

# Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse [Vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:Vorschlagsverfahren@dimdi.de)

**Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.**

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

## 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

## 2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

## 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

Klinische Geriatrie
---------------------

## 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher? \*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja (zum Teil)
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: DRG-Projektgruppe der geriatrischen Fachgesellschaften
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen

## 5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? \*

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:

## 6. Art der Änderung \*

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

## 7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages \*

betrifft OPS 8-550.-

## 8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

1. Der Absatz "Hinweise" sollte im 1. Spiegelpunkt wie folgt geändert werden:  
*Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Weiterbildung "Klinische Geriatrie" erforderlich, sofern diese nicht vorliegt ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich "Klinische Geriatrie" ausreichend).*
2. Der Absatz "Hinweise" sollte nach dem 3. Spiegelpunkt wie folgt ergänzt werden:  
*Dokumentation der initialen Behandlungsziele*
3. Die Beschreibung der 5-Steller sollte wie folgt geändert werden:
  - 8-550.0 Mindestens 10 Therapieeinheiten und Behandlungsdauer von mindestens 7 Tagen  
*Hinw.: Der therapeutische Anteil ...*
  - 8-550.1 Mindestens 20 Therapieeinheiten und Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen  
*Hinw.: Der therapeutische Anteil ...*
  - 8-550.2 Mindestens 30 Therapieeinheiten und Behandlungsdauer von mindestens 21 Tagen  
*Hinw.: Der therapeutische Anteil ...*

## 9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) \*

**ad 1)** (inhaltlich und redaktionell mit der DRG-Projektgruppe der geriatrischen Fachgesellschaften abgestimmt)

Dieser Vorschlag entspricht faktisch der Eingabe der geriatrischen Fachgesellschaften vom 19.09.04. Diese schreiben dort zur Begründung:

*Erst mit dem Begriff "Weiterbildung" wird der inhaltliche Bezug zur Weiterbildungsordnung (WBO) für Ärzte und damit zu den Inhalten der "Klinischen Geriatrie" hergestellt, die zur Charakterisierung "vergleichbarer Erfahrung" notwendig sind. Zugleich wird mit dem Begriff "Weiterbildung" ein Bezug zu der noch gültigen und zu der gerade auf dem Weg befindlichen neuen WBO möglich (bisläng "fakultative Weiterbildung", zukünftig "Zusatz-Weiterbildung Klinisch Geriatrie").*

Diesen Argumenten können sich das KCG und die Arbeitsgruppe Geriatrie der MDK-Gemeinschaft ohne Einschränkungen anschließen. Wir empfehlen dann allerdings auch, direkt die Formulierung *Weiterbildung "Klinische Geriatrie"* (im Sinne exakt dieser Weiterbildungsqualifikation) zu wählen, statt von einer möglicherweise auch anderen Form der *Weiterbildung im Bereich "Klinische Geriatrie"* (Formulierungsvorschlag der Fachgesellschaften) zu sprechen. Faktisch war nach unserer Auffassung auch unter dem Begriff "Zusatzausbildung" in der OPS 8-550.- Version 2005 bereits die Weiterbildungsqualifikation "Klinische Geriatrie" zu verstehen; die vorgeschlagene Änderung klärt dies aber eindeutiger.

**ad 2)** (nicht mit der DRG-Projektgruppe der geriatrischen Fachgesellschaften abgestimmt)

Die Forderung dieses neuen Spiegelpunktes entspringt der MDK-internen Diskussion um die Frage der Indikationsprüfung von Prozedurenziffern. Hintergrund ist die Befürchtung einer über das Wirtschaftlichkeitsgebot des §12 SGB V hinausgehenden, das Maß des Notwendigen überschreitenden Leistungsausweitung auf einen Personenkreis, der dieser besonderen frührehabilitativen Behandlungsform gar nicht bedarf. Dem gegenüber steht der Aspekt der ärztlichen Behandlungsfreiheit, in die einzugreifen § 275 (5) SGB V den MDK zunächst nicht berechtigt. Auch in der DRG-Arbeitsgruppe

der SEG 4 haben sich die Prüfungen von OPS-Ziffern bisher auf die Leistungsinhalte konzentriert. Einzelne Versuche einer Festlegung von Indikationskriterien für bestimmte OPS-Prozeduren (bspw. im Bereich der Kardiologie für die Linksherzkatheteruntersuchung) haben sich bereits als schwierig erwiesen. Erschwerend tritt bei der OPS 8-550.- als einer frührehabilitativen Komplexbehandlung hinzu, dass derzeit noch keine allgemeinverbindlichen Indikationskriterien für die Durchführung einer Frührehabilitation vorliegen<sup>1</sup>.

Der o.g. Ergänzungsvorschlag für die OPS 8-550.- Version 2006 zielt vor diesem Hintergrund darauf, die Leistungserbringer als Ergebnis des Assessmentprozesses auf eine schriftliche Dokumentation ihrer die Aufnahme der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung begründenden Zielsetzungen zu verpflichten. Dies stellt für den Gutachter zumindest einen ersten Anhaltspunkt im Rahmen einer künftig möglicherweise stärker zu berücksichtigenden Indikationsprüfung für die OPS 8-550.- dar. Zugleich leistet eine solche Festlegung eine elementare Voraussetzung für die Anwendung von Instrumenten der Ergebnisqualitätsbewertung, wie sie im Rahmen pauschalierter Vergütungssysteme eine entscheidende Rolle spielen. Nur wenn initial Ziele definiert sind, kann deren Erreichen im Sinne eines Behandlungserfolgs gemessen werden.

Prinzipiell kann diese Forderung (evt. über die formale Dokumentationspflicht hinaus) keinen Mehraufwand für die Leistungserbringer darstellen, da die Einleitung einer frührehabilitativen Behandlung grundsätzlich immer aus den Assessmentergebnissen abgeleitete, die Behandlung begründende Ziele erfordert. Deren Bestimmung kann insofern keine neue Leistung sein. Auch die bereits in der Version 2005 enthaltene Formulierung zur wöchentlichen Teambesprechung mit Dokumentation *weiterer* Behandlungsziele impliziert im Grunde bereits das Vorliegen initialer Ziele. Es stellt sich insofern allerdings auch die Frage, inwieweit die Aufnahme einer Verpflichtung, diese Ziele im Rahmen der OPS zu dokumentieren, einerseits einen substantiellen Mehrwert für die Behandlung des geriatrischen Patienten mit sich bringt und andererseits damit gerechnet werden muss, dass diese initialen Zielformulierungen derart allgemein, möglicherweise sogar schematisiert bleiben, dass sie eher die generelle Problematik der Indikationsprüfung verdeutlichen als zu deren individueller Klärung im Einzelfall beizutragen. Das KCG greift somit zwar den o.g. Ergänzungsvorschlag mehrerer Vertreter aus dem Arbeitskreis Geriatrie der MDK-Gemeinschaft als Verbesserung der Leistungsbeschreibung der OPS 8-550.- auf, teilt jedoch auch eine gewisse Skepsis, ob die zugrundeliegende Zielsetzung hierdurch zu erreichen ist. Das KCG unterstützt diesen Vorschlag daher primär im Hinblick auf seine perspektivisch strategische Ausrichtung auf künftig relevanter werdende Fragen der Indikationsprüfung. Es bewertet diesen Änderungsvorschlag vor dem Hintergrund einer von den Fachgesellschaften bereits signalisierten generellen Ablehnung "weiterer Verschärfungen" der OPS aber als optional.

**ad 3)** (inhaltlich aber nicht redaktionell mit der DRG-Projektgruppe der geriatr. Fachgesellschaften abgestimmt)

Als wesentlicher Problempunkt in den Kodierprüfungen 2004 hat sich die unterschiedliche Interpretation des "Behandlungstages" im Sinne der OPS 8-550.- erwiesen. Die Begutachtungshinweise des KCG zur OPS 8-550.- Version 2004 legen zwar fest, dass als "Behandlungstag" jeder Tag (frühestens ab Beginn des Assessments) zu werten ist, an dem die OPS gemäß ihrer Leistungsdefinition erbracht wurde, und nennen hierfür beispielhaft Assessment, Behandlungsplanung, Teambesprechung, therapeutische Pflege und therapeutische Anwendungen [4]. In der Begutachtungspraxis einzelner Medizinischer Dienste im Jahr 2004 avancierte der Einsatz von Therapeuten am Patienten jedoch zum "Conditio sine qua non – Kriterium" für die Anerkennung eines Behandlungstages im Sinne der OPS 8-550.-. Dies hatte zur Folge, dass Wochenendtage, an denen keine Therapieeinheiten erfolgten, für die Zählung als Behandlungstage gemäß der 5. Stelle des OPS-Schlüssels gestrichen wurden. Teilweise wurde von Leistungserbringern und Geriatrievertretern der Medizinischen Dienste auch berichtet, dass mit der Begründung fehlenden Therapeuteinsatzes am Wochenende entsprechende Streichungen direkt durch einzelne Krankenkassen ohne Einschaltung des MDK pauschal erfolgten. In anderen Medizinischen Diensten wurde eine solche Streichung nicht durchgeführt. Hier wurde - in Übereinstimmung mit dem Kompetenz-Centrum Geriatrie - die Auffassung vertreten, dass die Erbringung der OPS nicht zwingend an jedem Tag den Einsatz eines Therapeuten am Patienten erfordert, die OPS vielmehr eine aus verschiedenen Behandlungskomponenten bestehende Komplexbehandlung ist, die bei Sicherstellung insgesamt erbrachter definierter Therapieleistungen an einzelnen Tagen bspw. Wochenendtagen nicht an die Erbringung *aller* Mindestmerkmale gebunden ist.

<sup>1</sup> Eine Methodengruppe "Frührehabilitation" unter Moderation des MDS hat hierzu im November 2004 einen ersten Ergebnisbericht an die Spitzenverbänden weitergeleitet [6]. Eine Publikation zum bisherigen Diskussionsstand soll demnächst in der Zeitschrift "Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin" erfolgen.

Diese länderweit unterschiedliche Beurteilung führte zu erheblichen Irritationen auf Seiten der Leistungserbringer, faktisch aber auch zu bundesweit relevant unterschiedlichen Prüfungsergebnissen für die Kodierung der OPS 8-550.-. Das KCG teilt daher auch im Interesse einheitlicher Bewertungsmaßstäbe für die MDK-Gemeinschaft die am 27.01.05 von den Fachgesellschaften gegenüber dem KCG nachdrücklich vorgetragene Forderung nach einer einheitlichen und eindeutigen Klärung der Definition des Behandlungstages im Sinne der OPS 8-550.-. Hierbei sind aus Sicht des KCG folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Ausgangspunkt der gemeinsamen geriatrisch-fachlichen Vorstellungen in der MDK-Gemeinschaft und bei den Fachgesellschaften für die Erfüllung des Therapieanspruchs einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhausbereich waren stets durchschnittlich mindestens zwei Therapieeinheiten (TE) an den Werktagen Montag bis Freitag gewesen. Dies spiegelt sich vor allem in den nicht zufälligen Kombinationen von 10 Therapieeinheiten an mindestens 7 bzw. 20 / 30 TE an mind. 14 / 21 Behandlungstagen wider, wie sie im Rahmen der Präzisierung der erforderlichen Zahl von Therapieeinheiten bei der Revision der OPS 8.550.- Version 2004 auf die Version 2005 festgelegt wurden. Hier kommt deutlich der intendierte Mindestleistungsanspruch von 10 TE bezogen auf die Einheit "Woche" unabhängig von der Erbringung dieser TE auch an Wochenendtagen zum Ausdruck.
- In der Version 2004 war die Festlegung der Zahl der Behandlungstage das einzige Kriterium für die vergütungsrelevante Differenzierung von OPS 8-550.0, -.1 und -.2 gewesen (Anm.: bisher gehen nur die OPS 8-550.1 und 8-550.2 in höher bewertete DRG ein). Dieses erhebliche Manko ist in der Version 2005 aber durch eine klare Festlegung der jeweiligen Zahl von Mindesttherapieeinheiten behoben worden, die jetzt das Hauptdifferenzierungskriterium darstellen. Die Beibehaltung einer zusätzlichen Zahl von Mindestbehandlungstagen in der Differenzierung der 5-Steller, für die sich das KCG in den entsprechenden Verhandlungen mit den Fachgesellschaftsvertretern ausdrücklich eingesetzt hatte, sollte in der Version 2005 lediglich noch als Missbrauchskorrektiv dienen, um einer nicht geriatriegemäßen Kumulation vieler Therapieeinheiten auf wenige Behandlungstage (bspw. kurz vor Entlassung und dann vermutlich bei Patienten, für die diese Behandlung nicht notwendig / indiziert ist) unter primären Erlösoptimierungsaspekten vorzubeugen. Die Zahl der Mindestbehandlungstage hat damit aber bereits in der OPS-Version 2005 nicht mehr die Funktion eines primären Leistungskriteriums.
- Die Festlegung von erbrachten Therapieeinheiten als "Conditio sine qua non – Kriterium" für die Anerkennung eines Behandlungstages bringt eine Reihe von Problemen in der Überprüfung der OPS-Kodierung mit sich:
  - Der effektiven retrospektiven Nachprüfbarkeit erfolgter Therapien an bestimmten Tagen und in bestimmtem Umfang durch den Medizinischen Dienst sind prinzipielle Grenzen gesetzt, die sich faktisch überwiegend in der Prüfung einer primären Plausibilität der entsprechenden Dokumentation erschöpfen.
  - Es müssen konsequenterweise auch andere "Behandlungstage" auf den Ausfall entsprechender TE geprüft werden (bspw. im Zuge anderweitiger diagnostischer Maßnahmen, patientenseitiger Therapieeinschränkungen wie interkurrenter Infekte etc.).
  - Es wäre unklar, inwieweit der Beginn der OPS - wie bisher unstrittig - mit der Aufnahme des entsprechenden Assessments angesetzt werden könnte, da es hierbei oft noch nicht zur Erbringung eigentlicher TE kommt.

Die einzelfallbezogene Bestimmung "anrechenbarer" Behandlungstage würde weitgehend regelhaft die Durchsicht der Krankenakte erfordern.

- Es ist zu vermuten, dass sich die Versorgung durch die Leistungserbringer letztendlich jedweder Auslegungsregelung anpassen wird. Bei Festlegung von erbrachten Therapieeinheiten als "Conditio sine qua non – Kriterium" für die Anerkennung eines Behandlungstages ist zu erwarten, dass die Leistungserbringer entweder unter relativ höherem Ressourcenaufwand als innerhalb der Regelarbeitszeiten auch Therapien am Wochenende anbieten oder den Aufenthalt um einen entsprechenden Behandlungszeitraum bis zur Erreichung der Mindestbehandlungstage erweitern werden. Beides führt aber zu erhöhten Relativgewichten in den Kalkulationen des InEK und damit zur Verteuerung der Behandlungen, ohne dass dadurch tatsächlich eine Verbesserung der effektiven Behandlungsqualität für den geriatrischen Patienten gewährleistet ist.

Das KCG hält aus diesen Gründen eine Grundsatzauseinandersetzung um die Frage, ob ein Behandlungstag im Sinne der OPS 8-550.- den Einsatz eines Therapeuten am Patienten zwingend erfordert oder nicht, weder im Interesse der Patienten, noch für die Leistungserbringer, die Kostenträger oder ihre medizinischen Dienste für zweckdienlich. Entscheidend ist vielmehr eine für alle Beteiligten klare und unmissverständliche Begrifflichkeit. Die bisherigen Anwendungserfahrungen zeigen, dass sich

diese Eindeutigkeit möglichst unmittelbar aus der OPS-Formulierung heraus ergeben und keiner ergänzenden externen Verständigung bedürfen sollte. Aus Perspektive der Medizinischen Dienste sollte sie darüber hinaus möglichst einfach zu prüfen sein. Dieser Auffassung haben sich auch die Geriatrievertreter der Medizinischen Dienste auf dem Arbeitstreffen des KCG am 24.01.05 angeschlossen.

Unter diesen Aspekten hält das KCG seine bisherige Empfehlung, für die Kodierung der OPS in der Regel alle Tage ab dokumentiertem Beginn des Assessments bis zur Entlassung des Patienten zugrunde zu legen, sofern nicht besondere Umstände wie bspw. eine zwischenzeitliche Verlegung oder der Verlust der Frührehabilitationsfähigkeit zu einer Behandlungsunterbrechung oder zum vorzeitigen Behandlungsabbruch geführt haben, nach wie vor prinzipiell für die zweckmäßigste und zielführendste Auslegung. In den allermeisten Fällen lässt sich hierbei aus dem Aufnahmedatum in die geriatrische Abteilung und dem Entlassungsdatum die Erfüllung der jeweiligen Voraussetzungen für den 5-Steller der OPS 8-550.- hinsichtlich der Mindestbehandlungstage ohne Akteneinsicht mit hinreichender Sicherheit abschätzen.

Prinzipiell ist diese Auslegung des "Behandlungstages" mit der Formulierung der 5-Steller für die OPS 8-550.- Version 2005 kompatibel. Es kann allerdings aufgrund der sich inzwischen partiell etablierten gegensätzlichen Verfahrenspraxis, nicht zuletzt auch den teilweise pauschalen Streichungen von OPS 8-550-Kodierungen direkt durch die Krankenkassen, nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass sich diese Praxis ohne präzisierende Änderungen in der OPS-Formulierung im oben dargestellten Sinne vereinheitlicht. Im Hinblick auf die nicht unerhebliche Relevanz, die die bisherigen unterschiedlichen Auslegungen des "Behandlungstages" für die Entgelte im Bereich der Geriatrie nach sich ziehen, die entsprechenden Irritationen der Leistungserbringer und eine einheitliche Begutachtungspraxis im MDK-System entsteht damit die schwierige Situation, eine im Hinblick auf Prägnanz und Aussagekraft kaum verbesserbare Differenzierungsformulierung der 5-Steller, wie sie für die Version 2005 bereits gefunden wurde, nochmals einer präzisierenden Überarbeitung zuführen zu müssen, die die genannten nicht intendierten Auslegungen weitestmöglich ausschließt.

Von den von uns (teilweise auch bereits mit den Geriatrie-Vertretern im Rahmen des Arbeitstreffens vom 24.01.05) hierzu diskutierten Formulierungsvorschlägen scheint dem KCG der oben vorgeschlagene (statt: 7/14/21 *Behandlungstage* → *Behandlungsdauer* mindestens 7/14/21 *Tage*) relativ am geeignetsten. Er ist ähnlich prägnant, ändert sachlich nichts zur Version 2005, fokussiert jedoch statt auf die Behandlungstage (mit der dargestellten Definitionsproblematik) auf die Behandlungsdauer, also primär die Frage des Anfangs und des Endes. Diese scheint uns nach den bisherigen Diskussionen in der Regel nicht umstritten. **Will man noch sicherer gehen, wäre zu überlegen, in die speziellen Kodierhinweise den Hinweis aufzunehmen:**

***Die Behandlungsdauer i.S. der OPS 8-550.- umfasst alle Tage ab dokumentiertem Beginn des Assessments bis zur Entlassung des Patienten, sofern nicht besondere Umstände wie bspw. eine zwischenzeitliche Verlegung oder der Verlust der Frührehabilitationsfähigkeit zu einer Behandlungsunterbrechung oder zum vorzeitigen Behandlungsabbruch geführt haben.***

Würde man einen solchen Hinweis in den Speziellen Kodierhinweisen mit der Modifikation *Behandlungstage i.S. der OPS 8-550.- sind alle Tage ...* aufnehmen, so könnte dies sogar eine komplette Alternative zur Änderung der OPS-Formulierung gegenüber der Version 2005 in diesem Punkt sein.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- Ja  
 Nein

Begründung:

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- Ja  
 Nein

Begründung:

s.o. unter Punkt 9

Verbreitung des Verfahrens ( <b>nur bei Vorschlägen für den OPS</b> ) <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Etabliert <input type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt
Geschätzte <b>Häufigkeit</b> des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) ( <b>nur bei Vorschlägen für den OPS</b> )
Geschätzte <b>Kosten</b> der Prozedur ( <b>nur bei Vorschlägen für den OPS</b> )
<b>10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)</b>