

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

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.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Deutsche AIDS Gesellschaft
Offizielles Kürzel der Organisation * DAIG
Internetadresse der Organisation * www.daignet.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Prof. Dr. med.
Name * Stoll
Vorname * Matthias
Straße * Carl Neuberg Straße 1
PLZ * 30625
Ort * Hannover
E-Mail * stoll.matthias@mh-hannover.de
Telefon * 0511-532-3637, -9672

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Medizinische Hochschule Hannover - Medizinisches Controlling
Offizielles Kürzel der Organisation * MHH
Internetadresse der Organisation * www.mh-hannover.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr. med.
Name * Olaf
Vorname * Schaefer
Straße * Carl Neuberg Str. 1
PLZ * 30625
Ort * Hannover
E-Mail * schaefer.olaf@mh-hannover.de
Telefon * 0511 532-3250

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

DGI (Dt. Ges. für Infektiologie)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

OPS-Prozedur - Komplexbehandlung HIV

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. 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)

Vorschlag einer OPS Klassifikation für die 'Komplexbehandlung der HIV-Infektion'
 z.B.: OPS 8.98xx

Mindererlöse erbringen im stationären Bereich gerade komplexe Krankheitsfälle mit HIV-Infektion, auch wenn diese Fälle innerhalb der MDC 18A deutlich höhere Erlöse erbringen als die weniger komplexen Krankheitsfälle. Dieses Phänomen findet sich in jeder DRG für Fälle mit einer HIV-Infektion wieder - innerhalb der MDC 18A und für die ca. 30% der Fälle, die mit einer HIV-Infektion nicht in die MDC 18A gelangen.

Es handelt sich somit um ein Problem, das sich wegen der sehr starken Spreizung der Fallschwere bei HIV Infektionsfällen einerseits und der geringen HIV-Prävalenz in Deutschland andererseits mit der bisherigen Zuordnungslogik nicht lösen lässt.

Wir schlagen deshalb die Einführung einer OPS-Prozedur Komplexbehandlung HIV vor, die beispielsweise unter dem Kapitel 8 unter dem Dreisteller 8-98 (sonstige multimodale Komplexbehandlungen) aufgeführt werden könnte. Diese Prozedur könnte unserer Meinung nach geeignet sein, die Abbildung ökonomisch komplexer Fälle zu verbessern. Wir sehen 2 Optionen für eine Umsetzung auf DRG respektive Zusatzentgelt-Ebene:

Variante 1:

Verwendung der OPS-Prozedur als Trigger für ein evtl. zunächst krankenhausindividuelles Zusatzentgelt.

Vorteile: Keine weitere Reduktion der Kalkulationsfälle pro DRG, sofortige Anwendbarkeit auch bei Fällen mit Non-HIV-DRGs, mittelfristig mögliche Vereinfachung des Gruppierungsalgorithmus für HIV

Variante 2:

Verwendung der OPS-Prozedur als DRG-Split-Kriterium. Nachteile: Weitere Reduktion der Kalkulationsfälle pro DRG. Perspektivisch zwar auch anwendbar außerhalb der HIV-MDC, aber bislang fehlende Dokumentations- und Kalkulationsgrundlage.

Vorteil: Keine weiteren Zusatzentgelte.

Wir favorisieren Variante 1.

Die im Folgenden aufgeführte Kriterienliste für die OPS-Prozedur stellen wir dabei ausdrücklich als einen möglichen Vorschlag zur Diskussion, der sich an objektivierbaren Parametern einer fachgerechten Leistungserbringung in diesem Bereich orientiert.

Vorschlag einer Kriterienliste:

(1.) Anforderungen an das Team

- o Leitung durch FA für Innere Medizin oder Pädiatrie mit der Zusatzweiterbildung Infektiologie und mit mindestens dreijähriger Erfahrung im Bereich HIV/HAART (Ausnahmen: Dermatologisch geleitetes infektiologisches Team, solange die Zusatzweiterbildung Infektiologie noch nicht von Dermatologen erworben werden kann).

- o Infektiologische Fachstation mit geschultem Pflegepersonal
- o Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Diagnostik- bzw. Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- o Regelmäßige fachübergreifende infektiologische Konferenzen mit Mikrobiologen, Virologen und Krankenhaushygieniker
- o Speziell geschultes Raumpflegepersonal mit regelmäßiger Weiterbildung durch den Krankenhaushygieniker und Einbindung in die Teamsitzungen

(2) Anforderungen an zusätzlich vorhandene Infrastruktur / Kompetenz

- o Vorhandensein von mindestens 5 der 7 genannten Fachrichtungen bzw. Spezialisierungen: Physiotherapie, Sozialarbeiter, Psychologe, Ökotrophologe, Neurologe, Gynäkologe, Proktologe/Dermatologe
- o Vorhandensein von allen 3 genannten Spezialisten: Virologe, Mikrobiologe, Krankenhaushygieniker (siehe: 'Anforderungen an das Team')

(3) Anforderungen an durchgeführte Maßnahmen während des Behandlungsfalles

- o Einsatz folgender Diagnostik-/ bzw. Therapiemaßnahmen in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand:
- o Intensiviertes infektiolog. Monitoring (siehe: OPS 1-93...: HI-Plasmavirämie; Immunphänotypisierung ...)
- o Rö-Thorax und Sonografie des Abdomens oder einer anderen Region (oder Schichtaufnahmen mittels MRT oder CT)
- o Invasive Diagnostik mittels Bronchoskopie oder Intestinoskopie oder Gewebebiopsie (Haut, Leber, Knochenmark, Lymphknoten, Schleimhaut) oder Liquorpunktion
- o Durchführung einer antiretroviralen Kombinationstherapie oder Indikationsstellung zur antiretroviralen Behandlung
- o Aktuelle Durchführung zu Beginn der Behandlung bzw. Vorhandensein (maximal 4 Wochen) eines sozialen Assessments in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- o Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- o Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung

(4) Anforderungen an die Institution

- o Zertifiziertes infektiologisches Kompetenz-Zentrum der Fachgesellschaft (DGI)
- o Fachstation für Infektionskrankheiten muss vorhanden sein
- o Vorhandensein von Isolierzimmern mit Schleusen
- o Unmittelbare Verfügbarkeit aller antiretroviralen Medikamente für eine postexpositionelle Transmissionsprophylaxe

(5) Strata nach Liegedauer

- o .0 Bis zu 6 Behandlungstage
- o .1 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- o .2 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- o .3 Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
- o .4 Mindestens 27 bis höchstens 34 Behandlungstage
- o .5 Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage
- o .6 Mindestens 42 bis höchstens 48 Behandlungstage
- o .7 Mindestens 49 bis höchstens 55 Behandlungstage
- o .8 Mindestens 56 bis höchstens 62 Behandlungstage
- o .9 Mindestens 63 Behandlungstage

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Begründung für eine OPS-Prozedur 'Komplexbehandlung HIV'

Die ökonomische Bewertung komplexer stationärer Behandlungsfälle von Patienten mit HIV-Infektion wird unzureichend abgebildet im G-DRG System. Eine ganze Reihe früher gemachter Vorschläge der Deutschen AIDS Gesellschaft (DAIG) zur besseren Differenzierung der Fallschwere hat in der Vergangenheit keine Abhilfe gebracht.

Ein wesentliches Manko ist die geringe Fallzahl stationärer Behandlungsfälle mit HIV Infektionen in Deutschland. In der Kalkulation des InEK basierte die MDC 18 A im Jahre 2006 auf 752 und 2007 auf 919 Fällen. Damit ist die MDC 18A die MDC mit der kleinsten Fallzahl im G-DRG System. Jede DRG in der MDC 18A wird im Mittel mit ca. 100 Fällen kalkuliert. Die S65A basiert sogar auf einer Kalkulation von nur 20 Fällen. Im Durchschnitt wird jede andere DRG des deutschen G.-DRG Systems hingegen mit etwa 1500 Fällen kalkuliert, also fast doppelt so vielen Fällen pro DRG wie für die Kalkulation der gesamten MDC 18A mit ihren derzeit 8 DRGs.

Die bisherige Zuordnungslogik führt nicht nur zu medizinisch-nosologisch gesehen recht artifiziellen Fallgruppen wie der S65A und S65,B sondern liefert auch für fünf der acht DRGs recht ähnliche Relativgewichte (zwischen 1,03 und 1,65). Komplexe Fälle erbringen maximal ein Relativgewicht von 4,572 (Tabelle 1). Nach unseren eigenen Kalkulationen müssten aber gerade Komplexe Fälle mit einem Relativgewicht von 10 und darüber abgebildet werden können. Die Situation hat sich seit Einführung des G-DRG Systems damit nicht geändert, dass gerade die Behandlung komplexer Fälle ein Erlösdefizit nach sich zieht.

Von den ca. 1.500.000,- € Ausgaben für die stationäre Behandlung von Fällen mit HIV-Infektion an der MH-Hannover waren in 2006 nur 78% durch Erlöse gedeckt (73% aus DRG und 5% aus Zusatzentgelten, n=239). Eine Minderzahl der Fälle (110/239) erbrachten einen 'Gewinn' von € 137.000,- dem ein weit höherer Verlust bei den nicht kostendeckenden Fällen (129/239) von € 460.000,- gegenüberstand. Hoch signifikante Verlustbringer sind gerade komplexe Krankheitsfälle, obwohl diese deutlich höhere Erlöse erbringen als die weniger komplexen Krankheitsfälle. Dieses Phänomen findet sich in jeder DRG für Fälle mit einer HIV-Infektion wieder.

Es handelt sich somit um ein Problem, das wegen der sehr starken Spreizung der Fallschwere bei HIV Infektionsfällen einerseits und der geringen HIV-Prävalenz in Deutschland andererseits mit der bisherigen Zuordnungslogik nicht lösen lässt.

Wir schlagen deshalb die Einführung einer OPS-Prozedur Komplexbehandlung HIV vor. Diese könnte unserer Meinung nach geeignet sein, die bisher unzureichende Abbildung ökonomisch komplexer Fälle zu verbessern.

Tabelle 1: MDC18A mit G-DRGs (2007/2009) und Relativgewichten

G-DRG Bezeichnung	Relativgewicht
S01Z HIV mit OPR-Prozedur	3,18
S60Z HIV, ein Tag	0,28
S62Z HIV, Malignom	1,495
S63A HIV, Infektion, 'schwerst'	4,572
S63B HIV, Infektion, 'schwer'	1,654
S64Z HIV, 'Andere'	1,11
S65A HIV mit KHK, etc., 'schwerst'	1,634
S65B HIV ohne KHK etc., 'schwer'	1,034

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

Das Entgeltsystem hat – wie unter 7.a. dargelegt eine Abbildungsschwäche im Bereich seltener Erkrankungen. Durch die besondere Heterogenität der syndromalen Erkrankung im Verlauf der HIV-Infektion entsteht ein zusätzlicher Bedarf für eine höhere Abbildungsschärfe der aufwändigen Behandlungsfälle. Dieser ist notwendig für die Aufrechterhaltung der stationären, fachgerechten Versorgung HIV-Infizierter. Damit würde einer Diskriminierung der von dieser Infektion betroffenen Patienten vorgebeugt werden können. Durch die großen Erfolge der (ambulant durchführbaren) antiretroviralen Therapie ist künftig eher mit einem weiteren Rückgang stationärer Behandlungsfälle zu rechnen, was die Evolution einer höheren Abbildungsgerechtigkeit im bisherigen DRG-Angebot eher erschweren würde.

Eine wünschenswerte Weiterentwicklung des Systems findet auch für HIV-Infektionsfälle statt, die (derzeit) nicht in die MDC18A Eingang finden. Dies sind z.B. Fälle mit onkologischen oder infektiologischen DRGs, bei denen die HIV-Infektion zwar oft potenziell den PCCL steigern kann, aber dies dann oft nicht oder nur unzureichend zu einer adäquaten Erlössteigerung führt. Der Vorteil der nicht allein durch Diagnosen sondern gerade auch durch Prozeduren definierten 'Komplexbehandlung HIV' liegt auch darin, dass weder 'akkzidentell' noch strategisch ein Upcoding von asymptomatischen HIV-Fällen möglich ist, die z.B. wegen anderen – banaleren - Diagnosen stationär behandelt werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

?

Kosten entstehen lediglich für dessen Evaluation - ggf. bei Anwendung des Verfahrens zusätzliche, aber geringe administrative Kosten durch den zu erbringenden Nachweis des Vorliegens der Voraussetzungen für die OPS beim Leistungserbringer gegenüber dem Kostenträger.

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

Schätzungsweise werden 20% aller HIV-Fälle von den Kalkulationskrankenhäusern erfasst, von diesen clustert (gut) die Hälfte in die MDC18A.

Bei 2007 erfassten 919 Fällen aus dieser MDC ist mit deutschlandweit jährlich 6.000 bis 10.000 stationären Behandlungsfällen zu rechnen. Es ist nicht bekannt, wie viele davon die Kriterien für eine Komplexbehandlung erfüllen würden. Schätzungsweise 30-50% der Fälle, somit:

3.000 - 5000 Fälle p.a.

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

nicht bekannt

Erwartet wird ein Absinken der Relativgewichte vor allem der DRGs der MDC18A durch eine Verschiebung der Erlöse in die beantragte OPS.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

nicht absehbar

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Der federführende Antragsteller ist an einem Kalkulationskrankenhaus (MH-Hannover) tätig. Von dort und anderen infektiologischen Zentren könnten erweiterte Datensätze geliefert werden, falls dies erforderlich oder wünschenswert erscheint.

Die vorgeschlagenen Kriterien und Strata verstehen sich als ein Konzeptvorschlag - und können ggf. gerne im detail diskutiert werden.

Primärer Ansprechpartner ist der Antragsteller selbst (M. Stoll, MHH).