

Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit



Fassung vom 19.02.2019

In seiner Sitzung am 6. März 2002 hatte das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (**KKG**) die von seiner Arbeitsgruppe OPS erarbeiteten und nachfolgend dargestellten Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS in einer ersten Fassung verabschiedet und **dem BMG und dem DIMDI empfohlen**, diese bei der Weiterentwicklung des OPS zu berücksichtigen. BMG und DIMDI beziehen diese Gesichtspunkte als Entscheidungshilfe für die Bearbeitung des OPS mit ein. Die zweite Fassung folgte am 16. März 2007, die dritte Fassung am 21.02.2013. Diese wird durch die hier vorliegende, zuletzt am 19.02.2019 geänderte Fassung ersetzt.

Wegen der Eingliederung des DIMDI in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Wirkung vom 26. Mai 2020 wurde in dieser aktualisierten Fassung vom 26. Mai 2020 die Institutsbezeichnung DIMDI durch Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ersetzt.

Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS

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.

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS) ist sowohl was die Struktur als auch die Inhalte betrifft historisch gewachsen, um den vielfältigen Anforderungen an eine Prozedurenklassifikation (z.B. Ökonomie, Qualitätssicherung, Transparenz, medizinische Dokumentation, Statistik, Wissenschaft, Epidemiologie) gerecht zu werden.

Seit der politischen Entscheidung zur Einführung eines neuen Entgeltsystems auf der Basis von DRGs, wird der OPS schwerpunktmäßig jährlich so modifiziert, dass er den Anforderungen des G-DRG-Systems und, seit der Entscheidung des Gesetzgebers, die Leistungen auch der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in einem Entgeltsystem abzubilden, auch des PEPP-Entgeltsystems (Pauschalierende Entgelte Psychiatrie Psychosomatik) genügt. Seit 2005 sind darüber hinaus die Anforderungen des vertragsärztlichen Bereichs im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu berücksichtigen.

Aktuell arbeitet die WHO an der Entwicklung einer neuen Prozedurenklassifikation. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das KKG begleiten und beobachten diesen Prozess und werden zu einem späteren Zeitpunkt prüfen, ob ein Einsatz in Deutschland sinnvoll ist.

Bei den jährlichen Revisionen stehen Abrechnungszwecke neben anderen Anforderungen im Vordergrund.

Hierbei ist im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand keine Einzelleistungsabbildung anzustreben. Vielmehr sind kostenrelevante Leistungen insbesondere in Bezug auf stationäre Vergütungssysteme sinnvoll zu ergänzen.

Die Pflege des OPS erfolgt insbesondere auf Basis der Ergebnisse des jährlichen Vorschlagsverfahrens

(<https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/Vorschlagsverfahren/>), an dem sich z.B. wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, Anwender, Verbände und andere Institutionen mit Vorschlägen beteiligen können. Vorschläge können zur Aufnahme neuer Operationen oder Prozeduren wie auch zur Modifikation bestehender Codes eingebracht werden. Alternativ kann dies bei besonderem Bedarf auch durch eine entsprechende Anforderung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), des Bewertungsausschusses oder einer gemeinsamen Anforderung der Organe der Selbstverwaltung erfolgen. Um Vorschläge für künftige Revisionen besser erarbeiten zu können und das jährliche Revisionsverfahren mit den jeweiligen Ergebnissen transparenter zu machen, wird der folgende Gesichtspunktekatalog festgelegt. Diese Gesichtspunkte sind bei der Erstellung von Vorschlägen zu berücksichtigen. Informationen über Fristen und Verfahren sind auf den Web-Seiten veröffentlicht.

Grundsätzlich gilt, dass das BfArM die letztendliche Entscheidung über die Aufnahme, Nichtaufnahme oder Streichung von Prozeduren im OPS trifft.

2. Gesichtspunkte für die Aufnahme von Prozeduren in den OPS

2.1. Eine Prozedur ist für ökonomische Zwecke relevant (G-DRG-System, PEPP-Entgeltsystem, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und andere Abrechnungsverfahren).

Sie wird i.d.R. in den OPS aufgenommen aufgrund der Notwendigkeit einer Prozedur für die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme.

oder

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

Sie wird i.d.R. in den OPS 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.

oder

2.4. Eine Prozedur ist neu (entwickelt) oder bisher nicht abbildbar oder nicht ausreichend differenziert abbildbar (und nicht schon nach Punkt 2.1 bis 2.3 aufnahmefähig).

Für die Entscheidung über die Aufnahme solcher Prozeduren in den OPS 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 gemacht und darüber, 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) Im Vorschlag wird dargelegt, ob und seit wann ein neues Medizinprodukt ein CE-Kennzeichen besitzt bzw. ob und seit wann ein neues Medikament zugelassen wurde (Gesichtspunkt der Zulassung).
- f) Eine Prozedur im OPS 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

Die Aufnahme der unter nachfolgend 1. bis 4. genannten Angaben soll ausnahmsweise nur dann erfolgen, wenn das aus Gründen der Zuordnung zu Entgeltsystemen 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. 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-Kodes

Im Rahmen der jährlichen Revisionen wird anhand der vorstehenden Gesichtspunkte auch geprüft, ob bestehende OPS-Schlüsselnummern gestrichen werden können.