

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Innere Medizin, Pneumologie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

OPS Version 2005: 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur):

Das Mindestmerkmal einer „ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation“ sollte entfallen.

Als **Alternativvorschlag** käme in Betracht, die Prozedur 8-980 aufzusplitten in eine Prozedur 8-980.0ff. mit dem Mindestmerkmal der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation und eine Prozedur 8-980.1ff. **ohne** das Mindestmerkmal der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation bei sonst gleichen Merkmalen und Definitionen.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur (Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

s.o. (Nr. 7)

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Eine qualifizierte intensivmedizinische Versorgung wird derzeit auf Intensivstationen erbracht, die je nach Größe und vorhandenen Fachabteilungen des Krankenhauses sowie nach Größe und schwerpunktmäßiger fachlicher Ausrichtung der Intensivstationen unterschiedlich strukturiert und organisiert sind. Große Intensivstationen, wie sie an Krankenhäusern der Maximalversorgung angesiedelt sind, arbeiten im Allgemeinen sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich in einem Dreischichtsystem, so dass eine ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet und aufgrund der anfallenden ärztlichen Leistungsdichte auch erforderlich und kosteneffektiv ist. An mittelgroßen und kleineren Krankenhäusern mit entsprechend kleineren Intensivstationen oder an Krankenhäusern mit mehreren kleineren fachspezifischen Intensivstationen fallen insbesondere in den Nachtstunden nicht regelmäßig so viele Leistungen an, dass der ärztliche Dienst durchgehend ausgelastet wäre. Auf diesen Stationen ist es daher durchaus ohne Qualitätsverlust der intensivmedizinischen Versorgung vertretbar, die ärztliche Versorgung durch einen in unmittelbarer Nähe der Station befindlichen ärztlichen Bereitschaftsdienst versehen zu lassen, der innerhalb von ca. 5 min einsatzbereit ist.

Das in 8-980 geforderte Mindestmerkmal einer „ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation“ hätte bei konsequenter Auslegung zur Folge, dass ein großer Anteil der in vielen Krankenhäusern qualifiziert erbrachten intensivmedizinischen Leistungen nicht mehr als intensivmedizinische Leistungen angesehen werden könnten, da die Kriterien für eine intensivmedizinische Basisprozedur nicht mehr erfüllt wären. Es ist weder evidenzbasiert noch medizinisch sinnvoll und auch nicht kosteneffektiv, die Definition der Intensivmedizin von einer „ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation“ abhängig zu machen. Für den zukünftig zu erwartenden Fall, dass die Basisprozedur 8-980 intensivmedizinische Komplexbehandlung erlösrelevant wird, würden allein wegen eines nächtlichen ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf der Intensivstation bei Erfüllung aller sonstigen Kriterien die Leistungen dieser Intensivstationen nicht mehr als intensivmedizinische Leistungen angesehen werden und demzufolge nicht adäquat vergütet werden. Dieses hätte zur Folge, dass kleinere spezialisierte Intensivstationen und auch kleinere Intensivstationen an kleineren oder mittelgroßen Krankenhäusern entweder schließen müssten oder einen in diesen Fällen nicht kosteneffektiven ärztlichen Anwesenheitsdienst auch für die Nachtstunden einrichten müssten. Als Folge davon würde die intensivmedizinische Versorgung insbesondere auch in der Fläche stark reduziert bzw. wegen der Umschichtung von Mitteln zugunsten der Intensivstation bei Konstanz oder Reduzierung der Budgets die Versorgungsqualität anderer Bereiche reduziert.

Es sollte daher den Krankenhausleitungen überlassen bleiben, in Abhängigkeit von den anfallenden ärztlichen Leistungen auf der Intensivstation zu entscheiden, ob ein 24-stündiger ärztlicher Anwesenheitsdienst in Sinne einer „ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation“ erforderlich ist, oder ob ein unmittelbar erreichbarer nächtlicher ärztlicher Bereitschaftsdienst ausreichend ist. Sofern eine spezielle Vergütung der „ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation“ intendiert ist, müsste die Prozedur 8-980 korrekterweise entsprechend o.g. Vorschlag in eine Prozedur **mit** und eine

Prozedur ohne „ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation“ gesplittet werden. Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Begründung: s. o.
Ist Ihr Vorschlag für die externe Qualitätssicherung erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein Begründung:
Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)
<input type="checkbox"/> Standard <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert <input type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt
Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)
Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS) Gegenüber der bisherigen Formulierung der Prozedur 8-980 sind eher Einsparungen zu erwarten
10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)