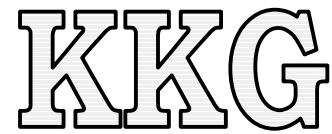


Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit



In seiner Sitzung am 6. März 2002 hat das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (**KKG**) die von seiner Arbeitsgruppe OPS erarbeiteten und nachfolgend dargestellten Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS-301 verabschiedet und **empfiehlt dem BMG und dem DIMDI**, diese bei der Weiterentwicklung des OPS-301 zu berücksichtigen. BMG und DIMDI werden diese Gesichtspunkte als Entscheidungshilfe für die Bearbeitung des OPS-301 mit einbeziehen.

Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS-301

1. Präambel

Die Verschlüsselung von operativen Eingriffen ist seit 1995 über den § 301 SGB V vorgeschrieben. Dies geschah seinerzeit mit dem Ziel, die Leistungen für die Fallpauschalen und Sonderentgelte abzubilden und eine verbesserte Transparenz der im Krankenhaus erbrachten Leistungen zu erreichen.

Weder die hierarchische Grundsystematik noch die Entstehungsgeschichte des OPS-301 bilden eine optimale Grundlage, um den vielfältigen Anforderungen an eine Prozedurenklassifikation (Ökonomie, Qualitätssicherung, Transparenz, medizinische Dokumentation, Statistik, Wissenschaft, Epidemiologie usw.) gerecht zu werden. Daher wird seit einigen Jahren über Alternativen (z.B. PCS) nachgedacht. Diese Entwicklung wird aber einige Zeit in Anspruch nehmen.

Durch die politische Entscheidung zur Einführung eines neuen Entgeltsystems auf der Basis von DRGs ist die Entwicklung einer praktikablen Prozedurenklassifikation unter Handlungsdruck gekommen. Da alternative Systeme, wie oben dargestellt, nicht zeitgerecht zur Verfügung stehen, muss der bestehende OPS-301 so modifiziert werden, dass er auch den Anforderungen des DRG-Systems genügt. Diese Anpassung wurde mit der Revisionsfassung 2.0, in Kraft getreten zum 01.01.2001, begonnen.

Allen Beteiligten war klar, dass bei der o. g. Revision die Ansprüche der Ökonomie, also der Abrechnungszwecke, im Vordergrund standen. Ebenso bestand Konsens, dass die prinzipielle Notwendigkeit zur Anpassung der Prozedurenklassifikation an die übrigen Anforderungen nach wie vor besteht. Die Umsetzung ist jedoch kurzfristig nicht zu leisten.

Aufgrund der mangelnden Möglichkeit, eine neue Prozedurenklassifikation kurz- bis mittelfristig zur Verfügung zu stellen, sind zunächst weitere Revisionen des OPS-301 erforderlich. Die Entscheidung über Umfang und Struktur der Klassifikation wird sich auch weiterhin im Spannungsfeld der unterschiedlichen Zielsetzungen bewegen. Obgleich über die Abrechnungszwecke hinaus auch weitere Anforderungen durch die Prozedurenklassifikation zu erfüllen sind, ist jedoch im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand keine Einzelleistungsabbildung anzustreben, sondern es sind vielmehr wirklich relevante Leistungen (insbesondere in Bezug auf die DRGs) sinnvoll zu ergänzen.

Die zuletzt an DIMDI und die Selbstverwaltung gerichteten Änderungsvorschläge gingen häufig über die Erfordernisse von Abrechnungsrelevanz und externer Qualitätssicherung hinaus. Um Vorschläge für künftige Revisionen besser erarbeiten zu können und das Verfahren und sein Ergebnis transparenter zu machen, wird der folgende Gesichtspunktecatalog festgelegt. Diese Gesichtspunkte sind bei der Erstellung von Vorschlägen zu berücksichtigen. Informationen über Fristen und Verfahren werden in Kürze auf den Web-Seiten des DIMDI veröffentlicht werden.

Grundsätzlich gilt, dass DIMDI die letztendliche Entscheidung über die Aufnahme, Nichtaufnahme oder Streichung von Prozeduren im OPS-301 trifft.

2. Gesichtspunkte für die Aufnahme von Prozeduren in den OPS-301

2.1 Eine Prozedur ist für ökonomische Zwecke relevant (deutsches DRG-System und andere Abrechnungsverfahren).

Sie wird i.d.R. in den OPS-301 aufgenommen aufgrund einer entsprechenden Anforderung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) oder aufgrund einer gemeinsamen Anforderung der Organe der Selbstverwaltung.

Bei Prozeduren mit DRG-Relevanz handelt es sich nicht nur um solche Prozeduren, die im australischen Klassifikationssystem zu einer DRG führten. Es wird für die Weiterentwicklung des OPS-301 für das deutsche DRG-System auch notwendig sein, Prozeduren aufzunehmen, die bisher (australisches DRG-System) nicht gruppierungsrelevant waren und deren Festlegung und Bestand erst im Zusammenhang mit dem noch zu vereinbarenden Regelwerk für die Neuschaffung, Aufspaltung und Zusammenfassung von deutschen DRGs abschließend geregelt werden können.

oder

2.2 Eine Prozedur ist für die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung erforderlich.

Sie wird i.d.R. in den OPS-301 aufgenommen aufgrund einer entsprechenden Anforderung der gesetzlich zuständigen Stellen für Qualitätssicherung.

oder

2.3 Eine Prozedur ist notwendig zur Kodierung ambulanter Operationen.

Es sollen auch Leistungen nach § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) abbildbar sein. Dieser Gesichtspunkt wird erst wirksam, wenn eine bundeseinheitliche Regelung unter den dafür zuständigen Organisationen vereinbart ist.

oder

2.4 Eine Prozedur ist neu (entwickelt) oder bisher nicht abbildbar oder nicht ausreichend differenziert abbildbar (und nicht schon nach Punkt 1 bis 3 aufnahmefähig).

Vorschläge hierfür werden z.B. von Fachgesellschaften, Anwendern, Verbänden und anderen Institutionen eingebracht.

Für die Entscheidung über die Aufnahme solcher Prozeduren in den OPS-301 sollten die folgenden Informationen geliefert werden:

- a) Im Vorschlag wird begründet, warum die Kodierung der Prozedur fachlich unverzichtbar ist. Außerdem wird dargestellt, inwieweit die Prozedur fachlich etabliert und wissenschaftlich evaluiert ist. Sofern sinnvoll und verfügbar werden Angaben zum Evidenzgrad zitierter Studien und darüber gemacht, ob die Prozedur bereits in anderen internationalen Prozedurenklassifikationen durch einen spezifischen Kode abgebildet wird (Gesichtspunkt der Relevanz).
- b) Im Vorschlag wird mitgeteilt (ggf. geschätzt), an wie vielen Patienten und in wie vielen Fachabteilungen (Kliniken) die Prozedur seit wann durchgeführt wird (Gesichtspunkt der Häufigkeit).
- c) Im Vorschlag wird angegeben (ggf. geschätzt), wie hoch die Kosten der Prozedur im Verhältnis zu den Kosten des gesamten Falles sind (ggf. Aufwand nachvollziehbar erläutern) (Gesichtspunkt der Kosten).
- d) Im Vorschlag wird dargelegt, inwieweit sich verschiedene Prozeduren in einer betroffenen Schlüsselnummer bezüglich der Kosten unterscheiden. Eine Differenzierung der Schlüsselnummer erfolgt, wenn sich die Kosten dieser Prozeduren erheblich unterscheiden (Gesichtspunkt der Unterscheidbarkeit).
- e) Eine Prozedur im OPS-301 ist in der Regel eine diagnostische oder therapeutische Vorgehensweise, die in sich abgeschlossen ist und für sich allein durchgeführt werden kann (Gesichtspunkt der Eigenständigkeit).

3. Gesichtspunkte für die Nichtaufnahme von Prozeduren in den OPS-301:

Die Aufnahme der unter nachfolgend 1. bis 4. genannten Angaben soll ausnahmsweise nur dann erfolgen, wenn das aus Gründen der Zuordnung zu DRG-Fallgruppen oder der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung zwingend erforderlich ist:

1. Arzneimittel-Stoffgruppen und herstellerbezogene Medikamentenangaben
2. herstellerbezogene Materialangaben
3. herstellerbezogene Angaben von Geräten oder Gerätetypen
4. Routineuntersuchungen / Routinebehandlungen
 Untersuchungen und Behandlungen, die typische und stets wiederkehrende Bestandteile verschiedener diagnostischer oder therapeutischer Abläufe sind (z.B. klinische Aufnahmeuntersuchung, Wundverschluß nach einem operativen Eingriff).

4. Prüfung vorhandener OPS-301-Kodes

Es ist bei zukünftigen Revisionen vorgesehen, die bestehenden OPS-301-Schlüsselnummern anhand der vorstehenden Gesichtspunkte zu überprüfen.