



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) *

Überarbeitung des OPS-Kodes 8-987

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 BfArM 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:

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.)

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)

8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Keimen , MRE (s. Anlage)

Der in den patientenbezogenen Mindestmerkmalen enthaltene Absatz:

"Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.Ä.)
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.)
- Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)"

soll gestrichen werden.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

1. Da der Begriff Mehraufwand in diesem Zusammenhang einen definierten Bezugspunkt erfordert, dieser jedoch für die Vielzahl der möglichen Erkrankungskonstellationen (Grunderkrankung, Multimorbidität etc.) nicht eindeutig festzulegen ist, entsteht hierdurch ein enormes Konfliktpotenzial.
2. Die Forderung eines durchschnittlichen Mehraufwandes von 2 Stunden täglich als eine der Voraussetzungen zur Abrechnung des Codes ist willkürlich gewählt.
3. Die im Code beschriebenen Maßnahmen entsprechen sowohl der AWMF-Leitlinie "Maßnahmen beim Auftreten multiresistenter Erreger (MRE)" (029/019) als auch den entsprechenden Empfehlungen der KRINKO. Unstrittig ist, dass die beschriebene Verfahrensweise einer strikten Isolierung bereits per se aufwendiger ist als die Versorgung nicht isolierter Patienten.
Die Verpflichtung zur Dokumentation jeglicher Einzelmaßnahmen ist vor diesem Hintergrund sowie der ohnehin angespannten Personalsituation im Pflegebereich ein unzumutbarer und ebenso verzichtbarer bürokratischer Aufwand.
4. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-System sind die aufwendigsten zu dokumentierenden Mindestmerkmale im OPS-Kode 8-987, welche im wesentlichen durch das Pflegepersonal aufgezeichnet werden und dieses in besonderem Maße zusätzlich belasten, nicht länger zu rechtfertigen.
5. Die Fachgesellschaften hatten sich bereits der Streichung umfassend angeschlossen.

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

- Bereinigung des OPS-Kodes
- Aufwandsreduktion durch Verzicht auf überflüssige Bürokratie

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

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

-

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

-

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

-

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

-

h. 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.)

-



8. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

-

9. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)

-