

# 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 Formulare Daten 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-komplexe-kodierung-erkrankung.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](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 *	Deutsche Gesellschaft für Infektiologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGI
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 *	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	Roeder & Partner
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.roederpartner.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Fiori
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Am Dorn 10
PLZ *	48308
Ort *	Senden
E-Mail *	wolfgang.fiori@roederpartner.de
Telefon *	02536-318-4302

### 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 zweier OPS-Klassen für infektiologische Basis- und Reevaluationen

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Etablierung zweier OPS-Klassen:

x-xxx Infektiologische Basisevaluation

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.  
Exkl.: Infektiologische Reevaluations (y-yyy.-)

Mindestmerkmale:

Eine infektiologische Basisevaluation ist zu kodieren, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:  
Durchführung durch einen Facharzt für Infektiologie, einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Infektiologie/klinische Infektionsmedizin gemäß Weiterbildungsordnung.

Die infektiologische Basisevaluation muss folgende Elemente beinhalten:

- o Anamnese in Bezug auf eine (vermutete) Infektionskrankheit
- o Körperliche Untersuchung
- o Bewertung der bisherigen antiinfektiven Therapie (falls bereits erfolgt)
- o Festlegung einer oder mehrerer Verdachtsdiagnosen
- o Empfehlung über das weitere diagnostische (falls erforderlich) Vorgehen
- o Empfehlung über das weitere therapeutische (falls erforderlich) Vorgehen

y-yyy Infektiologische Reevaluations

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.

Wenn infektiologische Reevaluations erfolgen, ist die initiale infektiologische Basisevaluation (x-xxx) nicht gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Bei aufeinanderfolgenden Betreuungen sind die Betreuungstage der infektiologischen Reevaluations zu addieren.

Infektiologische Reevaluations sind zu kodieren, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Durchführung einer initialen infektiologischen Basisevaluation gemäß OPS x-xxx
- Durchführung mindestens einer weiteren infektiologischen Reevaluation.
- Durchführung durch einen Facharzt für Infektiologie, einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Infektiologie/klinische Infektionsmedizin gemäß Weiterbildungsordnung.
- Die infektiologische Reevaluation muss folgende Elemente beinhalten:
  - o Körperliche Untersuchung
  - o Bewertung der bisherigen antiinfektiven Therapie (falls bereits erfolgt)
  - o Empfehlung über das weitere diagnostische (falls erforderlich) Vorgehen
  - o Empfehlung über das weitere therapeutische (falls erforderlich) Vorgehen

Die Betreuungszeit bei den infektiologischen Reevaluations beginnt mit einer initialen infektiologischen Basisevaluation und endet mit der letzten durchgeführten infektiologischen Reevaluation. Infektiologische Reevaluations, die in die Berechnung der Betreuungszeit eingehen sollen, dürfen spätestens 13 Tage nach der letzten vorausgegangenen infektiologischen Reevaluation bzw. der initialen Basisevaluation erfolgen.

y-yyy.0 Infektiologische Reevaluations bis zu 6 Betreuungstage, mindestens eine Reevaluation

- y-yyy.1 Infektiologische Reevaluationen mindestens 7 bis maximal 14 Betreuungstage, mindestens eine Reevaluation
- y-yyy.2 Infektiologische Reevaluationen mindestens 15 bis maximal 21 Betreuungstage, mindestens 2 Reevaluationen
- y-yyy.3 Infektiologische Reevaluationen mindestens 22 bis maximal 28 Betreuungstage, mindestens 2 Reevaluationen
- y-yyy.4 Infektiologische Reevaluationen mindestens 29 bis maximal 42 Betreuungstage, mindestens 3 Reevaluationen
- y-yyy.5 Infektiologische Reevaluationen mindestens 43 bis maximal 56 Betreuungstage, mindestens 4 Reevaluationen
- y-yyy.6 Infektiologische Reevaluationen mindestens 57 bis maximal 70 Betreuungstage, mindestens 5 Reevaluationen
- y-yyy.7 Infektiologische Reevaluationen mindestens 71 bis maximal 84 Betreuungstage, mindestens 5 Reevaluationen
- y-yyy.8 Infektiologische Reevaluationen mindestens 85 bis maximal 98 Betreuungstage, mindestens 6 Reevaluationen
- y-yyy.9 Infektiologische Reevaluationen mindestens 99 Betreuungstage und mindestens 7 Reevaluationen

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Der Antrag wurde bereits im Vorjahr gestellt. Durch die Gespräche mit der AG OPS im Rahmen des Antragsverfahrens wurden wesentliche Anregungen für dieses Jahr aufgenommen:

1. Die Basisevaluation und die Reevaluationen werden nun als unterschiedliche OPS-Kodes beantragt. Dies führt zu einer deutlichen Vereinfachung der Mindestkriterien und damit der Länge und Komplexität der Kodebeschreibungen. Das Quantifizierungsmerkmal (umbenannt in 'Betreuungstage') spielt nur noch bei den Reevaluationen eine Rolle. Die Basisevaluation muss nicht mehr in die Logik integriert werden.

2. Die OPS-Titel wurden umbenannt. Es handelt sich zwar um komplexe klinische Fälle, in denen Patienten interdisziplinär betreut werden, nicht jedoch um Komplexbehandlungen im Sinne des OPS. Die OPS-Kodes sollten 'Infektiologische Basisevaluation' und 'Infektiologische Reevaluationen' betitelt werden.

3. Damit geht einher, dass die Zuordnung zu der Gruppe der 'Komplexbehandlungen' in Kapitel 8 des OPS nicht mehr zwingend erscheint. Es wurde nun kein Vorschlag mehr zur Bezifferung gemacht, so dass beispielsweise auch eine Klassifizierung in Kapitel 1 (Diagnostische Maßnahmen) denkbar wäre. Die Antragsteller bitten jedoch, die beiden nun beantragten Ziffern klassifikatorisch nicht voneinander zu trennen. Da nicht zu erwarten ist, dass der OPS-Kode für die Basisevaluation im DRG-System entgeltrelevant wird, würde eine Trennung der beiden OPS-Kodes die Erfassungsqualität (Vollständigkeit) in der Praxis erheblich belasten und den Nutzen für Fragen der Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung in Frage stellen.

4. Die lange Liste der medizinischen Mindestkriterien für die Reevaluationen wurde radikal gekürzt. Ein Missbrauchspotenzial wird von den Antragstellern nicht gesehen, da

a. Die Verweildauer mit als Quantifizierungskriterium eingeht und wenig komplexe Fälle nicht die nötige Betreuungsdauer aufweisen werden bzw. Fälle mit den Einstiegsklassen y-yyy.0 und ggf. auch y-yyy.1 vermutlich ohnehin keine Entgeltrelevanz erlangen werden. Dass ein Anreiz wahrgenommen würde, die Verweildauer über das medizinisch notwendige Maß auszudehnen, um weitere infektiologische

Reevaluationen durchzuführen, ist abwegig.

b. Die Infektiologie als überwiegen konsiliarisch tätiges Fachgebiet aufgrund krankenhausinterner Leistungsverrechnungen nur dann angefordert werden dürfte, wenn die Expertise auch als notwendig empfunden wird.

5. Das Quantifizierungsmerkmal bei den 'Infektiologischen Reevaluationen' wurde um die Mindestanzahl an infektiologischen Reevaluationen ergänzt. Dies soll einen höheren Leistungsbezug herstellen. Da jedoch nicht die Anzahl der Reevaluationen mit den Kosten korreliert, ist die Mitberücksichtigung der Betreuungsdauer zwingend erforderlich. Hierin unterscheiden sich die beantragten Codes für die 'Infektiologischen Reevaluationen' in keiner Weise von den OPS-Komplexbehandlungen. Entgeltrelevante OPS-Komplexbehandlungen weisen entweder einen direkten Verweildauerbezug auf (z.B. 8-550, 8-552, 8-981, 8-983, 8-987, 8-98g) oder ihr Quantifizierungsmerkmal korreliert stark mit der Verweildauer (z.B. intensivmedizinische Aufwandspunkte). Eine reine Orientierung an der Anzahl der Reevaluationen ist nicht sinnvoll, weil:

a. Die Inanspruchnahme und damit Frequenz der Reevaluationen ist vom individuellen Fall und klinischen Verlauf abhängig. Dies sollte so bleiben. Die Anzahl der Reevaluationen alleine dürfte damit aber nicht in einem ausreichenden Maß mit den Kosten korreliert sein. Eine alleinige Orientierung an der Anzahl der Reevaluationen reduziert erheblich die Chance auf eine mögliche zukünftige Entgeltrelevanz der OPS-Kodes. Sofern die Betreuungsdauer nicht mit in den OPS als Quantifizierungsmerkmal mit aufgenommen wird, verliert der OPS-Kode sein Potenzial, Entgeltrelevanz zu erlangen. Die Etablierung eines reinen 'Wertschätzungskodes' lehnen die Antragsteller entschieden ab. Dies würde lediglich zu einer Zunahme der Bürokratisierung führen und wäre im Hinblick auf die knappe Ressource des infektiologischen Sachverständes verantwortungslos.

b. Die alleinige Nutzung der Reevaluationen als Quantifizierungsmerkmal könnte den Anreiz setzen, medizinisch fragwürdige Reevaluationen in hoher Frequenz durchzuführen. Dies wäre insbesondere im Hinblick auf die knappe Ressource des infektiologischen Sachverständes verantwortungslos. Durch die Mitberücksichtigung der Betreuungsdauer werden Fehlanreize beseitigt.

c. Der OPS-Kode könnte für bettführende infektiologische Fachabteilungen nicht mehr nutzbar werden, da diese die tägliche Visite als Reevaluation zählen könnten.

6. Das Mindestkriterium der fachlichen Qualifikation wurde auf die zu erwartende Musterweiterbildungsordnung hin angepasst. Vorbehaltlich der Zustimmung durch den Ärztetag wird es 2019 eine Zusatzweiterbildung klinische Infektionsmedizin geben, die – im Gegensatz zur alten Zusatzweiterbildung 'Infektiologie' – allen Fachärzten der klinischen Fächer sowie auch der Mikrobiologie und Hygiene offenstehen wird.

Des Weiteren sei auf die Problembeschreibung und ausführliche Erläuterung des Antrags aus dem Vorjahr verwiesen. Aufgrund offensichtlich bestehender Missverständnisse seien jedoch nochmals folgende wichtige Aspekte aufgeführt:

1. Mit den OPS-Kodes für die Infektiologischen Reevaluationen sollen nicht die Kosten für die Infektiologischen Reevaluationen direkt refinanziert werden!

Es geht daher bei der Leistungsbeschreibung in den Mindestkriterien nicht darum, eine an sich teure Leistung zu identifizieren. Im Hinblick auf die komplexen Fälle, zu denen Infektiologen wiederholt gerufen werden müssen, fallen die Kosten für die Reevaluationen quantitativ nicht ins Gewicht! Vielmehr gehen die Antragsteller von der Hypothese aus, dass die Tatsache, dass Infektiologen wiederholt zu Fällen gerufen werden müssen, ermöglichen könnte, aufwendige und bislang noch nicht sachgerecht im DRG-System abgebildete Fälle zu identifizieren. Die infektiologischen Reevaluationen dienen damit lediglich als ein Attribut. Dies entspricht der grundsätzlichen Logik der DRG-Abbildung. Im Übrigen funktionieren in diesem Hinblick auch die meisten OPS-Komplexbehandlungen, u.a. auch die MRE-Komplexbehandlung (OPS 8-987), die nicht direkt der Refinanzierung der getroffenen Hygienemaßnahmen dient. Auch die 'aufwendige' intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98f) unterscheidet sich im Leistungsumfang (SAPS/TISS) nicht von der ('weniger aufwendigen') intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-980), sondern identifiziert als Attribut Fälle mit höheren Kosten aufgrund anderer Umstände. Auch findet sich dieses Prinzip der Differenzkostenbetrachtung in der Empfehlung für die Kalkulation von Zusatzentgelten der

Selbstverwaltungspartner ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

Ziel der Nutzung der OPS-Kodes für die Infektiologischen Reevaluationen ist es, unter den Fällen mit langer Verweildauer und hohen Kosten diejenigen zu identifizieren, bei denen das Krankenhaus die gebotene infektiologische Mitbetreuung gemäß der Mindestkriterien in den gebotenen Mindestabständen erbracht hat. Diese sollen dann einer angemessenen Vergütung zugeführt werden. Das DRG-System sanktioniert ökonomisch lange Verweildauern über dem Standard, um Anreize zur Prozessoptimierung und Wirtschaftlichkeit zu setzen. Weisen Krankenhäuser Fälle mit langen Verweildauern selbstverschuldet, z.B. aufgrund von nicht adäquat hinzugezogenen infektiologischen Sachverstand, auf, so bedarf es keiner Kompensation höherer Kosten. Weisen hingegen Krankenhäuser, z.B. aufgrund einer Spezialisierung auf komplexere (z.B. immunkompromittierte) Patienten oder der Zuverlegung von weniger spezialisierten Krankenhäuser, Fälle mit komplexeren Infektionen bzw. Infektionsverläufen auf UND setzen infektiologischen Sachverstand im Sinne ihrer Patienten adäquat ein, so erscheint eine Kompensation notwendig und sinnvoll. Von einer 'Schiefelage der Leistungserbringung' ist in Deutschland auszugehen. Die OPS-Kodes für die infektiologischen Reevaluationen sollen damit zum Einen aufwendige und noch nicht sachgerecht abgebildete Fälle identifizieren und zum Anderen gewährleisten, dass diesen in adäquatem Maß infektiologischer Sachverstand zu Gute kommt. Für Krankenhäuser und fachfremde bettenführende Fachabteilungen könnte mit den OPS-Kodes der Anreiz gesetzt werden:

- a. infektiologischen Sachverstand vorzuhalten (oder durch Weiterbildung aufzubauen)
- b. infektiologischen Sachverstand im individuellen Fall auch adäquat einzusetzen

2. Durch die beantragten OPS-Kodes entstehen keine neuen Dokumentationspflichten über die Kodierung selbst hinaus!

Die Dokumentation der erbrachten Leistungen (Anamnese, Untersuchungsbefund, Bewertung von bisherigen Befunden und Therapie, Stellen von (Verdachts-)Diagnosen sowie eine mögliche Empfehlung über das weitere diagnostische/therapeutische Vorgehen) ist elementarer Bestandteil der medizinischen Dokumentation. Die Betreuungszeit ergibt sich aus dem Datum der Basis- und folgenden Reevaluationen (Konsile). Medizinisch nicht zwingend notwendige Leistungen (z.B. Teambesprechungen, Führen und Erläutern von Unterschriftenlisten, etc.) werden explizit nicht gefordert. Von den aufgeführten Leistungen als Mindestkriterien erscheinen den Antragstellern diejenigen am wichtigsten, die eine Betreuung durch Infektiologen am Krankenbett erfordern. Durch Aufführung dieser Mindestkriterien soll verhindert werden, dass 'infektiologische Konsile' 'virtuell' d.h. ohne Patientenkontakt durchgeführt werden. Die Antragsteller halten den direkten Patientenkontakt für eine *Conditio sine quo non* für den erfolgreichen Einsatz von infektiologischem Sachverstand.

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

**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 \***

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

**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.)

Denkbar

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)