

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

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 (sofern vorhanden)	(1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	(1) www.bv-geriatrie.de (2) www.dggeriatrie.de (3) www.dggg-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	(1) Herr (2) Herr Dr. (3) Herr Dr.
Name *	(1) Veer (2) Meisel (3) Trögner
Vorname *	(1) Ansgar (2) Michael (3) Jens
Straße *	(1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61 (2) DGG Geschäftsstelle Kuniberts Kloster 11-13 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8
PLZ *	(1) 133347 (2) 50668 (3) 10245
Ort *	(1) Berlin (2) Köln (3) Berlin
E-Mail *	(1) ansgar.veer@bv-geriatrie.de (2) mmeisel@dkd-dessau.de (3) troegner.jens@klinikum-amberg.de
Telefon *	(1) 0591/9101201 (2) 0340/65022120 (3) 09621/381101

Einräumung der Nutzungsrechte *



Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Bundesverband Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BV Geriatrie
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	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 *	030/339887626

Erklärung zum Datenschutz *



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Wochenbezug bei Prüfung des akutstationären Behandlungsbedarfs

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☐ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Bisher:

Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Vorschlag:

Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse, weiterer Behandlungsziele sowie Feststellung des prospektiven akutstationären Behandlungsbedarfs für die jeweils folgende Woche. Ausschlaggebend hierfür ist der zum Zeitpunkt der Teambesprechung bestehende Patientenzustand.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung geriatrischer Patienten im vollstationären Krankenhausbereich werden überwiegend über den OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) abgebildet. Dieser enthält neben Angaben einer wochenbezogenen Mindestbehandlungsdauer (8-550.0 mind. 7, 8-550.1 mind. 14 und 8-550.2 mind. 21 Behandlungstage) und zu erbringenden Therapieeinheiten, konkrete Ausführungen zu den Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Diese beziehen sich insbesondere auf die Qualifikationsanforderungen an die fachärztliche Behandlungsleitung und an das Pflegepersonal. Der OPS 8-550 löst in Verbindung mit bestimmten Hauptdiagnosen 16 bewertete und 1 unbewertete sog. 'geriatrische DRGs' in 11 MDC aus. Zu beachten ist allerdings, dass die definierten Leistungen der OPS 8-550 nur so lange zur Abrechnung gebracht werden dürfen, wie akutstationärer Behandlungsbedarf besteht.

Seitens des Gesetzgebers wurde mit der Integration der Frührehabilitation in die Krankenhausbehandlung intendiert, rehabilitative Behandlungsansätze so früh wie möglich in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Dies betrifft Patienten, die eine Teilhabebeeinträchtigung aufweisen bzw. bedroht sind, diese zu erleiden. Für die Behandlung dieser Patienten sind frühmobilisierende Behandlungsmaßnahmen bzw. die ausschließliche Behandlung mit Heil- und Hilfsmitteln häufig nicht ausreichend. Zu dieser Patientengruppe zählen überwiegend geriatrische Patienten.

Die wochenbezogene Abstufung des OPS 8-550 (8-550.0/.1/2) trägt dem geriatrischen Behandlungsprozess Rechnung, der einen möglichst fließenden Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation durch ein frührehabilitatives Behandlungskonzept gewährleisten soll.

In der Definition des Fachgebiets Geriatrie der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) wird u.a. ausgeführt:

'Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.'

Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität ('Frailty') auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.'

Bei geriatrischen Patienten führen Störungen in einem Organsystem typischerweise zu Beeinträchtigungen der Kognition, der Emotion, der Kommunikation, der Mobilität und Selbsthilfefähigkeit (in summa der Alltagskompetenz), die auch stets im biopsychosozialen Kontext zu bewerten sind. Der Heilungsverlauf stellt sich hierbei nicht linear dar, sondern mit Schwankungen. Die Besserung der Organsymptome und der funktionellen Defizite verlaufen oft nicht parallel. Häufig hinken die funktionellen Defizite bezüglich der Selbsthilfefähigkeit und Mobilität hinterher. Zusätzlich ist die soziale Anpassungsfähigkeit aufgrund der bestehenden Problematik bei Multimorbidität eingeschränkt.

Dies ist bei der Beurteilung des akutstationären Behandlungsbedarfs neben den somatischen/organischen Kriterien gleichrangig zu berücksichtigen. Daher ist im Rahmen der Beurteilung des akutstationären Behandlungsbedarfs eine Betrachtung einzelner Tage in der Geriatrie weder fach- noch sachgerecht, weil nach Besserung der Organsymptomatik häufig ein über die Tagessicht hinaus gehender Zeitraum für die endgültige Umsetzung der Therapieziele des multidisziplinären Teams benötigt wird und auch erst nach mehreren Tagen eine ausreichende/sichere Stabilisierung zu beurteilen ist. Stichwort Vulnerabilität! Vielmehr hat sich eine wochenbezogene Sicht etabliert, innerhalb derer akutstationärer Behandlungsbedarf nicht ausgeschlossen werden darf.

Entsprechend dem Ziel der frührehabilitativen Behandlung – Verbesserung der kognitiven und motorischen Funktionseinschränkung, wachsende Belastbarkeit mit Reduktion des Unterstützungs- und Pflegebedarfs – verschiebt sich vom Beginn bis zum Ende des Behandlungszeitraumes der Anteil von Akutmedizin und Rehabilitation. Überwiegt im Idealfall zu Beginn der akutmedizinische Anteil, so nimmt der Reha-Anteil mit Fortschreiten der Behandlung zu. Die Evaluation des Behandlungsverlaufs erfolgt wöchentlich im Hinblick auf die bisherigen Behandlungsergebnisse und die weiteren

Behandlungsziele. Dies beinhaltet eine Rückschau bzgl. der Ergebnisse (retrospektiv) und eine Vorschau bzgl. der Ziele (prospektiv) unter Einschluss medizinischer Ziele und sozialmedizinischer Aspekte (Re-Integration, Veränderung von Pflegebedürftigkeit u. a.). Diese wöchentliche Betrachtungsweise trägt somit der Multimorbidität und Vulnerabilität des geriatrischen Patienten und dem zumeist instabilen Krankheitsverlaufs, in dem sich die Ausprägung des akutmedizinischen Behandlungsbedarfs kurzfristig sehr stark verändern kann, Rechnung. Dieser fachlich-medizinische Ansatz in der Geriatrie ist nur schwer sachgerecht in die tageweise Bewertung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit einzubringen. Eine prospektive wochenbezogene Zielvereinbarung des Behandlungsteams mit dem Patienten kann nur dann auch realisiert werden, wenn dieser frührehabilitative Behandlungsgansatz nicht durch eine tagesweise Betrachtungsweise des akutstationären Behandlungsbedarfs - der immer öfter seitens der MDK-Gutachter nicht ex ante erfolgt - konterkariert wird. Eine Festlegung längerfristige Behandlungsziele kennzeichnen u.a. das Wesen einer frührehabilitativen Behandlung. Geschieht dies nicht, ist eher von einer Behandlung aus dem Gebiet der Heilmittelanwendung auszugehen und dieser Ansatz widerspricht den Struktur- und Prozessanforderungen des OPS 8-550!

Daher sollte eine wöchentliche Betrachtungsweise auch auf die Beurteilung des 'akutstationären Behandlungsbedarfs' angewendet werden, um somit die Fixierung auf eine 'taggenaue' Beurteilung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit aufzuheben. Es ist zu hinterfragen, ob bei einer Beibehaltung dieser kurzen, taggenauen Prüfungszeiträume – insbesondere einzelner Behandlungstage rund um die 14-Tage-Grenze – die versorgungspolitischen Aufgaben im Sinne des SGB V, gemäß den individuellen Bedürfnissen des Versicherten eine 'ausreichende und zweckmäßige' Behandlung sicher zu stellen, weiterhin erfüllt werden kann.

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

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

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, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)