

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

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:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** 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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren 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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt 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.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

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 *	Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	VLK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.vlk-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	Priv. Doz. Dr.
Name *	Weber
Vorname *	Michael A.
Straße *	Tersteegenstr. 9
PLZ *	40474
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	pd.dr.m.weber@gmail.com
Telefon *	0211454990 mobil: 01716112395

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 *	Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	ALKK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.alkk.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) *

Änderungsvorschlag für den OPS 8-98f 2020 Mindestmerkmale u. Strukturvorgaben

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK), Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Verband der Leitenden Krankenhaussärzte Deutschlands (VLK),

5. Der 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

entfällt

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“ unverzüglich am Patienten verfügbar sein (Rufbereitschaft möglich). Dies gilt entsprechend für die klinischen Konsiliardienste

innerhalb 30 Minuten gestrichen Zusatz (Rufbereitschaft möglich). Dies gilt entsprechend für die klinischen Konsiliardienste.

Die Zeitvorgabe von 30 Minuten ist nicht evidenzbasiert. Die Versorgung schwerstkranker Intensivpatienten hat unverzüglich d. h. ohne schuldhaftes Zögern zu erfolgen. Die Begründung, eine feste Zeitvorgabe müsse festgelegt werden, damit Verfehlungen justiziabel sein, ist nicht zu akzeptieren. Im Gegenteil müssen die Vorgaben für Bereitschaft und Rufbereitschaft im realen Betrieb erfüllbar und damit rechtsicher sein. Es darf keine zwingende Vorgabe für Bereitschaftsdienst durch die Hintertür geben. Gerade die Erfahrungen mit der neurologischen Komplexpauschale zeigen, dass in OPS Ziffern nur Vorgaben aufgenommen werden sollten, die realistisch und im Regelfall realisierbar sind.

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 und Unfallchirurgie

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, Neurochirurgie und Unfallchirurgie 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

(siehe Korrektur in rot in der OPS Code-Beschreibung in der Anlage)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Mindestmerkmale (Personelle Qualifikation und Verfügbarkeit):

Natürlich muss die Versorgung schwerstkranker Intensivpatienten bei Problemen unverzüglich erfolgen. Die Vorgabe einer festen Zeit von 30 Minuten zusätzlich eingeschränkt durch die Begrifflichkeiten "am Patienten" ist rechtlich äußerst problematisch. Ob diese Bedingungen in Rufbereitschaft zu erfüllen sind, wie in der überwiegenden Zahl der betroffenen Maximalversorger üblich, ist umstritten. An sich muss zur Erfüllung Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Da der aber Arbeitszeit ist, fehlt es auch Maximalversorgern an der Zahl der dafür qualifizierten Fachärzten. Sie sind auch nicht auf dem Stellenmarkt verfügbar ganz unabhängig von den finanziellen Auswirkungen.

Strafrechtlich und zivilrechtlich drohen Konsequenzen wenn die Frist z. B. durch andere gleichzeitig bestehende Verpflichtungen nicht eingehalten werden kann. Es würde voraussetzen, dass der Arzt in Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst im Alarmierungsfall immer frei verfügbar ist. Dies ist realitätsfremd, da er auch bei anderen Notfällen z. B. im OP, bei einer Intervention oder Reanimation gebunden sein kann. Der Patient wird in dieser Zeit natürlich von dem diensthabenden Arzt versorgt. Abrechnungstechnisch befürchten wir nach den Erfahrungen mit der neurologischen Komplexbehandlung, dass bei Nichteinhaltung der MDK und die Kassen die Zahlung der

Komplexbehandlung verweigern oder bereits geleistete Zahlungen zurückfordern.

Probleme bei Intensivpatienten 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.

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. 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 in Kooperation 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, Neurochirurgie und Unfallchirurgie 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 für Intensivstationen ohne Neurologie, Neurochirurgie oder Unfallchirurgie entfallen.

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

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

P. Hoffstetter et al 2012 Notfall Rettungsmed
 H.G. Kaysers et al 2018 Kaysers Consilium
 Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V Arzt und Krankenhaus 2017

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Die Angaben des InEK für 2018 liegen noch nicht vor. Die Größenordnung der zu befürchtenden Erlöseinbußen bewegt sich in einer Analyse abhängig von der Fallzahl zwischen 0,35 und 2,35 Millionen Euro pro Klinik 2018 im Vergleich zu 2017. Das Gesamtvolumen das dem "Krankenhaus-Budget" entzogen wurde ist noch unklar. Mit Rückforderungen in den Folgejahren nach entsprechenden Prüfungen durch den MDK muss gerechnet werden.

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

Unterschiedliche Angaben

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

Die Erlösunterschiede für betroffene Kliniken sind z.T erheblich. Komplexpauschalen können auch noch rückwirkend strittig gestellt und verrechnet werden. Sie bewirken damit eine enorme Budgetunsicherheit. Verstärkt wird der Effekt durch die vom InEK zeitgleich verfügte Absenkung der Erlöse für die Basis Intensiv Pauschale.

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 bzw. 2019 sind nicht ausreichend diskutiert, abgestimmt und in ihren Auswirkungen analysiert worden. Sie sind in den genannten Punkten weder evidenzbasiert noch sachgerecht. Im Ergebnis schließen sie eine große Zahl an Kliniken sowohl Maximalversorger als auch Schwerpunktkliniken aus, die bisher leitliniengerecht diese Leistungen erbracht haben. Der Umstand, dass unser Änderungsantrag für 2019 von der gleichen Arbeitsgruppe abgelehnt wurde, die die ursprünglichen Änderungen veranlasst hat, ohne dass es mit uns als Antragsteller und damit Vertreter der von erheblichen finanziellen Einbußen betroffenen Kliniken zu irgendeiner Diskussion gekommen ist, finden wir disussionswürdig. Leider war es im Vorfeld der jetzigen Antragsstellung wieder nicht möglich, über alle Fachgruppen zu einem Konsens zu kommen.

Jenseits der Diskussion über zu viele Intensivbetten in Deutschland gefährden die Vorgaben die Versorgung, da die finanzielle Besserstellung auf dem Weg der Umverteilung ausgewählter Maximalversorger und Uniklinika zu erheblichen Erlöseinbußen bei den submaximalen Versorgern führt. Dies könnte die Versorgung in der Fläche gefährden. Verstärkt wird die Gefahr 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.

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 Verbände unterstützen ausdrücklich alle Maßnahmen, die zu einer Qualitätsverbesserung in der Behandlung schwerkranker Intensivpatienten führen. Sie befürworten deshalb stringente Strukturvorgaben und Mindestmerkmale der ärztlichen Qualifikation. Diese Verschärfung der Vorgaben bleibt auch nach Umsetzung unserer Vorschläge bestehen. Die dafür nötigen hohen Vorhaltekosten müssen in einem entsprechenden Code für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlungen abgebildet sein.

Die angesprochenen Änderungen im OPS 8-98f, deren Änderung wir fordern, beziehen sich auf Mindestmerkmale und Strukturvorgaben, 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 2020 müssen die aufgeführten Änderungen rückgängig gemacht werden. Submaximale Kliniken die von Erlöseinbußen besonders betroffen sind, wurden nicht gehört. Ebenso eine Reihe von

Fachgesellschaften, die scherpunktmäßig Intensivmedizin betreiben. In Zukunft bedarf es einer ausführlichen Diskussion mit allen Beteiligten und einer sorgfältigen Folgenabschätzung. In diesem Sinne erhoffen wir uns für diesen Antrag einen konstruktiven Dialog.