



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) *

Ergänzung telekonsiliarischer Leistungserbringung bei OPS 8-98f.ff*

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 oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird*

- Nein
- Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

trifft nicht zu

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

trifft nicht zu



6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird *

Nein

Ja

a. Name des Arzneimittels und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

trifft nicht zu

b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

trifft nicht zu

7. 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)

Die Zeitvorgabe zur Verfügbarkeit klinischer Konsiliardienste binnen 30 Minuten bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Basisprozedur), OPS 8-98f.* ist als Strukturmerkmal mit der aktuellen Formulierung in der aktuellen Interpretation durch dem MD problematisch. Auch die vom BMG veranlasste Klarstellung durch das BfArM im Kontext der Richtlinien der Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst aus dem Jahr 2021 vermag die Problematik nicht zu entschärfen.

Es wird vorgeschlagen die Zeitvorgabe von 30 min für die klinischen Konsildienste zu ergänzen, zumal deren Zweck inhaltlich qualitativ nicht erkennbar ist. Es sollte in die OPS-Beschreibung aufgenommen werden, dass auch die telemedizinische Konsultation an der Stelle ausreichend erscheint. Die Beibehaltung des so beschriebenen OPS führt zu einem dauerhaften juristischen "Zankapfel" zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Dienst.

Vorschlag:

Mindestens 6 von 8 folgenden Fachgebieten sind innerhal von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (Krankenhauszugehörig, telemedizinisch oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Grundsätzlich ist die Präzisierung mit Zeitvorgaben an vielen Stellen im OPS sehr zu begrüßen, weil damit eine klare Eindeutigkeit der Leistungserbringung erreicht wird (z.B. Länge von Therapieeinheiten). Präzisierungen mit Zeitvorgaben für Konsiliaren sind jedoch nicht evaluiert und damit willkürlich. Eine adäquate intensivmedizinische Versorgung wird durch die Ärzte der einzelnen Fachabteilungen vor Ort und den Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin jederzeit gewährleistet.

Bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung wird an zwei Stellen der Strukturmerkmale auf eine Zeitvorgabe abgestellt:

1. ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin soll zu jeder Zeit binnen 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
2. 6 von 8 klinischen Konsiliardiensten sollen binnen 30 Minuten am Standort des Krankenhauses verfügbar sein

An dieser Stelle sind Sinn und Zweck einer solchen Zeitvorgabe kritisch zu hinterfragen und in einem zweiten Schritt die praktische Umsetzung sowie die Auswirkung einer solchen Zeitvorgabe zu bedenken.

Dem aufmerksamen Leser dieses OPS erschließt sich die Logik der Strukturmerkmale nicht. Das lässt eine Betrachtung des OPS als Mischung aus Leistungsabgrenzung und medizinischer Qualität sehr wahrscheinlich erscheinen. Dennoch wird im Folgenden die Problematik der Zeitvorgabe aus beiden Perspektiven betrachtet:

Während die erste Vorgabe sinnvoll im Hinblick auf den Leistungsinhalt des OPS „aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ ist, erschließt sich die 2. Vorgabe weder aus dem Wortlaut des OPS, noch inhaltlich bzgl. ihrer Konzeption: Einerseits ist unklar, wie die Zeitspanne gemessen und auch ggfs. dokumentiert werden könnte, ist doch das Eintreffen „am Standort“ ein sehr vager Begriff im Hinblick auf Campusstrukturen und große Gebäudekomplexe. Andererseits lässt sich daraus auch nicht ableiten, daß der Konsiliarius mit Eintreffen am Standort bereits einen diagnostischen Erkenntnisgewinn erzielen und therapeutische Empfehlungen hieraus ableiten könnte.

Sollten die Strukturmerkmale mit der Zeitvorgabe von 30 Minuten zur Abgrenzung der medizinischen Versorgungsqualität gemeint sein, dann erscheinen sie auch aus medizinischer Sicht nicht logisch. Nachvollziehbar erscheint die Zeitvorgabe von 30 Minuten für den Facharzt für Intensivmedizin. Weniger nachvollziehbar sind dann aber die Vorgaben und die 30-Minuten-Zeitvorgabe für die klinischen Konsiliardienste am Standort. Es gelten die selben Bedenken, die bereits weiter oben kritisch aufgezeigt wurden: binnen 30 Minuten am Standort des Krankenhauses zu sein, gibt noch keinen Hinweis darauf, wann der Konsiliardienst am Patienten sein soll, was wohl kaum als Kriterium für medizinische Qualität herangezogen werden kann. Auch ist hier die Meßbarkeit und Nachvollziehbarkeit durch den MD nicht hinreichend klargestellt und lässt großen Interpretationsspielraum.

Grundsätzlich bleiben die Vorgaben für die Konsiliardienste als Parameter für die Abgrenzung der medizinischen Qualität zweifelhaft: es geht um eine intensivmedizinische Komplexbehandlung. Die Vorhaltung eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, wie sie der OPS fordert, muss mit Blick auf die medizinische Qualität als ausreichend angesehen werden; von diesem Facharzt kann und muss erwartet werden, dass er die Vitalfunktionen eines Patienten mit allen Mitteln der Intensivmedizin aufrechterhalten kann, bis weitere, adäquate Fachärzte in die Behandlung mit eingreifen können. Umgekehrt ist es kein Zeichen der medizinischen Qualität wenn die Vorhaltung der Konsiliardienste einer gewissen Beliebigkeit unterliegt (6 von 8 Fachgebiete, ggf. als Kooperation). Die teilweise widersprüchliche Anforderung des OPS hat im Hinblick auf die praktische Umsetzung und aktuell mit den vom Gesetzgeber geforderten Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst



erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen für viele Krankenhäuser und damit auch für die intensivmedizinische Versorgung.

Die Verfügbarkeit der klinischen Konsiliardienste binnen 30 Minuten droht in der Interpretation - trotz der präzisen Benennung von 30 Minuten - immer wieder zum Problemfeld zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Dienst zu werden, zumal aus dem Wortlaut des OPS heraus der Zweck der Zeitvorgabe und deren Logik nicht nachvollziehbar erscheint (s.o.). Dieses Problemfeld bindet allein aus den "formalen verwaltungstechnischen" Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes erhebliche Ressourcen und wird bei ausbleibender Klarstellung des OPS auch viele Gerichte beschäftigen, ohne dass dadurch ein Patient besser oder schlechter versorgt würde. Des Weiteren ist die Erfüllung der 30-Minuten Vorgabe arbeitsrechtlich und tarifrechtlich fast nur noch mit der Einrichtung von regulären Bereitschaftsdiensten verbunden - in einer Zeit in der es im gesamten Bundesgebiet an Fachkräften mangelt.

Viele große Krankenhäuser und Universitätsklinika erfüllen die Anforderungen des OPS 8-98f. ff bis auf diese strittige Zeitvorgabe bei den klinischen Konsiliardiensten und würden deshalb zukünftig die Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht bestehen. Das führt in der Konsequenz dazu, dass sie bei gleichbleibenden Kosten auf Erlöse im 6- bis 7-stelligen €-Bereich je Krankenhaus verzichten müssen. Langfristig trägt diese Diskrepanz zwischen Aufwand und Ertrag zu einer zumindest qualitativen Leistungsminderung bei, mit Auswirkungen auf die regionale intensivmedizinische Versorgung. Verwiesen wird an dieser Stelle auf die zusätzliche Möglichkeit der telekonsiliarischen Leistungen im neu eingeführten OPS Kode 1-717.f. Auch hier kann der Facharzt telekonsiliarisch eingebunden werden. Die Möglichkeit der telekonsiliarischen Leistungserbringung ist für die entsprechenden KHs unproblematisch umsetzbar.

Weitere zeitkritische Verzögerungen im intensivmedizinischen Behandlungsablauf könnten dadurch sogar vermieden werden, wenn kurzfristige, evidente Therapieempfehlungen telekonsiliarisch sofort erkannt und umgehend eingeleitet werden können. Die dazu uU. benötigten Strukturen (zB OP-Ressource, HK-Labor etc.) könnten zeitnah zur Versorgung vorbereitet werden.

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

Der Vorschlag hat direkt zunächst keine Auswirkung auf die Entgeltsysteme. Klarstellungen von Codes sind immer zu begrüßen, führen sie doch zu einer präziseren Leistungsabbildung und tragen damit indirekt über deren Kodierung zu einer besseren Abbildung des Leistungsgeschehens und damit zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme bei.

**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.)

9. 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)

10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)

