

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) *

Klarstellung Ärztliche Leitung und Angleichung außerstationärer Notfall 8-980

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. 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)

Der Kode 8-890 [intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)] wird wie folgt geändert:
 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.:

Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.:

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

- Ärztliche Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin'
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

...(Aufwandspunkte wie OPS 2017)...

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

1. Der Begriff 'Behandlungsleitung' wird in den Mindestmerkmalen vieler, auch fachlich-inhaltlich deutlich differierender Komplexcodes im OPS verwendet. Dies führt fälschlicherweise zu einer Gleichsetzung der Bezeichnung 'Behandlungsleitung' bei aus medizinischer Sicht nicht vergleichbaren Behandlungen, was insbesondere im Bereich der Intensivmedizin nicht sachgerecht ist. Die ärztliche Leitung der Intensivstation umfasst die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit sowie Teamleitung und Steuerung einer adäquaten Patientenversorgung, ohne regelhaft an der unmittelbaren Versorgung der einzelnen Patienten teilzunehmen. Im Gegensatz zu anderen über OPS-Komplexcodes abgebildeten Therapieformen kann in der klinischen Versorgungsrealität auf Intensivstationen die individuelle Betreuung der einzelnen Patienten, also von der Erhebung der Anamnese, körperlichen Untersuchungen über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen wie z.B. Sonographien oder Punktionen, bis hin zu kurzfristig erforderlichen Anpassungen des Behandlungsplanes nicht an eine Einzelperson wie 'die Behandlungsleitung' gebunden sein. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, sollte der in diesem Zusammenhang missverständliche Begriff 'Behandlungsleitung' durch die eindeutigere Formulierung 'Ärztliche Leitung der Intensivstation' ersetzt werden. Zur Etablierung des Begriffes 'Ärztliche Leitung der Intensivstation' in den Codebereichen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und deren Angleichung aneinander und somit zur Differenzierung gegen andere OPS-Komplexcodes wird für die OPS-Kodes 8-98f 'Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)' und 8-98d 'Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)' ebenfalls die Einführung des Terminus 'Ärztliche Leitung der Intensivstation' vorgeschlagen.

2. Im Sinne einer Angleichung an den Codebereich 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) sollte auch für die Codes aus 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) die Möglichkeit eines kurzfristigen Notfalleinsatzes (z.B. Reanimation) außerhalb der Intensivstation, bei sonst ständiger ärztlicher Präsenz, in die Mindestvoraussetzungen aufgenommen werden.

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

Der eingebrachte Vorschlag soll zu einer sachgerechteren Aufwandsabbildung durch Klarstellung unterschiedlich interpretierbarer Tatsachen beitragen.

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

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

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.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)
