

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. 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 *	Bundesarbeitsgemeinschaft der Akutkrankenhäuser mit Abteilungen für Fachübergreifende Frührehabilitation
Offizielles Kürzel der Organisation *	nicht vorhanden
Internetadresse der Organisation *	www.fruehrehabilitation.de im Aufbau
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Beyer
Vorname *	Joachim
Straße *	Ludmillenstrasse
PLZ *	49716
Ort *	Meppen
E-Mail *	beyer@ludmillenstift.de
Telefon *	059311523860

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)

Deutscher Pflegerat - in Kenntnis gesetzt
Bundesverband Geriatrie e.V., Frau Anke Wittrich - in Kenntnis gesetzt
VPKA, Frau Dr. Stenger, Frau Diepolder - in Kenntnis gesetzt

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) *

einheitliche Bewertung und Definition der aktivierend-therapeutischen Pflege

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)

Die OPS-Ziffer 9-20 Hochaufwendige Pflege würdigt erfreulicherweise den unterschiedlichen Aufwand in der pflegerischen Behandlung akutmedizinisch versorgter Patienten, auch wenn Bereiche wie z.B. intermediate care Stationen, die gewöhnlich nicht die Voraussetzungen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung erfüllen, ausgenommen sind und Pflegeerschwerende Faktoren wie z.B. Tracheostomapflege und Langlieger - Patienten unzureichend abbildbar sind.

Die Bewertung als Zusatzentgelt oder Splitkriterium ist in Planung.

Die Abbildung aktivierend-therapeutischer Pflege / Rehabilitationspflege gelingt hiermit nicht !

Das besondere Anforderungsprofil der aktivierend-therapeutischen, ressourcenorientierten, rehabilitativen Pflege in der Früh-Rehabilitation ist ein an ganzheitlichen, teilhabeorientierten Pflegeerfordernissen ausgerichtetes zusätzliches Handeln für akutmedizinisch und grundpflegerisch versorgte Patienten. Basis ist die Erweiterung eines bloß auf kompensierende Leistungen hin angelegten Pflegeverständnisses.

Pflegende in der Rehabilitation schaffen durch aktivierende und rehabilitative Pflege oft erst die Voraussetzungen, um therapeutisches Training sinnvoll durchführen zu können.

Die kontinuierliche Integration der Pflege in das interdisziplinäre Team nimmt wegen des alltagsnahen Kontaktes mit den Patienten eine wichtige Bindegliedfunktion zwischen verschiedenen Therapiebereichen wahr und unterstützt wesentlich das Erreichen des Reha-Ziels.

Hierbei kommen spezielle pflegetherapeutische Konzepte wie Bobath, Kinästhetik und Basale Stimulation zum Einsatz.

Der Versuch, pflegerisches Handeln einheitlich zu systematisieren, indem auf pflge theoretische Modelle, Zeiterfassungssysteme sowie auf den Pflegeprozess zurückgegriffen wird, ist bislang nicht gelungen. Die Trennung Grundpflege und Rehabilitationspflege ist schwierig und bislang nicht gelungen, vielmehr wird an eine Aufsplitterung geriatrischer, neurologischer und anderer frührehabitativer Pflege gedacht, was nicht zielführend sein kann.

Der Begriff Rehabilitative Pflege sollte einheitlich in allen betreffenden OPS-Codes verwendet werden.

Vorgeschlagen und angeregt wird - analog der OPS 8-552 - die Aufnahme der aktivierend-therapeutischen Pflege als gleichberechtigter Therapiebereich neben Physiotherapie, Ergotherapie u.a.... im OPS 8-559.

Zur zeitlichen Dokumentation des Aufwandes sollen die vorhandenen Erfassungssysteme KTP, TAR, LEP, Leistungskatalog der rehabilitativen Pflege der BAG Frührehabilitation, der Katalog der AG

Neurologische Frühreha in Niedersachsen/Bremen gleichberechtigt zur Anwendung kommen. Die Zeitintervalle können zunächst beibehalten werden. Therapieminuten können addiert werden. Eine zusätzliche Erfassung des OPS 9-20 könnte entfallen, was eine erhebliche Reduktion des Dokumentationsaufwandes bedeutet.

Ausführliche Informationen zu den Erfassungssystemen können jederzeit nachgereicht werden, auch um sie als Anlage zum OPS aufnehmen zu können. Ob der BV Geriatrie für den OPS 8-550 eine ähnliche Bewertung wünscht, kann in einer Anfrage geklärt werden.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Definition der Qualifikationen bzgl. der Ausbildung in Rehabilitationspflege (- laut OPS Text 'besondere Erfahrung' -) und personell-strukturelle Anforderungen können nicht primäre Aufgabe des DIMDI sein.

Rechnung getragen wurde der Bedeutung der akt.-therap. Pflege durch entsprechende Anforderungen in Frührehabilitativen Komplexprozeduren.

Während jedoch in der OPS 8-552 die aktivierend-therapeutische Pflege in die 300 Therapieminuten integriert ist (ohne Festlegung des prozentualen Anteils) ist sie in den Prozeduren 8-550 und 8-559 nicht als Therapiebereich aufgeführt.

Bundesweit unterschiedlich bewerten fallprüfende Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) diesen Sachverhalt und akzeptieren die aufwendige rehabilitative Pflege nicht überall als Therapiebereich (Splitkriterium) !

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

Trotz spezifischer Anforderungen an die Pflege bei der Behandlung neurologischer und/oder geriatrischer Patienten sollte eine Aufsplitterung vermieden werden, da vielfältige Überschneidungen vorliegen und andere Patientengruppen mit entsprechendem Bedarf unberücksichtigt bleiben. Oder soll es konsequenterweise auch eine geriatrische, neurologische oder andere Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie ... geben?

Rehabilitationspflege sollte in allen Frührehaprozeduren als gleichberechtigter Therapiebereich anerkannt und bewertet werden.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

keine zusätzlichen Kosten neben der Ausbildungs- / Qualifikationskosten

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

ca. 2% der Krankenhausbehandlungsfälle

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

keine, da z.B. in Proz. 8-552 innerhalb der 300 min Therapie kein prozentualer Anteil der akt.-therapeutischen Pflege festgelegt ist, sie aber bei Erfassung der Therapiezeit im Unterschied zu Proz. 8-550 und 8-559 zeitlich berücksichtigt wird.

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.)

kein Handlungsbedarf

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

Eine Abstimmung unter Federführung des Deutschen Pflegerates wird vorgeschlagen.