

Änderungsvorschlag für den OPS 2011

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-komplexe-fruehreha-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/unseres 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 * (1) Bundesverband Geriatrie e.V.
 (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
 (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Offizielles Kürzel der Organisation * (1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG
 (1)www.bv-geriatrie.de

Internetadresse der Organisation * (2)www.dgggeriatrie.de
 (3)www.dggg-online.de

Anrede (inkl. Titel) * (1) Herr Prof. Dr. (2) Herr Dr. (3) Frau Dr.

Name * (1) Lüttje (2) Meisel (3) Meyer

Vorname * (1) Dieter (2) Michael (3) Ann-Kathrin

Straße * (1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61
 (2) DGG Geschäftsstelle Winzerstraße 9
 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8

PLZ * (1) 13347 (2) 65207 (3) 10245

Ort * (1) Berlin (2) Wiesbaden (3) Berlin

E-Mail * dieter.luetdje@bv-geriatrie.de (2)MMeisel@dkd-dessau.de (3)
 ann.meyer@asklepios.com

Telefon * (1) 0541/ 405 - 7201 (2) 0340 /6502-2120 (3) 040/1818 83 -1661

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Bundesverband Geriatrie e.V

Offizielles Kürzel der Organisation * BV Geriatrie

Internetadresse der Organisation * www.bv-geriatrie.de

Anrede (inkl. Titel) * Frau

Name * Anke

Vorname * Wittrich

Straße * Reinickendorfer Str. 61

PLZ * 13347

Ort * Berlin

E-Mail * anke.wittrich@bv-geriatrie.de

Telefon * 030/3398876-26

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

Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
 Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende
 Frührehabilitation des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte
 Deutscher Pflegerat

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) *

OPS-Kode 9-200 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen hat keine Relevanz für OPS 8-550

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)

1.) Ergänzung bei OPS-Kode 9-200

Exkl.:

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 8-550

2.) Ergänzung OPS 8-550

Exkl.: Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen 9-200

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

Der OPS 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung beinhaltet als Mindestmerkmal den Einsatz von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Die aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie bezieht sich auf Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf sowie (Früh-)Rehabilitationsbedarf und geht über die Grund- und Behandlungspflege (Versorgungspflege) hinaus. Unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie aktueller gesundheitlicher Einschränkungen stehen insbesondere das (Wieder-)Erlangen und Erhalten von Alltagskompetenz im Mittelpunkt.

Ziel ist, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen.

Dies beinhaltet den alten, multimorbiden Patienten mit multiplen Funktionseinschränkungen trotz und mit seiner aktuellen oder chronifizierten Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahin gehend zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung Aktivitäten wieder zu erlernen und einzuüben. Aktivierend-therapeutische Pflege greift auch die Arbeit der Therapeuten auf, setzt diese im interdisziplinären Behandlungskonzept fort und gibt

Impulse zur Zieldefinition des Behandlungsteams.

Die Zielformulierung und Bestimmung der erforderlichen Interventionen im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege werden gemeinsam mit dem Betroffenen, im interdisziplinären geriatrischen Team und ggf. mit den Angehörigen erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

Die aktivierend-therapeutische Pflege wird somit und demnach geprägt von einem Beziehungsprozess mit zielgerichteten Maßnahmen und aktivierend- trainierenden Aktivitäten mit dem Betroffenen. Diese sind durch ein höheres Lebensalter und/oder dem Vorhandensein meist mehrerer, sich gegenseitig beeinflussender, akuter oder auch chronischer Krankheiten (Multimorbidität) und Behinderungen, sowie den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen gekennzeichnet.

Daher ergeben sich Besonderheiten hinsichtlich der Bedarfe, Risiken und Verbindlichkeiten bei der aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie, bspw. die Beachtung eines erhöhten Sturz- und Dekubitusrisikos, die in der individuellen Pflege der Betroffenen ihren Niederschlag finden.

Die Leistungen der Pflege sind integraler und unerlässlicher Bestandteil des patientenindividuellen, geriatrisch frührehabilitativen Behandlungskonzepts. Hierbei kommen vielfältige Konzepte in Abstimmung auf den jeweiligen Bedarf des Patienten zum Einsatz. Ziel ist hierbei nicht primär eine volle Übernahme von Pflegeinterventionen, sondern die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder Erhalt der Alltagskompetenzen des geriatrischen Patienten.

Durch die aktivierend-therapeutische Pflege im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung soll die Abhängigkeit von Pflegepersonen verhindert oder zumindest gemindert werden.

Im Mittelpunkt steht die Ausrichtung des Unterstützungsbedarfs an die jeweiligen patientenindividuellen Bedarfe. Dieser erstreckt sich von der Motivierung des Patienten in Vorbereitung der Durchführung von Pflegeinterventionen, über die individuelle Bedarfsanalyse im Zusammenhang mit einer Pflegeintervention bis hin zur bedarfsadaptierten Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Pflegeinterventionen.

Der erhöhte Zeit- und somit Personalbedarf findet bereits jetzt - und somit bereits vor Einführung des OPS 9-200 - im OPS 8-550 Berücksichtigung. Der OPS Hochaufwendige Pflege einschl. des zugehörigen Pflegekomplexmaßnahmen-Scores wurden entwickelt, um bisher nicht im G-DRG-System erfasste hochaufwendige Pflegeleistungen abbilden zu können. In den Komplexcodes der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sind die hochaufwendigen Leistungen der akt.-therap. Pflege bereits eingeschlossen. Eine zusätzliche Kodierung des OPS 9-200 in Verbindung mit dem OPS 8-550 würde eine dtl. Leistungsüberschneidung dieser beiden OPS-Kodes bewirken und eine sachgerechte Kalkulation beider OPS-Kodes deutlich erschweren!

Es war und ist erklärtes Ziel, für die Bereiche der Krankenhausbehandlung, für die bisher keine explizite Berücksichtigung der Pflegeleistungen erfolgte, eine Kodiermöglichkeit zu schaffen. Dies trifft für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht zu.

Des weiteren sollte bedacht werden, dass ein hoher Dokumentationsaufwand besteht, um die im OPS 8-550 zu Recht aufgeführten Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität abbilden zu können. Eine zusätzliche Dokumentation für den PKMS-E ist aus unserer Sicht für diesen Bereich nicht vertretbar.

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

Um eine sachgerechte Kalkulation der OPS-Kodes 8-550 und 9-200 nicht zu gefährden, ist eine parallele Kodierung der beiden benannten OPS zu vermeiden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt****f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)****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.)**8. Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)