöglichen. So können zum Beispiel mehrere oder alle

Betten einer Station mit solch einem System ausgestattet werden, um eine fortlaufende Patientenüberwachung zu gewährleisten.

Zum einen werden kontinuierlich Vitalparameter wie z.B. Atem- und Herzfrequenz gemessen und aufgezeichnet, da diese Parameter zentrale Prädiktoren für unerwünschte Patientenereignisse sind (Schein R.M. et al, Chest 1990; 98: 1388-92)

Warnsignale werden ausgesendet, wenn einer der patientenindividuell festgelegten und vordefinierten Schwellwerte überschritten wird. Viele der Patienten, die eine schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder einen plötzlichen Tod erleiden, weisen prädiktive Vorereignisse auf, die von dem Überwachungssystem erkannt werden und ein frühes, präventives Einschreiten zur Verhinderung eines vital bedrohlichen Notfalls ermöglichen.

Darüber hinaus ermöglicht das Monitoringsystem die Messung der Patientenbewegung: Das System ist zusätzlich mit einem einstellbaren Bettausstiegsalarm sowie einer Funktion zur Überprüfung der Patientenwenderate ausgestattet. Die Überwachung der Patientenbewegung dient hierbei zwei unterschiedlichen Aspekten. Zum einen können durch einen Bettausstiegsalarm Stürze vermieden werden, welche nicht selten zu schweren Verletzungen der betroffenen Patienten führen. Zum anderen können durch das Monitoring von Patientenbewegungen auch Phasen deutlich reduzierter Bewegungen erkannt und dadurch rechtzeitig pflegerische Maßnahmen zur Vermeidung von Druckulzera ergriffen werden.

Die Messergebnisse können auch zum Beispiel bei klinischen Audits oder bei der Argumentation für einen hohen Pflegeaufwand Anwendung finden.

Ein neu geschaffener OPS-Kode lässt sich zur internen und zukünftig auch zur externen Qualitätssicherung nutzen. Im Rahmen interner und externer Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen (z.B. für die Institute AQUA und IQTIG) können die kodierten Monitoringleistungen Hinweise auf die Patientenversorgung geben.

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

c.V
erbr
eitu
ng
des
Verf

Die Kosten des Verfahrens sind im Einzelfall nicht sehr hoch, jedoch ist von einer deutlichen Zunahme des Verfahrens in den bundesdeutschen Kliniken auszugehen, so dass die summarischen Kosten eine gesonderte Abbildung im G-DRG-System erwarten lassen.

ahrens *

- ☐ Standard
 ☐ Etabliert
 ☒ In der Evaluation

☐ Experimentell
 ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Das EarlySense System besteht aus mehreren Komponenten, die vom Krankenhaus auf Basis einer patientenindividuellen Nutzungspauschale von EUR 150 genutzt werden. Dies erfolgt in Analogie z. B. zum ebenfalls kodierbaren Einsatz von Spezialbetten (OPS 8-390 ff. [Lagerungsbehandlung]).

Zu den Komponenten zählen:

- Signalprozessoreinheit am Patientenbett inklusive Software
- Kontaktfreier Sensor: eine patientenspezifische Sensormatte zur Platzierung unter der Matratze
- Verschiedene Arten von LCD Bildschirmen, Sender und Empfänger zur Anzeige von Vitalparametern und Warnsignalen

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

Zurzeit kommt das Verfahren in zwei Einrichtungen in Deutschland zum Einsatz. Es ist von einer stark zunehmenden Anzahl an anwendenden Kliniken auszugehen.
Weltweit kommt das Verfahren in zahlreichen Klinken zur Anwendung.

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

Das kontaktfreie, kontinuierliche Monitoringsystem ist eine neue Form des Monitorings, so dass die Kosten des Verfahrens nicht mit den Kosten anderer kodierbarer Prozeduren verglichen werden können.

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.)

Das hier vorgestellte Monitoringsystem sammelt unterschiedliche Patientendaten. Zum einen werden Vitalparameter erfasst, so dass unerwünschte Ereignisse bis hin zum Tod durch frühzeitige Prävention vermieden werden können. Zusätzlich werden auch Daten über Patientenbewegungen erfasst. Gemessen wird das Zeitfenster zwischen den Bewegungen. Die erfassten Daten ermöglichen es, Druckgeschwüre im Sinne des Moduls DEK (Dekubitusprophylaxe, AQUA) zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

Die Dekubitusinzidenz gilt international als ergebnisorientierter Qualitätsindikator in Bezug auf die Patientensicherheit, weil sie auch Rückschlüsse über im Krankenhaus angewendete Vorbeuge- und ggf. rechtzeitig eingeleitete Behandlungsmaßnahmen ermöglicht (Aqua-Institut: DEK-Pflege, Dekubitusprophylaxe, Bundesauswertung 2014).

Die krankenhausexterne Qualitätssicherung wird mithilfe des neuen OPS Codes durch zusätzliche und differenziertere Daten zum Patientenmonitorings weiter vorangetrieben. So wird eine genauere Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen ermöglicht, auch im Sinne der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.

Wie dargestellt, können die gewonnenen Daten zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe im Rahmen von Risikoassessments und -audits zu Dekubitus und Sturz (KIS) verwendet werden. Es ist davon auszugehen, dass die über die Prozedurenkodierung ermittelten Daten zum Patientenmonitoring bei der Erstellung von Qualitätsindikatoren und deren Umsetzung durch das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTiG, hilfreich sein können. Der Arbeitsschwerpunkt Sturz- und Dekubitusprophylaxe des IQTiG kommt durch die Bund-Land Konferenz Dekubitusprophylaxe im Januar 2016 zum Ausdruck.

Laut einem Newsletter 'Umstellung der externen Qualitätssicherung bei Dekubitus auf Routinedaten' der 'Initiative Qualitätsmedizin', plant das AQUA Institut mehr und mehr routinemäßig erfasste Daten wie stationäre Kosteninformationen zur Dokumentation von Dekubitus heranzuziehen und dadurch den manuellen Dokumentationsaufwand zu reduzieren.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Literatur:

Brown, HV et al, The American Journal of Medicine. 2014; 127 226-232 - Continuous Monitoring in an Inpatient Medical-Surgical Unit - AJM 2014

Zimlichman E, et al. (2012): Early Recognition of Acutely Deteriorating Patients in Non-Intensive Care Units – Assessment of an Innovative Monitoring Technology. Journal of Hospital Medicine; 7(8):628-33.

Zimlichman E, Terrence J, Argaman D, Shinar Z, Brown H (2012): Effect of Contactless Continuous Patient Monitoring in a Medical-Surgical Unit on Intensive Care Unit Transfers: A Controlled Clinical Trial. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; 185(1 Meeting Abstracts): A3793.

Zimlichman E, et al. (2011): Using Continuous Motion Monitoring Technology to Determine Patient's Risk for Development of Pressure Ulcers. Journal of Patient Safety;7(4):181-4.

Slight SP, et al (2014): The return on investment of implementing a continuous monitoring system in general medical-surgical units., Critical Care Medicine, August 2014, 42(8):1862-8