

Änderungsvorschlag für den OPS 2019

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:
ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-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 2018** 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 *	Arbeitsgemeinschaft leitende Kardiologische Krankenhausärzte
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	ALKK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.alkk.de
Anrede (inkl. Titel) *	Priv. Doz. Dr.
Name *	Weber
Vorname *	Michael A.
Straße *	Grafenberger Allee 100
PLZ *	40237
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	sekreteriaat@alkk.de; pd.dr.m.weber@gmail.com
Telefon *	02116006920

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 *	Berufsverband Deutscher Internisten
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BDI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bdi.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Hoffmeister
Vorname *	Hans Martin
Straße *	Gotenstr. 1
PLZ *	42653
Ort *	Solingen
E-Mail *	hoffmeister@klinikumsolingen.de
Telefon *	02125472600

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) *

OPS 8-98f 2018 Rücknahme der nicht sachgerechten Änderungen der Strukturanforderungen

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:

Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK), Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC)*, Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Verband der Leitenden Krankenhaussärzte Deutschlands (VLK), * noch in der Gremienabstimmung

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.)

entfällt

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Mindestmerkmale:

- Außerhalb dieser Anwendungszeit (der Regelarbeitszeit) muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin' innerhalb 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.

Eine Frist von 30 Minuten ist nicht evidenzbasiert, sie muss durch die Angabe Rufbereitschaft ohne Zeitangabe ersetzt werden.

Strukturvorgaben:

24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum

- Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Diese Vorgabe ist weder evidenzbasiert noch sachgerecht und muss entfallen. Inhaltlich ist sie nicht alternativ, sondern greift lediglich ein Merkmal auf, welches bezüglich Hybrid-OP keinen Bezug zur komplexen Intensivmedizin besitzt.

Wegfall Hybrid-Operationssaal, Intrakranielle Druckmessung außer Neurologie, Neurochirurgie

24-stündige Verfügbarkeit von drei der folgenden vier Verfahren im eigenen Klinikum:

Verfahren radiologische Diagnostik mittels CT und MRT

Diese Vorgabe trifft nur für Kliniken mit Neurologie und Neurochirurgie zu und muss durch einen entsprechenden Zusatz darauf begrenzt werden. Ein MRT ist häufig bei schwerstkranken Patienten auf Grund der Belastung und Dauer kein alternativ sinnvolles Verfahren.

Wegfall 24-stündige Verfügbarkeit MRT

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Mindestmerkmale (Personelle Qualifikation und Verfügbarkeit):

- Außerhalb dieser Anwendungszeit (der Regelarbeitszeit) muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin' innerhalb 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.

Eine Frist von 30 Minuten ist nicht evidenzbasiert.

Probleme bei so schwer kranken Patienten sind oft sehr zeitkritisch und erfordern ein sofortiges Eingreifen des Diensthabenden vor Ort, evtl. nach telefonischer Rücksprache mit dem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung. Es fehlt eine Begründung, welche Tätigkeit der Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung am Krankenbett machen soll, die der Diensthabende nicht nach telefonischer Rücksprache sofort erledigen kann und muss. Für zahlreiche Maßnahmen benötigt man zusätzliche Ärzte mit besonderen Kenntnissen z.B. Anschluss an ein Linksherzunterstützungssystem, die auch ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung nicht leisten kann, auch wenn er innerhalb von 30 Minuten am Bett ist. Die Zeit ist also völlig willkürlich gegriffen, da sie je nach Situation viel zu lang oder unnötig kurz ist.

Die Vorgabe eines festen Zeitintervalls für den Einsatzfall ist für die Einstufung des Dienstes als Rufbereitschaft arbeitsrechtlich und tarifrechtlich nicht vorgesehen. Ein Bundesarbeitsgerichts(BAG)-Urteil zur Zeitvorgabe zur Arbeitsaufnahme bei Rufbereitschaft stellt zwar fest: 'Zwischen dem Abruf und der Arbeitsaufnahme (darf) nur eine solche Zeitspanne liegen, dass hierdurch der Einsatz nicht gefährdet wird und im Bedarfsfall die Arbeitsaufnahme gewährleistet ist..... Wegzeiten in der Größenordnung von 25 bis 30 Minuten sind nicht unüblich und deshalb vom Arbeitgeber bei Rufbereitschaft generell hinzunehmen' (BAG Urteil vom 31.01.2002, 6AZR214/00). Das Zeitfenster wird dadurch aber in Zusammenhang mit intensivmedizinischen Notfällen nicht plausibel.

Diese Einschränkung gilt in gleichen Sinne für die weiteren innerhalb 30 Minuten verfügbar zu haltenden Fachärzte anderer Disziplinen.

Die Angabe 'innerhalb 30 Minuten am Patienten' muss durch 'in Rufbereitschaft' ersetzt werden.

Der Facharzt mit Zusatzbezeichnung in Rufbereitschaft muss auch am Campus und in dezentralen Kliniken oder Zentren außerhalb der Intensivstation eingesetzt werden können, wenn das die Versorgung der Intensivpatienten nicht gefährdet.

Strukturvorgaben:

24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum

- Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
- Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
- Transösophageale Echokardiographie

24 stündige Verfügbarkeit von intrakranieller Druckmessung und Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe. Diese Vorgabe beschränkt die Zahl der in Frage kommenden Kliniken auf solche mit Neurochirurgie und/oder Herzchirurgie. Eine Operation in einem Hybrid-OP bei Patienten mit aufwendiger Intensivmedizinischer Komplexbehandlung kommt nach heutigen Therapiealgorithmen nicht zum Einsatz. Sie kann deshalb keine Grundvoraussetzung sein. Eine intrakranielle Druckmessung ist Standard in der Neurochirurgie und Neurologie, wird aber in der Regel auf einer internistischen Intensivstation nicht benötigt. Auch die Verknüpfung dieser völlig unterschiedlichen Verfahren macht keinen Sinn. Diese Strukturvorgabe ist nicht sachgerecht und muss entfallen.

Die Voraussetzung 'intermittierende Nierenersatzverfahren' muss auch bei Erbringung z.B. durch eine Dialyse-Praxis am Standort als erfüllt gelten.

24-stündige Verfügbarkeit von drei der folgenden vier Verfahren im eigenen Klinikum:

- Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
- Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
- Interventionelle (Neuro)radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
- Laborleistungen

24 stündige Verfügbarkeit einer Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT

Eine Notfallbereitschaft für das MRT ist in Kliniken mit Neurologie und/oder Neurochirurgie nötig, aber sie ist keine Grundvoraussetzung für eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung in anderen Fächern. Selbst viele Maximalversorger bieten deshalb bisher keine 24/7 MRT-Bereitschaft an, weil die zeitaufwendigen Untersuchungen nur mit zusätzlich besonders qualifiziertem Personal möglich sind und erhebliche Anästhesieressourcen in Anspruch nehmen (P. Hoffstetter et al (2012) Notfall Rettungsmed) bzw. bei schwerkranken Patienten auf Grund von Belastung und Zeitaufwand nicht durchführbar sind.

Die Strukturvorgabe MRT 24/7 ist kein Intensivverfahren, die Bereitschaft muss entfallen.

Bei Verteilung der Spezialisierung auf unterschiedliche Häuser oder Campus von z.B. interventionelle Neuroradiologie und interventionelle Kardiologie muss die Voraussetzung als erfüllt gelten (organisatorischer Standortansatz).

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

Es wurde der Versuch gemacht, die Abbildung von Extremkostenfällen durch stringente Strukturvorgaben zu lösen. Damit wird das Grundprinzip des DRG-Systems, dass die Erlöse die tatsächlich vom InEK ermittelten Kosten abdecken, verlassen. Es kommt zu einer willkürlichen Beschränkung der Anzahl der Kliniken, die die DRG abrechnen dürfen, auch wenn andere die Leistungen ebenso leitliniengerecht erbringen.

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)

P. Hoffstetter et al 2012 Notfall Rettungsmed
 H.G. Kayzers et al 2018 Kayzers Consilium

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Größenordnung der zu befürchteten Erlöseinbußen bewegt sich in einer Analyse abhängig von der Fallzahl zwischen 0,35 und 2,35 Millionen Euro pro Klinik im Vergleich zu 2017. Dem Gesamtvolumen 'Krankenhaus-Budget' würden ca. 190 Millionen Euro entzogen. (Kayzers Consilium H.G. Kayzers et al 2018)

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

unterschiedliche Angaben in den Änderungsvorschlägen für 2018, danach ca. 200.000

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

Bei Anwendung des OPS-Kodes 8-980 anstelle 8-98f bei den betroffenen Kliniken ca. 190 Millionen Euro Erlöseinbußen (Kayzers Consilium H. G. Kayzers et al 2018), Angaben zu dem Ausmaß einer möglichen Erlössteigerung in den Kliniken, die die Strukturvorgaben erfüllen, sind nicht möglich.

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.)

nicht relevant

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Die Änderungen des OPS 8-98f 2018 sind nicht ausreichend diskutiert, abgestimmt und in ihren Auswirkungen analysiert worden. Sie sind in wesentlichen Punkten weder evidenzbasiert noch sachgerecht. Im Ergebnis schließen sie eine große Zahl an Kliniken sowohl Maximalversorger und Schwerpunktkliniken aus, die bisher leitliniengerecht diese Leistungen erbracht haben. Eine Umfrage an bisher 45 kardiologischen Kliniken (11 Maximal-, 28 Schwerpunkt-, 6 Regelversorger) der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte, mit ca. 1.500 Intensivbetten (davon 518 kardiologisch geführt) in 1/2018 gemeinsam mit dem Institut für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen ergibt folgendes Bild: 78% der Kliniken rechnen mit Problemen durch die Neufassung dabei 6 der 11 Maximalversorger. In 86% der Kliniken wird außerhalb der Regelarbeitszeit die Verfügbarkeit des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin durch Rufbereitschaft sichergestellt. 33% erfüllen nicht die

Strukturvorgabe intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-OP. 75% sehen in ihrer Region keine ausreichende Kapazität zur Verlegung in andere Zentren. 26% erwarten, dass sie in Zukunft hochkomplexe Intensiv- Patienten ablehnen müssen. 46% rechnen dadurch mit Versorgungsengpässen.

Diese sind im Vorfeld nicht ausreichend bedacht worden. Jenseits der Diskussion über zu viele Intensivbetten in Deutschland gefährden die Vorgaben die Versorgung, da durch die einschneidende Begrenzung auf ausgewählte Maximalversorger der Bedarf nicht mehr gedeckt ist. Dies wird verstärkt durch aktuelle flächendeckende Bettensperrungen in den Zentren durch Pflegepersonalmangel vor allem in den Ballungsgebieten. Die geforderte Zahl erfahrener Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung 'Intensivmedizin' ist auf Grund der Dauer der Weiterbildung, nicht immer zeitnah entsprechend der verschärften Ansprüche von OPS 2017 zu OPS 2018 zu erfüllen. Für die zwingende Einführung einer solchen zusätzlichen Qualifikationsvoraussetzung der Ärzte ist deshalb eine Übergangsfrist notwendig.

Standortdefinition:

Die verwendete Begrifflichkeit 'im eigenen Klinikum' ist nicht definiert. Nach der Einigung von GKV-SV und DKG vor der Schiedsstelle am 28.07.2017, die im Wesentlichen dem Wunsch der Kassen nach einer räumlichen und nicht organisatorischen Definition entspricht, gilt die Geokoordinate ('Postadresse'), entweder für einen zusammenhängenden Gebäudekomplex oder eine Fläche mit mehreren Gebäudekomplexen, bei der die Distanz des Abstands der äußeren Gebäude maximal 2000m betragen darf. So werden die Kassen und der MDK die Begrifflichkeit auslegen. Man sollte es dann auch so benennen und sich der Problematik für die Vorhaltung von Strukturmerkmalen bewusst sein. In Einzelfällen sollen Abweichungen im Einvernehmen möglich sein, aber sie sollten hier klar benannt werden, insbesondere für extern des Campus gebaute Kliniken (z.B. Herzzentren). Hier muss dann der organisatorische Ansatz gelten.

Prüfungen des medizinischen Dienstes (MDK):

Für die tatsächliche Verfügbarkeit des Facharztes mit Zusatzbezeichnung muss ein Erfüllungsgrad von z.B. 90% definiert werden, gemessen über den Zeitraum eines Quartals. Auch darf das kurzzeitige Nichterfüllen eines für den individuellen Behandlungserfolg nicht entscheidenden Kriteriums nicht zum kompletten Entfall der OPS führen. Eine Nichterfüllung dieser Vorgaben in bis zu 10% der Zeit muss toleriert werden. Die Forderung nach einer Dokumentation z. B. der täglichen Visiten durch den Facharzt mit Zusatzbezeichnung bei allen Patienten für Prüfungen des MDK ist völlig überzogen.

Zusammenfassung:

Die beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden unterstützten ausdrücklich alle Maßnahmen, die zu einer Qualitätsverbesserung in der Behandlung schwerkranker Intensivpatienten führen. Sie befürworten deshalb stringente Strukturvorgaben und Mindestmerkmale der ärztlichen Qualifikation. Die dafür nötigen hohen Vorhaltekosten müssen in einem entsprechenden Code für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen abgebildet sein.

Die hier geforderten Änderungen beziehen sich dagegen auf Mindestmerkmale und Strukturvorgaben, die in den OPS 8-98f 2018 aufgenommen wurden, die weder evidenzbasiert noch für die Patientenversorgung benötigt werden. Sie führen zu unnötigen Standortdiskussionen, erheblichen zusätzlichen Kosten und gefährden eine rechtsichere Abrechnung. Sie leisten der nicht sachgerechten Prüfpraxis des MDK, bei Nichterfüllung einzelner Details, die gesamte DRG strittig zu stellen, Vorschub. Die Neueinführung verpflichtender Zusatzqualifikationen für das ärztliche Personal ist sinnvoll, bedarf aber den Weiterbildungszeiten entsprechende Übergangszeiten. Auch Maximalversorger und große Schwerpunktversorger sind von den Strukturvorgaben betroffen. Sie führen dort weniger zu einer Qualitätssteigerung der Intensivmedizin, als zu Erlöseinbußen bei kompetent und leitliniengerecht erbrachten Leistungen. Eine Übergangsfrist war bisher kostenneutral bei solchen Neueinführungen von OPS Codes gängige Praxis, so dass erst im übernächsten Jahr vorhandene Erlösunterschiede wirksam wurden. Für 2018 müssen die aufgeführten neuen Strukturvorgaben und Merkmale sistiert und für 2019 rückgängig gemacht werden. Vor weiteren Änderungen bedarf es der ausführlichen Diskussion mit allen Beteiligten und einer sorgfältigen Folgeabschätzung.