

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-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 *	Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Offenbach GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation *	KliO-Psych
Internetadresse der Organisation *	http://www.klinikum-offenbach.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Klimke
Vorname *	Ansgar
Straße *	Starkenburgring 66
PLZ *	63069
Ort *	Offenbach
E-Mail *	ansgar.klimke@klinikum-offenbach.de
Telefon *	069 8405 3065

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)

BDK - Kommission Entgelt: Aktuelle Forderung des Positionspapiers
ackpa - Arbeitsgruppe Entgelt: Aktuelle Stellungnahme
DGPPN in Abstimmung (Termin am 7.3.2011)

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) *

Getrennten Kodierung von Einzel- und Gruppentherapien, Aufhebung der Aggregation

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)

Neueinführung getrennter Codes für Einzel- und Gruppentherapien, statt einer Aggregation in 2er-Schritten Kodierung der Absolutanzahl der Therapieeinheiten (zumindest im unteren Bereich bis 10 Therapieeinheiten) z.B.in der folgenden Weise

- 9-607.0x Einzeltherapie Arzt/Psychologe
 9-607.1x Einzeltherapie Spezialtherapeut / Pflege
 mit x=absolute Anzahl der Einzeltherapie-Einheiten
- 9-608 Gruppentherapie Arzt/Psychologe
 .0x bis 6 Teilnehmer
 .1x 7-12 Teilnehmer
 .2x 13-18 Gruppenteilnehmer
 mit x=absolute Anzahl der Gruppentherapieeinheiten
- 9-609 Gruppentherapie Spezialtherapeuten/Pflege
 .0x bis 6 Teilnehmer
 .1x 7-12 Teilnehmer
 .2x 13-18 Gruppenteilnehmer
 mit x=absolute Anzahl der Gruppentherapieeinheiten

(In gleicher Weise für den Intensivbereich 9-61 -> 9-617, 9-618, 9-619, Psychotherapie 9-62 bzw. 9-63)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

1. Eine Aggregation der Therapieeinheiten in 2er-Schritten ist verfrüht, solange keine Daten über die tatsächliche Spreizung der Rohwerte vorliegen. Hierdurch entsteht im Zusammenwirken mit der Addition der gewichteten Gruppentherapie-Einheiten der falsche Anreiz, die erbrachten Therapieeinheiten genau auf die Überschreitung der Grenzen (Vielfache von 2 plus 1/12) anzulegen und dadurch möglichst viele 'höherwertige' Kodierungen zu erzielen.
2. Eine Gewichtung der Gruppentherapien ist verfrüht, da die maximale Teilnehmerzahl ohne Reduzierung der therapeutischen Wirksamkeit von Erkrankung und Art der Therapie abhängt (z.B. Morgenrunden, Info-Gruppen Sucht, spezifische Psychotherapien). Deshalb sollten zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur absolute Anzahl der Therapieeinheiten und Gruppengrößen kodiert werden; die Gewichtungsfaktoren sollten nach Vorliegen der Ergebnisse der Kodierung später auch unter fachlichen Gesichtspunkte festgelegt werden.
3. Eine Addition der Therapieeinheiten Einzeltherapie + gewichtete Gruppentherapien ist verfrüht, da hierdurch im unteren Bereich massive Unschärfen entstehen, die einen objektiven Leistungsvergleich ('Gewinner und Verlierer') unmöglich machen, weil durch eine konsequente 'Optimierung' auf die Überschreitung eines Vielfachen von 2 mit der Hälfte des therapeutischen Zeitaufwands und weniger die gleichen Kodierungen erzielt werden können.

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

Diese Änderung ist zwingend erforderlich, wenn der Anspruch besteht, die Therapieleistungen verschiedener psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen transparent zu vergleichen. Durch das gegenwärtige Erfassungssystem werden vor allem im unteren Bereich die tatsächlichen Minutenaufwände verwischt und zudem falsche Leistungsanreize für eine fachlich nicht begründete Umstrukturierung der Therapieangebote gesetzt. Durch die systematische Hinzufügung von einzelnen Gruppentherapien oder sog. 'Morgenrunden' mit 18 Teilnehmern können mit 25minütigem Zeitaufwand pro Woche prinzipiell die gleichen Kodierungen erzielt werden wie durch 18 x 50 = 900 Minuten Einzelgespräche. Wenn hier keine Änderung vorgenommen wird, sind die in 2011 erhobenen Therapiekodes für eine weitere Entscheidungsfindung und statistische Auswertung nicht klinikübergreifend vergleichbar und damit nahezu unbrauchbar. Die vorgeschlagene Änderung ist zudem mit den bisherigen Erfassungen und Kodierungen abwärtskompatibel und kann wichtige Zusatzinformationen über das Zustandekommen der bisher in 2010 und 2011 aggregierten Therapiekodes erbringen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten wie für die bisherige Erfassung (Medizinische Kodierassistenten, Schulungen, Softwarekosten)

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

alle Patienten

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

Keine zu OPS 9-60 bis 9-63, Es handelt sich um eine Vereinfachung der Kodierung. Die dafür notwendige Leistungserfassung wird bereits gegenwärtig durchgeführt.

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.)

Nicht relevant.

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