

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-komplexbefruehrea-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
Offizielles Kürzel der Organisation * DPR
Internetadresse der Organisation * www.deutscher-pflegerat.de
Anrede (inkl. Titel) * Frau Präsidentin
Name * Marie-Luise
Vorname * Müller
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)

Der Vorschlag wurde gemäß der im Rahmen des ersten Pflegegipfels gegebenen Handlungsempfehlung des BMGs durch eine Expertengruppe des DPR erarbeitet. Die Expertengruppe setzt 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. unten) 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. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Pflegekomplexmaßn. für hochpflegeaufw. Pat. in der Pflege von Kleinkindern

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)

9-415.- Pflegekomplexmaßnahmen für hochpflegeaufwändige Patienten in der Pflege von Kindern und Jugendlichen
 Altersgruppe K (13. Lebensmonat bis < 6 Jahre)

Exkl.: Palliativ Komplexbehandlung 8 -982
 Psychosoziale Betreuung 9-40 (Leistungsbereich Beschäftigen)
 Frührehabilitative Komplexbehandlung 8-55
 Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung 8-976
 Patientenschulung 9-500 (Leistungsbereich Kommunizieren und Beschäftigen)
 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 Kleinkinder (PKMS-K) (Körperpflege, Ernährung, Bewegung/Mobilisierung, Ausscheidung, Kommunizieren und Beschäftigen) Pflegemaßnahmen erbracht werden, die 'hochaufwändig' sind.
- o Im PKMS-K 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-K 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-K über die Verweildauer des Patienten.
- o Die zu verwendenden Parameter des PKMS-K sind in den Hinweisen für die Benutzung der OPS zu finden.
- o Die pflegerischen Leistungen werden durch exam. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Innen oder unter deren Verantwortung (oder mit vergleichbarer Ausbildung in der Pflege) erbracht.
- o Dieser Kode ist nur für Patienten vom 13. Lebensmonat bis zum 5. Lebensjahr zu kodieren (Altersgruppenzuordnung K).
- o Der PKMS-K ist während des Aufenthaltes auf der Intensivstation nicht anzuwenden.
- o Die vom Pflegedienst ermittelte OPS PKMS-K ist in die G-DRG-Kodierung des jeweiligen Falles zu übernehmen.

9-415.1 OPS PKMS-K 43-71 Punkte

9-415.2	OPS	PKMS-K	72-100 Punkte
9-415.3	OPS	PKMS-K	101-128 Punkte
9-415.4	OPS	PKMS-K	129 – 157 Punkte
9-415.5	OPS	PKMS-K	> 157 Punkte...

HINWEISE FÜR DEN ANHANG:

Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Kinder und Jugendliche (PKMS-J und PKMS-K)

Der PKMS-J / PKMS-K ist ein von der Expertengruppe des DPR (Bereich Kinder und Jugendliche) entwickeltes Instrument zur Abbildung von 'hochaufwändigen' Patienten im Krankenhaus, die über die PPR J-A3 bzw. PPR K-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-J / PKMS-K 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-J / PKMS-K und werden täglich über die Verweildauer addiert.

Mindestmerkmale: Leistungsbereiche Körperpflege (Altersgruppe K: 1 Punkt)

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

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwändige Körperpflege vor:

- o Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege und/oder anleitende Vorgehensweise zur Förderung der Selbstständigkeit bei Kleinkindern mit Abwehr/Widerständen in Folge von neuropädiatrischen Erkrankungen (z.B. Dauerkrampfanfälle, Hirntumoren), schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche, Kinder und Jugendliche mit Verwirrheitszuständen, Schmerzmanagement bei Schmerzen, Durchgangssyndrome, Tracheostomamanagement (unter Einbeziehung von Eltern / Bezugspersonen)
- o Vorliegende Immobilität und Bewegungseinschränkung ausgelöst z.B. durch zahlreiche Zu- und Ableitungssysteme, extremste Adipositas (Perzentile > 99,5), bei krankheitsbedingten Risiken (z.B. Wirbelsäuleninstabilität, Schienung bei beidseitiger Verletzung der Extremitäten, extreme Schmerzzustände usw.)
- o Kleinkinder bei denen eine Isolierung, Umkehrisolation durchgeführt wird, die nicht auf dafür vorgesehenen Isolierstationen untergebracht sind.

Interventionen sind: Vollkompensatorische Übernahme der Körperpflege und / oder Anleitung zur selbstständigen Körperpflege bei vorliegenden Erschwernisfaktoren (s.o.) oder Mehrfachwaschungen sind mindestens 3 x / 24h erforderlich oder mehrfach / 24 h therapeutische Körperpflege (z.B. basalstimulierende Körperwaschung, Ganzkörperwaschung nach Bobath, GWK unter kinästhetischen Gesichtspunkten, GWK nach Inhester und Zimmermann, GWK zur Belebung, GWK zur Beruhigung) oder mehrfach / 24 h Körperpflege mit zwei Personen oder Verlängerung der Körperpflege durch andere Erschwernisfaktoren und mindestens 6 Aktivitäten zur Mundpflege (z.B. Soor- u. Parotitisprophylaxe usw.) und/oder Pneumonieprophylaxe.

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Ernährung (Altersgruppe K: 4 Punkte)

Die orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme bei den Haupt-/Zwischenmahlzeiten ist hochaufwändig und verlängert, ein Flüssigkeits-/Ernährungsprotokoll wird geführt

Es liegt mindestens einer der Gründe für eine hochaufwändige/verlängerte orale Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme vor:

- o Schluckstörungen; Abwehrverhalten / Widerstand, Nahrungsverweigerung, z.B. bei Schwerstmehrfachbehinderung, Tracheostomamanagement
- o Fehl- und Mangelernährung (Perzentile < 3) und andere (Stoffwechsel-) -erkrankungen die eine häufigere Nahrungs-/Flüssigkeitsverabreichung erfordern

Interventionen sind: Ständiges Zureden und Anleiten des Patienten bei der versuchten selbstständigen Nahrungsaufnahme, bei der Willensbildung zum Erhalten einer speziellen Diät oder

beim Überwinden einer Nahrungsverweigerung, 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, Umstellen auf orale Kost zu jeder Mahlzeit mit zusätzlicher Stillberatung der Mutter, Stimulation der Mundmotorik, zusätzliche orale Flüssigkeitszufuhr mit dem Löffel, Nahrungsverabreichung mindestens 8 x / Tag; Sondieren der Restmahlzeit;

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Ausscheidung
(Altersgruppe K: 2 Punkte)

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

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

- o Mobilisationsbehinderungen (wie Gehbehinderungen, doppelseitige Extremitätenverletzung, Kinder mit Z.n. Polytauma, starke Schmerzen trotz Schmerzmanagement, Transferbeeinträchtigungen...)

- o Häufigere Miktio / Defäkation über das für das Lebensalter normale Maß hinaus, z.B. Einstuhlen bei Gastroenteritis, häufigeres Schwitzen, mehrfaches Erbrechen z.B. bei Norovirus-Infektion

Interventionen sind: Versorgen z.B. bei Durchfall, Erbrechen, Schwitzen und Blutungen mit Teil- oder Ganzbeziehen des Bettes, Teil- oder Ganzwäsche/-baden des Kleinkindes inkl. Wickeln mindestens 10 x pro Tag

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Bewegen/Lagern/Mobilisation
(Altersgruppe K: 2 Punkte)

Die Bewegung/Lagerung/Mobilisation ist hochaufwändig und geht über das normale Maß eines A3 Patienten (PPR) hinaus.

Es liegen Gründe für ein hochaufwändiges/verlängertes Bewegen/Lagern/Mobilisation vor:

- o Starke Mobilitätseinschränkung (Spastiken, Kontrakturen, Parese, Plegie, häufige Schwindelanfälle usw.), fehlende Transferunterstützung, Immobilität z.B. bei Behandlung mit Beckengips oder Overhead-Extension, Sedierung, stärkste Schmerzen trotz Schmerzmanagement, Widerstände/Abwehr des Betroffenen, Tracheostomamanagement, zahlreiche Zu-/Ableitungen

- o Erhöhung der Frequenz der Mobilisationsmaßnahmen durch z.B. fehlende Spontanbewegung, hohes Dekubitusrisiko

Interventionen sind: Erkrankungsbedingt sehr aufwendige Lagerung mit unterstützenden Maßnahmen durch 2 Pflegekräfte oder bei zusätzlichen Erschwernisfaktoren (z.B. Interventionen zum Durchbrechen einer Spastik) sowie Lagerungswechsel oder Transferunterstützung unter Zuhilfenahme von Lagerungsmitteln oder/und Orthesenversorgung in einer Häufigkeit von mindestens 10 x / Tag

Mindestmerkmale: Leistungsbereich Kommunizieren und Beschäftigen
(Altersgruppe K: 1 Punkt)

Mehraufwendungen bei dem Kommunizieren und Beschäftigen mit den Kleinkindern und/oder Angehörigen/Bezugspersonen, in den Bereichen Entwicklungsförderung, Kompetenzerwerb zur Sicherstellung der Therapie und/oder situativer Krisenbewältigung

Es liegt mindestens einer der Gründe für Mehraufwendungen im Bereich Beschäftigen vor:

- * Kognitive Einschränkungen des Patienten und/oder des Angehörigen/der Bezugsperson

- * Eingeschränkte Compliance des Kleinkindes und/oder seines Bezugssystems

- * Extreme Krisensituation des Kleinkindes und/oder der Angehörigen / Bezugspersonen (z.B. Verlustängste bei Heimweh, Hospitalisation, infauste Prognose, Sterbephase)

- * Körperliche Einschränkungen die den erforderlichen Kompetenzerwerb erschweren, Zustände deutlicher Orientierungsbeeinträchtigung (z.B. Blindheit oder Taubheit)

- * Sprach-Kommunikationsbarrieren z.B. bei Menschen mit Migrationshintergrund mit Inanspruchnahme eines Dolmetschers

Interventionen sind: Gespräch zur Krisenbewältigung / Vertrauensbildung / Anpassung und/oder Anleitungssituation mit Kleinkind und/oder Angehörigen/Bezugspersonen, und/oder Bereitstellen und Nachbereitung von Lektüre, Spiel-, Mal und Bastelmaterial, Förderung der spielerischen Interaktion, kommunikative Stimulation, Einzelbetreuung; Mindestaufwand sind 70 Min. pro Tag;

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

OPS-Leistungsb.	1 Tag	2 Tag	3 Tag	4 Tag	5 Tag	6 Tag	7 Tag	8 Tag		
Körperpflege	1	1	1	1	1	1	1	1		
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		
Kommunizieren/Beschäftigen			1	1	1	1	1	1	1	1
Summe:	10	10	10	10	10	10	10			

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-J / PKMS-K ergibt sich der entsprechende OPS-Kode. Der OPS-Pflegekomplexcode wird durch den Pflegedienst oder verantwortliche 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-Pflegekomplexcodes 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

ca. 3 % der stationären Patienten

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)

Die 2 Prozeduren für die Altersgruppe J und K (hier K) ergänzen die Pflegekomplexprozedur für Erwachsene E, für die Altersgruppe < 1. Lebensjahr ließ sich für die allgemeine Kinderkrankenpflege kein relevanter zusätzlicher pflegerischer Bedarf abgrenzen.

Die Mindestmerkmale für den ANHANG können alternativ auch in die Prozedur selbst mit aufgenommen werden.