

## Änderungsvorschlag für den OPS 2014

### 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). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

**Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!**

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

**ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc**

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit



**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)

PKMS soll nicht gleichzeitig zur Dokumentation einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung oder einer entgeltrelevanten Beatmung erfasst werden.

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

Ein Bezug zu baulichen Strukturen (Intensivstation oder Intermediate-Care-Stationen) führt zu einer Benachteiligung von Kliniken, die anstelle einer kleinteiligen Zersplitterung von Intensivtherapiestrukturen eine große Intensivstation mit gleichzeitiger Behandlung von Patienten unterschiedlicher Versorgungsintensitäten (Intensivüberwachung, Intensivpflege, Intensivtherapie) etabliert haben oder die als Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung keine getrennten Stationen einrichten konnten und die Intensiv- und Intermediate-Care-Patienten in einer Funktionseinheit versorgen.

PKMS ist eine ökonomische Bezugsgröße zur Durchsetzung von Pflegefördermaßnahmen. Im Originaltext wird beschrieben, dass die Erfassung auf Intensivstationen nicht erfolgen darf. Der Begriff "Intensivstation" ist nicht erläutert. Im Kontext des Gesundheitswesens beschreibt dieser Begriff einerseits eine bauliche Struktur, andererseits eine pflegerische und/oder fachliche Organisationseinheit und schließlich auch noch eine kalkulatorische Kostenstelle. Je nach angewandter Definition kann eine IMC-Station unter dem Begriff Intensivstation subsummiert werden und andererseits als isolierte Einheit betrachtet werden. Insofern ist der Bezug einer ökonomischen Erlösverteilung in Abhängigkeit von baulichen Strukturen nicht nachvollziehbar, da der Versorgungsaufwand nicht dadurch verursacht wird, wo der Patient liegt, sondern welche Versorgungsintensität erforderlich ist und ob diese durch andere Vergütungsmechanismen bereits

ausgeglichen wird. Dies ist üblicherweise bei intensivmedizinisch versorgten Patienten der Fall, die beatmet werden oder bei denen eine intensivmedizinische Komplexbehandlung erfasst werde. Bei allen übrigen hochpflegeaufwändigen Patienten sollte PKMS erfasst werden dürfen, unabhängig davon, ob ein Schild Intensivstation oder Intermediate-Care-Unit an der Eingangstür hängt.

Eine Unterscheidung zwischen Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen kann bspw. durch den TISS28 erfolgen.

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

Entgeltanzahl und Entgelthöhe für die Zusatzentgelte für PKMS

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

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

Kalkulation durch das InEK

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

unbekannt

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

unbekannt

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

nicht relevant

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