

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

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	
Adresse	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

GERIATRIE

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
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? *

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

In Ergänzung zu einem verbliebenen inhaltlichen Vorschlag aus dem Vorschlagsverfahren 2005 werden weitergehend ausschließlich redaktionelle Vorschläge gemacht. **Der wichtigste inhaltliche Vorschlag seitens der Fachgesellschaften besteht darin, keine weitergehenden grundlegenden Definitionsänderungen vorzunehmen, bevor nicht die Kalkulation die im vergangenen Jahr in erheblichem Umfang vorgenommenen Schärfungen der Mindestkriterien sachgerecht reflektiert.** Nachstehend werden zunächst die redaktionellen Vorschläge zur Klarstellung missverständlicher Formulierungen dargestellt, anschließend wird der aus dem letzten Jahr verbliebene inhaltliche Vorschlag zur Integration des Sozialdienstes weitergehend begründet.

Die Geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) ist eine spezialisierte Form der Krankenhausbehandlung von geriatrischen Patienten. Als solche erfolgt sie interdisziplinär unter Einsatz mehrerer Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter sowie weiteren Gruppen wie z.B. Diätassistenten etc.). Diese Leistungen erfolgen, solange Krankenhausbehandlungsbedarf besteht, an jedem Tag des geriatrischen Behandlungsablaufs, wobei sich tagesbezogen Art und Intensität der Behandlung nach dem Status und Bedarf der Patienten richten. Es ist daher jeder Tag ab Leistungsbeginn (der markiert wird durch das geriatrische Assessment) bis Entlassung (oder Verlegung) ein notwendiger Behandlungstag im Sinne der komplexen Leistungsdefinition. Es hat sich in der Anwendung der Leistungskodierung inzwischen erwiesen, dass die seitens der Fachgesellschaften bereits mehrfach kritisierte Formulierung „Behandlungstag“ missverständlich ist und seitens der Kostenträger wiederholt irrtümlich im Sinne von „Therapeutentag“ ausgelegt wird. Es ist ein kennzeichnendes Merkmal der geriatrischen Komplexbehandlung im Krankenhaus, dass gerade noch keine ausreichende medizinische Stabilität für ausschließlich therapeutische Anwendungen besteht, dem auch der explizite Hinweis „Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren“ besonders Rechnung trägt. Da die bisherige Formulierung zu nicht leistungsgerechten Auslegungen und damit zu unnötigen Reibungsverlusten auf beiden Seiten geführt hat, sollte – in Übereinstimmung mit der Auffassung des Kompetenzzentrums Geriatrie (KCG) des MDS in Hamburg – der Begriff „Behandlungstage“ durch den Begriff „Belegungstage“ ersetzt werden.

Des weiteren lautet die Fachbezeichnung in der Musterweiterbildung der Bundesärztekammer „Zusatzweiterbildung Klinische Geriatrie“. Auch hier sollte der Originalterminus Anwendung finden, um Missverständnissen vorzubeugen.

Eine geriatrische Komplexbehandlung ist ohne teamintegrierten Sozialdienst nicht sachgerecht durchführbar. Dies kommt bereits durch die zwischen 2004 und 2005 geschärften Anforderungen im Bereich des geriatrischen Sozialassessments zum Ausdruck. Ein fundiertes Sozialassessment ist jedoch vielfach erst der Beginn einer in der Regel zeit- und personalaufwändigen sozialdienstlichen Beratungs- und Interventionsleistung, die teamintegriert und patientennah auf Station erfolgt (nicht patientenfern oder rein „konsiliarisch“) und beispielsweise einer ergotherapeutischen Intervention medizinisch und ökonomisch in nichts nach steht. Es wird daher konsequent erneut und auf den vorangegangenen Verfahren aufbauend vorgeschlagen, die Berufsgruppe der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter sach- und fachgerecht als Bestandteil des geriatrischen Teams zu berücksichtigen. Eine ausführliche Begründung in Ergänzung zu den bereits vorliegenden Unterlagen wird in Abschnitt 9 gegeben.

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur (redaktionell; Änderungen markiert)
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)**

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
Andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzaus-
weiterbildung "Klinische Geriatrie" erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhal-
tung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresen-
de 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich "Klinische Geriatrie" ausreichend)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen
(Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Berei-
chen (Selbständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Woh-
numfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener
Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Berufsgruppen: Physiothera-
pie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/facio-orale Therapie, Psycholo-
gie/Neuropsychologie, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit einem Mindestaufwand von 60 Minu-
ten je Berufsgruppe
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist
gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Belegungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durch-
schnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

8-550.1 Mindestens 14 Belegungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfaßt insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnitt-
lich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Belegungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfaßt insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnitt-
lich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

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

Im Rahmen des ersten DRG-Projekts der BAG KGE (2002) wurde zur Leistungsdokumentation ein fach-
spezifisch erweiterter „Geriatrischer Prozedurenkatalog (OPS-G)“ entwickelt, der mittlerweile in der 3.
Überarbeitung vorliegt (http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/OPSG_V2005_Erhebungsbogen_050102.pdf).
Dieser Katalog wurde in das Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS integriert und seitdem von insge-
samt 14 Krankenhäusern eingesetzt und in bislang 4 KH sogar routinemäßig eingeführt. Der „OPS-G“
erlaubt dabei insbesondere eine differenzierte Erfassung von sozialdienstlichen Explorationen, Beratun-
gen und Interventionen. Auf dieser Datenbasis (N>10.000 Fälle) kann gezeigt werden, dass 70-80% aller
geriatrischen Patienten vom teamintegrierten Sozialdienst der Geriatrie exploriert und 50-60% aller geriat-
rischen Patienten vom Sozialdienst beratend und/oder intervenierend teamintegriert mitbehandelt wer-
den. Bei den Patienten, bei denen eine Beratung und/oder Intervention erfolgte, umfasste der patienten-
bezogene sozialdienstliche Interventionsaufwand im arithmetischen Mittel (mit relativ großer Streubreite)
insgesamt knapp 120 Minuten – ohne Assessment und ohne Teambesprechungen. Für einzelne KH wur-
den dabei auch Mittelwerte über 200 Minuten dokumentiert. Fallbezogen erreichen einzelne Patienten
durchaus Aufwandswerte bis zu 285 Minuten Beratungs- und 565 Minuten Interventionsleistung bzw.
einen Gesamtaufwand inklusive Assessment von bis zu 845 Minuten (entspricht umgerechnet 28 Einhei-
ten á 30 Minuten; bei Bedarf können diese Daten im weiteren Verlauf des Vorschlagsverfahrens näher
vorgestellt werden). Diese Leistungsdichte des teamintegrierten geriatrischen Sozialdienstes reflektiert
den diesbezüglich hohen Bedarf bei geriatrischen Patienten und ist untrennbar mit dem (in die Mindest-
merkmale bereits einbezogenen) geriatrischen Sozialassessment und der durchgängigen Einbeziehung
des Sozialdienstes in alle Teambesprechungen (gleichfalls in den Mindestmerkmalen bereits enthalten)
verbunden. Dementsprechend wird seitens der BAG KGE als ein wesentliches Strukturmerkmal von geri-

atrischen Einrichtungen auch ein Personalschlüssel im Sozialdienstbereich von 1:40 gefordert (<http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/BroschuereEmpfehlungenFuerDieKGB.pdf>). Dieser Personalschlüssel entspricht beispielsweise den Anforderungen zur bedarfsgerechten Besetzung mit Logopäden (1:30 bis 1:40) und (Neuro-)Psychologen (1:40 bis 1:50) in geriatrischen Abteilungen. Mittlerweile wurde auch seitens des InEK im Rahmen der Kalkulation die Zuordnung des Sozialdienstes korrigiert, der zur medizinischen Infrastruktur gehört und im überarbeiteten DRG-Daten-Format nach § 21 KHEntgG nunmehr auch der Kostenartengruppe 7 (Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur) zugeordnet ist (http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/DrGKalkHandbuch_Ergaenzung_041222.pdf).

Geriatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen halten eine hohe Personalkapazität im sozialpädagogischen Bereich vor, der geriatrische teamintegrierte Sozialdienst arbeitet ebenso wie die Therapeuten patientennah auf den Stationen und nimmt an den Teambesprechungen aktiv teil. Insofern stellt er derzeit auch bereits ein notwendiges, aber immer noch kein hinreichendes Mindestmerkmal des OPS 8-550 dar. Dies ist keine dauerhaft sachgerechte Konstellation und muss korrigiert werden.

Im Vorschlagsverfahren 2005 hatten die Fachgesellschaften hierzu bereits einen entsprechenden Vorschlag eingebracht und diesen eindeutig und explizit verbunden mit dem Vorschlag zur Zusammenziehung der zuvor getrennt berücksichtigten Therapiearten Physiotherapie und Physikalische Therapie. Es wurde jedoch nur die Zusammenziehung der beiden Therapiearten umgesetzt, nicht aber die Ergänzung des Sozialdienstes als eigenständige signifikante Berufsgruppe. Im Ergebnis wurde dadurch in bestimmten geriatrischen Fallgruppen eine signifikante formale Einschränkung vorgenommen, wann die spezifisch geriatrische Behandlung kodiertechisch als „komplex“ bezeichnet werden „darf“ und wann nicht. Als beispielhaft kann hier die Gruppe der geriatrischen Patienten benannt werden, die der MDC 08 zugeordnet werden. Dabei handelt es sich am häufigsten um Patienten mit einer Fraktur. Diese Patienten benötigen frühzeitig eine teamintegrierte Behandlung mit Physiotherapie und Physikalischer Therapie – 2003 und 2004 war das nach OPS noch „komplex“, seit 2005 ist es das nicht mehr. In dieser Gruppe finden sich in der Geriatrie jedoch vergleichsweise viele Patienten, die sich die Fraktur im Rahmen eines Sturzes zugezogen haben und darunter sind wiederum viele Patienten, die unter einem demenziellen Prozess leiden (einer der Hauptrisikofaktoren im Alter für Stürze). Diese Patienten benötigen aber, da die Kombination Physio- und Physikalische Therapie OPS-technisch nicht mehr „hinreichend“ ist, nun keine „ersatzweise andere Therapie“ durch eine der im OPS 8-550 „gewerteten“ anderen Berufsgruppen, sondern stattdessen weiterhin eine fundierte, fachgerechte sozialdienstliche Intervention, da Ihnen oftmals der Weg in die gewohnte Häuslichkeit nicht ohne Weiteres offen steht, oder eine weitere Versorgung in der vollstationären Pflege unmittelbar organisiert werden muss – zumeist unter enger Einbeziehung der Angehörigen. Wohlgermerkt: Es handelt sich in der Geriatrie hierbei nicht um eine ausgliederungsfähige „Appendix-Leistung“, sondern fachlich ganz unzweifelhaft um einen genuinen und integrierten Bestandteil des teamorientierten, ganzheitlichen Ansatzes geriatrischer Medizin (vgl. hierzu etwa Expertenkommission der DGG: „Was ist Geriatrie?“, sowie auch Stellungnahme des KCG zum Verfahren 2005), nur nach formalen OPS-Kriterien ist sie das – fälschlicherweise – nicht.

Durch die in der Geriatrie bestehende medizinische Untrennbarkeit der beteiligten Professionen (Ausrichtung und Zielsetzung beispielsweise der Physiotherapie oder Psychotherapie variieren durchaus in Abhängigkeit vom Fallmanagement und Entlassungsziel, dies wird mittels Teambesprechungen implementiert und kontinuierlich evaluiert) in Verbindung mit der bereits erfolgten Teilabbildung des Sozialdienstes im 8-550 (Assessment, Teambesprechungen etc.) ist derzeit keine Möglichkeit einer „anderweitig“ sachgerechten Kalkulation dieser Teilleistung geriatrischer Komplexbehandlung zu erkennen, wenn eine Wertung der ebenfalls interventionell tätigen Berufsgruppe des geriatrischen Sozialdienstes weiterhin unterbleiben sollte. Da die besonderen strukturellen Ressourcen der Geriatrie in den OPS 8-550 bereits eingebracht (Assessment, Teambesprechungen etc.) und zugleich ausschließlich fallbezogen über den OPS refinanziert werden müssen, sollte man – bliebe es bei der bisherigen Konstruktion – gewahr sein, dass das in der Geriatrie notwendige Soziale damit de facto endgültig zur „Restgröße“ erklärt würde und sich Leistungserbringer dem würden anpassen müssen. Insbesondere geriatrischen Patienten mit Fraktur nach Sturz oder mit anderen Erkrankungen des Bewegungsapparates würde eine vorzeitige Entlassung in die Kurz- bzw. Langzeitpflege drohen, wenn sie nicht in das – kodiertechisch vorgegebene, fachlich jedoch nicht begründbare – selektive OPS-Schema gewerteter Berufsgruppen passen und in Folge einer DRG der medizinischen Partition zugeordnet werden. Das Risiko für geriatrische Patienten der MDC 08 ist relativ hoch, da ihnen eine spezifisch neurologische Indikation für logopädische, neuropsychologische oder ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zur Physio-/Physikalischen Therapie vielfach „fehlt“.

Um einer ggf. notwendigen Abgrenzung gegenüber einer stationsfernen, nur auf spezielle Anforderung sporadisch erfolgenden und/oder vorwiegend administrativ orientierten sozialdienstlichen Leistung Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, als Minimalleistung in diesem Sinne einen sozialdienstlichen Min-

destaufwand von 60 Minuten vorzugeben und diese Mindestanforderung zugleich auf jede andere therapeutische Berufsgruppe zu übertragen, um klar zu stellen, ab welcher Mindestleistung (nämlich 2 Therapieeinheiten) eine Berufsgruppe als „eingesetzt“ gewertet werden kann. Bezogen auf die oben genannte Stichprobe geriatrischer Patienten bedeutet diese Mindestanforderung beispielsweise, dass über 4.000 der sozialdienstlich evaluierten und beratenen Patienten (>40%) dieses Mindestkriterium nicht erfüllen und somit nicht als „sozialdienstliche Leistung im Rahmen geriatrischer Komplexbehandlung“ gewertet würden. Im Mittel verschiebt sich der sozialdienstliche Durchschnittsaufwand in der verbleibenden Gruppe dadurch bereits auf knapp 155 Minuten. Dies sei hier vorsorglich angemerkt, da ein Verschieben von Mindestanforderungen – zumal im Rahmen komplexer, additiv wirksamer Kriterien – ohne Datengrundlage in den insgesamt resultierenden Effekten nur schwer zuverlässig eingeschätzt werden kann und um zu verdeutlichen, dass eine Mindestanforderung kein Mittel-, sondern ein Schwellenwert ist, unterhalb dessen jegliche sonstige Leistung einer Nichtleistung gleich gesetzt wird.

Der im Verfahren 2005 vorgenommene Eingriff in die Mindestkriterien, der zu einer signifikanten Veränderung der Leistungsdefinition geführt hat, kann nach Auffassung der Fachgesellschaften durch den vorliegenden, fundiert abgewogenen und ausformulierten Vorschlag geheilt werden und eine (weitere) Dissemination geriatrischer Fälle auf nicht-geriatrische DRGs verhindern, allerdings ist hierbei wiederum mit größter Sorgfalt vorzugehen. Der hier eingebrachte Vorschlag geht auf datengestützte Überlegungen zurück und wird ausschließlich in seiner Gesamtheit eingebracht. **Es lassen sich daraus keine „Teile ausgliedern“ und anderweitig kombinieren. Sollten einzelne oder alle Aspekte nicht umsetzbar sein, dann besteht der Vorschlag der Fachgesellschaften darin, keinerlei inhaltliche Änderungen am OPS 8-550 vorzunehmen. Eine Teilumsetzung ist nicht intendiert und wird nicht befürwortet.**

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

Ja

Nein

Begründung: Alleinige Finanzierungsgrundlage der fachgerechten Behandlung von geriatrischen Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf; besondere Anforderung an eine dauerhaft hohe Homogenität der zugeordneten Patientengruppe für die Kalkulation; fachinterne und fächerübergreifende Verdeutlichung der Kriterien gegenüber nicht-komplexen Behandlungsformen (vgl. beigefügte Abgrenzungskriterien als gemeinsame Empfehlung der Fachgesellschaften), Klarheit und Verbindlichkeit im Abrechnungsgeschehen

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

Ja

Nein

Begründung:

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Jede Fachabteilung bzw. jedes Fachkrankenhaus für Geriatrie mit entsprechender akutmedizinischer und frührehabilitativer Mindestausstattung; je nach Spezialisierung 30-60% der in diesen Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten (Änderungen der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienscharfung für 2005)

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Mittlere Fallkosten 5500 bis 7000 Euro (Inlier-Fälle; mittlere Verweildauer 20-25 Tage) (Änderung der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienschärfung für 2005)

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Da es sich um Krankenhausbehandlung handelt, ist jeder Belegungstag als Behandlungstag aufzufassen, dies muss entsprechend formuliert werden, um unnötigen zusätzlichen Definitionsaufwand und unnötige Reibungsverluste zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu vermeiden.

Im Übrigen wird explizit und mit Nachdruck der Vorschlag gemacht, keine weitergehenden Kriterienschärfungen vorzunehmen. Das InEK hat in der ergänzenden Datenlieferung die spezialisierten Leistungserbringer aufgefordert bzw. gebeten, alle erbrachten Leistungen im Jahr 2004 zusätzlich nach den neuen Kriterien für 2005 einzustufen, was einen erheblichen Aufwand für die Kalkulationshäuser darstellt. Dieser erhöhte Aufwand und die Kalkulation des InEK würden ins Leere laufen, wenn weitere Kriterienschärfungen vorgenommen werden würden. Die Fachgesellschaften gemeinsam sprechen sich daher mit Nachdruck grundsätzlich gegen solche Änderungen aus, sollten diese von anderer Seite in das diesjährige Verfahren eingebracht werden und befürworten aus dem gleichen Grund auch mit Nachdruck eine ökonomische (Vor-)Bewertung des Vorschlags zum Sozialdienst. Sollte dieser ähnlich eingestuft werden müssen, dann verbleiben ausschließlich die hier angeführten redaktionellen Vorschläge.