

Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexbefragung-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	DRG-Projektgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG KGE), der Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG-Projektgruppe
Internetadresse der Organisation *	http://www.bag-geriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Trögner
Vorname *	Jens
Straße *	Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
PLZ *	90419
Ort *	Nürnberg
E-Mail *	jens.troegner@gibdat.de
Telefon *	0175-1618361

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation *

Internetadresse der Organisation *

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG KGE)
Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Berücksichtigung Sozialdienst bei geriatrischer Komplexbehandlung

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
 Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)
 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)
 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich '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)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, 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 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
- Fakultativ spezifische Sozialdienstleistungen (Wohnungsbegehung, Familiengespräch, umfassende sozialmedizinische Beratung u.a.) jeweils á mind. 30 Minuten und mit individuellem Protokoll. Maximal 20% der Therapieeinheiten (s.u.) können durch spez. Sozialdienstleistungen ersetzt werden.

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

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

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie
8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

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

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Durch die OPS-Ziffer 8-550 wird die spezifische geriatrische Behandlung im Akutkrankenhaus beschrieben. Jedoch wird nur ein Teil der Patienten einer geriatrischen Fachabteilung erfasst. Die restlichen Fälle werden über DRGs abgerechnet, die auch in nicht-geriatrischen Fachabteilungen angesteuert werden. Der spezifische geriatrische Behandlungsansatz bleibt bei diesen Patienten völlig unberücksichtigt, wodurch der Mehraufwand einer geriatrischen Fachabteilung nicht abgebildet wird.

Ein besonderes Problem stellen insbesondere Patienten mit psychischen Erkrankungen dar. Hierunter fallen v.a. Patienten mit dementiellen Erkrankungen, Depressionen und Anpassungsstörungen. Häufig führt eine akute Erkrankung (z.B. Infekt) diese Patienten in die akutstationäre Behandlung. Neben der internistischen Therapie hat diese Patientengruppen einen hohen Bedarf zum einen an geriatrischer Komplexbehandlung und gleichzeitig an psychosozialen Interventionen. Besonders aufwändig gestaltet sich häufig die sozialmedizinische Betreuung dieser Patienten. Um eine qualitativ gute und stabile Weiterversorgung zu ermöglichen, geht der notwendige Aufwand weit über das Maß hinaus, das in nicht-geriatrischen Abteilungen angeboten wird. Eine geriatrische Abteilung verfügt in aller Regel über erhebliche mehr Sozialdienstkapazität pro Patient als alle anderen Krankenhausabteilungen. Einzige Ausnahme ist erfahrungsgemäß die Psychiatrie, die in der Gerontopsychiatrie letztlich ähnliche Krankheitsbilder behandelt.

Um dieser Patientengruppe gerecht zu werden, ist es notwendig, neben den personalintensiven Therapieleistungen auch spezifische Sonderleistungen des Sozialdienstes in der Geriatrie zu berücksichtigen. Durch unseren Vorschlag wird dem Rechnung getragen, ohne dass der Sozialdienst als zusätzliche 'Therapeutengruppe' eingeführt wird. Nur spezifische Sonderleistungen, die eine Mindestzeit beanspruchen und per Protokoll nachprüfbar dokumentiert sind, können bis zu einer prozentualen Obergrenze angerechnet werden. Solche Sonderleistungen sind beispielsweise der therapeutische Hausbesuch zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung oder die Durchführung aufwändiger Familiengespräche z.B. bei intrafamiliären Konflikten im Umgang mit dem Betreuungsrecht. Häufig nehmen neben dem Sozialdienst auch weitere Berufsgruppen an Familiengesprächen teil (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten), was zum einen den Stellenwert und zum anderen den hohen personellen Aufwand belegt.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Primäre Ziele dieses Vorschlags sind die Verankerung des Sozialdienstes als essentiellen Bestandteil geriatrischer Behandlung, die Berücksichtigung sozialmedizinischer Besonderheiten insbesondere bei psychisch erkrankten älteren Menschen sowie die leistungsgerechte Weiterentwicklung der OPS-Ziffer 8-550. Der Einbezug des Sozialdienstes als langjährige Forderung aller drei geriatrischer Fachgesellschaften würde die bestehende und zwischenzeitlich bewährte OPS-Ziffer vervollständigen, ohne den bisherigen Inhalt bzw. die bisherige Wertigkeit wesentlich zu verändern.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Keine zusätzlichen Kosten

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Ca. 5 - 10% der geriatrischen Komplexfälle

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

trifft nicht zu

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

nicht relevant für die QS

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