

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 Anästhesiologie & Intensivmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGAI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgai.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Schleppers
Vorname *	Alexander
Straße *	Roritzerstraße 27
PLZ *	90419
Ort *	Nürnberg
E-Mail *	dgai@dgai-ev.de
Telefon *	0911 - 93 37 80

2. Ansprechpartner (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

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

Tele-Intensivmedizin, Kooperation von Intensivstationen mit Tele-Intensiv-Zentren

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 Anästhesiologie & Intensivmedizin-DGAI
 Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.- DGfM
 Karlsruher Straße 34/1
 68766 Hockenheim

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Intensivmedizinische Komplexbehandlung mit Anwendung eines Tele-Konsildienstes

Als zusätzliche Versorgungsform zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung hilft Tele-Intensivmedizin dabei spezifischen, ärztlichen Sachverstand unabhängig von Zeit und Behandlungsort zu 'transportieren' und damit die Behandlungsqualität zu verbessern oder drohende Versorgungsengpässe abzumildern.

Aus Gründen der Qualitätssicherung und Abrechenbarkeit ist die Einführung einer Schlüsselnummer 8-98h 'intensivmedizinische Komplexbehandlung mit Anwendung eines Tele-Konsildienstes' notwendig.

8-98h Intensivmedizinische Komplexbehandlung mit Anwendung eines Tele-Konsildienstes

Info.:

Mindestmerkmale für assoziierte Kliniken:

Mindestmerkmale: In der telemedizinischen Kooperation müssen die strukturellen Voraussetzungen der Basisprozedur intensivmedizinische Komplexbehandlung erfüllt sein.

Mindestmerkmale: Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen.

Mindestmerkmale: Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin'.

Mindestmerkmale: Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.

Die kontinuierliche zusätzliche Einbindung eines Tele-Intensivmediziners erfolgt dadurch, dass in der lokalen Intensivstation ein zusätzlicher Intensivmediziner als beratendes Mitglied im Team eingebunden ist und an den täglichen Visiten durch eine Televisite teilnimmt – dabei bleibt die diagnostische und therapeutische Behandlungsverantwortung bei der lokalen Intensivstation. Jeder akut erkrankte Patient wird innerhalb von sechs Stunden nach Aufnahme auf der Intensivstation zusätzlich auch telemedizinisch von einem Facharzt mit einer Zusatzweiterbildung spezielle Intensivmedizin, mit mindestens einjähriger Tätigkeit an einem zertifizierten Zentrum, evaluiert.

Mindestmerkmale für Tele-Intensivmedizin-Zentren:

Mindestmerkmale: Voraussetzung für Intensiveinheiten ist die Zertifizierung Intensivmedizin in der

Schwerpunktversorgung der DGAI, um als Telemedizinzentrum anerkannt zu werden.

Mindestmerkmale: Zur Belegung der speziellen medizinisch inhaltlichen Qualität der Intensiveinheit ist zusätzlich die Erlangung von 4 von 9 verschiedenen Kompetenzmodulen des modularen Zertifikates Intensivmedizin der DGAI als Voraussetzung notwendig.

Mindestmerkmale: 24-Stunden-Präsenz im Telemedizinzentrum eines Facharztes mit Zusatzqualifikation Intensivmedizin und mindestens 1-jähriger Erfahrung im Bereich Intensivmedizin an einem zertifizierten Zentrum. Die Tele-Konsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Tele-Konsildienstes von anderen patientennahen Tätigkeiten freigestellt sein.

Mindestmerkmale: Möglichkeit der Aufnahme von Patienten aus den angebotenen Kliniken zur weiterführenden Therapie innerhalb von 12 Stunden.

Organisatorische Rahmenbedingungen für die Abrechenbarkeit in der Interaktion assoziierter Kliniken-Telemedizinzentrum

Für die Teilnahme an einem teleintensivmedizinischen Netzwerk müssen seitens der betreuten (peripheren) Kliniken folgende Kriterien, die sich an den Kriterien des modularen Zertifikats Intensivmedizin der DGAI orientieren, erfüllt sein:

Mindestmerkmale: Durchführung regelmäßiger Audits und Fortbildungen.

Mindestmerkmale: Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zu definierten intensivmedizinischen Themen für Ärzte, Pfleger und Therapeuten.

Mindestmerkmale: Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators

Mindestmerkmale: Ein vom telemedizinischen Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr.

Mindestmerkmale: Eine verbindliche Indikation (siehe Strukturempfehlungen der DGAI zur Telemedizin [1]) für ein Telekonsil muss erfüllt sein.

Mindestmerkmale: Kontinuierliche, strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

Excl.:

Intensivüberwachung ohne Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder eine kurzfristige Intensivbehandlung ohne besondere Erkrankungsschwere

sowie

Kurzfristige (<24 Stunden) Stabilisierung nach operativen Eingriffen

Die neu beantragte Schlüsselnummer passt sich inhaltlich logisch der Kodierung telemedizinischer Leistungen in der Neurologie in die Systematik der intensivmedizinischen Komplexbehandlung ein.

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Bereits jetzt stellt die Erfüllung der personellen Mindestforderungen für die Intensivmedizin, vor allem für kleinere Krankenhäuser insbesondere außerhalb von Ballungsräumen, eine große, zum Teil auch nicht mehr erfüllbare Herausforderung dar. Der demographische Wandel der nächsten Jahre und Jahrzehnte, mit einer zunehmend älteren und multimorbiden Gesellschaft und damit steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten, wird zu einem steigenden Bedarf auch an intensivmedizinischer Behandlungskapazität führen. Dem steht, aufgrund sinkender Absolventenzahlen und auch alternder Arbeitnehmerschaft, eine sinkende Zahl von Ärzten gegenüber.

Bislang existiert keine auswertbare Kodierung dieser Leistung. Die beantragte Komplexziffer 8-98h schließt die inhaltliche und logische Lücke zwischen den OPS Codes 8-980 'intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)' und 8-98f 'aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)'.

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

Tele-Intensivmedizin hilft spezifischen, ärztlichen Sachverstand unabhängig von Zeit und Behandlungsort zu 'transportieren' und damit die Behandlungsqualität zu verbessern oder drohende Versorgungsengpässe abzumildern.

Eine Abrechnung der beantragten Komplexziffer könnte analog der Komplexbehandlung des Schlaganfalls mit Anwendung eines Telekonsildienstes durch das behandelnde Krankenhaus erfolgen. Dieses führt dann den Kostenanteil für die Tele-Intensivmedizin an das Telemedizinzentrum ab.

Bislang ist das Verfahren in Deutschland und Europa noch nicht eingeführt. Eine Kodierung der Komplexbehandlung als Prozedur ist aus Gründen der Qualitätssicherung und kontinuierlichen Beurteilung der Effizienz unabdingbar.

Die Kodierung ist im Rahmen der Weiterentwicklung der Intensivmedizin fachlich unverzichtbar. Das Verfahren einer telemedizinisch unterstützten Intensivmedizin ist in den USA im Rahmen langfristiger kontrollierter Anwendungen im prä-post-Vergleich an über 100.000 Patienten in seiner Wirksamkeit (Level Of Evidence 2b) bestätigt [2, 3, 4]. Kontrollierte, randomisierte Studien sind aus methodischen und ethischen Gründen nicht durchführbar.

Eine vergleichbare Prozedur wird in den USA durch das 'Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)' in der Liste der 'Medicare telehealth services' des Jahres 2015 beispielsweise mit den Codes G0425 – G0427 oder G0459 abgebildet. Außerdem hat die 'American Telemedicine Association (ATA)' die CPT Codes 99291 für 'Critical care and Evaluation' für die ersten 30 Minuten und 99292 'Critical Care and Evaluation' für jeden weiteren 30 Minuten Block beantragt.

Eine teleintensivmedizinische Zusatzversorgung wird seit 2014 in drei, seit 2016 in fünf Kliniken durchgeführt. In Abhängigkeit von der Struktur der Intensivstationen und der Fallzusammensetzung kann davon ausgegangen werden dass das Verfahren auf ca. 25 % (Schätzung), der dort behandelten Patienten, anwendbar sein dürfte.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Angaben zu Kosten können derzeit noch nicht gemacht werden, da sich diese erst ergeben, wenn die Leistung routinemäßig dokumentiert werden kann und sich in der Fallkostenkalkulation als Kostentrenner erweist. Aus eigenen Kalkulationen müssen für den 24-stündigen Betrieb einer Tele-Intensivmedizinzentrale an 365 Tagen Personalkosten in Höhe von 770.600 €, zuzüglich Kosten für Instandhaltung, Updates, Strom und sonstige Betriebskosten von 135.626 €, insgesamt 906.226 € angesetzt werden.

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

Die Fallzahlabeschätzungen können erst getroffen werden wenn die Leistung routinemäßig dokumentiert werden kann.

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.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Quellennachweise:

1. Marx G, Koch, Th. (2015) Telemedizin in der Intensivmedizin: Strukturempfehlungen der DGAI. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 56:257-261
2. Lilly CM, McLaughlin JM, Zhao H, Baker SP, Cody S, Irwin RS, Group UMMCCO (2014) A multicenter study of ICU telemedicine reengineering of adult critical care. *Chest* 145 (3):500-507. doi:10.1378/chest.13-1973
3. McCambridge M, Jones K, Paxton H, Baker K, Sussman EJ, Etchason J (2010) Association of health information technology and teleintensivist coverage with decreased mortality and ventilator use in critically ill patients. *Archives of internal medicine* 170 (7):648-653. doi:10.1001/archinternmed.2010.74
4. Wilcox ME, Adhikari NK: The effect of telemedicine in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Critical care* 2012, 16(4):R127