

Änderungsvorschlag für den OPS 2010

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an 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!

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

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

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

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

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-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, 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).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Deutscher Pflegerat e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * DPR
Internetadresse der Organisation * www.deutscher-pflegerat.de
Anrede (inkl. Titel) * Frau Präsidentin
Name * Müller
Vorname * Marie-Luise
Straße * Salzufer 6
PLZ * 10587
Ort * Berlin
E-Mail * info@deutscher-pflegerat.de
Telefon * 03021915757

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

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

Expertengruppe des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) setzte sich aus Personen verschiedener Kliniken zusammen. Die Auswahl der Experten erfolgte gemäß dem Anforderungsprofil des DPR.

Das Anforderungsprofil der Teilnehmer sah vor: Studium Pflegewissenschaft, -management oder in Leitungsposition einer Klinik, Zugang zu Patientendaten und Controllingdaten der Klinik, Nachweis der Beschäftigung mit dem Themenbereich 'DRG in der Pflege'.

Der Antrag wird vom DPR eingereicht.

Eine schriftliche Erklärung anderer Fachverbände (s.u.) über die Unterstützung des Antrags ist nicht erforderlich, da der DPR antragsberechtigt ist.

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Pflegekomplexmaßnahmen für hochpflegeaufwändige Patienten in der Erwachsenenpflege

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)

9-413-0 Pflegekomplexmaßnahmen für hochpflegeaufwändige Patienten in der Erwachsenenpflege

- Exkl.:
- Palliativ Komplexbehandlung 8 -982
 - Psychosoziale Betreuung 9-40 (Leistungsbereich PKMS-E Kommunikation)
 - Frührehabilitative Komplexbehandlung 8-55
 - Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung 8-976
 - Patientenschulung 9-500 (Leistungsbereich Kommunikation)
 - Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (8-987)
 - Lagerungsbehandlung 8-390 (Leistungsbereich Mobilisation)

Hinweise: Mindestmerkmale

- o Die OPS-Pflegekomplexmaßnahme ist zu kodieren, wenn in einem oder mehreren der Leistungsbereiche des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) (Körperpflege, Ernährung, Bewegung/Mobilisierung, Ausscheidung, Kommunikation) Pflegemaßnahmen erbracht werden, die 'hochaufwändig' sind.
- o Im PKMS-E werden 'hochaufwändige' Patienten nach quantitativen und qualitativen Aspekten spezifiziert und gewichtet.
- o Quantitative Aspekte bedeuten, dass Pflegemaßnahmen häufiger als bei Patienten in der PPR-A3 Stufe erbracht werden.
- o Qualitative Aspekte bedeuten, dass Pflegemaßnahmen mit einem höheren Personalaufwand erbracht werden, der durch Erschwernisfaktoren und/oder durch die Erforderlichkeit von speziellen therapeutischen Pflegemaßnahmen bestimmt wird.
- o Treffen Leistungsmerkmale des PKMS-E zu, werden Aufwandspunkte generiert, die den pflegerischen Mehraufwand im Vergleich zum PPR-A3 Patienten quantifizieren.
- o Die Gesamtanzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen PKMS-E über die Verweildauer des Patienten.
- o Die zu verwendenden Parameter des PKMS-E sind in den Hinweisen für die Benutzung der OPS zu finden.
- o Die pflegerischen Leistungen werden durch exam. Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen (oder mit vergleichbarer Ausbildung in der Pflege) oder unter deren Verantwortung erbracht.
- o Dieser Kode ist nur für Patienten ab vollendetem 18. Lebensjahr zu kodieren.

- o Der PKMS-E ist während des Aufenthaltes auf der Intensivstation nicht anzuwenden.
- o Die vom Pflegedienst ermittelte OPS PKMS-E ist in die G-DRG-Kodierung des jeweiligen Falles zu übernehmen.

9-413-1 OPS PKMS-E 43-71 Punkte

9-413-2 OPS PKMS-E 72-100 Punkte

9-413-3 OPS PKMS-E 101-128 Punkte

9-413-4 OPS PKMS-E 129 – 157 Punkte

9-413-5 OPS PKMS-E > 157 Punkte...

HINWEISE FÜR DEN ANHANG:

Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E)

Der PKMS-E ist ein von der Expertengruppe des DPR entwickeltes Instrument zur Abbildung von 'hochaufwändigen' Patienten im Krankenhaus, die über die PPR A3 Aufwandsstufe nicht abgebildet werden. Bei Veränderungen der PPR sind die Punktwerte erneut zu justieren. Die Punktwerte drücken den mindestens anfallenden pflegerischen Mehraufwand bei 'hochaufwändigen' Patienten gegenüber dem PPR-A3 Patienten aus. Treffen auf den Patienten ein oder mehrere Leistungsmerkmale des PKMS-E zu, so werden die Punkte für den Tag addiert. Täglich wird der Patient neu bewertet, ob eine oder mehrere Leistungsmerkmale zutreffen. Die über 24 Stunden erbrachten Pflegemaßnahmen führen zu Punktwerten in den Leistungsbereichen des PKMS-E und werden täglich über die Verweildauer addiert.

Mindestmerkmale: Leistungsbereiche Körperpflege (3 Punkte)

Die Unterstützung bei Körperpflege ist hochaufwändig und geht über das normale Maß einer vollen Übernahme der Körperpflege hinaus.

Es liegt einer der Gründe für eine hochaufwändige Körperpflege vor:

- o Apraxie, anleitende Vorgehensweise zur Förderung der Selbstständigkeit, Widerstände des Patienten in Folge von dementiellen Erkrankungen, Verwirrheitszuständen, Durchgangssyndrome, starke Schmerzen, , Tracheostomamanagement
- o vorliegende Immobilität und Bewegungseinschränkung ausgelöst z.B. durch zahlreiche Zu- und Ableitungssysteme, BMI > 35, Patienten > 180 kg, bei krankheitsbedingten Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, extreme Schmerzzustände usw.)
- o starkes Schwitzen, mehrfaches Erbrechen, oder Einnässen/-stuhlen, Stuhlschmierer oder
- o indizierte therapeutische Ganzkörperwaschungen
- o Patienten bei denen eine Isolierung, Umkehrisolation durchgeführt wird, die nicht auf dafür vorgesehenen Isolierstationen untergebracht sind.

Interventionen sind: Anleitung zur selbstständigen Körperpflege bei vorliegenden Erschwernisfaktoren oder Mehrfachwaschungen sind erforderlich > 2/24h oder therapeutische Körperpflege (z.B. NDT-Konzept, bag-bath, beruhigende, belebende GW usw.) oder Körperpflege mit zwei Personen therapeutisch induziert oder Verlängerung der Körperpflege durch Erschwernisfaktoren, und mindestens 6 Aktivitäten zur Mundpflege (z.B. Soor- u. Parotitisprophylaxe usw.) und/oder Pneumonieprophylaxe.

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Ernährung (4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwändig und verlängert, ein Flüssigkeits-/Ernährungsprotokoll wird geführt
Es liegt einer der Gründe für eine hochaufwändige/verlängerte orale Nahrungs-

/Flüssigkeitsaufnahme vor:

- o Schluckstörungen, Nahrungsverweigerung, Wahnvorstellungen im Zusammenhang mit Ernährung, kognitive Beeinträchtigungen die die Nahrungsaufnahme verlängern, quantitative Bewusstseinsbeschränkungen.
- o Mangelernährung, andere (Stoffwechsel-) -erkrankungen die eine häufigere Nahrungs-/Flüssigkeitsverabreichung erfordern, > als eine Zwischenmahlzeit, > als 3 zusätzliche Flüssigkeitsverabreichungen

Interventionen sind: Führung der Hand des Patienten um Nahrung aufzunehmen, das ständige Zureden und Anleiten des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme oder das Überwinden einer Nahrungsverweigerung, die orale Flüssigkeitszufuhr mit Löffel, Trinkbecher usw., orale oder basale Stimulation vorbereitend auf die Nahrungsverabreichung oder basale Stimulation zur Förderung des Schluckreflexes, Verlängerte Vor- und Nachbereitungszeit durch spezielle Lagerungsposition und Mobilisation zur Nahrungsaufnahme. Trink- und Esstraining, die gewählte Unterstützungsleistung bei der Nahrungsaufnahme ist bei den Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten sowie der Flüssigkeitsverabreichung zu erbringen, fraktionierte Applikation von Sondenkost >8 mal in 24 h.

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Kommunikation (1 Punkt)

Mehraufwendungen in der Kommunikation mit den Patienten und/oder Angehörigen in den Bereichen Kompetenzerwerb zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung, sowie Sekundärprävention.

Es liegt einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich Kommunikation vor: Kognitive Einschränkungen, körperliche Einschränkungen die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren, überschneidende therapeutische Anforderungen durch Mehrfach-Therapien, beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit, beeinträchtigte Motivation bezüglich der erforderlichen Anpassung, Krisen (infauste Prognosen, Funktionsverluste im psychosozialen Kontext, ...) Sterbephase, Sprach-Kommunikationsbarrieren

Interventionen sind: Eins zu eins Betreuung und/oder Gespräche (Beratung, Klientenzentriertes Gespräch zur Krisenbewältigung, Anpassung und/oder Gespräche zur Vorbereitung auf die Entlassung usw.) und/oder Anleitungssituation mit Patient und/oder Angehörigen, die > 30 Min. pro Tag ausmachen.

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Ausscheidung (2 Punkte)

Die pflegerische Unterstützung geht bei der Ausscheidung über das normale Maß der Ausscheidungsunterstützung hinaus und ist kennzeichnend für hochaufwändige Patienten.

Es liegt einer der Gründe für eine hochaufwändige/verlängerte Ausscheidungsunterstützung vor:

- * Mobilisationsbehinderungen (wie Gehbehinderungen, Transferbeeinträchtigungen...),
- * Immobilität in Verbindung mit der Unfähigkeit sich auf das Steckbecken zu setzen z.B. bei BMI > 35, Patienten KG > 180 kg usw.,
- * häufigere Miktio/Defäkation als normal (z.B. bei Durchfall, Inkontinenzformen...)
- * kognitive Beeinträchtigungen (die z.B. zur Folge haben, dass Stuhl geschmiert wird, ins Zimmer uriniert wird, die Ausscheidungssituation verkannt wird, usw.)

Interventionen sind: Die Ausscheidungsunterstützung ist durch Erschwernisfaktoren verlängert und/oder Toilettentraining/Inkontinenztraining zur Kontinenzförderung (Ausscheidungsanalyse, Ausscheidungsunterstützung, therapeutische Maßnahmen (z.B. Beckenbodentraining, Blasen- training usw.) oder die Frequenz der Ausscheidung ist > 6 mal in 24 h mit Ausscheidungsunterstützung oder tägliches digitales rektales Ausräumen, tägl. Reinigungseinläufe sind erforderlich oder Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus, aufwändiges Bilanzierung z.B. bei bestehender Inkontinenz.

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Bewegungen/Mobilisation (2 Punkte)

Die Lagerung/Mobilisation ist hochaufwändig und geht über das normale Maß eines A3 Patienten

(PPR) hinaus.

Es liegen Gründe für eine hochaufwändige/verlängerte Lagerung/Mobilisation vor:

- o starke Mobilitätseinschränkung (Spastiken, Kontrakturen, Parese, Plegie, häufige Schwindelanfälle usw.), fehlende Transferunterstützung durch den Patienten (z.B. Amputation/Frakturen beider Beine usw.), Immobilität z.B bei Adipositas BMI > 35, Patienten KG > 180 kg, Sedierung, stärkste Schmerzen, Widerstände des Betroffenen, Tracheostomamanagement, zahlreiche Zu-Ableitungen, Orthesenversorgung
- o Erhöhung der Frequenz der Mobilisationsmaßnahmen durch z.B. fehlende Spontanbewegung, hohes Dekubitusrisiko, Weglauftendenz

Interventionen sind: Lagerungswechsel > 10-mal/24 h (Dekubitusprophylaxe/therapeutische Lagerung), induzierte Lagerungen mit 2 und mehr Pflegepersonen (z.B. erforderliches 'en block drehen') mind. 4 x /tägl. und/oder Transfer mit Hilfsmitteln mind. 2 x tägl., Mobilisations-, Funktionstraining mind. 2-mal, Kontrakturen-/Thromboseprophylaxe mind. 2 x tägl., Anlegen von Stütz-, und Stützkorsagen/-hosen, > 4 mal tägliches Aufsuchen und Zurückbringen des Patienten in den Bereich.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes kodieren auf einer Matrix das 'Zutreffen' des PKMS-E in den einzelnen Leistungsbereichen.

OPS-Leistungsb.	1 Tag	2 Tag	3 Tag	4 Tag	5 Tag	6 Tag	7 Tag	8 Tag	...
Körperpflege	3	3	3	3	3	3	3	3	
Ernährung	4	4	4	4	4	4	4	4	
Ausscheidung	2	2	2	2	2	2	2	2	
Bewegen/Lagern	2	2	2	2	2	2	2	2	
Kommunikation	1	1	1	1	1	1	1	1	
Summe:	12	12	12	12	12	12	12	12	

Am Ende des Aufenthaltes werden die Punkte addiert.

Die Punktwerte bilden den pflegerischen Mehraufwand gegenüber den PPR-A3 Fall ab.

Aus den Aufwandspunkten des PKMS-E ergibt sich der entsprechende OPS-Kode. Der OPS-Pflegekomplexe wird durch den Pflegedienst oder Kodierkräfte kodiert.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Im Krankenhaus werden zunehmend pflegerisch 'hochaufwändige' Patienten versorgt, die sowohl im G-DRG-System als auch in der Fallkostenkalkulation (über PPR-Daten) der Häuser nicht entsprechend abgebildet werden können.

Dadurch kommt es zu einer Unterfinanzierung dieser pflegerisch 'hochaufwändigen' Patientenfälle.

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

Der Vorschlag ist für das G-DRG-Entgeltsystem hoch relevant. Die pflegerisch 'hochaufwändigen' Patienten können im G-DRG-System nicht abgebildet werden. Um diesem Sachverhalt vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken, sollen die OPS-Pflegekomplexe eingeführt werden. Die pflegerischen Leistungsanteile am Versorgungsprozess können durch die OPS spezifischer abgebildet werden, ohne dass es einen unangemessenen Dokumentationsaufwand bedeutet. Damit wird eine genauere Leistungsvergütung unterstützt.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Abhängig von den Endkodierungen der OPS (OPS-Komplexpflege-Score) von 43-157 Punkten können Mehrkosten von ca. 300 bis > 1000 € Fallkosten pro Aufenthalt entstehen. Der Mehrkostenaufwand für die hochaufwändigen Fälle wurde in verschiedenen Einrichtungen kalkuliert und getestet.

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

Auf der Grundlage der aus dem KIS generierten Patientenlisten aller A3 Patienten des zweiten Halbjahres 2008 aus drei Kliniken (n = 31829) erfolgte eine retrospektive Einschätzung des Pflegemehraufwandes mittels PKMS-E. Der prozentuale Anteil der pflegerisch 'hochaufwändigen' Patienten an der Gesamtfallzahl betrug 3,85%.

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

keine, vergleichbare Verfahren sind bisher im OPS noch nicht vorhanden.

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.)

bisher nicht relevant.

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

Analog zu der entwickelten OPS-Pflegekomplexmaßnahme für die Erwachsenen werden drei OPS für die jeweiligen Altersklassen in der Kinderkrankenpflege in den nächsten Wochen nachgereicht.

