

## Änderungsvorschlag für den OPS 2012

### 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](mailto: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](http://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](http://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](mailto: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 \* Marienhausklinikum St.Elisabeth Saarlouis  
Offizielles Kürzel der Organisation \* IK261000331  
Internetadresse der Organisation \* www.marienhaus-klinikum-saar.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Frau  
Name \* Kropf  
Vorname \* Susanne  
Straße \* Kapuzinerstraße 4  
PLZ \* 66740  
Ort \* Saarlouis  
E-Mail \* s.kropf@sls.marienhaus-gmbh.de  
Telefon \* 06831/161354

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \* Marienhausklinikum St.elisabeth Saarlouis  
Offizielles Kürzel der Organisation \* IK261000331  
Internetadresse der Organisation \* www.marienhaus-klinikum-saar.de  
Anrede (inkl. Titel) \* Frau  
Name \* Hauk  
Vorname \* Astrid  
Straße \* Kapuzinerstraße 4  
PLZ \* 66740  
Ort \* Saarlouis  
E-Mail \* a.hauk@sls.marienhaus-gmbh.de  
Telefon \* 068317161252

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

keine

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) \*

PKMS-E/J/K Ausschluss IMC und PKMS-E Mengenangaben Korrektur u. Ergänzung

### 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)

Zu 1. Textänderung bezieht sich auf den PKMS-E/J/K  
 Nachfolgend der zu ändernde Abschnitt:

Der PKMS ist auf der 'Normalstation' zu kodieren. Es sind keine Kalendertage auf Intensivstationen, Stroke Units für die Kodierung des PKMS heranzuziehen. Am Verlegungstag von 'Normalstation' auf eine der oben genannten Einheiten wird der PKMS nicht kodiert, am Tag der Rückverlegung auf die 'Normalstation' kann der PKMS eingestuft werden. Normalstationen sind auch Stationen die einen Versorgungsschwerpunkt haben wie z.B. Neurologie, Urologie, Orthopädie, Geriatrie, Palliativmedizin usw

2. Korrektur von Mengenangaben und Ergänzungen im PKMS-E

A) Leistungsbereich Ernährung Pflegemaßnahme B1 betreffend:

Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung ( von mind. 4 Mahlzeiten/ oder mind. 7 mal tägl. Snacks /Zwischenmahlzeiten)

UND

mindestens 7 orale Flüssigkeitsverabreichungen von mindestens 1500 ml oder  
 mindestens 9 orale Flüssigkeitsverabreichungen von mindestens 800 ml

B) Leistungsbereich Ernährung Pflegemaßnahme B3 betreffend:

Maßnahmen zur Vorbereitung der Nahrungsaufnahme vor/zu jeder Mahlzeit (3 H und mindestens 1 Z)

- Aufwendiger Transfer in den Rollstuhl/auf den Stuhl UND/ODER
- Aufwendiges Anlegen von Stützkorsagen/-hosen/Orthesen UND/ODER
- Aufwendiges Aufsetzen im Bett im Langsitz® bei Hemiplegie/Para-/Tetraplegie

C) Leistungsbereich Ernährung Pflegemaßnahme B5 betreffend:

Bolusapplikation von Sondennahrung mind. 7 Boli tägl. von mind. 200 ml Sondennahrung je Bolus  
 ODER

Essversuche und/ oder orale Stimulation und/oder Esstraining mind. 3 x tägl.

UND zusätzliche Applikation der Rest-Nahrung über Sonde (kontinuierlich/fraktioniert).

D) Formulierungsänderung, um Missverständnisse zu vermeiden: Leistungsbereich Bewegen/Sicherheit  
 D1

Lagerungswechsel/ Mikrolagerung/ Positionswechsel/ und/oder Mobilisation mindestens 12 x tägl.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Zu 1)

Bei der Analyse der PKMS-E Kodierung in unseren Einrichtungen ist uns aufgefallen, dass wir hochaufwendige Patienten nicht mit der OPS 9-20 kodieren können. Diese pflegeintensiven Patienten sind in unseren Kliniken überwiegend auf Intermediate Care Stationen-Stationen zusammengeführt, die mit einer besseren Pflegepersonalausstattung bestückt sind. Dieses zu Lasten der anderen Stationen, die keine schwer pflegebedürftigen Patienten versorgen müssen. Derzeit sind im PKMS-E/J/K die IMC-Stationen ausgeschlossen. Das bedeutet, dass auf diesen Stationen keine PKMS-Aufwandspunkte zu erheben sind. Hauptaufgabe dieser Stationen ist regelhaft die Entlastung der Normal- und Intensivstationen von pflege- und (nur) überwachungsbedürftigen Patienten. Ein Ausschluss der IMC-Stationen von der PKMS-Erfassung konterkariert die Bündelung von aufwendigen Patienten auf IMC-Stationen. Diese werden gerade in größeren Kliniken verstärkt etabliert um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Der derzeitige Anwendungsbereich der PKMS-Scores führt dazu, dass pflegerisch identisch zu versorgende Fälle in Abhängigkeit der Stationsnutzung unterschiedlich vergütet würden. Dies ist eine Ungleichbehandlung in der Vergütung identischer Versorgungsnotwendigkeiten und somit nicht akzeptabel.

Auch aus Sicht der Kalkulationsmechanismen gibt es für den IMC-Ausschluss keine Begründung. Da es keine eindeutige Definition von IMC-Einheiten gibt, kann es zu kontroversen Auseinandersetzungen bei Einzelfallprüfungen mit dem MDK kommen. In deren Folge könnte erwartet werden, dass IMC-Stationen umbenannt oder aus Gründen der Entgeltoptimierung zerschlagen werden.

--> Ausschluss der IMC-Stationen ist aus dem PKMS zu entfernen. Dieses sollte sich auf den PKMS-E, J, K beziehen.

Zu 2)

A) Zahlreiche Patienten sind im Rahmen der Flüssigkeitsverabreichung sehr zeitaufwendig. Es werden zur Verabreichung von 50-100 ml Zeitwerte von > 5 Minuten benötigt. Insgesamt werden bei diesen Patienten kaum 1000 ml verabreicht und dieses auch bei häufigem Anbieten von Flüssigkeit. Teilweise haben diese Patienten auch eine verordnete Restriktion der Flüssigkeitsmenge. Um diesem pflegerischen Aufwand im PKMS sichtbar zu machen, halten wir es für dringend notwendig die Flüssigkeitsmenge zu reduzieren und im Gegenzug die Häufigkeiten zu erhöhen. Mit einer Häufigkeit von 9 x tägl. wäre die Zeitkalkulation, die dem PKMS zugrunde, liegt ebenfalls erfüllt.

B) Der therapeutische Langsitz ist eine sehr aufwendige Mobilisierungsmaßnahme vor z.B. der Nahrungsverabreichung, vergleichbar dem pflegerischen Aufwand einen Transfer an den Tisch zu organisieren. Nachfolgend die Definition von therapeutischen Langsitz:

Diese Lagerung wird angewendet, wenn der Allgemeinzustand des Patienten es nicht erlaubt, ihn mehrmals am Tag in den Stuhl oder Rollstuhl zu setzen. Der Langsitz ist geeignet, um das Interesse für die Umwelt zu stimulieren oder wird eingesetzt wenn der Patient etwas essen oder trinken möchte. Die senkrechte Körperhaltung erleichtert dabei das Schlucken und die Atmung bzw. ermöglicht sie eine bessere Eigenaktivität des Patienten.

Zur Vorbereitung muss der Patient im Bett bis ganz nach oben an das Bettende gelegt und seine Beine etwas abduziert werden. Dann wird der Patient aufgesetzt, sodass der Patient nicht im LWS- und BWS- Bereich gebeugt wird, sondern mit geradem, senkrechtem Rumpf in den Hüften gebeugt sitzt. Das Kopfteil des Bettes ist maximal hochgestellt.

Der Beckenbereich und die LWS des Patienten werden mit einem oder zwei festen Kissen gestützt, damit die WS aufgerichtet, die Schultern des Patienten vor das Becken kommen und eine ausreichende (90-100 Grad) Beugung in den Hüftgelenken besteht. Ggf. kann eine keilförmig gefaltete Unterlage als Rutschbremse unter dem Gesäß eingesetzt werden, um das nach unten

rutschen zu verhindern. Der betroffene Arm wird gestreckt in Außenrotation entweder auf einem zusätzlichen Kissen oder auf dem Abgepolsterten Nachtsch gelagert. Bei einer Fallneigung zur betroffenen Seite hin, muss zur Sicherheit ein weiteres Kissen auf der betroffenen Seiten am Rumpf des Patienten platziert werden. Zuletzt wird die Lagerung auf Korrektheit, Sicherheit und Bequemlichkeit überprüft.

Literaturangabe:

Lothar Urbas, Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath- Konzept, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, 2.Auflage 1996

C) Patienten mit Essversuchen und Sondennahrung sind ebenso zeitaufwendig. Da es ein Qualitätsindikator in der Pflege ist, Patienten mit Sondennahrung auch orale Angebote zu machen dürfen diese nicht ausgeschlossen werden. Für ein Esstraining werden 30 Minuten Pflegezeit benötigt. Wird der Zeitaufwand für das Management der Sondennahrung hinzugerechnet, werden die 120 Minuten Pflegezeit gut erklärt.

D) In den Schulungen hat sich herausgestellt, dass ein Lagerungswechsel teilweise unterschiedliche interpretiert wird. Um hier mehr Klarheit darüber zu geben, was die Entwickler des PKMS darunter verstanden haben, ist die Formulierungsveränderung durchzuführen.

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

Abbildbarkeit von 'hochaufwendigen Patienten' auch auf IMC Stationen

Abbildung weiterer Fälle, die hochaufwendige Pflege darstellen, und derzeit im jetzigen PKMS nicht abgebildet werden können

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

PKMS ist bereits eingeführt

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

Anstieg der PKMS Patientenfälle ist nur in den Kliniken zu erwarten, die bereits IMC-Stationen eingerichtet haben. Die Verteilung bleibt vergleichbar mit den Kliniken ohne IMC

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

Keine

- 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.)

Höchstrelevant: Sollte der PKMS ab 2012 erlösrelevant werden, bestünde die Gefahr, dass die eingerichteten IMC Stationen aufgelöst werden. Dieses Struktur trägt aber maßgeblich der Qualitätssicherung und Patientensicherheit bei.

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