

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/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 *	Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DMGP
Internetadresse der Organisation *	http://www.dmgp.at
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Rafler
Vorname *	Henry
Straße *	Merseburger Straße 165
PLZ *	06112
Ort *	Halle/Saale
E-Mail *	henry.rafler@bermannstrost.com
Telefon *	03451327400

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)

DMGP = Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie
GkinD = Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. bezogen auf IMC (1.)

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 9-20, Ergänzung des PKMS um Kriterien für querschnittgelähmte Patienten (Pfleger)

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. Die entwickelten spezifischen Pflegemaßnahmen und Gründe, die einen hochaufwendigen Patienten mit Querschnittlähmung beschreiben sind im PKMS-E aufzunehmen. (K,J muss noch geprüft werden)
2. Erweiterung der OPS-Schlüssel 9-200 um eine weitere Staffelung der Aufwandspunkte zu realisieren
3. Die PKMS-E Aufwandspunkte von F, G, H triggern die PPR-S 4 der querschnittgelähmten Pflege. Der Trigger der PKMS-E Aufwandspunkte A-E bleibt unverändert.
4. Der im PKMS formulierte Ausschluss der IMC Stationen ist aufzuheben

Nachfolgend wird der PKMS-E mit den ergänzten Querschnittgelähmten-Kriterien dargestellt. In einer gesonderten Datei werden die 'neuen Kriterien' farblich gekennzeichnet abgebildet.

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

Zu Punkt 4:

Derzeit sind im PKMS-E/J/K die IMC-Stationen ausgeschlossen. Das bedeutet auf diesen Stationen sind keine Aufwandspunkte zu erheben. 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 PKM-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.

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

Punkt 1

Aufnahme der spezifischen Pflegemaßnahmen und Gründe für 'hochaufwendige Pflege bei querschnittgelähmten Patienten': Die Neuaufnahme der hochaufwendigen Pflege von querschnittgelähmten Patienten ist notwendig geworden, da die besonderen Gründe für die Hochaufwendigkeit von querschnittgelähmten Patienten und die damit verbundenen Interventionen sich deutlich von denen im OPS 9-200 bis 9-202 beschriebenen unterscheiden.

Bei der Entwicklung der Kriterien, wurden die selben Zeithinterlegungen, die beim PKMS-E den Einstiegswinkel für die Aufnahme der PKMS-E Items vorausgesetzt waren, genutzt. Somit ist sichergestellt, dass die neuen Kriterien ebenso Patienten selektieren, die den im PKMS-E festgelegten pflegerischen Zeitaufwand erklären können.

Da 'hochaufwendige' Pflege bei Patienten mit Querschnittlähmung auch sehr stark im Bereich der 'speziellen Pflege' determiniert ist, wurden die spezifischen zeitbindenden Aspekte in den Leistungsbereichen Atmung, Kreislauf und Wundmanagement aufgenommen.

Diese drei Leistungsbereiche sind ebenfalls mit Punktwerten in der Logik des PKMS-E hinterlegt und sollen ebenfalls die Aufwandspunkte in bekannter Weise triggern.

Im Bereich der Fallkostenkalkulation allerdings werden diese Leistungsbereiche zur Triggerung der PPR-S4 für querschnittgelähmte Patienten genutzt.

Punkt 2

Staffelung der Aufwandspunkt ist wie folgt zu erweitern.

9-200.0	43 bis 71	Aufwandspunkte
9-200.1	72 bis 100	Aufwandspunkte
9-200.2	101 bis 129	Aufwandspunkte
9-200.3	130 bis 158	Aufwandspunkte
9-200.4	159 bis 200	Aufwandspunkte
9-200.5	201 bis 250	Aufwandspunkte
9-200.6	251 bis 300	Aufwandspunkte
9-200.7	301 bis 350	Aufwandspunkte
9-200.8	351 bis 400	Aufwandspunkte
9-200.9	401 bis 500	Aufwandspunkte
9-200.10	501 bis 600	Aufwandspunkte
9-200.11	601 bis 700	Aufwandspunkte
9-200.12	701 bis 800	Aufwandspunkte
9-200.13	801 bis 900	Aufwandspunkte
9-200.14	901 bis 1000	Aufwandspunkte
9-200.15	1001 bis 1500	Aufwandspunkte
9-200.16	1501 bis 2000	Aufwandspunkte
9-200.17	2001 und mehr	Aufwandspunkte

Diese Ergänzung erscheint aus zweierlei Hinsicht notwendig. Zum einen zeigt sich in den Akutkliniken, dass die Aufwandspunkte von 158 von einigen wenigen Patienten deutlich überschritten werden. Da die AG-Q die Vorgabe hatte, die Kriterien des querschnittgelähmten Patienten in den PKMS-E zu integrieren, ist zunächst die Staffelungslogik des PKMS-E fortgesetzt worden. Patienten mit einer Querschnittlähmung haben häufig lange Klinkaufenthalte in Spezialzentren, somit werden bei diesen 'hochaufwendigen' Patienten hohe Aufwandspunktzahlen generiert. Daher wird in den höheren Segmenten der Aufwandspunkte eine größere Staffelung

vorgeschlagen.

Zu Punkt 3

Für die Fallkostenkalkulation der Patienten mit Querschnittlähmung wurde eine PPR-Querschnitt entwickelt. Als Grundlage der Entwicklung hat die Arbeitsgruppe sich der Entwicklungslogik der ursprünglichen PPR bedient. Da das Pflegemaßnahmenspektrum von Patienten mit Querschnittlähmung durch die bisherige PPR nicht abgebildet werden konnte, war eine Anpassung an das derzeitige Leistungsspektrum zwingend erforderlich.

Bei der Entwicklung eines geeigneten Instrumentes zur Darstellung der Fallkosten hat sich die Expertengruppe vor folgenden Hintergründen entschieden auf die PPR-Systematik zurückzugreifen:

- a) Die Versorgung von querschnittgelähmten Patienten findet fachabteilungsübergreifend, interdisziplinär in den Kliniken statt. Um Systembrüche z.B. bei Verlegungen zu vermeiden, ist eine durchgängige Systematik notwendig.
- b) Die PPR-Systematik ist in vielen Kliniken seit langem eingeführt und es ist keine Veränderung der bestehenden PPR-Dokumentation erforderlich.

Analog zur Entwicklung von 2010 wird die PPR-A4 zur Fallkostenkalkulation durch die überarbeitete Fassung des PKMS-E aus den Leistungsbereichen der Allgemeinen Pflege mit 6 Aufwandspunkten getriggert.

Da in der Versorgung von Patienten mit Querschnittlähmung besonders aufwendige Leistungen im S-Bereich bei 'hochaufwendigen' Patienten erforderlich sind, wurden diese in den Leistungsbereichen Atmung, Kreislauf und Wundmanagement definiert. Diese sollen künftig zur Triggierung der PPR-Q für die S4-Kategorie genutzt werden.

Folgende Systematik wurde festgelegt:

Wird im PKMS-E in den Leistungsbereichen F-G 4 Aufwandspunkte erfüllt, ist zur Fallkostenkalkulation die PPR-S4 Querschnitt zu nutzen.

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

Abbildbarkeit von 'hochaufwendigen' Patienten im Bereich der pflegerischen Versorgung von querschnittgelähmten Patienten.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
- Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Der PKMS ist bereits eingeführt

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

max. 5% aller Fallzahlen
der Anteil der querschnittgelähmten Patienten ist ca. 3000

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

Keine: Vergleichbare Verfahren sind bisher im OPS noch nicht vorhanden - die querschnittgelähmten Patienten lassen sich bisher dem PKMS-E nicht zuordnen, da die Gründe für Hochaufwendigkeit und die beschriebenen Interventionen nicht die klinische Realität der pflegerischen Versorgung von querschnittgelähmten Patienten darstellen

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.)

Höchst relevant. Anhand der Identifizierung der 'spezialisierten stationären Einheiten' zur Querschnittgelähmten- Behandlung sind die qualitativen Unterschiede gegenüber den Behandlungen in anderen Einrichtungen ersichtlich.

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

Die Ergänzung der OPS 9-200 um die PKMS-Querschnitt-Kriterien zur Abbildung der Pflege und Versorgung von querschnittgelähmten Patienten ist eine inhaltliche Ergänzung der Beschreibung von pflegerisch hochaufwendigen Patienten.

Die hiermit beschriebenen Leistungen bei der Versorgung von querschnittgelähmten Patienten würde sich ansonsten im System nicht darstellen lassen. Zudem bedeutet die Zuordnung der besonderen Fälle in die zusätzlichen Pflegestufen A4 und S4 (PPR-Querschnitt) eine Ermöglichung der leistungsäquivalenten Kostenzurechnung im Rahmen der InEK- Kostenträgerkalkulation.

Inhaltliche Änderungen siehe bitte Anhang Datei 'Anhang zur Fassung PKMS E mit Querschnitt Kriterien' im Änderungsmodus