

Stellungnahme der DGAI und des BDA zur Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Codes 8-98f „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ durch die Medizinischen Dienste

B. Pannen · M. Stolaczyk · F. Vescia · B. Zwißler

BDAktuell DGAInfo

Zu einigen offenkundig strittigen Punkten im Rahmen der Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Codes 8-98f „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ durch die Medizinischen Dienste möchten wir nachstehend die Sichtweise des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGA) darstellen.

1. Grenzen der Zuständigkeit eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin außerhalb der Regelarbeitszeit

In den Strukturmerkmalen zum Code 8-98f wird die Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin an 7 Stunden zwischen 6 und 22 Uhr auf der Intensivstation gefordert. Außerhalb der Anwesenheitszeiten muss ein Facharzt/eine Fachärztin mit der Zusatzbezeichnung innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.

Teilweise wird im Rahmen der Strukturprüfungen hierbei vom MD die Auffassung vertreten, dass ein(e) solchermaßen qualifizierter Arzt/Ärztin nur für genau eine, baulich in sich abgeschlossene Station tätig sein darf. Unklar ist dabei, woraus diese baulich-räumliche Beschränkung abgeleitet wird; Berichten zufolge hat dies in einigen Häusern bereits zu baulichen Veränderungen geführt mit dem Ziel, räumlich getrennte

Einheiten zusammenzufassen und als eine Station auszuweisen.

Der oben skizzierten Interpretation ist aus grundsätzlichen und fachlichen Erwägungen zu widersprechen.

Begründung:

Das o. g. Strukturmerkmal hat zum Ziel, zu jedem Zeitpunkt eine optimale intensivmedizinische Behandlungsqualität durch die kurzfristige Verfügbarkeit intensivmedizinischer Expertise sicherzustellen.

Die Forderung nach exklusiver Verfügbarkeit einer/eines Experten/in außerhalb der Regelarbeitszeit für jeweils nur eine Station (auch ungeachtet der Größe der Station) geht über die Intention des Strukturmerkmals weit hinaus. Der Facharzt/die Fachärztin mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin ist nämlich anerkanntermaßen nicht für die Routineversorgung zuständig, sondern soll und kann ihre/seine Spezialexpertise im Bedarfsfall ganz gezielt bei einzelnen Patientinnen und Patienten und völlig unabhängig von baulichen, räumlichen oder strukturellen Gegebenheiten des Krankenhauses zum Einsatz bringen. Der jüngst gelungene Nachweis der Qualitätsverbesserung im Bereich der Intensivmedizin allein durch den Einsatz telemedizinischer Konzepte legt zudem sogar nahe, dass eine entsprechende Zuständigkeit und Versorgung nicht nur über einzelne Stationen bzw. Einheiten, sondern sogar über einzelne Krankenhausaussandorte hinaus ohne jeglichen Verlust an Behandlungsqualität möglich ist.

Daraus folgt, dass der Facharzt/die Fachärztin mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin im Hintergrund-/Bereitschaftsdienst für mehrere Stationen bzw. Organisationseinheiten am Krankenhausstandort gleichzeitig zuständig sein kann.

Voraussetzung hierfür ist, dass der Arzt/die Ärztin Gelegenheit hatte, sich im Rahmen einer geeigneten Übergabe über die Krankengeschichte und spezifischen Besonderheiten der einzelnen Patientinnen und Patienten zu informieren. Aus Gründen der Praktikabilität soll die Anzahl der von einem Hintergrund-/Bereitschaftsdienst betreuten Intensivbetten eine Grenze von 30 nicht überschreiten.

2. Sinnhaftigkeit der 30-Minuten-Grenze für die Verfügbarkeit eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin

In diesem Zusammenhang muss insbesondere auf die in den Begutachtungen in aller Regel nicht beachtete telemedizinische Verfügbarkeit intensivmedizinischer Expertise hingewiesen werden. Intensivmedizin ist geprägt durch eine Vielzahl von unmittelbaren Behandlungsnotwendigkeiten, die in den Strukturmerkmalen durch die 24-stündige Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin ihren Niederschlag findet. Die unmittelbare Interventionsmöglichkeit durch den anwesenden Arzt/die anwesende Ärztin wird flankiert durch die Regelungen zur Anwesenheit und Verfüg-

barkeit eines Arztes/einer Ärztin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Durch geeignete telemedizinische Anwendungen ist die intensivmedizinische Kompetenz, beispielsweise in Rufdiensten, im Bedarfsfall sogar unmittelbar verfügbar. Es wäre daher zu fordern oder zumindest wünschenswert, dass in den Auseinandersetzungen im Rahmen der Strukturprüfungen über die Einhaltung der 30-Minutengrenze telemedizinische Behandlungsmöglichkeiten verstärkt Beachtung finden.

3. Qualifikationsnachweise, Facharztanerkennungen und Approbationsurkunden

Grundsätzlich ist zur Sicherung der Behandlungsqualität die Forderung von Nachweisen zur Fachqualifikation anhand von Facharzturkunden und Urkunden zu Zusatzweiterbildungen nachvollziehbar. Allerdings werden im Rahmen von Strukturprüfungen teilweise die Approbationsurkunden aller auf der Intensivstation tätigen Ärzte und Ärztinnen gefordert. Die Gründe hierfür sind nicht nachvollziehbar. Zumindest für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Fachqualifikation nachgewiesen haben, ist diese Prüfpraxis aus Sicht von BDA und DGAI

abzulehnen. Mit der Nachweisforderung aller Approbationsurkunden wird unterstellt, dass die in den Selbstauskunftsbogen angegebenen Kolleginnen und Kollegen keine ärztliche Qualifikation besitzen und insofern auch von den Personalabteilungen des Krankenhauses Laien zur Behandlung von Patientinnen und Patienten eingestellt werden.

Ferner werden von niedergelassenen Kooperationspartnern ebenfalls alle Qualifikationsnachweise und teilweise auch Approbationsurkunden gefordert, obwohl mit der Zulassung als niedergelassener Vertragsarzt/niedergelassene Vertragsärztin die Qualifikation bereits nachgewiesen ist. Damit wird eine Unmenge von Daten produziert, die darüber hinaus in den betreffenden MD-Bereichen bei der turnusmäßigen Prüfung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung jährlich redundant erhoben werden. Die DGAI hat ihre Sichtweise hierzu, u. a. mit Hinweis auf den Grundsatz der Datensparsamkeit, im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur zugrunde liegenden Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund am 17. Januar 2023 dargelegt.

Darüber hinaus werden verschiedentlich sogenannte Doppelqualifikationen (ein Arzt oder eine Ärztin mit mehreren

Facharztanerkennungen) im Rahmen von Strukturprüfungen abgelehnt mit der Begründung, dass für jeden geforderten Fachbereich ein Arzt oder eine Ärztin zur Verfügung stehen müsse. Dies betrifft für den Bereich der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung das Strukturmerkmal zu den Konsiliardiensten. Dieser Sichtweise hat die DGAI im o. g. Stellungnahmeverfahren ebenfalls widersprochen, da es sich nicht etwa um einen Nachteil, sondern um einen Vorteil handelt, wenn ein Arzt oder eine Ärztin die jeweilige Fragestellung aus dem Blickwinkel zweier Fachgebiete gleichzeitig betrachten kann.

Korrespondenz- adresse



**Dr. med.
Markus Stolaczyk**

Leiter Referat Gesundheitspolitik
Leiter der Gebührenkommission
des BDA

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V.
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin, Deutschland

Tel.: 0911 9337824

E-Mail: mstolaczyk@bda-ev.de