

Med Klin Intensivmed Notfmed 2014 ·  
109:61–61  
DOI 10.1007/s00063-013-0313-4  
Eingegangen: 26. September 2013  
Angenommen: 12. November 2013  
Online publiziert: 20. Dezember 2013  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

L. Engelmann

Leipzig

## 2014: Scharfschaltung der OPS 8-980 „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ durch DIMDI

Mit Beginn des Jahres 2014 wird die Abrechnung gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ (OPS-Kode: 8-980) nur von jenen Krankenhäusern erfolgen können, die die Strukturvoraussetzungen für diesen OPS erfüllen. In einer online veröffentlichten Vorabversion des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden diese nochmals dargestellt. Die vorläufige Fassung entspricht der Fassung aus dem Jahr 2013, Änderungen behält sich das DIMDI vor.

Die sog. Scharfschaltung berechtigt die Kostenträger zur Prüfung der Strukturvoraussetzungen in den Einrichtungen, i. d. R. durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK).

Gefordert werden als Mindestmerkmale die

- Bereitstellung einer kontinuierlichen 24-stündigen Überwachung sowie die akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegekräften und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen,
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ und
- Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation.

Die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen dürfte einigen Krankenhäusern nicht nur in Anbetracht der aktuellen Personalsituation Schwierigkeiten bereiten.

Der im Oktober 2010 erstellte Abschlussbericht zum von DGIM und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

(DGIIN) in Auftrag gegebenen Projekt „Internistische Intensivmedizin – Notfallmedizin – Chest Pain Unit“, das die Struktur und Ausstattung der bundesweiten internistischen Intensivstationen und das Qualifikationsprofil der intensivmedizinisch tätigen Internisten untersuchte, wies Handlungsbedarf aus.

Die Tatsache, dass in 63,5% der Intensivstationen der Facharzt nur als Rufdienst verfügbar ist, legt die Schlussfolgerung nahe, dass die Intensivstationen überwiegend mit Assistenzärzten besetzt sind, deren intensivmedizinische Erfahrung hinterfragt werden wird.

Nur 40% der auf Intensivstationen tätigen Internisten verfügen über die Zusatzweiterbildung internistische Intensivmedizin. Wie viele rein internistische Intensivstationen unter Leitung eines Internisten ohne Zusatzweiterbildung internistische Intensivstation stehen, lässt die Studie unbeantwortet. Auf anästhesiologisch geführten Intensivstationen oder solchen mit mitbeteiligten Anästhesisten sind sie es größtenteils, die mit ihrer Zusatzqualifikation die Strukturvoraussetzung erfüllen. Dieser Fakt entspricht aber durchaus nicht den Vorstellungen unserer Gesellschaft, nach denen der hohe Anteil internistischer Patienten auch auf multidisziplinären Intensivstationen von internistisch-intensivmedizinisch kompetenten Ärzten behandelt werden sollte. Zu einer solchen Arbeitsteilung in multidisziplinären Intensivstationen war in der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Gesellschaft für Internistische Intensiv-

medizin und Notfallmedizin Übereinkunft erzielt worden [1].

Basierend auf dieser Empfehlung war unter dem Dach der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ein Katalog umfangreicher Strukturvoraussetzungen zur Anerkennung des Status Intensivstation erarbeitet worden, der an den Gedanken knüpfte, die Behandlungsqualität der Intensivpatienten deutlich zu verbessern. Diese Vorstellungen waren bislang politisch nicht umsetzbar.

Damit ist der im Jahr 2014 gültige Strukturkatalog der kleinste gemeinsame Nenner zwischen Krankenhäusern, Fachgesellschaften und Kassen, der nur einen ersten Schritt auf dem Weg hin zur Entwicklung einer refinanzierten und qualitativ verbesserten Intensivmedizin darstellt.

### Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. L. Engelmann**  
Sigebandweg 25,  
04279 Leipzig  
pdle@gmx.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** L. Engelmann gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Van Aken, B Landauer, W Hiddeman et al (2007) Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Med Klinik; 102: 587–600