



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 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

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)

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur); s. Anlage

1. Streichung des Strukturmerkmals:

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

2. Textanpassung in nachfolgendem Satz:

"Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein" (alt)

hin zu:

"Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin unverzüglich am Patienten verfügbar sein (Rufbereitschaft möglich)." (neu)

3. Textanpassung im nachfolgenden Strukturmerkmal:

"Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden" (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)

4. Strukturmerkmal "24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses":

-Einfügung des Klammerzusatzes "(nur in Kliniken mit Neurologie, Neurochirurgie oder Unfallchirurgie erforderlich)" nach "Intrakranielle Druckmessung"

5. Strukturmerkmal "24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses":

-Aufnahme des Satzes "Radiologische Diagnostik mittels CT oder MRT" statt "...mittels CT und MRT"

- Einfügen von 2 statt 3 Verfahren am Standort

6. Textanpassung in nachfolgendem Satz:

"Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar [...]" (alt)

hin zu

"Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind unverzüglich am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern (Rufbereitschaft möglich)) verfügbar [...]" (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.)

Das im Kode verwendete Strukturmerkmal der zeitlichen Verfügbarkeit eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin "innerhalb von maximal 30 Minuten " soll durch "unverzüglich" ersetzt und durch "Rufbereitschaft möglich" ergänzt werden. Die Zeitvorgabe von maximal 30 Minuten ist willkürlich gewählt und nicht evidenzbasiert. Würde das Krankenhaus diese Schwelle auch nur wenige Minuten überschreiten, wäre u.U. die vollständige Streichung der intensivmedizinischen Versorgung durch die Krankenkassen zu befürchten.

"Unverzüglich" bedeutet handeln ohne schuldhaftes Verzögern (s.a.§121 Absatz 1 Satz 1 BGB). Dies ist länger als sofort, das heißt der Betreffende hat eine Überlegungsfrist, deren Länge von der Schwierigkeit der von ihm zu treffenden Entscheidung abhängt. Darüber hinausgehende ungeplante Erschwerisfaktoren bzw. Hinderungsgründe schließen die Anerkennung des unverzüglichen Zugangs nicht aus. Das Wort "unverzüglich" in Verbindung mit der Rufbereitschaft bringt aber gleichermaßen zum Ausdruck, dass ein zeitnahes Handeln gefordert ist.

zu 3.)

Die "grundsätzliche ständige ärztliche Anwesenheit " wird um die Möglichkeit des Einsatzes, des auf der Intensivstation tätigen Arztes, bei kurzfristigen Notfalleinsätzen innerhalb des Krankenhauses durch die geänderte Formulierung nochmals präzisiert und interpretationsanfällige Formulierungen eliminiert.

zu 4.)

Die 24-stündige Verfügbarkeit der intrakraniellen Druckmessung fokussiert auf bestimmte intensivmedizinisch zu behandelnde Patientengruppen. Dies sind insbesondere Patienten mit neurologischem und neurochirurgischem Behandlungsbedarf sowie polytraumatisierte Patienten. Die 24-stündige Verfügbarkeit der intrakraniellen Druckmessung ist aufgrund dieser Spezifizierung als generelles Mindestmerkmal für die Abrechnung der Aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht geeignet. Durch die Aufnahme des Klammerzusatzes werden jene Konstellationen bezeichnet, in denen sie als geeignetes Mindestmerkmal vorzuhalten sind.

zu 5.)

Insbesondere für einen Großteil kritisch kranker Patienten einer ITS ist das MRT aufgrund der Besonderheiten der Durchführung nur bedingt geeignet, so dass die gewählte Formulierung "CT oder MRT" den diagnostischen Erfordernissen im Rahmen einer aufwendigen intensivmedizinischen Behandlung entspricht.

zu 6.)

Das im Kode verwendete Merkmal der zeitlichen Verfügbarkeit von klinischen Konsiliardiensten "innerhalb von maximal 30 Minuten " soll durch "unverzüglich" ersetzt und durch "Rufbereitschaft möglich" ergänzt werden. Die Zeitvorgabe von maximal 30 Minuten ist auch in diesem Zusammenhang völlig willkürlich gewählt und nicht evidenzbasiert. "Unverzüglich" bedeutet handeln ohne schuldhaftes Verzögern (s.a.§121 Absatz 1 Satz 1 BGB). Dies ist länger als sofort, das heißt der Betreffende hat eine Überlegungsfrist, deren Länge von der Schwierigkeit der von ihm zu treffenden Entscheidung



abhängt. Darüber hinausgehende ungeplante Erschwernisfaktoren bzw. Hinderungsgründe schließen die Anerkennung des unverzüglichen Zugangs nicht aus. Das Wort "unverzüglich" in Verbindung mit der Rufbereitschaft bringt aber gleichermaßen zum Ausdruck, dass ein zeitnahes Handeln gefordert ist.

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

- Synchronisierung medizinischer Leistung (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) mit geforderten Mindestmerkmalen/Strukturmerkmalen auf der Grundlage der zu erwartenden Ergebnisqualität
- Wiederherstellung der Vergütungsgerechtigkeit von erbrachten Leistungen auf der kalkulatorischen Grundlage der fallbezogenen Kosten

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)

-