



**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 der Strukturmerkmale im OPS-Kode 8-98d

**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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur); s. Anlage

**1. Streichung des Strukturmerkmals:**

"Die Ärzte des Teams sind in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten"

**2. Streichung des folgenden Absatzes aus dem OPS 8-98d:**

Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2021 eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend

**3. Textanpassung im nachfolgenden Strukturmerkmal:**

"Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein" (alt)  
hin zu

"Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss grundsätzlich gewährleistet sein. Kurzfristige Notfalleinsätze innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) sind möglich" (neu)

**7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags****a. Problembeschreibung \***

zu 1.)

In der Praxis hat sich gezeigt, dass eine einheitliche und objektive Beurteilung der Merkmale "Erfahrung" und "aktuelle Probleme der Patienten kennen" im Rahmen von Einzelfallabrechnungsprüfungen nicht operationalisierbar ist und somit ein enormes Konfliktpotential birgt. Weiterhin steht die Forderung nach einem Team, welches ausschließlich aus "erfahrenen" Teammitgliedern bestehen darf, einer Ausbildung von "neuen" Ärzten und Pflegenden entgegen. Da diese Teammitglieder initial nicht über die geforderte "Erfahrung" verfügen (können), wäre das Strukturmerkmal nicht erfüllt bzw. nicht erfüllbar.

zu 2.)

Die geforderte Fachweiterbildungsquote von 40% bei Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen kann auf Grund des sich weiterhin verschärfenden generellen Personalmangels verbunden mit einer ausgeprägten Fluktuation von bereits qualifiziertem Pflegepersonal, nach wie vor nicht sicher umgesetzt werden. Um bestehende Versorgungsangebote sicherstellen zu können, wurde bereits mehrfach eine Verlängerung der Übergangsfrist - aktuell bis zum Jahresende 2021 - notwendig. Da eine grundlegende Änderung der dargestellten Personalsituation in den Krankenhäusern kurz- und mittelfristig nicht zu erwarten ist, sollte eine Streichung dieses Strukturmerkmals erfolgen.

zu 3.)

Kliniken mit pädiatrischen Intensivstationen verfügen zumeist ebenso über weitere pädiatrische Stationen (Kinderchirurgie, Kinderonkologie etc.), auf denen es zu Notfällen kommen kann. Durch Aufnahme dieses Zusatzes wird die Möglichkeit des Einsatzes auch des auf der pädiatrischen Intensivstation tätigen Arztes, bei kurzfristigen pädiatrischen Notfalleinsätzen innerhalb des Krankenhauses tätig zu werden, unter klassifikatorischen Gesichtspunkten ermöglicht.

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

- Synchronisierung medizinischer Leistung (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) mit geforderten Strukturmerkmalen
- Beitrag zur sachgerechteren Aufwandsabbildung durch Klarstellung unterschiedlich interpretierbarer Formulierungen

**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)