

Änderungsvorschlag für den OPS 2022

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten 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:
ops2022-kurzbezeichnungsinhalts.docx; *kurzbezeichnungsinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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 – ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung



Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten 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.de
Anrede (inkl. Titel) *	1) Herr (2) Herr Dr. (3) Frau Dr.
Name *	(1) Verr (2) Meisel (3) Kwetkat
Vorname *	(1) Ansgar (2) Michael (3) Anja
Straße *	(1) Reinickendorfer Straße 61 (2) Seumestraße 8 (3) Seumestraße 8
PLZ *	(1) 133347 (2) 10245 (3) 10245
Ort *	(1) Berlin (2) Berlin (3) Berlin
E-Mail *	(1) ansgar.veer@bv-geriatrie.de (2) michael.meisel@klinikum-dessau.de (3) anja.kwetkat@med.uni-jena.de
Telefon *	(1) +49 (0) 591 9101201 (2) +49 (0) 340 65022120 (3) +49 (0) 9621 381101

Einräumung der Nutzungsrechte

- * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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 BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.



Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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 *	Kappes
Vorname *	Jessica
Straße *	Reinickendorfer Straße 61
PLZ *	13347
Ort *	Berlin
E-Mail *	jessica.kappes@bv-geriatrie.de
Telefon *	+49 (0) 30 3398876-26

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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) *

Konkretisierung des OPS 8-550

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Dieser Vorschlag wurde innerhalb der DRG-Fachgruppe des Bundesverbandes Geriatrie e. V. fachlich abgestimmt und inhaltlich festgelegt. Die DRG-Fachgruppe wird gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG).

Zudem wird der Vorschlag inhaltlich durch die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. unterstützt. Die schriftliche Erklärung ist diesem Vorschlag beigelegt.

5. Der 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)

Dieser Vorschlag gliedert sich in zwei Teile und bezieht sich auf den OPS 8-550 "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung":

1. Teil: Sprachliche Angleichung des geriatrischen Basisassessments an die Dimension "Kognition/Delir" gemäß der S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (AWMF-Register-Nr. 084-002)

2. Teil: Implementierung des Strukturmerkmals "Sozialdienst" zur Angleichung an die Strukturmerkmale des OPS 8-98a "Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung"

Eine detaillierte Darstellung des Änderungsvorschlages unter farblicher Kennzeichnung der Löschungen sowie Einfügungen finden Sie in der Anlage 1 zu diesem Vorschlag.

Vorschlag OPS 2022:

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.: Strukturmerkmale:

- Multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Vorhandensein mindestens folgender Bereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialdienst

Mindestmerkmale:

- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition/Delir, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbsthilfefähigkeit, 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
- Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie pro vollständiger Woche. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich

- 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

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Problembeschreibung zu Teil 1:

In der Kodierung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) ist das Durchführen des geriatrischen Basisassessments hinsichtlich der Dimensionen Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition und Emotion für die Vergütung obligater Leistungsinhalt. Aus Sicht der Fachverbände muss die Dimension der Kognition für einen bedarfsgerechten Einsatz geeigneter Assessmentinstrumente analog der S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (AWMF-Register-Nr. 084-002) um das Delir als Alternative beziehungsweise Wahlmöglichkeit ergänzt werden. Das Delir und die Demenz stellen höchst unterschiedliche Störungen dar. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Delir zeigen Verwirrheitszustände, wie sie auch bei einer Demenz auftreten können. Im Gegensatz zur Demenz ist das Delir jedoch durch einen akuten Beginn sowie einen fluktuierenden Verlauf gekennzeichnet und grundsätzlich reversibel. Das Leitsymptom der Demenz ist die Gedächtnisstörung, während das Delir durch die Aufmerksamkeitsstörung gekennzeichnet ist.

Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist das Delir eine häufige Komplikation der Akutbehandlung, die auf die nachlassende Kompensations- und Anpassungsfähigkeit des Gehirns und auf unterschiedliche Auslöser zurückzuführen ist. Sehr häufige Auslöser sind Infekte wie Harnwegsinfekte oder Pneumonien, aber auch Blutzuckerschwankungen, Exsikkose und Hypoxämie. Speziell bei hochbetagten Patientinnen und Patienten kann ein Delir auch durch Medikamente beziehungsweise Polymedikation induziert werden (1).

Nachdem das Delir plötzlich auftritt, ist eine Basis-Erfassung durch geeignete Assessmentinstrumente zu Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung essentiell, weil die Therapie neben der Behandlung der psychischen Symptome vor allem auch darin besteht, die organische Ursache zu beseitigen (beispielsweise eine antibiotische Therapie bei einem bakteriellen Infekt oder eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr bei Exsikkose). Da das Leitsymptom des Delirs in der Aufmerksamkeitsstörung liegt, können allgemeine Assessmentinstrumente zur Kognition dafür häufig nicht bedarfsgerecht eingesetzt werden. Vielmehr muss ein spezifisches Delirmanagement mit geeigneten Screening-Verfahren eingeleitet werden. So sollte bei Verdacht auf Delir ein geeignetes Assessment alternativ zum Kognitiven Assessment eingesetzt werden können, da letzteres bei einem deliranten Zustand auch nur bedingt aussagekräftig ist. Eine Entscheidungshilfe zur Auswahl geeigneter Instrumente zur Delirerfassung auf der Grundlage der aktuellen Evidenz bietet die S1 Leitlinie „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“ (AWMF-Register-Nr. 084-002).

Um Abrechnungsstreitigkeiten hinsichtlich der Erbringung des geriatrischen Basisassessments zu vermeiden und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, ist eine Anpassung der Dimension innerhalb des OPS 8-550 dringend geboten.

Problembeschreibung zu Teil 2:

Komplexbehandlungen sollen aufwändige, spezielle und ergänzende Therapien im aG-DRG-System abrechenbar machen. Die im Bereich der Komplexmaßnahmen aufgeführten Operationen- und Prozedurenschlüssel dürfen dabei nur vereinbart und abrechnet werden, wenn die dazugehörigen



struktur- und behandlungsbezogenen Voraussetzungen erfüllt sind. Zu den strukturellen Voraussetzungen gehören insbesondere Anforderungen an das vorzuhaltende Personal, Anwesenheitszeiten, Verfahren, Geräte sowie Zugänge zu externen Versorgungsstrukturen.

Im Rahmen der Strukturprüfung gemäß § 275d SGB V haben die Krankenhäuser für die Vereinbarung und Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) unter anderem die Personalstruktur sowie -qualifikation des multiprofessionellen Teams nachzuweisen. Gemäß den Strukturvorgaben des OPS 8-550 gehören zum multiprofessionellen Team folgende Berufsgruppen beziehungsweise Bereiche: fachärztliche Behandlungsleitung, besonders geschultes Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege, Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie sowie Psychologie/Neuropsychologie.

In Abgrenzung zum OPS 8-550 gehört im Bereich der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung (OPS 8-98a) zusätzlich auch der Sozialdienst zum multiprofessionellen Team. Der Sozialdienst ist eine wichtige Schnittstelle zwischen allen Berufsgruppen, der Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen. Aus Sicht der Fachverbände ist der Sozialdienst daher auch im Bereich der stationären geriatrischen Komplexbehandlung ein essentielles Mitglied des multiprofessionellen Teams und muss für die Vereinbarung und Abrechnung der Leistung vorgehalten werden.

Geriatrische Patientinnen und Patienten haben schwerwiegende, oftmals chronische Erkrankungen, die zu den üblichen altersbedingten Veränderungen hinzukommen. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach gleichzeitiger sozialer Unterstützung. Mit einer hochentwickelten Medizin lässt sich ein konkretes Akutereignis oft erfolgreich behandeln. Aufgrund der Vielzahl der Begleiterkrankungen und oft auch altersbedingter Isolation mit den sozialen Folgen führt die akute Erkrankung jedoch nicht selten zu einer starken Beeinträchtigung mit einem erhöhten Risiko des Autonomieverlusts und Pflegebedürftigkeit. Der Erhalt von Teilhabe und die Minderung von Pflegebedürftigkeit ist deshalb das zentrale Ziel der gesundheitlichen Versorgung im Alter. Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem multiprofessionellen Team an. Geriatrische Versorgungsstrukturen und Behandlungsabläufe müssen diese besonderen Belange der alten und hochbetagten Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Sie müssen als ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept angelegt sein unter Einbezug physischer, psychischer, funktioneller und sozialer Aspekte. Hauptziel der Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status der Patientinnen und Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie sowie Förderung der Teilhabe. Durch ein gezieltes patientenorientiertes Arbeiten sowie die stete Beachtung der Autonomie des einzelnen Menschen ist der Sozialdienst ein wichtiger Faktor zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung in der Geriatrie. Dabei geht die Arbeit des Sozialdienstes in der Geriatrie weit über die allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V sowie des Versorgungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V hinaus. Hinzu kommt, dass das soziale Assessment obligater Leistungsbestandteil des OPS 8-550 ist. Pflichtelemente des Sozialassessments im Rahmen des OPS 8-550 sind das soziale Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf und rechtliche Verfügungen (2).

Innerhalb des ganzheitlichen geriatrischen Behandlungsansatzes ist der Sozialdienst daher für eine qualitative Leistungserbringung auch innerhalb des OPS 8-550 vorzuhalten und daher explizit in den Strukturvorgaben des OPS 8-550 aufzuführen. Diese Tatsache ergibt sich auch daraus, dass der Sozialdienst in den auf Landesebene geltenden Geriatriekonzepten aller 16 Bundesländer als obligate strukturelle Voraussetzung verankert ist (3).

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

Es handelt sich um einen Vorschlag zur Vermeidung potenzieller Abrechnungsstreitigkeiten im Hinblick auf die aktuellen leistungsrechtlichen Entwicklungen. Dieser Vorschlag trägt zu einer verlässlichen und planungssicheren Finanzierung bei.

Die Auslegung der in den OPS-Kodes beschriebenen Mindestmerkmale birgt in der täglichen Praxis ein erhebliches Konfliktpotential. Dies gilt insbesondere für Komplexbehandlungen - wie die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - die wiederholter Gegenstand sozialgerichtlicher Verfahren und Entscheidungen sind. Nach dem Ergebnis einer Abfrage des GKV-Spitzenverbandes bei seinen Mitgliedskassen wurden für die Jahre 2014, 2015 und 2016 bundesweit über 47.000 Klagen zu Fragen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung und der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls erhoben. Da die Krankenkassen vielfach Sammelklagen einreichen, waren über 170.000 Fälle mit strittigen Abrechnungsbeträgen von insgesamt 417 Mio. Euro betroffen (4).

Zusätzlich wird durch diesen Vorschlag eine qualitätsgesicherte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten sichergestellt.

**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

d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

- (1) Spies, M., Frey, R., Friedrich, M., et al. (2019): Delir – ein evidenzbasierter Überblick. Wien. Klin. Wochenschr. Educ 14, 1–17 (2019). Abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11812-019-00093-1> Überblick <https://link.springer.com/article/10.1007/s11812-019-00093-1> (letzter Zugriff: 12.02.2021)
- (2) Bauer, J., Denking, M., Freiberger, E., et al. (2019): S1-Leitlinie. Geriatrisches Assessment der Stufe 2. AWMF-Register-Nr. 084-002. Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-002l_Geriatrisches-Assessment-Stufe-2_2019-08_01.pdf (letzter Zugriff: 12.02.2021)
- (3) Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord (2021): Versorgungskonzepte der Bundesländer. Abrufbar unter: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Seiten/Versorgungskonzepte_der_Bundesl%C3%A4nder.aspx (letzter Zugriff: 12.02.2021)
- (4) Bundesrechnungshof (2019): Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2019/2019-bericht-krankenhausabrechnungen-durch-die-krankenkassen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-pdf> (letzter Zugriff: 12.02.2021)
- (5) Statistisches Bundesamt (2020): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller). Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/operationen-prozeduren-5231401197014.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 12.02.2021)

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens ***f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *****g. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt ***

Gemäß der DRG-Statistik 2019 des Statistischen Bundesamtes wurde der OPS 8-550 im Datenjahr 380.835 mal kodiert (5).

**h. 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. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

9. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)