

## Änderungsvorschlag für den OPS 2023

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:  
*ops2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2023-komplexbcodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2022** 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](mailto: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.bfarm.de](http://www.bfarm.de) – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – 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](http://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 auf unseren Internetseiten.

**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) Frau Prof. (3) Frau Dr.
Name *	(1) Musolf (2) Singler (3) Kwetkat
Vorname *	(1) Michael (2) Katrin (3) Anja
Straße *	(1) Reinickendorfer Straße 61 (2) An der Wuhlheide 232 A (3) An der Wuhlheide 232 A
PLZ *	(1) 133347 (2) 12459 (3) 12459
Ort *	(1) Berlin (2) Berlin (3) Berlin
E-Mail *	(1) michael.musolf@immanuelalbertinen.de (2) katrin.singler@klinikum-nuernberg.de (3) anja.kwetkat@med.uni-jena.de
Telefon *	(1) +49 (0) 591 9101201 (2) +49 (0) 911 3982434 (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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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).

Der Vorschlag zur Definition des besonders geschulten Pflegepersonals wird zudem durch die Deutsche Fachgesellschaft Aktivierend-therapeutische Pflege (DGATP) e.V. unterstützt.

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird\***

- 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. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**



**6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird \***

Nein

Ja

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

**b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen 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: Ergänzung der Mindestmerkmale des OPS 8-550 um Hinweise zu Voraussetzungen für die Abrechnung zur Konkretisierung des OPS-Textes und Vermeidung von differenten Auslegungen

2. Teil: Sachgerechte Differenzierung der OPS-Mindestmerkmale in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale zur langfristigen Sicherung der Behandlungsqualität sowie systematischen Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Vorschlag OPS 2023:

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 mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss mehr als 50 Prozent der wöchentlichen Regelarbeitszeit einer



Vollzeitbeschäftigung für die zugehörige geriatrischen Einheit tätig sein (geriatrische Einheit = Gesamtheit aller unter geriatrischer Behandlungsverantwortung stehenden geriatrischen Strukturen eines Krankenhauses an einem Standort)

- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür müssen mindestens 50 Prozent der Pflegekräfte eine geriatriespezifische Zusatzqualifikation zum Themengebiet aktivierend-therapeutische Pflege im Umfang von mindestens 16 Stunden nachweisen. Bis 31.12.2025 erfüllen Pflegekräfte mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung das Kriterium automatisch.
- Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Durchführung einer wöchentlichen Teambesprechung 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
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/ Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Mindestmerkmale:

- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, 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 wochenbezogene Dokumentation erfolgt i.d.R. im Rahmen der Teambesprechung und 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.

## 8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Problembeschreibung zu Teil 1: Ergänzung der Mindestmerkmale des OPS 8-550 um Hinweise zu Voraussetzungen für die Abrechnung zur Konkretisierung des OPS-Textes und Vermeidung von unterschiedlichen Auslegungen

Eine unerlässliche Voraussetzung für Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist die bundesweit einheitliche Durchführung. Aufgrund bestehender definitorischer Unklarheiten sowie unbestimmter Rechtsbegriffe innerhalb des Operationen- und Prozedurenschlüssels hat der Medizinische Dienst Bund den Begutachtungsleitfaden OPS-Strukturmerkmale erlassen. Der Begutachtungsleitfaden legt ein besonderes Augenmerk auf die einheitliche Auslegung der Strukturmerkmale, die die Grundlage der Strukturprüfungen sind. Grundsätzlich sind jedoch eindeutige Strukturmerkmale erforderlich, die keiner Auslegung bedürften. Zur Anwendung einheitlicher Sprach- und Regelungstechniken sind für den OPS 8-550 in diesem Zusammenhang die Begrifflichkeiten „geriatrische Einheit“, „überwiegend“ und „besonders geschultes Pflegepersonal“ klarstellend im OPS-Text zu definieren.

Gemäß der Strukturmerkmalsbewertung des Medizinischen Dienstes Bund Nr. 34 sind unter einer geriatrischen Einheit „alle unter geriatrischer Behandlungsverantwortung stehenden geriatrischen Strukturen eines Krankenhauses (z. B. Abteilungen, Stationen, Tageskliniken) an einem Standort“ zu verstehen. Dieser Auslegung schließt sich die DRG-Fachgruppe inhaltlich an, weshalb diese im Sinne einer rechtsverbindlichen Klarstellung in den OPS-Text zu überführen ist.

Gemäß der Strukturmerkmalsbewertung des Medizinischen Dienstes Bund Nr. 32 ist die Behandlungsleitung dann überwiegend tätig, wenn „diese Funktion mehr als 50 % der Zeit einer Vollzeitstelle in der zugehörigen geriatrischen Einheit am Standort des Krankenhauses ausgeübt wird“. Dieser Auslegung schließt sich die DRG-Fachgruppe im Grundsatz an. Analog der Definition einer Vollzeitstelle im Sinne des TVöD wird als Bezugsgröße die wöchentliche Regelarbeitszeit herangezogen.

Gemäß der außer Kraft gesetzten Strukturmerkmalsbewertung des Medizinischen Dienstes Bund Nr. 35 muss das Krankenhaus die Anforderungen an das besonders geschulte Pflegepersonal standortbezogen definieren (z. B. SOP, Schulungskonzept, Schulungshinweise) und das besonders geschulte Pflegepersonal in ihren multiprofessionellen Teams benennen. Der überwiegende Teil des Pflegepersonals des Teams muss entsprechend geschult sein.“ Dieser Auslegung schließt sich die DRG-Fachgruppe im Grundsatz an und spricht sich für eine klarstellende Definition des besonders geschulten Pflegepersonals aus.

Die erforderliche medizinische Betreuung des geriatrischen Patienten orientiert sich stets an der individuellen Erkrankungs- und Lebenssituation. Somit ist es das Ziel des geriatrischen Behandlungskonzeptes, den Patienten bei der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit in einem weitgehend selbstbestimmten Alltag aktiv zu unterstützen. Für die erfolgreiche Umsetzung dieses Behandlungskonzeptes bedarf es einer ganzheitlichen Betreuung und Versorgung dieser Patientengruppe. Dies erfordert eine prozessorientierte multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Fachberufe in einem therapeutischen Team unter ärztlicher Leitung. Einen wesentlichen Bestandteil des multiprofessionellen Teams bilden die Pflegefachkräfte. Die Maßnahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie sind unabdingbarer Bestandteil und Grundlage des individuellen Behandlungskonzeptes, da durch diese eine Vielzahl von Patienten erst in die Lage versetzt wird, weitergehende Therapieangebote erfahren und wahrnehmen zu können.

Krankenhäuser haben im Rahmen ihrer Leistungserbringung unter anderem das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot zu beachten. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 Absatz 1 SGB V verankert und besagt, dass eine Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss. Zudem darf sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das Qualitätsgebot ist in § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V verankert und sieht vor, dass die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen. Folgend dieser Grundsätze ist die Krankenhausabrechnungsprüfung nicht nur ein Instrument zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit, sondern dient gleichzeitig der Qualitätssicherung. Im Sinne einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung werden im Rahmen der Strukturprüfungen auf abstrakt-struktureller Ebene daher die Mindestanforderungen an die Leistungserbringung

sichergestellt. Hierbei kommt der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie eine besondere Bedeutung zu, da diese ein zentrales Kernelement des geriatrischen Behandlungskonzeptes darstellt. Die Besonderheit der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie ergibt sich im Kontext der Krankenhausabrechnungsprüfung daraus, dass sie von den geriatricspezifischen Operationen- und Prozedurenschlüsseln OPS 8-550 und OPS 8-98a als ein Mindestmerkmal genannt wird. Eine allgemeine Krankenhausleistung bedürfte aber keiner gesonderten Erwähnung in den Mindestmerkmalen eines Operationen- und Prozedurenschlüssels, wenn sie ohnehin Bestandteil jeder Krankenhausleistung ist.

Im Rahmen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung sind auf struktureller Ebene für alle Handlungs- und Pflegeschwerpunkte innerhalb der krankenhausinternen Organisationsstruktur Pflegestandards zu hinterlegen. Darauf aufbauend sollten Einarbeitungs- sowie Fortbildungskonzepte definiert werden, um die praktische Umsetzung der Pflegestandards sicherzustellen und die abstrakt-strukturellen Anforderungen qualitätsgesichert auf den patientenindividuellen Behandlungsfall anwenden zu können. Hierbei fungiert die Pflegefachkraft mit strukturierter curricularer geriatricspezifischer Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden als Multiplikator innerhalb des pflegerischen Teams. Damit trägt Sie maßgeblich zur Umsetzung des einrichtungsspezifischen ATP-G-Konzeptes bei.

Um die Multiplikatorenfunktion der 180-Stunden Fachkraft klarzustellen und eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung sicherzustellen, spricht sich die DRG-Fachgruppe für eine Konkretisierung des besonders geschulten Pflegepersonals innerhalb des OPS 8-550 aus. Da es sich bei dem eingereichten Vorschlag um erweiterte Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen handelt, ist eine angemessene Übergangsfrist von mindestens 3 Jahren unabdingbar.

Problembeschreibung zu Teil 2: Sachgerechte Differenzierung der OPS-Mindestmerkmale in krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale zur langfristigen Sicherung der Behandlungsqualität sowie systematischen Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Die Beteiligung aller Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung ist als Mindestmerkmal seit 2006 im OPS 8-550 verankert und entspricht einem wesentlichen Grundelement der Geriatrie. Der umfassende geriatrische Behandlungsansatz zielt auf eine generalistische Erfassung und einen fachübergreifenden Zugang zu den Problemen alter und hochaltriger Menschen ab. Dabei kommt dem multiprofessionellen Team eine besondere Bedeutung zu. Dieses ist kennzeichnend für die Geriatrie und unterscheidet diese auch von anderen medizinischen Fachbereichen. Aus diesem Grund ist die Beteiligung aller Professionen an einer gemeinsamen Besprechung zur umfassenden Beurteilung des Behandlungsbedarfs des geriatrischen Patienten sinnvoll, da so auch bislang nicht beachtete Funktionseinschränkungen von den jeweils entsprechend spezialisierten Therapeuten erkannt und angesprochen werden können. Nur so kann sichergestellt werden, dass der die Geriatrie kennzeichnende multiprofessionelle Behandlungsansatz auch umgesetzt wird. Anderenfalls stellt sich die Frage der sinnvollen Abgrenzung der geriatricspezifischen Frührehabilitation von einer bloßen Frühmobilisation. Insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung der Komplexbehandlung von der Heilmittelanwendung ist hier die Einbeziehung und Zusammenarbeit aller genannter Therapiebereiche geboten. Der Bedarf eines Patienten geht im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung eben gerade über den Bedarf an nur einem Therapiebereich hinaus und erfordert das komplexe Zusammenspiel und die Abstimmung verschiedener Therapiebereiche und Professionen.

Angesichts der komplexen Problematik geriatrischer Patienten sind die Aufgaben ohne ein multiprofessionelles therapeutisches Team daher nicht zu bewältigen. Teamarbeit erfordert definierte Prozesse der Kommunikation und Kooperation, ohne die ein zielgerichtetes Handeln nicht erfolgen kann. Die Organisationsstruktur stellt daher einen wesentlichen Teil der Behandlungsqualität dar und beinhaltet insbesondere auch eine exakt festgelegte Kommunikationsstruktur. Vor diesem Hintergrund wird die gegenwärtige Verankerung der Teambesprechung auf prozessualer Ebene dem Kern der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in keiner Weise gerecht.

Die bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele stellen zweifellos eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles dar, weshalb die Beiträge der patientenbezogenen Berufsgruppen im Rahmen der Einzelfallprüfung gemäß § 275c SGB V nachzuweisen sind. Dem





Wortlaut des OPS 8-550 ist eindeutig zu entnehmen, dass für den konkreten Einzelfall keine weiteren Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung erforderlich sind. Im Rahmen der Organisationsstruktur fordert der OPS 8-550 jedoch die Beteiligung aller Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung. Dies umfasst auch die Professionen, die bislang nicht am Patienten tätig geworden sind. Die Beteiligung aller Professionen an der wöchentlichen Teambesprechung gehört damit zu den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 und muss zur ordnungsgemäßen Kodierung grundsätzlich erfüllt werden. Dem allgemeinen Regelungssystem des OPS folgend, handelt es sich hierbei zweifellos um ein Strukturmerkmal. Andernfalls würde eine Nachweispflicht im Einzelfall bestehen, welche jedoch explizit vom Wortlaut des OPS ausgeschlossen ist. Die Ergebnisse aus der Einzelfallprüfung gemäß § 275c SGB V erlauben keine Rückschlüsse auf die ordnungsgemäße Beteiligung aller Berufsgruppen an der wöchentlichen Teambesprechung, da der OPS lediglich die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen fordert. Nur durch eine kombinierte Betrachtungsweise aus krankenhausspezifischem Strukturmerkmal und patientenspezifischem Prozessmerkmal kann die Qualität der Patientenversorgung langfristig sichergestellt und ein bedarfsgerechtes Behandlungskonzept angeboten werden.

Der OPS sieht gegenwärtig eine indikationsübergreifende Definition der Teambesprechung als patientenbezogenes Mindestmerkmal vor. Die Anforderungen an die Gestaltung, Besetzung und Durchführung der Teambesprechung sind innerhalb der bestehenden OPS-Komplexziffern jedoch different und unterscheiden sich indikationsspezifisch erheblich. Eine Inhaltsgleichheit, welche eine klassifikatorische Gleichstellung der OPS-Komplexziffern erlauben würde, besteht nicht. Dem OPS 8-550 sind Vorgaben zur Durchführung und Dokumentation der Teambesprechung zu entnehmen, welche weit über die Vorgaben anderer Komplexcodes hinausgehen. Der OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Komplexcodes mit Teambesprechung dadurch, dass ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen gefordert wird. Aus klassifikatorischer Sicht hat die Aufteilung der Mindestmerkmale grundsätzlich indikationsspezifisch zu erfolgen und sich an dem individuellen Leistungsgeschehen des jeweiligen Komplexcodes zu orientieren. Vor diesem Hintergrund ist es aus klassifikatorischer Sicht sachgerecht, die multiprofessionelle Teambesprechung innerhalb des OPS 8-550 bilateral als krankenhausbazogenes Strukturmerkmal sowie patientenbezogenes Mindestmerkmal zu definieren und in anderen Komplexcodes gleichzeitig eine unilaterale Definition vorzunehmen.

**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 Struktur- und Prozessmerkmale 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.

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)****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 2020 des Statistischen Bundesamtes wurde der OPS 8-550 im Datenjahr 321.131 mal kodiert.

**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.)

**9. 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



**10. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)