

# 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](mailto: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](http://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](http://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 *	Universitätsklinikum Heidelberg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKL HD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.klinikum.uni-heidelberg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Thalheimer
Vorname *	Markus
Straße *	Im Neuenheimer Feld 672
PLZ *	69120
Ort *	Heidelberg
E-Mail *	markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de
Telefon *	06221-567639

### 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](mailto: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](mailto: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) \***

Screening auf multiresistente Erreger (MRE) als diagnostische Maßnahme

**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)

Es wird beantragt, einen neuen, separaten Code für das MRE-Screening im Kapitel 1 Abschnitt 'Andere diagnostische Maßnahmen (1-90... - 1-99)' einzuführen, um das MRE-Screening als diagnostische Maßnahme in der OPS-Systematik abbilden zu können.

1-931 Screening auf multiresistente Erreger (MRE)

Hinw.: Dieser Code ist nur für die nach der KRINKO definierten Risikopopulationen anzugeben

1-931.0 mit negativem Ergebnis  
01 bei stationärer Aufnahme

- 02 während des stationären Aufenthalts
- 03 bei stationärer Entlassung

1-931.1 mit positivem Ergebnis

Hinw.: Der resistente Erreger ist mit einem ICD-10-GM-Kode aus U80 - U85 zu verschlüsseln.

- 11 bei stationärer Aufnahme
- 12 während des stationären Aufenthalts
- 13 bei stationärer Entlassung

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Werden antibiotikaresistente Erreger frühzeitig erkannt, lässt sich das Risiko einer Ausbreitung im Krankenhaus sowie die, im Fall einer Verlegung von Patienten, bestehende Gefahr einer Verbreitung in andere Einrichtungen des Gesundheitswesens durch verschiedene, von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO), empfohlene Maßnahmen deutlich verringern. Zur Prävention und Kontrolle sehen aktuelle Empfehlungen der KRINKO daher explizit für bestimmte Erreger in definierten Risikopopulationen Screening-Maßnahmen vor.

In der derzeitigen Kodiersystematik können angezeigte Screening-Maßnahmen jedoch nicht über OPS-Prozedurenschlüssel dokumentiert werden. Hinweise auf durchgeführte Screening-Leistungen können sich in der aktuellen Systematik hinter den unspezifischen ICD-Kodes Z11 'Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten' oder Z22.3 'Keimträger anderer näher bezeichneter bakterieller Krankheiten' verbergen. Die benannten Codes ermöglichen aufgrund der fehlenden Spezifizierung weder Rückschlüsse zu Anzahl, Zeitpunkt und Ergebnis, noch kann festgestellt werden, ob multiresistente Erreger bereits bei stationärer Aufnahme vorlagen oder nosokomial erworben wurden.

Die vorgeschlagene Kodestruktur adressiert die beschriebene Problematik und ermöglicht eine spezifische und transparente Darstellung durchgeführter Screening-Prozeduren, deren Zeitpunkt sowie deren Ergebnis. Über den Bezug zu den jeweils gültigen KRINKO-Empfehlungen ist die Aktualität sichergestellt.

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

Eine detaillierte und transparente Darstellung von Screening-Prozeduren für eine frühzeitige Feststellung des Erregerstatus eines Patienten sowie eine damit einhergehende Objektivierung von Infektionsraten sind essenziell für eine Reduzierung der vermeidbaren Infektionen im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Sie ermöglichen die Abbildung von Resistenzraten und können im Zeitverlauf Aufschluss darüber geben, ob und ggf. welche Interventionsmaßnahmen greifen. Eine molekularbiologische Charakterisierung der Infektionserreger eröffnet daneben die Untersuchung von Entstehungs- und Ausbreitungswegen bzw. die Aufklärung von Infektionsketten und damit die Ableitung von Präventionsmaßnahmen. Effektive Screening-Maßnahmen bergen daher medizinisches und finanzielles Optimierungspotential.

Demgegenüber stellen Infektionen mit multiresistenten Erregern aufgrund der eingeschränkten Therapiemöglichkeiten und der in der Regel erheblich verlängerten Verweildauern der Betroffenen ein finanzielles Problem dar. Der medizinische und personelle Mehraufwand für MRSA-Patienten lässt sich sektorübergreifend mit durchschnittlich 17.500€ beziffern (siehe hierzu: Oberdörfer, H. et al. (2014), S. 854-860: 'Mehrkosten bei der Versorgung von Patienten mit multiresistenten Erregern'). Diesem erheblichen finanziellen Mehraufwand wurde mit der Einführung des OPS-Kodes 8-987 'Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE)' Rechnung getragen, welcher dazu beiträgt, behandlungsbedürftige Fälle mit nachgewiesenen multiresistenten Erregern durch eine höhere Fallschwere in einer DRG abzubilden und demzufolge in eine höhere

Vergütung einzustufen. Zugleich ermöglicht dieser OPS-Kode eine differenziertere Prozedurzuschriftung der zugrundeliegenden Maßnahmen und Ressourcenaufwendungen.

Eine adäquate Abbildung der Aufwendungen für MRE-Screening-Maßnahmen ist demgegenüber derzeit nicht gegeben. Die Einführung des vorgeschlagenen OPS-Kodes ist erforderlich, um den tatsächlichen Einfluss des MRE-Screenings auf die DRG-Kostenstruktur nachvollziehbar zu machen, woraus sich möglicherweise ein Anhalt für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems ergibt. Zusätzlich wäre dadurch eine differenziertere, sachgerechtere Kostenstellenzuordnung gegeben. Zur Eingrenzung der für ein regelhaft angewandtes Screening in Betracht kommenden Patientenpopulation sei an dieser Stelle auf die aktuellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) verwiesen, die auch unter Abschnitt c) dieses Dokuments aufgeführt sind.

Basierend auf der aktuellen Kodiersystematik lässt sich nicht nachvollziehen, hinter welchen DRGs ein MRE-Screening für die in Betracht kommenden Patienten steht, wodurch keine eindeutige Aussage zum Einfluss auf die jeweilige DRG getroffen werden kann. Die aktuelle OPS-Systematik klammert daher alle MRE-Screening-Prozeduren, welche nicht in einer durch den OPS-Kode 8-987 abgebildeten Komplexbehandlung münden, aus der DRG-Struktur aus und verhindert somit deren transparente Bewertung innerhalb des Entgeltsystems.

Es ist davon auszugehen, dass das Screening auf Fallebene keine signifikanten Kostenunterschiede aufzeigen wird. Dazu sind die Tests zu günstig. Daher soll hier insbesondere der qualitätssichernde Aspekt der Kodierung hervorgehoben werden.

### 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)

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2014): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen; Bundesgesundheitsbl. 57; S. 696 – 732.

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2014): Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen; Bundesgesundheitsbl. 55; S. 1311 – 1354.

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2014): Ergänzung zu den 'Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen' im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation; Epidemiologisches Bulletin Nr. 21; S. 183 – 188.

Gesetzentwurf der Bundesregierung (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten; Drucksache 784/16.

Gesundheitsministerkonferenz (2016): Beschlüsse der 89. GMK – TOP: 7.4 Probleme und Hindernisse bezüglich der Etablierung verbindlicher, bundesweiter Screening-Untersuchungen auf multiresistente Krankenhauserreger im ambulanten und stationären Bereich.



#### d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*

Die diagnostische Basis eines MRE-Screenings stellt die mikrobiologische Untersuchung dar. Dazu werden Abstriche an definierten Prädispositionsstellen genommen und Erreger kulturell nachgewiesen. Zusätzlich können Nukleinsäurenachweisverfahren zum Einsatz kommen. Diese bieten den Vorteil einer erheblichen Zeitreduktion bei der Testdurchführung.

Aufgrund der fehlenden Abbildbarkeit eines stationären MRE-Screenings in der aktuellen Kodierlogik wird sich für eine Kostendarstellung der zugrundeliegenden Verfahren über die Darstellung der relevanten Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bedient (Kapitel M.

Laboratoriumsuntersuchungen, Unterkapitel IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern (4500 – 4787)).

##### IV.1.b Züchtung/Gewebekultur

- 4538 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzucht oder Weiterzucht auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium; Punktwert: 120, € 6,99

##### IV. 5 Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten

- 4780 Isolierung von Nukleinsäuren; Punktwert: 900, € 52,46
- 4783 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR); Punktwert: 500, € 29,14
- 4785 Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde; Punktwert: 300, € 17,49

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

Basierend auf der Datenbank SurvStat@RKI 2.0 des Robert Koch Instituts lassen sich nachfolgend die Fallzahlen für das Jahr 2016 der durch §7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) i.V.m §2 Abs. 2 IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung (IfSGMeldAnpV) bundesweit meldepflichtigen Krankheitserreger mit Antibiotikaresistenzen darstellen:

- Staphylococcus-aureus, Methicillin-resistente Stämme (MRSA); für den Nachweis aus Blut oder Liquor: 3115 Fälle
- Enterobacteriaceae mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante, mit Ausnahme der isolierten Nichtempfindlichkeit gegenüber Imipenem bei Proteus spp., Morganella spp., Providencia spp. und Serratia marcescens; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation: 351 Fälle
- Acinetobacter spp. mit Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder bei Nachweis einer Carbapenemase-Determinante; Meldepflicht bei Infektion oder Kolonisation: 86 Fälle

Ergänzend dazu ist auf Basis der Daten des MRSA-KISS eine Hochrechnung für die MRSA-Häufigkeit in Krankenhäusern (Infektion oder Kolonisation) möglich. Jüngste Daten liegen hier für das Jahr 2015 vor. Dabei gibt die Datengrundlage von insgesamt 475 freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern die Patientenanzahl mit 7.111.429 (Behandlungsfälle; Fallzahl) sowie die Anzahl an MRSA-Fällen mit 70.315 an, wodurch sich eine Krankenhausprävalenz von rund 1% ergibt. In Verbindung mit Daten des Statistischen Bundesamtes zur Anzahl an Krankenhauspatienten im betrachteten Referenzjahr, die mit rund 19,2 Millionen angegeben wird, kann eine Hochrechnung der bundesweiten MRSA-Last vorgenommen werden, die gegeben der o.g. KISS-Daten somit bei rund 192.000 Fällen (Kolonisation und Infektionen) liegt. Auf Basis der Daten des Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen ist anzunehmen, dass es sich bei den in Deutschland bei Krankenhauspatienten nachgewiesenen MRSA-Fällen zu rund 90% um sog. Hospital Acquired MRSA (HA-MRSA) Fälle handelt.

Analog zu der oben beschriebenen Vorgehensweise lässt sich auf Basis der Daten des ITS-KISS eine Hochrechnung zu Infektionen oder Besiedelungen mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) vornehmen. Auch hier liegen jüngste Daten für das Jahr 2015 vor. Anders als beim MRSA-KISS ist die Datengrundlage des ITS-KISS stationen- und nicht krankenhausbasiert. Über insgesamt 469 berücksichtigte Stationen mit einer Patientenanzahl von 989.028 (Behandlungsfälle; Fallzahl) werden 17.827 MRGN-Fälle berichtet (3MRGN: 14.992; 4MRGN: 2.835), wodurch sich eine Gesamtprävalenz von 1,8% ergibt (3MRGN: 1,5%; 4MRGN: 0,3%). Unter Berücksichtigung der oben genannten Anzahl an Krankenhauspatienten in Deutschland für das Jahr 2015 ergibt sich eine bundesweite MRGN-Last von 345.600 Fällen (3MRGN: 288.000; 4MRGN: 57.600). Das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen gibt an, dass die Rate von nosokomialen MRGN-Fällen bei etwa 30% liegt.

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

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung der OPS-Struktur ergeben sich keine Kostenunterschiede zu bestehenden bzw. vergleichbaren Verfahren, da es sich bei den erforderlichen Screening-Maßnahmen um keine neuen, sondern um etablierte, regelhaft, in der von der KRINKO definierten Risikopopulation, angewandte Verfahren handelt, die in der bisherigen Kodiersystematik noch nicht abgebildet werden.

Auch sind die Screeningverfahren auf Fallebene wahrscheinlich nicht kostendiakriminierend. Es geht vor allem um die Transparenz der Leistung und den Qualitätssichernden Aspekt.

**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 vorgeschlagenen OPS-Kodes ermöglicht die Abbildbarkeit eines durchgeführten MRE-Screenings, die spezifische Kodierung des Testergebnisses und die Unterscheidung, inwieweit die Erreger bereits bei stationärer Aufnahme vorlagen oder nosokomial erworben wurden. Durch die damit zu erreichende Transparenzsteigerung bietet der Code das Potential einer generellen Verbesserung der MRE-Surveillance im Krankenhausbereich auf Basis von Routinedaten. Dies steht auch im Einklang mit der grundsätzlichen Bestrebung, im Kontext der übergeordneten Qualitätssicherung bei Möglichkeit auf Abrechnungs- und Sozialdaten zurückzugreifen, um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Neben der oben beschriebenen unmittelbaren Kodierungsproblematik demonstriert der vorliegende Gesetzentwurf zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten sowie die Bestrebungen der Bundesgesundheitsministerkonferenz zur Etablierung verbindlicher, bundesweiter MRE-Screening-Untersuchungen eine auch zukünftig weiter anwachsende Notwendigkeit einer differenzierten Dokumentation multiresistenter Erreger im stationären Sektor. An dieser Stelle sei auf die Quellenangaben in Abschnitt c) verwiesen.