

Die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung im DRG-System: Auswirkungen der neuen OPS-Anforderung für 2018 in Fakten

Im Oktober 2017 wurde bei der Überarbeitung des vorläufigen OPS-Kataloges von 2017 auf 2018 noch kurzfristig eine Änderung bei den Mindestmerkmalen für die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung (**OPS 8-98f**) in den endgültigen OPS-Katalog 2018 aufgenommen. Diese neuen inhaltlichen Anforderungen haben erhebliche strukturelle, finanzielle und personelle Auswirkungen auf die Erbringung von Leistungen in deutschen Krankenhäusern, so dass die im folgenden vorgestellten Fragen und Fakten auf der Basis von Originalkrankenhausdaten des Jahres 2017 die Konsequenzen aufzeigen sollen.

Aus Sicht der Autoren hat hier ein nicht ausreichend abgestimmtes oder ausreichend diskutiertes Verfahren zu einer Änderung des OPS-Kodes geführt, dessen Auswirkung auf die Erlösbudgets entweder den Handelnden nicht klar war oder – falls doch – einvernehmlich zu einer erheblichen Erlöseinbuße von betroffenen Kliniken führt, die unvorbereitet vor vollendete Tatsachen gestellt werden.

Bei den von uns untersuchten Krankenhäusern würden 22 betroffene Krankenhäuser aus unserem Mandantenkreis nur durch diese Nichterfüllung der Mindestmerkmale der neuen OPS-Anforderung im **Durchschnitt ca. 860.500 Euro** verlieren (Gesamtvolumen: 18,92 Millionen Euro). Da wir ca. 10 Prozent der deutschen Krankenhäuser betreuen und deren Datensätze aus 2017 analysieren konnten, würde die Größenordnung der **bundesweiten Erlöseinbußen** bei einer einfachen – nicht repräsentativen - **Hochrechnung bei ca. 190 Millionen Euro** liegen.

Diese Fragen seien gestattet:

War diese Tatsache dem **DIMDI** bewusst? Wieso wird auf einmal eine OPS-Änderung direkt budgetrelevant? Bislang galt es, zunächst in einem Jahr einen Code neu einzuführen und/ oder zu ändern, dann sollte im darauffolgenden Jahr das **InEK** diese Leistungen neu kalkulieren, um dann im übernächsten Jahr ggf. vorhandene Kostenunterschiede abzubilden! Wie kalkuliert das **InEK** denn jetzt mit den OPS-Daten aus 2017 für 2019, die den Sachverhalt nicht mehr korrekt darstellen? War dieses Ausmaß der Erlösverluste allen Beteiligten bekannt? Kann die DKG bei fehlender oder falscher Information für diese OPS-Änderungsentscheidung jetzt noch für eine Übergangslösung sorgen?

Und wenn nicht: Wer bekommt das Geld?

Denn sie wussten (nicht), was sie tun!?

Die im Folgenden genannten Veränderungen bei der Aufwendigen Intensivkomplexbehandlung waren bereits im OPS-Vorschlagsverfahren an das **DIMDI** in seltener Einigkeit von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (**DIVI**), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (**DGOU**) und – wie überraschend – auch vom **GKV-Spitzenverband** beantragt worden.

Diese Anträge waren zum Teil mit identischem Wortlaut voneinander abgeschrieben (oder sogar zusammen entwickelt?); zum Teil mit geschätzten und stark variierenden Fallzahlangaben voneinander abweichend (*s. OPS-Vorschlagsverfahren 2018*).

Welche Interessenslage der beteiligten Organisationen dabei jeweils eine Rolle gespielt haben mag, möchten wir an dieser Stelle nicht weiter bewerten und ist zum Teil dem Wortlaut des Vorschlagsverfahrens zu entnehmen.

Fraglich ist und bleibt, ob eine Instanz wie das **DIMDI** (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) über die finanziellen Konsequenzen Bescheid wusste?

Das DIMDI hält sich ja ansonsten seit der Einführung des DRG-Systems inhaltlich eher zurück und weist bei allen Auskünften stets darauf hin, dass Auskünfte rechtlich nicht verbindlich seien und Haftung für Schäden, die aufgrund von oder in Verbindung mit den erteilten Auskünften entstehen, daher ausgeschlossen seien.

Da die OPS- und ICD-Änderungen nach unserer Kenntnis nur freigegeben werden, wenn die Selbstverwaltung zustimmt, hätte die DKG entweder die finanzielle Auswirkung bereits absehen können und/ oder es wurden Vereinbarungen getroffen, die uns nicht bekannt sind.

Situation in den Krankenhäusern

Die Autoren haben in diesem Winter für ca. 180 somatische Krankenhäuser im Rahmen von Inhouse-Schulungen die Veränderungen des DRG-Systems 2017 auf 2018 dargestellt und hatten somit Gelegenheit, in betroffenen Kliniken mit Intensivmedizinern über die neu geschaffenen Herausforderungen zu sprechen.

Aus den Gesprächen in den Krankenhäusern vor Ort sind neben dem Unverständnis, wer wann diese Veränderungen warum und wieso veranlasst haben könnte, häufig Fragestellungen zu der Interpretation der neuen OPS-Vorgaben aufgetreten, die wir im weiteren Verlauf noch besprechen werden.

So haben Mitarbeiter/-innen aus Kliniken, die diese Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung bis zum 31. Dezember 2017 kodiert haben, wissen wollen, in welchem Maße sich diese Änderungen für das eigene Krankenhaus im Bereich der Arbeitsabläufe, der Dienstplangestaltung und finanziell auswirken könnten.

Zudem wurde nicht selten darauf hingewiesen, dass einige Begriffe der Mindestmerkmale bereits bei den Strukturprüfungen des Jahres 2017 kontrovers zwischen Krankenhaus und MDK diskutiert und ausgelegt wurden.

Diese unterschiedlichen Auffassungen werden zwar z. T. gelöst (z. B. Blutbank), aber einige nicht. Hierzu einige Beispiele:

Welche Ärzte benötigen die teilweise fachbezogenen Intensivzusatzbezeichnungen auf welcher Intensivstation?

Genügt ein Hintergrunddienst mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und/ oder braucht man Fachärzte Chirurgie, Neurologie, Kardiologie und Anästhesie mit jeweiligen fachbezogenen Intensivzusatzbezeichnungen?

Bedeutet Verfügbarkeit Physiotherapie auch die Anwendung derselben?

Fragen, die wir hier nicht stellvertretend klären können.

Neue Probleme wurden jetzt geschaffen – und diese stellen wir exemplarisch dar.

Die neuen OPS-Vorgaben für das Jahr 2018

Ohne an dieser Stelle eine teleologische Auslegungsweise zu bemühen und alle Fragestellungen der letzten Jahre zu diesem Themenkomplex noch einmal neu aufzugreifen, so ist dem neuen Text des OPS-Kataloges 2018 zu entnehmen, dass ein Krankenhaus zur Erfüllung der personellen und strukturellen Voraussetzungen vor allem diese neuen Kriterien erfüllen muss:

Personelle Qualifikation und Verfügbarkeit

1. „Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin") muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 8 und 18 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.“
2. „Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin") muss täglich mindestens eine Visite durchführen.“ (Anmerkung: Also auch am Wochenende und am Feiertag).

Strukturelle Voraussetzungen

„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum:

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe“

Aus pragmatischen Gründen haben wir bei unserer Analyse darauf verzichtet, den Sachverhalt der personellen Verfügbarkeit in jedem Haus zu überprüfen.

Allerdings können wir den Gesprächen mit den Intensivmedizinern der Kliniken entnehmen, dass es zurzeit bislang nicht selbstverständlich ist, den Hintergrunddienst bzw. den Feiertags- und Wochenenddienst so abzudecken.

Ob und in welchem Ausmaß diese Möglichkeit im Krankenhaus besteht, ist unbedingt sofort zu klären.

Häufig scheidet diese Besetzung schlichtweg an fehlenden Zusatzbezeichnungen – insbesondere in der Kardiologie.

Unsere Vorgehensweise

Wir haben die uns zur Verfügung stehenden Daten derjenigen Kliniken analysiert, die im letzten Jahr den **OPS-Kode 8-98f** kodiert haben, aber auf keinen Fall zu Beginn des Jahres 2018 die Kriterien „*24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum: Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationsaal für kardiovaskuläre Eingriffe*“ erfüllen können.

Wie ein Hybrid-OP definiert ist und ob dieser nur verfügbar oder auch genutzt werden muss, werden demnächst wahrscheinlich wieder Sozialgerichte zu entscheiden haben. Für diese Auswertung haben wir uns auf die Auskunft verlassen, dass aktuell diese Krankenhäuser keinen Hybrid-OP haben.

Weiterhin haben wir für diese Analyse unterstellt, dass die *Verfügbarkeit der Intrakraniellen Druckmessung* rund um die Uhr nur gewährleistet sein kann, wenn eine neurochirurgische Fachabteilung vorhanden ist.

Aus unserem Mandantenkreis würden 22 Krankenhäuser diese beiden o. a. Kriterien nicht erfüllen. Nur diese haben wir in die Auswertung aufgenommen.

Alle Universitätskliniken oder Kliniken, die über eine neurochirurgische Hauptfachabteilung verfügen, haben wir nicht in die Analyse einbezogen und einfach unterstellt, dass diese die Kriterien erfüllen.

Uns ist natürlich bewusst und es sei bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass selbst einige Universitätskliniken die neuen Kriterien nicht vollständig abdecken werden!

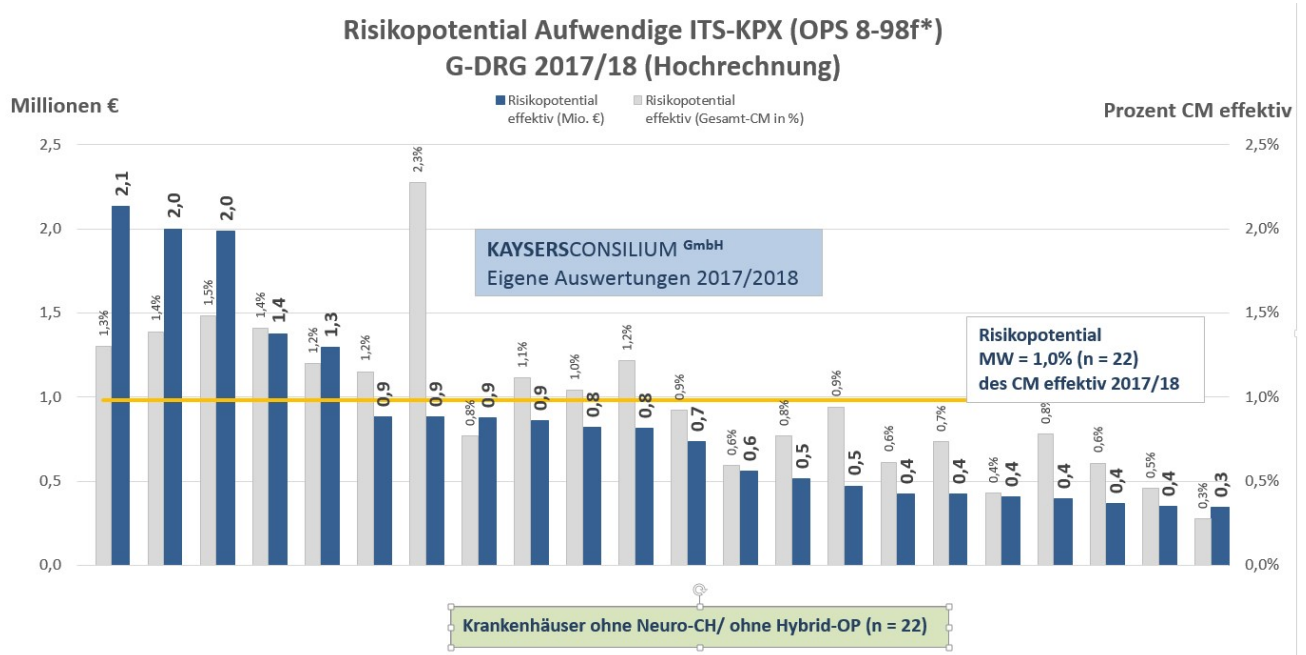
Entweder sind „*im eigenem Klinikum*“ die neuen Kriterien des Hybrid-OP-Saales sowie der Neurochirurgie nicht für alle Standorte erfüllt („Campus und mehrere dezentrale Kliniken“/ ein anderer Träger versorgt in der Stadt die Herz-/Gefäßchirurgischen Patienten/ eine BG-Klinik deckt am Standort die Neurochirurgie ab usw.) oder durch das Vorhandensein von vier Intensivstationen für Erwachsene in einer Uniklinik (Kardiologische/ Neurologische/ Chirurgische/ Neurochirurgische Intensivstationen) können nicht alle personellen Kriterien der Zusatzbezeichnungen sowie der Dienstplangestaltung für jede Intensivabteilung erfüllt werden.

Über die Kreativität des MDK bei der Auslegung der durch die Mindestmerkmale definierten Anforderungen im Rahmen der anstehenden Strukturprüfungen werden sich auch die Antragssteller noch wundern (oder auch nicht)!

Finanzielle Auswirkung auf das Erlösvolumen

Wenn die in der **Abbildung** dargestellten Krankenhäuser beide o. a. Kriterien nicht erfüllen, haben wir den OPS-Kode **8-98f** Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Datensatz durch den OPS-Kodes **8-980** Intensivmedizinische Komplexbehandlung ersetzt.

Das Ergebnis zeigt sich in Prozent der effektiven Relativgewichte des Gesamt-Krankenhauses bzw. in Euro (zugrunde gelegte Basis-Rate: 3400 Euro) in der folgenden Abbildung:



Die Größenordnung der zu befürchtenden Erlöseinbußen bewegt sich somit zwischen **0,35 Millionen und 2,13 Millionen Euro** (Blauer Balken) pro Krankenhaus. Die prozentualen Einbußen liegen zwischen **0,3 und 2,3 Prozent des Gesamt-Casemix-Volumens** (Grauer Balken).

Fazit:

Es besteht ein dringender Handlungsbedarf für alle Krankenhäuser, die bislang die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert haben: Es ist zu klären, ob sie dieses in diesem Jahr 2018 überhaupt noch dürfen.

Ansonsten droht den Kliniken der Vorwurf des Abrechnungsbetrugs!

Erst recht, wenn sie genau wissen, dass sie diese Kriterien nicht erfüllen.

Und man muss vorsichtig in der Interpretation des OPS-Kodes sein:

Beispiel: Es macht keinen medizinischen Sinn, eine Trepanation zur Anlage einer Druckmessung durch irgendwelche vorgeschobenen Kooperationsvereinbarungen 24 Stunden nur theoretisch durchführen zu können (Vorhandensein des notwendigen Equipments und qualifizierte Personen, die in der Lage sein könnten, 365 Tage innerhalb von 30 Minuten in der Klinik zu sein, um die erforderlichen Maßnahmen zur Durchführung der intrakraniellen Druckmessung zu erbringen). In der Praxis wird hoffentlich auch in der Zukunft bei Verdacht auf Hirndrucksteigerung und/ oder anderen potentiell neurochirurgischen Problemen der Patient sofort in die entsprechende Klinik verlegt („*Time is brain*“).

Wenn Ihr Krankenhaus also diese Kriterien nicht erfüllt, dürfen sie den OPS-Kode für die Aufwendige Intensivmedizinische Komplexbehandlung nicht mehr verschlüsseln. Und zwar solange, bis entweder hausintern diese neuen Vorgaben nachgebessert worden sind und/ oder von offizieller (politischer) Seite eine Stellungnahme abgegeben wird, wie mit dieser für die meisten doch sehr unbefriedigenden Situation umgegangen werden muss.

Mit den eigenen Mitarbeiter/-innen ist – auch in den Universitätskliniken – zu klären, ob die Dienstplangestaltung theoretisch und praktisch den neuen Anforderungen genügt. Unterschätzen Sie das Problem – auch arbeitsrechtlich – nicht.

Aus der Sicht der Autoren liegt ein Fehler bzw. eine Unkenntnis im OPS-Änderungsverfahren vor, der unbedingt und schnellstmöglich zu korrigieren oder zu klären ist. Ob und unter welchen Bedingungen hier das Zugeständnis der DKG zu dieser Änderung gegeben wurde, ist uns nicht bekannt und wird hoffentlich noch geklärt.

Aus pragmatischen Gründen würden wir der Selbstverwaltung deshalb vorschlagen, über das DIMDI schnellstmöglich einen neuen OPS-Kode für diesen **Super-Super-SAPS** einzuführen (z. B. 8-98i.), der somit diesen neuen Kriterien genügt.

Dieser sollte dieselben DRG-Funktionen ansteuern wie der altbekannte OPS-Kode **Super-SAPS 8-98f**, dessen Inhalte dann entweder so bleiben wie im Jahr 2017 oder ebenfalls neu festgelegt werden müssen.

Im ersten Fall müsste keine Rechnung aus dem Januar 2018 geändert werden und die Kliniken, die tatsächlich die hohen neuen Hürden erfüllen, erhalten ab Februar oder März 2018 einen neuen OPS-Kode. Dazu sind die entsprechenden Programme und DRG-Groupen umzustellen oder es geschieht rückwirkend im §21-Datensatz.

Somit könnte im Jahr 2018 und 2019 budgetneutral ermittelt werden, wie viele und welche Krankenhäuser wirklich diese neuen Anforderungen erfüllen und die DRGs für das Jahr 2020 korrekt kalkuliert werden. Die Selbstverwaltung und auch das **InEK** können kein Interesse haben, nicht-valide Daten im Jahr 2018 für das Jahr 2019 berechnen zu müssen.

Das wäre aber nur das Kalkulationsproblem: Zu beachten sind aber auch die direkten betriebswirtschaftlichen Auswirkungen im Rahmen der eigenen Budgetverhandlungen und der laufenden Abrechnung. Dem Gesamtvolumen „Krankenhaus-Budget“ würde ein nicht unerheblicher Betrag (ca. 190 Millionen Euro) entzogen, der mangels Verschlüsselungsmöglichkeit nicht mehr erzielt würde und logischerweise auch zunächst keinem anderen Krankenhaus zugutekäme.

Aber Sie wissen ja: *„Das Geld ist nie weg; es ist nur woanders!“*

Literatur und Informationen beim Verfasser: info@kaysers-consilium.de

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers

Krankenhausbetriebswirt (VKD)

Dr. Jürgen Freitag

Dr. med. Andreas Stockmanns

Facharzt Innere Medizin, Gesundheitsökonom

Dipl.-Kfm. Frank Theunissen

KAYERS CONSILIUM GmbH

Marienstraße 24

47623 Kevelaer