

# 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](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 *	Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (sowie Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene)
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGI (DGPI, DGHM, DGKH)
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgi-net.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Fätkenheuer
Vorname *	Gerd
Straße *	Kerpener Str. 62
PLZ *	50937
Ort *	Köln
E-Mail *	g.faetkenheuer@uni-koeln.de
Telefon *	+49 221 478 -4886

## 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) \*

Dr. med.

Name \*

Fiori

Vorname \*

Wolfgang

Straße \*

Am Dorn 10

PLZ \*

48308

Ort \*

Senden

E-Mail \*

wolfgang.fiori@roederpartner.de

Telefon \*

+49 2536-318-4302

### 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) \***

Etablierung einer OPS-Klasse für eine infektiologische 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:

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI): Mitantragstellerin  
Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM): Mitantragstellerin  
Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH): Mitantragstellerin  
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM): vorbehaltlose Unterstützung  
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN): vorbehaltlose Unterstützung

**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)

Etablierung einer OPS-Klasse:

8-9xx Infektiologische Komplexbehandlung

Hinw.:

Ein infektiologisches Monitoring (1-930) ist gesondert zu kodieren

Eine Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] (8-987) ist gesondert zu kodieren.

Eine chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (8-989) ist gesondert zu kodieren.

Eine Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern (8-98g) ist gesondert zu kodieren.

Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Wird eine infektiologische Komplexbehandlung (8-9xx.1 ff.) kodiert, ist der Kode 8-9xx.0 nicht zusätzlich anzugeben. Bei aufeinanderfolgenden infektiologischen Behandlungen sind die Behandlungstage zu addieren.

Mindestmerkmale:

Eine infektiologische Komplexbehandlung (8-9xx.0) ist zu kodieren, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Durchführung einer infektiologischen Basisevaluation durch einen Facharzt für Infektiologie, einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Infektiologie gemäß Weiterbildungsordnung oder durch einen Facharzt für Mikrobiologie.
- Die infektiologische Basisevaluation muss folgende Elemente beinhalten:
  - ☐ Anamnese in Bezug auf eine (vermutete) Infektionskrankheit
  - ☐ Körperliche Untersuchung
  - ☐ Bewertung von Befunden (falls bereits vorhanden) in Bezug auf die (vermutete) Infektionskrankheit
  - ☐ Bewertung der bisherigen Therapie in Bezug auf die (vermutete) Infektionskrankheit (falls bereits erfolgt)
  - ☐ Festlegung einer oder mehrerer Verdachtsdiagnosen
  - ☐ Empfehlung über das weitere diagnostische (falls erforderlich) Vorgehen
  - ☐ Empfehlung über das weitere therapeutische (falls erforderlich) Vorgehen
  - ☐ Die Möglichkeit zu einer mikrobiologischen und krankenhaushygienischen Beratung muss werktags zu Kernarbeitszeiten gewährleistet sein (eigene Abteilung oder feste Kooperationspartner).

Wenn infektiologische Reevaluationen erfolgen, müssen diese jeweils innerhalb von 14 Tagen nach der infektiologischen Basisevaluation bzw. der vorausgegangenen infektiologischen Reevaluation stattfinden. Sie müssen ebenfalls durch einen Facharzt für Infektiologie, einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Infektiologie gemäß Weiterbildungsordnung oder durch einen Facharzt für Mikrobiologie durchgeführt werden.

Eine infektiologische Komplexbehandlung (8-9xx.1 bis 8-9xx.11) ist zu kodieren, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Durchführung einer infektiologischen Basisevaluation
- Durchführung einer oder mehrerer infektiologischer Reevaluationen.
- Die infektiologische Reevaluation muss folgende Elemente beinhalten:
  - ☐ Körperliche Untersuchung
  - ☐ Bewertung von Befunden in Bezug auf die (vermutete) Infektionskrankheit
  - ☐ Bewertung der bisherigen Therapie in Bezug auf die (vermutete) Infektionskrankheit (falls bereits erfolgt)
  - ☐ Evaluation der (Verdachts-)Diagnose(n)
  - ☐ Empfehlung über das weitere diagnostische (falls erforderlich) Vorgehen
  - ☐ Empfehlung über das weitere therapeutische (falls erforderlich) Vorgehen

- ☐ Die Möglichkeit zu einer mikrobiologischen und krankenhaushygienischen Beratung muss werktags zu Kernarbeitszeiten gewährleistet sein (eigene Abteilung oder feste Kooperationspartner).
- Infektiologische Reevaluationen, die auf die Dauer der infektiologischen Komplexbehandlung angerechnet werden sollen, dürfen nur dann berücksichtigt werden, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:
  - ☐ Die vermutete Infektionskrankheit verursacht einen potentiell lebensbedrohlichen Zustand.
  - ☐ Die Infektionskrankheit wird durch multiresistente oder schwer zu behandelnde Erreger ausgelöst.
  - ☐ Die Behandlung der vermuteten Infektionskrankheit erfordert den Einsatz von mindestens zwei der folgenden Behandlungsmodalitäten (Antibiotikatherapie, chirurgische Interventionen zur Fokussanierung, invasive endoskopische Prozeduren zur Fokussanierung, interventionell radiologische Prozeduren zur Fokussanierung, Mikrobiomtransplantation, Hyperbare Sauerstofftherapie).
  - ☐ Die vermutete Infektionskrankheit gilt als nosokomial erworben.
  - ☐ Die vermutete Infektionskrankheit betrifft Patienten mit angeborener oder erworbener Immunschwäche.
  - ☐ Die vermutete Infektionskrankheit betrifft Patienten, die in den vorangegangenen 12 Monaten aus einer Region mit hoher Prävalenz für multiresistente Erreger (MRE) nach Deutschland eingereist oder von dort zurückgekehrt sind, oder in den vorangegangenen 3 Monaten von einer außereuropäischen Reise nach Deutschland zurückgekehrt sind.
  - ☐ Die Infektionskrankheit lässt sich einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen zuordnen:
    - oBlutstrominfektion
    - oInfektion des zentralen Nervensystems
    - oInfektion des Augeninneren und der Orbita
    - oEndokarditis
    - oMediastinitis
    - oKomplizierte Pneumonie
    - oLungenabszess, Pleuraempyem
    - oKomplizierte intraabdominale Infektion
    - oPostoperative Infektion
    - oKnochen und Gelenksinfektion
    - oKomplizierte Weichteilinfektion
    - oFremdkörperassoziierte Infektion
    - oKomplizierte Harnwegsinfektion
    - oProstataabszess
    - oNierenabszess
    - oInfektion bei intensivmedizinisch behandelten Patienten
    - oInfektion nach Transplantation (Knochenmark, solide Organe)
    - oInfektion in schwerer Neutropenie (inklusive Fieber in Neutropenie)
    - oTuberkulose und andere Mykobakteriosen
    - oSystemische oder organbezogene Infektion durch Pilzorganismen
    - oErkrankung durch Protozoen und Helminthen
    - oFieber unklarer Genese von mehr als 7 Tagen Dauer

Die Anzahl der Behandlungstage entspricht der Dauer der infektiologischen Komplexbehandlung. Die infektiologische Komplexbehandlung beginnt mit einer infektiologischen Basisevaluation und endet mit der letzten fristgerecht durchgeführten infektiologischen Reevaluation. Finden während eines Abrechnungsfalles mehrere infektiologische Komplexbehandlungen statt, so werden die Behandlungstage addiert.

8-9xx.0 Infektiologische Komplexbehandlung, Basisevaluation

8-9xx.1 Infektiologische Komplexbehandlung bis zu 6 Behandlungstage

8-9xx.2 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 7 bis maximal 13 Behandlungstage

8-9xx.3 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 14 bis maximal 20 Behandlungstage

8-9xx.4 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 21 bis maximal 27 Behandlungstage  
8-9xx.5 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 21 bis maximal 27 Behandlungstage  
8-9xx.6 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 28 bis maximal 41 Behandlungstage  
8-9xx.7 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 42 bis maximal 55 Behandlungstage  
8-9xx.8 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 56 bis maximal 69 Behandlungstage  
8-9xx.9 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 70 bis maximal 83 Behandlungstage  
8-9xx.10 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 84 bis maximal 97 Behandlungstage  
8-9xx.11 Infektiologische Komplexbehandlung mindestens 98 Behandlungstage

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Infektiologie versteht sich als Querschnittsfach, welches sowohl konservative als auch operative Fachdisziplinen bei ihren Tätigkeiten unterstützt. Sie soll als konsiliarisch agierende Disziplin weiter ausgebaut werden und einen Beitrag zum Erfolg der modernen Medizin leisten.

Die Prävention und die erfolgreiche Behandlung von Infektionen stellen wichtige Grundlagen der modernen Medizin dar. Dieser Segen droht jedoch in der nahen Zukunft zum Fluch zu werden, da durch den unsachgemäßen Einsatz von Antiinfektiva immer häufiger die Nebeneffekte einer antiinfektiven Therapie in den Vordergrund treten und den Behandlungserfolg gefährden.

Der aktuell bereits offenkundigste Nebeneffekt ist die Selektion und Ausbreitung von multiresistenten Erregern. Darüber hinaus stellt jede antiinfektive Therapie einen fundamentalen Eingriff in das menschliche Mikrobiom dar, dessen Folgen bisher weitgehend unverstanden sind.

Arzneimittelnebenwirkungen, Infektionen mit *Clostridium difficile* sowie die ökonomischen Auswirkungen eines verlängerten Krankenhausaufenthalts und Arzneimittelkosten sind weitere wichtige Konsequenzen von unsachgemäßer antiinfektiver Therapie. Diese unerwünschten Effekte betreffen nicht nur Patientinnen und Patienten, die primär mit einer Infektionserkrankung stationär aufgenommen werden sondern auch solche, die während der stationären Behandlung einer nicht-infektiösen Erkrankung eine Infektion entwickeln.

Ziel der infektiologischen Mitbehandlung ist es, durch Optimierung von Indikationsstellung, Auswahl und Dosierung der Antiinfektiva und Dauer der Behandlung die aufgelisteten Nebeneffekte zu minimieren und damit den Behandlungserfolg und die Patientensicherheit zu verbessern. Die Infektiologie arbeitet Hand-in-Hand mit der Krankenhaushygiene und der klinischen Mikrobiologie in dem Versuch Infektionskrankheiten und ihre Ausbreitung zu verhindern, Infektionskrankheiten frühzeitig zu diagnostizieren, sie schnell gezielt zu behandeln und überflüssige Behandlungen zu verhindern.

Die Regierung hat 2013 ein Förderprogramm mit dem Ziel initiiert, die Ausbreitung von multiresistenten Erregern zu bremsen. Die hierfür bereitgestellten Gelder wurden bisher hauptsächlich für die Förderung der Ausbildung von Fachärztinnen und Fachärzten für Hygiene sowie zur allgemeinen Verbesserung von Hygienemaßnahmen in Kliniken verwendet. Die dieser Initiative zugrundeliegende Absicht, die Übertragung von multiresistenten Erregern einzudämmen berücksichtigt nicht die Tatsache, dass durch eine antiinfektive Therapie (ob sachgerecht oder nicht) häufig erst der Boden für eine Übertragung von Erregern innerhalb der Klinik bereitet wird. Diesem Umstand trägt das 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) Rechnung, welches die der Ausbildung von Infektiologinnen und Infektiologen fördert. Ebenso werden externe Beratungsleistungen durch Infektiologinnen und Infektiologen zunächst vorübergehend gefördert.

Obwohl in einem Förderprogramm zusammengefasst, bestehen in Bezug auf die Finanzierung und Anreize erhebliche Unterschiede zwischen der Infektiologie und der Krankenhaushygiene. In Deutschland existieren sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene viele gesetzliche und untergesetzliche Regelungen zur Krankenhaushygiene. Seit 2012 müssen Krankenhäuser in ihrem Qualitätsbericht Angaben zu ihrer Ausstattung mit Hygienefachpersonal und zur Einrichtung einer Hygienekommission und ggf. einem hygienebezogenen Risikomanagement machen. Damit erfährt die Einhaltung von Hygienestandards und einer vorbildlichen Krankenhaushygiene bereits viel Aufmerksamkeit durch Gesetze, Verordnungen und die Qualitätssicherung. Krankenhäuser können es



sich nicht erlauben, im Bereich der Krankenhaushygiene auffällig zu werden. Sobald genügend Hygienefachpersonal zur Verfügung steht, steht einem Einsatz von krankenhaushygienischer Kompetenz nichts mehr entgegen. Eine gute Krankenhaushygiene stellt damit eine strukturelle Vorhaltung dar, deren Aufbau unabhängig von der Inanspruchnahme in Einzelfällen durch Krankenhausträger erfolgen muss. Die Vorhaltung von krankenhaushygienischer Kompetenz durch die Anreize des G-DRG-Systems ist daher nicht gefährdet.

Vergleichbare strukturelle Vorgaben zur Vorhaltung und deren Absicherungen durch Qualitätsindikatoren fehlen für die Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit (vermuteten) komplexen Infektionskrankheiten durch dafür speziell weitergebildete Ärztinnen und Ärzte. Infektiologinnen/Infektiologen werden in der Regel durch aktive Anforderung einer fremden Fachdisziplin mit in die Behandlung einbezogen und werden nicht von sich aus aktiv oder haben übergeordnete Koordinierungsfunktionen wie die Krankenhaushygiene. Entsprechend steht – insbesondere in Krankenhäusern, die eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung einsetzen – die Anforderung einer Infektiologin/eines Infektiologen in jedem Einzelfall unter dem Vorbehalt einer medizinisch-ökonomischen Abwägung. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die eigentlich wichtige konsiliarische Anforderung infektiologischen Sachverständigen von den primär behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus bettenführenden Kliniken unter den einflussreichen DRG-Bedingungen auch als bedeutender Kostenfaktor wahrgenommen wird. Für eine nicht anderweitig abgesicherte strukturelle Vorhaltung einer medizinisch und politisch gewünschten Fachexpertise bedarf es daher einer Berücksichtigung bei der Einzelfallvergütung im G-DRG-System. Anders als bei Komplexcodes, die sich an der Einhaltung von Standards orientieren (z.B. in den OPS-Komplexcodes aus der Klasse 8-983 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]) bedarf es zur Abbildung der Leistungen der Infektiologie auch der Berücksichtigung der Leistung 'am Krankenbett'.

Derzeit werden sowohl die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie, als auch die Inanspruchnahme vereinbarter externer Beratungsleistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie gefördert. Bei einem Auslaufen der Förderung ist zu befürchten, dass aufgrund ökonomischer Zwänge viele Krankenhäuser wieder dazu übergehen, auf die Weiterbildung bzw. Einstellung von speziell weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzten oder kostenverursachende externe Beratungsleistungen zu verzichten. Inwieweit eine Verstetigung der erfolgten Förderung der Infektionsmedizin gelingen könnte, ist noch offen. Es wäre jedoch günstig über Routinedaten zu verfügen, die Aufschluss über die Mitbehandlung durch Infektiologinnen/Infektiologen auf Fallebene bieten können. Damit könnten spezielle Fallkollektive identifiziert und Unterschiede im Einsatz zwischen Krankenhäusern transparent gemacht werden. Diese fehlenden Daten könnten mit Hilfe einer OPS-Komplexziffer generiert werden.

Des Weiteren deutet Vieles darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit komplexen Infektionskrankheiten im G-DRG-System noch nicht sachgerecht abgebildet sind. Mit einem Einfluss haben hier – neben der im Vergleich zum Standardfall der DRG verlängerten Verweildauer – sicherlich auch die hohen Kosten für teure Medikamente (vgl. beispielsweise Seiten 59, 106 des Extremkostenberichts 2015). In den letzten Jahren wurden viele Veränderungen am G-DRG-System und den Klassifikationssystemen vorgenommen (z.B. Einführung der OPS-Klasse 8-98g, Umstrukturierung der ICD-Kategorie U81! und vermehrte Berücksichtigung der Codes der OPS-Klasse 8-987 im G-DRG-Gruppierungsalgorithmus). Komplexe Infektionskrankheiten können sowohl als Haupt- als auch als Nebendiagnose auftreten. Fälle mit Infektionskrankheiten streuen über eine große Anzahl unterschiedlicher DRGs. Komplexe Infektionen werden nicht ausschließlich durch multiresistente oder isolationspflichtige Erreger verursacht. Häufig werden Infektionen auch durch weitere Begleiterkrankungen und deren Therapien verkompliziert (z.B. bei Immunschwächen, konsumierenden Erkrankungen, Polypharmazie). Nicht immer werden daher die o.g. bislang verfügbaren Attribute ausreichen, um Fälle mit komplexen Infektionen bzw. komplexen Infektionsverläufen zu beschreiben. Die Kombinationen aus Diagnosen für Infektionserkrankungen und Begleiterkrankungen sind zu vielfältig, als dass mit den bisherigen Attributen eine einfache Lösung zur Analyse und Abbildung gefunden werden könnte.

Der vorliegende Antrag für eine 'Infektiologische Komplexbehandlung' versucht diese Lücke zu schließen. Die Hypothese, dass Fälle, bei denen Infektiologinnen und Infektiologen mehrfach über Re-Evaluationen in den Behandlungsverlauf eingebunden werden, noch nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet sind, könnte mit Hilfe der beantragten OPS-Komplexcodes im InEK auf Grundlage der Kostendaten überprüft werden.



Der vorliegende Entwurf der OPS-Klasse Infektiologische Komplexbehandlung enthält die Voraussetzungen, die für eine Kodierung der Ziffer erfüllt sein sollen.

In seiner Summe stellt er einen Katalog von Mindestqualitätsstandards dar, die nach Ansicht der beantragenden Fachgesellschaften für eine erfolgreiche infektiologische Therapie zwingend erforderlich sind. Dabei stehen die Bewertung von Anamnese, Klinik und Befunden, sowie die Untersuchung am Krankenbett durch eine Infektiologin oder einen Infektiologen im Zentrum der Anforderungen. Es wurde soweit möglich bewusst darauf verzichtet, unbestimmte Rechtsbegriffe in die Mindestkriterien aufzunehmen. Unklare Rechtsbegriffe belasten die praktische Anwendung erheblich. Zum einen fehlen für die Prüfdienste klare Kriterien, anhand derer die korrekte Kodierung überprüft werden kann, zum anderen kann die Rechtsunsicherheit zu aufwendigen Auseinandersetzungen führen und diese zu nicht auflösenden widersprüchlichen Entscheidungen durch die Gerichte. Insbesondere wurde daher auch auf Mindestkriterien verzichtet, die ausschließlich qualitative Aspekte betreffen und bei denen keine Korrelation mit Kosten naheliegt. Dies bedeutet nicht, dass die beantragenden Fachgesellschaften nicht eine Qualitätssicherung für erstrebenswert halten. Die Infektiologische Komplexbehandlung soll jedoch als Attribut dienen, das in der Lage sein soll, aufwendige und möglicherweise nicht sachgerecht abgebildete Fälle zu identifizieren. Eine effektive Qualitätssicherung, die auch auf Akzeptanz stoßen soll, bedarf hingegen validierter eigener Indikatoren, insbesondere da Kosten und Qualität auch in der Behandlung von Infektionskrankheiten nicht in einem direkten Verhältnis zueinander stehen müssen und das G-DRG-System streng datenbasiert (d.h. kostenbasiert) weiterentwickelt wird.

Ebenso wurde versucht zu vermeiden, dass neue Dokumentationspflichten einzig für die Abrechnung entstehen, die aus medizinischen Gründen unnötig wären. Dies erfolgte insbesondere auch im Hinblick auf die nicht gesicherte Abrechnungsrelevanz der infektiologischen Komplexbehandlung. Generell wird der Aufwand, der für eine sachgerechte Verteilung limitierter Ressourcen eingesetzt wird, nicht direkt refinanziert. Mittelfristig fließen jedoch auch Aufwände für Dokumentation und Erlössicherung in die Gesamtfinanzierung ein. Wenn die Solidargemeinschaft sich nicht zunehmend Dokumentationsleistung zulasten der direkten Patientenversorgung einkaufen will, sollte, wo dies aus medizinischen Gründen nicht geboten erscheint, eine rein abrechnungstechnische Zusatzdokumentation daher vermieden werden.

Der OPS sollte möglichst ein reiner Leistungsbezeichner bleiben (auch bei operativen OPS-Kodes findet sich kein Indikationskatalog). Die Entwicklung der Infektionserkrankungen und deren Therapie sind sehr dynamisch. Die Anpassung von OPS-Komplexkodes mit bestehender Abrechnungsrelevanz hat sich in der Vergangenheit hingegen als schwierig dargestellt. Angaben zur Indikation wurden nur deshalb in die Mindestkriterien integriert, um Befürchtungen entgegenzutreten, dass es zu einer medizinisch nicht notwendigen Inanspruchnahme von infektiologischem Sachverstand bei einfachen Infektionskrankheiten kommen könnte.

Konkrete Vorgaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen im Einzelfall (Beispiel 'Erregerkulturen' oder 'Antibiotikatherapie') finden sich nicht in den Mindestkriterien, da dieses ebenfalls hoch individuell ist und einem stetigen Wandel unterliegt. Letztlich soll nicht direkt der Einsatz teurer Diagnostik/Therapie abgebildet werden, da dies sonst Einfluss auf die Indikationsstellung haben könnte.

Ebenso wurden keine Vorgaben in Bezug auf Zeitpunkte während des stationären Aufenthaltes (Aufnahme, Verlegung, Entlassung) formuliert, da komplexe Infektionserkrankungen zu jedem Zeitpunkt auftreten können.

Um eine Überschneidung mit bestehenden Attributen zu vermeiden, wurden auch keine Vorgaben zur Einhaltung krankenhaushygienischer Vorschriften, wie dies beispielsweise bei der MRE-Komplexbehandlung erfolgte, integriert. Ob die Aufnahme von vorgeschriebenen Standards in OPS-Kodes überhaupt sinnvoll ist, kann kontrovers diskutiert werden. Operative OPS-Kodes enthalten keine Anteile für die Erfüllung von operativen Standards.

Auch finden sich keine Vorgaben zu interdisziplinären und/oder interprofessionellen Besprechungen. Es ist davon auszugehen, dass bei veranlassten (und in der Regel krankenhaushygienischen verrechneten) Konsultationen ein Austausch über die Ergebnisse erfolgt. Eine weitere Dokumentation erscheint den beantragenden Fachgesellschaften nicht angezeigt. Relevant und mit Kosten assoziiert ist hingegen die Möglichkeit ('Gewährleistung') krankenhaushygienischen/mikrobiologischen Sachverstandes bei Bedarf mit einbinden zu können. Aspekte der Pflege werden sekundär über die Behandlungsdauer mit erfasst.

Die Konstruktion der OPS-Klasse für die Infektiologische Komplexbehandlung ist lediglich als

Diskussionsgrundlage gedacht. Die beantragenden Fachgesellschaften sind auch für eine andere Form der Abbildung – auch in anderen Kapiteln des OPS – offen. Wesentlich ist, dass die beiden wesentlichen Ziele erreicht werden:

1. Möglichkeit der Identifikation von Fällen, bei denen eine infektiologische Mitbetreuung erfolgt
2. Überprüfbarkeit der Hypothese, dass Fälle, bei denen es zu infektiologischen Re-Evaluationen kommt, besonders aufwendig ('Extremkostenfälle') und nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet sind.

Den beantragenden Fachgesellschaften ist bewusst, dass sich die OPS-Kodes für die Basisevaluation und vermutlich auch die Behandlungen unter 7/14 Tagen kaum als Kostentrenner im G-DRG-System erweisen werden. Diese OPS-Kodes sollen im Wesentlichen den ersten Zweck der Identifikation von Fällen, bei denen eine infektiologische Mitbetreuung erfolgt, verfolgen. Mit Hilfe dieser Kodes könnte der Einsatz der Infektiologie im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. der Qualitätsberichte dargestellt werden und Analysen erfolgen, die der Politik eine rationale Entscheidung über weitere Fördermaßnahmen ermöglichen. Der OPS-Code für die Basisevaluation stellt im strengen Sinne keine 'Komplexbehandlung' dar und könnte auch in Kapitel 1 des OPS abgebildet werden. Die beantragenden Fachgesellschaften würden jedoch zur Vereinfachung der Kodierung eine Zusammenfassung aller für die Fachdisziplin relevanten Kodes in einer einzelnen OPS-Klasse bevorzugen.

Die beantragten OPS-Kodes mit häufigeren Reevaluationen und damit Behandlungsdauer sollen dem zweiten Ziel dienen, komplexe Fälle zu identifizieren und eine sachgerechte DRG-Abbildung zu ermöglichen. Durch die Korrelation der Behandlungsdauer mit der Verweildauer besteht kein Anreiz zur Leistungsmengenausweitung durch den Einsatz von Infektiologinnen und Infektiologen. Entsprechende Fälle sind nicht aufgrund deren Einsatzes aufwendig, sondern Infektiologinnen und Infektiologen werden hinzugezogen, weil es sich um komplexe und aufwendige Fälle handelt. Die OPS-Kodes sollen damit auch nicht die direkten Kosten der infektiologischen Evaluationen abbilden, sondern als Attribut dienen, anhand dessen aufwendige Fälle identifiziert werden können. Entsprechende Fälle enthalten damit auch Kosten für Krankenhaushygiene, Mikrobiologie, Pflege, teure Antiinfektiva, intensivmedizinische Betreuung, etc., die selbstverständlich nicht nur die Mehrkosten durch die infektiologische Mitbetreuung widerspiegeln. Zur zusätzlichen strukturellen Absicherung der Gewährleistung krankenhaushygienischer und mikrobiologischer Expertise wurde ein entsprechendes Mindestkriterium aufgenommen.

Die Evaluationen sollen sowohl von externen als auch innerhalb der Klinik tätigen Infektiologinnen und Infektiologen erbracht werden können, so dass die OPS-Kodes auch in der Lage wären, aufwendige Fälle in kleineren Einrichtungen ohne eigenes Fachpersonal zu identifizieren.

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

s.o.

**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)

Anthony D. Bai et al.: Impact of Infectious Disease Consultation on Quality of Care, Mortality, and Length of Stay in Staphylococcus aureus Bacteremia: Results From a Large Multicenter Cohort Study. Clinical Infectious Diseases: 2015;60(10):1451–61

Rieg S. und Küpper M.F.: Der Einfluss eines infektiologischen Konsiliardienstes auf die Versorgungsqualität und das Überleben von Patienten mit Infektionskrankheiten. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2015, Volume 109, Issue 7: 500–510

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

Hoch varibale Fallkosten, die im Wesentlichen durch die Behandlungsdauer, teure Antiinfektiva und ggf. auch intensivmedizinische Behandlungen und Isolierungen bestimmt werden. Die Evaluationen selbst verursachen im Hinblick auf die Gesamtkosten der Fälle sehr geringe Kosten. Die OPS-Kodes sollen als Identifikationsmerkmal für Fälle mit hohen Kosten dienen.

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

Die Zahl der infrage kommenden Evaluationen in Deutschland ist derzeit nicht bekannt und kann auch nicht zuverlässig abgeschätzt werden.

**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.)

Über OPS-Kodes der beantragten OPS-Klasse könnte der Einsatz von infektiologischem Sachverstand auf Fallebene transparent gemacht werden. Dies könnte in Bezug zu Fallzahl, Diagnosen, Leistungen und anderen Attributen gestellt und so im Rahmen von Qualitätsdarstellung, Qualitätssicherung, Qualitätsverträgen und in der Versorgungsforschung genutzt werden.

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)