

## 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](mailto: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](http://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](http://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](mailto: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/unsere 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 \* Sana Kliniken AG  
Offizielles Kürzel der Organisation \* Sana  
Internetadresse der Organisation \* www.sana.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Dr. med.  
Name \* Dennler  
Vorname \* Ulf  
Straße \* Gustav-Heinemann-Ring 133  
PLZ \* 81739  
Ort \* München  
E-Mail \* u.dennler@sana.de  
Telefon \* +491705790898

**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)**

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) \***

Neufassung der Hinweise zur OPS-Gruppe 'Frührehabilitativen und physikalischen Therapie'

## 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)

Neufassung der Hinweise zur OPS-Gruppe 'Frührehabilitativen und physikalischen Therapie'

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Die OPS-Gruppe '8-55 Frührehabilitative und physikalische Therapie' ist mit dem Hinweis versehen: 'Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben und darf nur solange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht.'

Diese Formulierung führt bei Krankenhäusern zur quälenden Abrechnungsunsicherheit bei der Erbringung frührehabilitativer Leistungen. In zahlreichen Fällen besteht zwar zu Beginn einer entsprechenden Behandlung noch unstrittig akutstationärer Behandlungsbedarf, ein lückenloser MDK-sicherer Nachweis für jeden einzelnen von den oft notwendigen 14 Behandlungstagen zur Ansteuerung der entsprechenden DRG's ist in der Praxis selten zu erreichen. Es resultiert ein Konflikt im Abgleich Sozialrecht, medizinischer Notwendigkeit, ökonomischer Realisierbarkeit und Abrechnungsbestimmungen durch OPS und DKR.

1. Laut SGB V §39 (1) gehört die im Einzelfall notwendige Frührehabilitation zu den akutstationären Behandlungen.
2. Eine Struktur, die diese im Einzelfall notwendige Behandlung ermöglicht, ist gemäß der Mindestmerkmale, die im jeweiligem OPS definiert sind, personal- und kostenintensiv (spezialisierte Pflege, intensivierete Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie, spezielle Therapieangebote etc.)
3. Die Entscheidung, ob im Einzelfall eine kostenintensive Therapie durchgeführt werden soll, kann

nur prospektiv erfolgen, dabei ist es nicht vorhersehbar, ob der akutstationäre Behandlungsbedarf gemäß Hinweis zur OPS-Gruppe während der gesamten geplanten Behandlungsdauer nachweisbar bleibt. Damit muß vor Beginn der Behandlung entschieden werden, ob die entsprechenden Kosten entstehen. Durch die Prüfinstitutionen der Kostenträger kann aber retrospektiv festgelegt werden, ob diese Kosten auch bezahlt werden.

4. Gemäß den DKR besteht die Option, fast vollständig erbrachte Prozeduren so zu verschlüsseln, wie sie geplant wurden (DKR P004f), es gibt keinen Hinweis, ob dieser Passus auch auf Frührehabilitationen übertragbar ist, wenn 13 Tage akutstationärer Behandlungsbedarf unstrittig bestand und der 14. Tag durch den MDK in Frage gestellt wurde (gängige Praxis in einzelnen Bundesländern).

Völlig ungeklärt ist die Refinanzierung der Frührehabilitation, wenn diese als Verfahren erbracht wird, für den Patienten nach einer Stabilisierungsphase eine Phase-C-Rehabilitation möglich wäre, diese aber aus Kapazitätsgründen in den Reha-Kliniken nicht zeitnah angetreten werden kann.

Dem Antragsteller sind Kliniken bekannt, die angesichts der Unsicherheit in der Refinanzierung frührehabilitativer Leistungen dieses Versorgungsangebot wieder eingestellt haben.

Seitens der Sana Kliniken AG wird deshalb der Vorschlag eingebracht, den Hinweistext wie folgt zu verändern:

‘Die Notwendigkeit der akutstationären Behandlung ist prospektiv zu Beginn des zeitlichen Intervalls des jeweiligen OPS-Kodes zu prüfen und zu begründen. Der jeweilige OPS ist zu Beginn der Behandlungsphase zu kodieren’

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

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Standard      | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt |  |

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

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

**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.)

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

Ein Restaurant, in dem der Gast nur dann die Rechnung zahlen müßte, wenn er am Ende der Mahlzeit noch hungrig ist, wäre vom Bankrott bedroht. Vergleichbar stellt sich aber die Situation der Krankenhäuser dar, die eine Leistung vorfinanzieren, aber zum Zeitpunkt der Entscheidung nicht wissen, ob der Patient auch ausreichend lange schwer krank bleibt, damit diese Leistung auch tatsächlich bezahlt wird.