

OPS-Code für Intensivbehandlung

Die Bemühungen der DIVI um eine sachgerechte Vergütung komplexer Intensivbehandlung zeigen erste Früchte:

In den neuen, ab 2005 gültigen OPS-Katalog (siehe www.dimdi.de, unter „Klassifikationen“) wurde die neue Leistungsziffer 8-980 „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ zur Dokumentation der intensivtherapeutischen Leistungen aufgenommen.

Damit können aufwändige Intensivbehandlungen in Zukunft über das gesetzlich vorgeschriebene Schlüsselverzeichnis dokumentiert werden. Allerdings sind wichtige Kriterien an diesen OPS gekoppelt:

1. Eine Grundvoraussetzung zur Dokumentation des OPS 8-980 sind Strukturkriterien, wie sie seinerzeit von der DIVI gefordert wurden: Es muss eine kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein in der Intensivmedizin erfahrenes Team von Pflegepersonal und Ärzten gewährleistet sein; die ständige ärztliche Anwesenheit ist erforderlich.
2. Der Code darf nicht verwendet werden bei einer Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme.
3. Der Code darf nicht verwendet werden bei einer kurzfristigen (< 24 Stunden) Intensivbehandlung bzw. bei kurzfristiger postoperativer „Stabilisierung“.

Mit der Etablierung dieses Leistungskodes wurde ein entscheidender Schritt zur Qualitätssicherung einer High-level-Intensivmedizin festgeschrieben. An diesen Strukturkriterien werden sich in Zukunft die Qualitätsprüfungen orientieren können. Sie bieten aber auch ein entscheidendes Argument gegen qualitätsmindernde Kürzungen der Personalausstattung von Intensivstationen.

Derzeit ist die OPS-Ziffer noch nicht vergütungsrelevant. Da sie ab 2005 in allen Krankenhäusern dokumentiert werden muss, kann sie aber in der Kalkulation des DRG-Systems 2007 berücksichtigt werden, welches auf der Basis der Daten des Jahres 2005 entwickelt wird. Dabei wird das DRG-Institut InEK prüfen, ob die dokumentierten Aufwandspunkte mit den Kosten korrelieren. Diese Aufwandspunkte, die aus dem täglich bestimmten Schweregradscore SAPS II (allerdings ohne Bestimmung der Glasgow Coma Scale) sowie 10 besonders aufwändigen TISS-Werte ermittelt werden, werden über die gesamte Verweildauer auf der Intensivstation zu einem Gesamtaufwand summiert. Bei dieser Aufwandsdokumentation wird also der Zustand des Patienten ebenso wie die erforderliche Behandlungsdauer berücksichtigt. Ergeben sich Korrelationen von Aufwand und Kosten, darf zukünftig eine entsprechende Berücksichtigung in der DRG-Definition und Bewertung erwartet werden. Mit einer Vergütungsrelevanz dieser OPS-Ziffer in Kombination mit entsprechenden SAPS/TISS-Scores kann aber wegen des o.g. Zeitrahmens vermutlich erst ab 2007 gerechnet werden. Das alleinige Vorliegen der Strukturmerkmale (siehe Punkt 1) wird aller Voraussicht nach nicht zu einer höheren Vergütung führen, wesentlich wird der Aufwandsscore sein.

Der zusätzliche Dokumentationsaufwand mag beklagt werden, er bietet allerdings einen objektiven Nachweis für den besonderen Aufwand der Intensivbehandlung und ermöglicht gleichzeitig eine Qualitätskontrolle. Damit ist zu hoffen, dass die hochwertige und (personal-)aufwändige Intensivbehandlung auch sachgerechter vergütet und nicht aus ökonomischen Gründen qualitativ abgebaut werden wird.

H. Burchardi, Göttingen
– Generalsekretär der DIVI –

Personalia

Danksagung

Unserem ehemaligen Landesvorsitzenden im BDA Rheinland-Pfalz, Herrn Chefarzt Dr. *Hilger Brecher*, Mainz, möchten wir, auch im Namen der BDA-Mitglieder in Rheinland-Pfalz, auf diesem Weg nochmals für sein jahrelanges berufspolitisches Engagement im und für den Landesverband Rheinland-Pfalz herzlich danken.

BDA-Landesvorsitzender Rheinland-Pfalz
Dr. *Franz Bayerl*

stellvertretende BDA-Landesvorsitzende Rheinland-Pfalz
Dr. *Maria Hery* und Dr. *Rainer Goedecke*