

## Änderungsvorschlag für den OPS 2012

### 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 *	Kompetenz-Centrum Geriatrie
Offizielles Kürzel der Organisation *	KCG
Internetadresse der Organisation *	www.kcgeriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Lübke
Vorname *	Norbert
Straße *	Hammerbrookstr. 5
PLZ *	20097
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@kcgeriatrie.de
Telefon *	040 / 25169491

**2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)**

Organisation *	Kompetenz-Centrum Geriatrie
Offizielles Kürzel der Organisation *	KCG
Internetadresse der Organisation *	www.kcgeriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. P.H.
Name *	Meinck
Vorname *	Matthias
Straße *	Hammerbrookstr. 5
PLZ *	20097
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@kcgeriatrie.de
Telefon *	040 / 25169491

**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) \***

Präzisierung geriatrische Einheit und ärztlich-geriatrische Kompetenz im OPS 8-550\*

### 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 eine abgegrenzte geriatrische Einheit, deren zugeordnete Strukturen und personelle Ressourcen konzeptionell hinterlegt sind und die über ärztlich-geriatrische Kompetenz (Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie) im Gesamtstellenumfang von mindestens einer Vollzeitstelle verfügt
- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Sofern die Vertretung der fachärztlichen Behandlungsleitung nicht die Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie besitzt, muss die Stellvertretung durch einen Facharzt mit mindestens 18-monatiger vollzeitiger Berufserfahrung im Bereich Geriatrie erfolgen
- 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 die Erhebung 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. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- 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

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

Die Aufnahme der Erläuterung für die fachärztliche Behandlungsleitung 'überwiegend in der geriatrischen Einheit tätig' erfolgte im OPS Version 2010 mit dem Ziel, Mindeststandards für die Verfügbarkeit der geriatrisch qualifizierten fachärztlichen Behandlungsleitung zu definieren und damit zu verhindern, dass ein Arzt diese Aufgabe in mehreren, insbesondere räumlich getrennten geriatrischen Einheiten mit unzureichender Verfügbarkeit erfüllt (vgl. Revisionsvorschlag des Bundesverbands Geriatrie für den OPS 2010). Eine klare Operationalisierung des dabei erstmals aufgenommenen Begriffs 'geriatrische Einheit' erfolgte hierbei jedoch nicht.

Diese relative auf die Arbeitszeit der fachärztlichen Behandlungsleitung in der zugehörigen geriatrischen Einheit bezogene Regelung hat die intendierte Wirkung jedoch nicht erzielt, da auch ein Facharzt mit geriatrischer Zusatzqualifikation und Teilzeittätigkeit (z.B. 0,25 einer Vollzeitstelle) in der Klinik und einer Tätigkeit von z.B. lediglich 0,2 einer Vollzeitstelle in der zugehörigen geriatrischen Einheit somit überwiegend in dieser tätig sein kann. Damit wird zwar das arbeitszeitbezogene Mindestmerkmal der fachärztlichen Behandlungsleitung formal erfüllt, dennoch könnte die fachärztliche Behandlungsleitung unzureichend verfügbar und zudem noch an weiteren auch räumlich entfernten Kliniken beschäftigt sein. Ferner bestanden in der Praxis unterschiedliche Interpretationen des Begriffs der 'geriatrischen Einheit' als Bezugsgröße für den Tätigkeitsumfang der fachärztlichen Behandlungsleitung.

Die vorgeschlagene Präzisierung des Umfangs vorzuhaltender geriatrisch weitergebildeter Facharztkompetenz (Gesamtstundenumfang von mind. einer Vollzeitstelle) bei einer besseren Operationalisierung des Begriffs 'geriatrische Einheit' begrenzt die Abrechenbarkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung auf strukturell und personell hierzu geeignete Kliniken im Sinne einer Mindestanforderung für die Anstellung entsprechend geriatrisch qualifizierter Ärzte.

Ergänzend soll zukünftig die leistungserbringende Einheit organisatorisch abgrenzbar und konzeptionell nachvollziehbar sein, welche Strukturen und welche personellen Ressourcen ihr zugeordnet sind.

Bisher war keine explizite Benennung der qualifikationsbezogenen Anforderungen an die Vertretung der fachärztlichen Behandlungsleitung im OPS-Kode 8-550\* aufgeführt. Auch hierzu gab es teilweise unterschiedliche Auffassungen. Unter der Voraussetzung der vorgeschlagenen expliziten Vorhaltung geriatrischer Kompetenz im Gesamtstundenumfang von mindestens einer Vollzeitstelle erscheint es im Rahmen einer präzisierten Vertretungsregelung derzeit vertretbar, dass hierfür auch ein Facharzt mit vergleichbarer Geriatrieerfahrung (mind. 18-Monate) jedoch ohne Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie - im Sinne einer reduzierten Anforderung für die Vertretung - als fachlich angemessen angesehen werden kann.

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

Der Vorschlag begrenzt die Abrechenbarkeit geriatrisch frührehabilitativer Leistungen wirksamer als die bisherigen Mindestmerkmale auf konzeptionell abgrenzbare und hinsichtlich der nachweisbaren ärztlich-geriatrischen Kompetenz einen definierten Mindeststandard erfüllende geriatrische Einheiten. Vereinzelt Abrechnungen aus diesbezüglich personell nicht adäquat mit geriatrisch qualifizierten Ärzten ausgestatteten Krankenhausbereichen werden hierdurch zukünftig wirksamer vermieden.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

keine

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

-

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

keine

**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.)

derzeit nicht relevant

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