

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

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!**

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexeodefruehreha-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)).

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS 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.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	a) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation / b) Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen
Offizielles Kürzel der Organisation *	a) DVfR; b) DVSG
Internetadresse der Organisation *	a) www.dvfr.de; b) www.dvsg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Zippel (für DVfR)
Vorname *	Christian
Straße *	Turmstr. 21, Haus M (MEDIAN-Klinik Berlin-Mitte)
PLZ *	10559
Ort *	Berlin
E-Mail *	ChZippel@t-online.de
Telefon *	030 / 3976 3002

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

Organisation *	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen
Offizielles Kürzel der Organisation *	DVSG
Internetadresse der Organisation *	www.dvsg.org
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dipl. Sozialarbeiterin
Name *	Hegeler
Vorname *	Hildegard
Straße *	Boxgraben 99
PLZ *	52064
Ort *	Aachen
E-Mail *	Hildegard.Hegeler@Luisenhospital.de
Telefon *	0241 / 414-2430

### 3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \* (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Präs. Prof. Dr. C. Sieber  
 Deutsche Gesellschaft f Geriatrie u Gerontologie, Sektion Geriatr. Medizin (DGGG), Präs. Prof. Dr. T. Klie  
 Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., Vors. Dr. D.Lüttje  
 DRG - Arbeitsgruppe aller 3 Fachgesellschaften, Dirk van den Heuvel  
 Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosoziale Versorgg. im Akutkrankenhaus (BAG-PVA), Barbara Grießmeier

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Neuaufnahme der Berufsgruppe 'Sozialarbeit' in den OPS-Code 8-550.x

#### 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 ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Leitung (Zusatzweiterbildung im Bereich 'Klinische Geriatrie' erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich 'Klinische Geriatrie' ausreichend)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)
- Strukturiertes soziales Assessment der Sozialarbeit zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch entsprechend geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Therapiebereiche: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schlucktherapie, Psychologie sowie Sozialarbeit. Bei Einsatz der Sozialarbeit müssen mindestens 3 der 5 genannten Therapiebereiche am geriatrischen Team beteiligt sein. 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

Sozialarbeit als Querschnittsdisziplin erarbeitet mit dem Patienten während der Behandlungszeit in der Klinik ein auf den Willen des Patienten ausgerichtetes Konzept für eine sozialverträgliche nachstationäre Versorgung, ggf. in Abstimmung mit dem sozialen Umfeld / den Angehörigen. Die am geriatrischen Team beteiligten Berufsgruppen werden in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Juristische, verwaltungstechnische und organisatorische Angelegenheiten, die während des Aufenthalts des Patienten geklärt bzw. beantragt werden und/oder vor der Entlassung genehmigt sein müssen (z.B. Beantragung von Betreuung/Eilbetreuung, Beantragung Pflegeeinstufung, Vorbereitung der häuslichen Infrastruktur auf die Rückkehr, Vorbereitung des Umzugs in vollstationäre Pflegeeinrichtungen / Wohngemeinschaften für Demenzkranke u.a.), können durch Sozialarbeiter besonders professionell und erfolgversprechend geklärt bzw. realisiert werden.

Durch die professionelle sozialarbeiterische Intervention sowohl im rechtlich-sozialen als auch im psycho-sozialen Bereich kann ein im Gesamtbehandlungsplan definierter Entlassungstag, der die Fürsorgepflicht der Klinik gegenüber dem geriatrischen Patienten berücksichtigt, eingehalten werden. Eine unnötige Verlängerung des Klinikaufenthalts durch zusätzlich angehängte Therapietage wegen 'sozialer Indikation', die das DRG-System so auch nicht mehr vorsieht, erübrigt sich durch ein von Sozialarbeitern professionell gestaltetes Entlassungsmanagement. Der professionelle Einsatz von Sozialarbeit(ern) muss darum gewährleistet sein.

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

Dieser Vorschlag für eine Aufnahme der Sozialarbeit im OPS 8-550 führt zu einer Qualitätsverbesserung bei der Versorgung geriatrischer Patienten und zu einer Harmonisierung mit OPS 8-553. Dort ist die Sozialarbeit bereits ins Behandlungsteam integriert.

Das Entgeltsystem muss nicht überarbeitet werden, weil Sozialarbeit bzw. psychosoziale Betreuung als Aufgabe und Pflichtteil im OPS bereits berücksichtigt ist. Wo bislang die soziale Arbeit durch andere Berufsgruppen, zum Beispiel in Form von Übergangspflege, durchgeführt wurde, geht diese Funktion nunmehr auf dafür ausgebildete und vorgesehene professionelle Mitarbeiter, das heißt Sozialarbeiter, über. Dafür werden zum Beispiel bei der Pflege Kapazitäten für ihre unmittelbaren Berufsaufgaben frei.

### c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

Derzeit werden psychosoziale Leistungen in der akutgeriatrischen Behandlung vom Fallpauschalensystem noch nicht direkt berücksichtigt. Bei bereits in den Behandlungsprozeß einbezogener professioneller Sozialarbeit entstehen keine zusätzlichen Kosten, da in diesem Antrag die soziale Arbeit nur innerhalb der OPS präzisiert wird. Falls noch keine professionelle Sozialarbeit einbezogen ist, muss dies im geriatrischen Procedere entsprechend den geriatrischen DRG´s bzw. OPS 8-550 durch Anstellung eines oder mehrerer Sozialarbeiter/innen oder die konsiliarische Hinzuziehung eines/r oder mehrerer Sozialarbeiter/innen gewährleistet werden. Siehe auch Antwort auf 7.b.

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

In ca. 95% aller Behandlungsfälle in der Geriatrie

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

Derzeit werden psychosoziale Leistungen in der akutgeriatrischen Behandlung vom Fallpauschalensystem noch nicht berücksichtigt. Bei bereits in den Behandlungsprozeß einbezogener professioneller Sozialarbeit entstehen keine zusätzlichen Kosten, da die Arbeit nur innerhalb der OPS präzisiert wird. Falls noch keine professionelle Sozialarbeit einbezogen ist, muss dies im geriatrischen Procedere entsprechend den geriatrischen DRG´s bzw. OPS 8-550 durch Anstellung eines oder mehrerer Sozialarbeiter/innen gewährleistet werden. Dadurch könnten evtl. Mehrkosten entstehen. Allerdings ist bekannt, dass in Krankenhäusern, in denen die Soziale Arbeit bereits durch Fachmitarbeiter der Sozialarbeit geleistet wird, keine erhöhten Kosten im Vergleich zu Einrichtungen anfallen, die (noch) keine Sozialarbeiter angestellt haben.

**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.)**

Im Rahmen der gegenwärtigen Konzepte zur externen Qualitätssicherung spielt gerade in der Geriatrie die Sozialarbeit eine sehr wichtige Rolle. Alle bekannten Qualitätszertifikate sehen diesbezügliche Einschätzungen und Qualitätsmerkmale vor. Es ist davon auszugehen, dass der Einsatz der entsprechenden Profession (Sozialarbeit) nicht nur einen Qualitätsgewinn darstellt, sondern auch in den Zertifikationen zur Qualitätssicherung günstig berücksichtigt wird.

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