

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	GKV-Spitzenverband
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	gkv-spitzenverband.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Bentlage
Vorname *	Claas
Straße *	Reinhardtstraße 28
PLZ *	10117 Berlin
Ort *	Berlin
E-Mail *	Claas.Bentlage@gkv-spitzenverband.de
Telefon *	030 206288-2216

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

2. Ansprechpartner/-in (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 *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

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) *

Änderung der Mindestanforderungen Kode 8-98f (auf.intensivmed.Komplexbehandlung)

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Der Kode 8-98f (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) wird wie folgt geändert:

98f Aufwendige 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 das in der Intensivmedizin erfahren sind ist und die aktuellen Probleme ihrer

Patienten kennen

Die patientennahe Pflege erfolgt durch Pflegepersonal mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2018 eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der Intensivpflege ausreichend.

Für je zwei belegte Intensivbetten ist pro Schicht eine Pflegekraft vorzuhalten.

Behandlungsleitung und deren Vertretung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin', der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt.

Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin muss für mindestens 8 Stunden täglich auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb der Kernarbeitszeit muss es eine Rufbereitschaft eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin geben. Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin' muss innerhalb 20 Minuten am Patienten verfügbar sein. Am Wochenende sind täglich zwei Visiten durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin durchzuführen.

Eine ständige fachärztliche (Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesiologie) Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein.

Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden.

24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren auf der Intensivstation :

Apparative Beatmung

Nicht invasives und invasives Monitoring

Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems

Intrakranielle Druckmessung

Transösophageale Echokardiographie

24-stündige Verfügbarkeit von drei der folgenden vier Verfahren am Standort des Krankenhauses :

Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA und MRT

Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA

Interventionelle (Neuro)radiologie mit akuter arterieller Revaskularisation

24-stündige Verfügbarkeit der Leistungen eines Transfusionsmediziner

Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

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

Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzuHinz.

Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachabteilungen sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar :

Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie.

Die Erbringung der Mindestmerkmale durch Kooperation ist ausgeschlossen.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Der Kode 8-98f ist seit dem Jahr 2015 abrechnungsrelevant. Ursprünglich war mit diesem Kode die Abbildung der Vorhaltekosten der Unikliniken und großen Maximalversorger geplant. Untersuchungen der GKV haben ergeben, dass schon im Jahr 2014 der Kode von mehr als 350 Kliniken kodiert wurde unter denen sich auch eine erhebliche Anzahl von Kliniken unter 100 Betten befinden. Im Jahr 2015 wurde der Kode von über 400 Kliniken kodiert. 370 Kliniken haben über 100 Fälle zur Abrechnung gebracht

Die Strukturmerkmale der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlungen werden derzeit insbesondere von Klinikverbünden und durch den 'Einkauf' von klinkfremden Leistungen von Kliniken erbracht die keine entsprechenden Vorhaltekosten haben. Die daraus resultierende Übervergütung unter Ausnutzung der Unklarheiten im Kode durch Kliniken benachteiligt die Maximalversorger. Der GKV-Spitzenverband möchte folgende Veränderungen vorschlagen.

Fachweiterbildungsquote Intensivmedizin für die Pflege und Pflegeschlüssel werden im OPS festgelegt. Der Pflegeschlüssel geht auf einen Beschluss des Ärztetages 2016 zurück.

Behandlungsleitung wird für die Belange der Intensivmedizin festgelegt

Anwesenheit der Fachärzte wird geregelt: Das völlige Fehlen eines Intensivmediziners am Wochenende und an Feiertagen ist mit der 'aufwendigen!' Intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht vereinbar.

Ausschluss von Kooperationen zur Erlangung von Strukturmerkmalen: Kooperation und Vorhaltung schließen sich aus. Die Kosten hat immer das vorhaltende Klinikum. Kooperationen scheitern im Notfall sobald sie gleichzeitig abgerufen werden. Dies ist mit dem Konzept eines Kodes für die Spitzenkliniken nicht vereinbar.

Standortbindung: Ohne Standortbindung bleibt unklar wo das Verfahren oder die Fachabteilung vorgehalten wird. Damit kann es theoretisch auch in einem anderen Haus vorgehalten werden. Das kodeerbringende Haus hat dann aber keine Vorhaltekosten sondern das vorhaltende Haus. Ohne Standortbindung ist bundesweite Kooperation ohne jegliche Entfernungsbegrenzung möglich.

Einführung der Fachabteilungsdefinition des gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016.

Grundsätzlich soll der Kode 8-98f durch diese Veränderungen wieder die Spitzenmedizin in der Intensivmedizin abbilden. Für die intensivmedizinische Regelversorgung steht weiter der Kode 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung) zu Verfügung.

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

Der Vorschlag wird die Erbringung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung an den Standort binden, die Anwesenheit eines Facharztes gewährleisten, einen verbindlichen Pflegeschlüssel vorschreiben und die Erbringung von Leistungen im Rahmen von Kooperationen verbieten

Damit wird sich die Kodierung dieses Kodes unter dem Einfluss der Prüfung des MDK auf die ursprünglich intendierte Zielgruppe der großen Unikliniken und Maximalversorger beschränken. So lassen sich die Vorhaltekosten dieser Kliniken besser abbilden.

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 *

Unmittelbare Mehrkosten ergeben sich nicht. Es ist mit einer Besserung Abbildung der Vorhaltekosten von Unikliniken und Maximalversorgern zu rechnen.

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

Im Jahr 2015 wurde der Kode in über 450.000 Fällen kodiert

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.)

Die Einführung des Standortbezugs im OPS 8-89f. wirkt mittelbar auch auf die externe QS. Dort werden Qualitätsdaten bereits seit 2012 standortbezogen dokumentiert, ausgewertet und im Rahmen des Qualitätsberichts veröffentlicht. Die Vereinheitlichung der Bezugsgrößen (hier: Standort) ermöglicht eine eindeutige Zuordnung von Qualitätsergebnissen zu Strukturinformationen. Darüber hinaus lassen sich Angaben der Krankenhäuser zu ihren Strukturmerkmalen über die OPS-Kodierung plausibilisieren. Dies erhöht die Verlässlichkeit und Aussagekraft der im Qualitätsbericht veröffentlichten Daten für seine Nutzer, d.h. Patienten und zuweisende Ärzte.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)