



Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Hamburg
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Kompetenz-Centrum Geriatrie

GKV MDK MDS

**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

MDK Hamburg/KC Geriatrie-Postfach 261621-20506 Hamburg

Frau Dr. B. Krause, DIMDI
Herrn F. Rau, BMGS
Herrn Dr. F. Heimig, InEK
Frau Dr. N. Schlottmann, DKG
Herrn Dr. B. Rochell, BÄK/AWMF
Herrn Prof. Dr. N. Roeder, Uni Münster

Per Email



Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung
Hamburg

Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

Kompetenz-Centrum
Geriatrie
beim MDK Hamburg

Leiter:
Dr. med. Norbert Lübke

Tel.: 040 / 25 169 - 491

Fax: 040 / 25 169 - 499

E-Mail :
info@kcgeriatrie.de

Internet :
www.kcgeriatrie.de

Kopie : Prof. Dr. Dr. med. G. Kolb, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Dr. med. a.-K. Meyer, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Prof. Dr. med. E. Steinhagen-Thiessen, BAG KGE e.V.

06.07.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

da wir im Schreiben der DRG-Projektgruppe Geriatrie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. vom 05.07.2004 mehrfach als Beteiligte in der Aushandlung des Revisionsvorschlags der OPS 8-550 für das Jahr 2005 genannt wurden, erlauben Sie auch uns einige Anmerkungen zu dem jetzt gefundenen gemeinsamen Revisionsvorschlag:

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie vertritt im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) die Interessen der GKV und der Medizinischen Dienste im Revisionsverfahren für die OPS 8-550. Die entsprechenden Revisionsvorschläge waren federführend durch uns für die Seite der Kostenträger in das Revisionsverfahren 2005 eingebracht wurden.

Wie die DRG-Projektgruppe Geriatrie sprechen auch wir uns ausdrücklich für eine sachgerechte Entgeltung erbrachter Leistungen auf dem Gebiet der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung aus. Ausgangspunkt unserer Revisionsvorschläge waren allerdings gerade formale Unschärfen der hierzu notwendigen Leistungsbeschreibung in der OPS 8-550 Version 2004. Dies hat für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung hinsichtlich der Frage der korrekten Kodierung der OPS 8-550 zu erheblichen Verunsicherungen geführt. Wir hielten es daher sowohl im Interesse der Leistungserbringer als auch der Kostenträger, der Prüfer der Medizinischen Dienste und nicht zuletzt einer tragfähigen Kostenkalkulation durch das InEK für sinnvoll, diese Formulierungsunschärfen zu präzisieren.

Es ging uns hierbei nicht darum, die Leistungsanforderungen zu verschärfen oder zu erweitern, sondern lediglich darum, die unseres Erachtens bereits in der OPS 8-550 Version 2004 enthaltenen Mindestanforderungen eindeutiger zu benennen. Wir haben dies auch in den Diskussionen mit den Vertretern der DRG-Projektgruppe Geriatrie immer wieder zum Ausdruck gebracht. Wir können daher deren Einschätzung, dass es sich bei dem nun

gefundenen Kompromiss um eine *durch neue Mindestkriterien zusätzlich erweiterte, grundlegend neue* Leistungsdefinition oder gar *einen nicht systemkonformen* Eingriff handle nicht nachvollziehen. Auch die *additive* Anwendung der Mindestmerkmale ist keine Neuerung gegenüber der OPS 8-550 Version 2004.

Sollte die Projektgruppe auf die im Revisionsvorschlag deutlicher an geriatrischer Kompetenz orientierte Behandlungsleitung abzielen, dürfen wir darauf hinweisen, dass diese Formulierungsänderung auf ausdrücklichen Wunsch der Fachgesellschaften und nicht als zusätzliche Anforderung durch uns eingebracht wurde¹.

Kernpunkt des gefundenen Kompromissvorschlags ist allerdings die Festlegung einer konkreten Zahl von Therapieeinheiten in Abhängigkeit von der nach der fünften Stelle der OPS 8-550 beanspruchten Behandlungsdauer. Die Kostenträger waren hierbei auch in der aktuellen OPS 8-550 Version 2004 stets von zumindest werktäglich 2 Therapieeinheiten ausgegangen. Diese Auffassung ist auch in Fachkreisen durchaus akzeptiert und wurde in dieser Interpretation auch von Seiten des DIMDI (Frau Krause) bestätigt. Insofern können wir im jetzt erzielten Kompromissvorschlag diesbezüglich keine Leistungsausweitung der OPS 8-550 erkennen². Der offenkundig andere Eindruck der DRG-Projektgruppe Geriatrie unterstreicht allerdings gerade die Notwendigkeit der von uns eingeforderten Präzisierung der OPS an dieser Stelle, wodurch nach unserem Verständnis überhaupt erst eine tragfähige Grundlage für eine sachgerechte Kostenkalkulation durch das InEk geschaffen wird.

Das KCG begrüßt, dass mit diesem Vorschlag (im Rahmen des sinnvoller Weise Definierbaren) die wesentlichen Formulierungsschwächen und vereinzelte sachliche Problempunkte der Version 2004 (über die es zwischen Projektgruppe und KCG aber keinen Dissens gab) ausgeräumt und damit die Voraussetzungen für die korrekte Kodierung der OPS 8-550 klarer gefasst sind.

Dessen unbenommen sehen auch wir die von der Projektgruppe DRG ins Feld geführten zusätzlichen, Ressourcen verbrauchenden Leistungen bspw. im Rahmen sozialdienstlicher Aufwendungen. Wir unterstützen die Forderung der Projektgruppe nach einer diesbzgl. aufwandsgerechten DRG-Gewichtung, halten dies jedoch für die Aufgabe eines kontinuierlichen Nachkalkulationsprozesses durch das InEK, wie er systemkonform auch vorgesehen ist.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Norbert Lübke
Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie
der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung
und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

¹ Das KCG hatte in seinem Revisionsvorschlag die Weiterentwicklung der frührehabilitativen OPS-Prozeduren in Form einer fachübergreifenden Prozedurenmatrix aus einerseits therapeutischer Intensität und andererseits Behandlungsdauer favorisiert. Nachdem dieser Vorschlag allerdings in der weiteren Diskussion durch das InEK und das DIMDI nicht aufgegriffen wurde und sich nach unserem Kenntnisstand in anderen Bereichen (OPS 8-551) auch eine Fachspezifizierung abzuzeichnen scheint, können wir uns auch einer entsprechenden Spezifizierung der OPS 8-550 auf die Geriatrie anschließen.

² Dies, zumal sich die im gefundenen Kompromiss festgelegte Zahl der Therapieeinheiten (im Sinne von werktäglich 2 Einheiten) jetzt generell nur noch am unteren Grenzwert der von den 5-stellern beschriebenen Behandlungszeiträume orientiert.