

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

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!

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

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

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

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-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).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und 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.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	1) Bundesverband Geriatrie e.V. (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	(1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG (1)www.bv-geriatrie.de
Internetadresse der Organisation *	(2)www.dgggeriatrie.de (3)www.dggg-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	(1) Herr Prof. Dr. (2) Herr Dr. (3) Frau Dr.
Name *	(1) Lüttje (2) Meisel (3) Meyer
Vorname *	(1) Dieter (2) Michael (3) Ann-Kathrin
Straße *	(1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61 (2) DGG Geschäftsstelle Winzerstraße 9 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8
PLZ *	(1) 13347 (2) 65207 (3) 10245
Ort *	(1) Berlin (2) Wiesbaden (3) Berlin
E-Mail *	dieter.luettje@bv-geriatrie.de (2)MMeisel@dkd-dessau.de (3) ann.meyer@asklepios.com
Telefon *	(1) 0541/ 405 - 7201 (2) 0340 /6502-2120 (3) 040/1818 83 -1661

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Bundesverband Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	BV Geriatrie
Internetadresse der Organisation *	www.bv-geriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Wittrich
Vorname *	Anke
Straße *	Reinickendorfer Str. 61
PLZ *	13347
Ort *	Berlin
E-Mail *	anke.wittrich@bv-geriatrie.de
Telefon *	030/3398876-26

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

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Weitere Ausgestaltung und inhaltliche Klarstellungen des OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative
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)

Dieser Vorschlag umfasst die weitere Ausgestaltung der bisherigen Mindestmerkmale für die fachärztliche Behandlungsleitung, eine Klarstellung bzgl. der bisher benannten Therapiebereiche sowie die Aufnahme einer Klarstellung für die Verfahrensweise, wenn die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht unmittelbar möglich ist. Die bisherige Textierung für den Therapiebereich Logopädie/faziorale Therapie wird angepasst.

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 kontinuierlicher fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.

· Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität)

Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist dies nachzuholen.

· Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)

Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren und sofern möglich fremdanamnestisch zu erheben bzw. nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten dies erlaubt.

· Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

· Aktivierend-therapeutische Pflege durch in der Geriatrie besonders geschultes Pflegepersonal

- Vorhandensein der folgenden 4 Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie; Ergotherapie; Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie; Psychologie/Neuropsychologie

- Teamintegrierter Einsatz von

- mindestens 2 der benannten 4 Therapiebereiche

und

- aktivierend-therapeutischer Pflege

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

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

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

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hin Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten
w.: von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

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

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die frührehabilitative Komplexbehandlung von geriatrischen Patienten erfordert eine kontinuierliche Zusammenarbeit aller Mitglieder des therapeutischen Teams. Nur so sind die hohen Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, welche sich auch in der Definition der Leistungsmerkmale des OPS 8-550 widerspiegeln, zu erfüllen. Um auch weiterhin für die Patienten, die dieser Behandlung bedürfen, eine qualitativ hochwertige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gewährleisten zu können, gilt es, der Entwicklung einer „Geriatry Light“ entgegen zu wirken, dies insbesondere mit Blick auf die Gewährleistung einer kontinuierlichen fachärztlichen Behandlungsleitung. Die Betreuung mehrerer geriatrischer Teams an ggf. noch räumlich getrennten Einrichtungen durch einen Geriater (im Sinne eines „Wandergeriater“) ist aus unserer Sicht entschieden abzulehnen. Die Entwicklung einer „Geriatry light“ ist mit Blick auf den zu erzielenden Behandlungserfolg, der zumindest zu hinterfragen ist, abzulehnen. Aber auch der im Zuge dieser Tendenz zu erwartende Abfall der Bewertungsrelationen der geriatrischen DRGs ist mit Skepsis zu betrachten. Es ist zu befürchten, dass sich der daraus resultierende Kostendruck nachfolgend auf die Qualität der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung insgesamt auswirken wird. Daher schlagen wir für die Gewährleistung einer kontinuierlichen fachärztlichen Behandlungsleitung die Aufnahme folgender Textpassage in den OPS 8-550 vor:

„Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.“

Unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ist des Weiteren die Klarstellung im Vergleich zur bisherigen Textierung des OPS 8-550 zu verstehen: „Vorhandensein der folgenden 4 Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie; Ergotherapie; Sprach-, Sprech-, Stimm-

und Schlucktherapie; Psychologie/Neuropsychologie“. Die an dieser Stelle vorgeschlagene Umbenennung des Therapiebereiches von bisher „Logopädie/faziorale Therapie“ in „Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie“ trägt der Tatsache Rechnung, dass der spezifische Verweis auf die Logopädie zu berufspolitischen Problemen mit den akademisch ausgebildeten Sprachtherapeuten führt. Die Formulierung „Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie“ versteht sich hier als ein Therapiebereich.

Die Durchführung eines standardisierten geriatrischen Assessment ist ggf. nicht vollständig in den geforderten 4 Bereichen unmittelbar zu Beginn des stationären Aufenthaltes/der Behandlung in einer geriatrischen Einheit durchführbar. Dies kann bspw. dadurch bedingt sein, dass bestimmte Krankheitszustände (z.B. Somnolenz, Agitiertheit, Aphasie) die Erhebung eines vollständigen Assessments nicht zu lassen. Dennoch ist es richtig und für den weiteren Behandlungsverlauf und-erfolg wichtig und erforderlich, dass therapeutische Maßnahmen bereits gezielt zum Einsatz kommen, auch wenn das Assessment derzeit noch nicht in allen Bereichen abgeschlossen werden konnte. Daher halten wir die Aufnahme eines Hinweistextes, wie in diesen (sicher überwiegend Einzel-) Fällen bzgl. Dokumentation und weiterem Vorgehen zu verfahren ist, für erforderlich.

In diesem Zusammenhang gehen wir weiterhin davon aus, dass die Behandlungsdauer im Sinne des OPS alle Tage ab dokumentiertem Beginn des Assessments bis zur Entlassung des Patienten umfasst, sofern nicht eine zwischenzeitliche Verlegung (intern oder extern) zu einer Behandlungsunterbrechung oder zum vorzeitigen Behandlungsabbruch führt oder ohne Verlegung aus medizinischer Indikation ein vorzeitiger Behandlungsabbruch erfolgt.

An dieser Stelle möchten wir noch einmal betonen, dass sich die im OPS formulierten Anforderungen an die Anzahl und die durchschnittliche Dauer von 30 Minuten für eine Therapieeinheit im Sinne einer hohen Prozessqualität bewährt haben. Die Durchführung einer Therapieeinheit, die sich an den individuellen Erfordernissen für den einzelnen Patienten orientiert, benötigt diesen durchschnittlich zusammenhängenden Zeitumfang. Ein bloßes „Minuten zählen“ wird diesem Ansatz nicht gerecht. Eine Therapie im „5-Minuten-Takt“ lässt sich mit den Erfordernissen einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht vereinbaren.

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

Gewährleistung einer anhaltend hohen Struktur- und Prozessqualität der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Keine Änderung

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

Entsprechend der Zahl geriatrischer Behandlungsfälle mit OPS 8-550

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

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.)

Für das diesjährige Vorschlagsverfahren nicht relevant.

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