

# Änderungsvorschlag für den OPS 2017

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

## Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutscher Pflegerat
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DPR
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.deutscher-pflegerat.de">www.deutscher-pflegerat.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Lemke
Vorname *	Andrea
Straße *	Alt-Moabit 91
PLZ *	10559
Ort *	Berlin
E-Mail *	<a href="mailto:info@deutscher-pflegerat.de">info@deutscher-pflegerat.de</a>
Telefon *	030/21915757

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

Organisation	Universitätsklinikum Halle (Saale)
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKH
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.medizin.uni-halle.de">www.medizin.uni-halle.de</a>
Anrede (inkl. Titel)	Herr Dr.
Name	Jahn
Vorname	Patrick
Straße	Ernst-Grube-Straße 30
PLZ	06120
Ort	Halle
E-Mail	<a href="mailto:patrick.jahn@uk-halle.de">patrick.jahn@uk-halle.de</a>
Telefon	0345/5572206

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Neuer des standardisierten pflegerischen Basisassessments E

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

**5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

OPS 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment ERWACHSENE

Exkl.:

- Standardisiertes geriatrisches Basisassessment 1-771
- Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment 1-774

Hinw.:

Dieser Kodes ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben.

Die Anwendung dieses Kodes bei Patienten mit einer bestehenden pflegerelevanten Beeinträchtigung der Selbstständigkeit setzt die Untersuchung von mindestens fünf Bereichen mittels standardisierter Messverfahren (z. B. Mobilität, Selbstversorgung, Stimmung, Ernährung, Kontinenz, Kognition, soziale Situation) voraus

**6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags**

**a. Problembeschreibung \***

1. Ausgangspunkt der pflegerischen Leistungsplanung ist die Analyse der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Patienten.
2. Als pauschalierendes System ist das DRG-System auf geeignete Definitionen und einheitliche Bewertungsverfahren angewiesen
3. Laut Krankenpflegegesetz (§3(2)1 KrPflG) ist die Pflegefachperson für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs (Im Sinne 'Indikationsstellung') und der Planung der Pflege (Im Sinne 'Verordnung') verantwortlich.
4. Statt freitextlicher und/ oder einrichtungsindividuelle Erhebungsverfahren für den Pflegebedarf werden auch in der Pflege immer häufiger standardisierte pflegerische Assessmentinstrumente eingesetzt.
5. Bestehende OPS-Codes zu Assessmentverfahren wie z. B. GBA (OPS 1-771) oder PBA (OPS 1-774) haben einen spezifischen Fokus und reichen daher nicht aus, Art und Schwere pflegeauslösender Problemlagen im Krankenhaus zu messen.
6. Über das (wiederholte) standardisierte pflegerische Assessment wird auch die Grundlage für die

Risikoeinschätzung sowie die Messung von Ergebnisqualität gelegt. So greift z. B. die externe vergleichende Qualitätssicherung nach §137 SGB V (hier: Dekubitus-Dokumentation) auf solche Mehrfachdatenerhebungen zu.

Im Rahmen des KHSG, das z. B. in § 136 (1) die Festlegung von Mindestanforderungen für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fordert, können aus dem pflegerischen Basisassessment neue Ergebnisindikatoren entwickelt werden, die z. B. den Wiedergewinn von Fähigkeiten fokussieren. Bsp.: Wiedergewinn von Mobilität nach orthopädischen Eingriffen der unteren Extremität, die auch sektorenübergreifend gemessen werden kann (vgl. § 136 (2) KHSG). Diese Daten können auch als Qualitätsindikatoren im Sinne § 136b (1).5 verwendet werden. Dies würde die Forderung von Braun et al. (2014, S. 102) nach einer inhaltlich weitergehenden, differenzierten und strukturierten Qualitätsberichterstattung, die ein Set patienten- und pflegekräfteseitiger Kriterien beinhaltet, aufgreifen.

7. Seit 01. April 2007 besteht seitens der Krankenhäuser gemäß §11 Abs. 4 SGB V die Verpflichtung, Patienten auch bei der Problemlösung im Zusammenhang mit ihrer Entlassung beim Übergang in andere Versorgungsbereiche zu unterstützen (vgl. BAR ICF Praxisleitfaden 3 für das Krankenhaussteam). Die Krankenhausbehandlung umfasst somit auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen (vgl. § 11 Absatz 4 Satz 4). Eine einheitliche Beschreibung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Patienten ist dafür unerlässlich.

8. Das standardisierte pflegerische Basisassessment kann entweder durch ein die Bereiche übergreifendes Instrument oder durch mehrere bereichsspezifische Instrumente erhoben werden und den Einsatz weitergehender Fokusassessments, z. B. im Bereich Verwirrtheit/ Delir/ Demenz steuern.

Literatur: Braun, B., Darmann-Finck, I., Stegmüller, K., Greiner, A.-D., & Siepmann, M. (2014). Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Krankenhäusern. Hessisches Sozialministerium (Hrsg.). Wiesbaden.

b. I  
nwi  
ewe  
t ist  
der  
Vor  
schl  
ag für  
die  
Weit  
eren  
twic  
klun  
g der  
Ent  
gelt  
syst  
eme  
rele  
vant  
? \*

c.V  
erbr  
eitu  
ng

Als pauschalierendes System ist das DRG-System auf exakte Definitionen und einheitliche Bewertungsverfahren angewiesen. Das pflegerische Basisassessment, das bei Patienten mit beeinträchtigter Selbsthilfefähigkeit zu erheben ist, ermöglicht die Operationalisierung (= Messbarmachung) eines erhöhten pflegerischen Bedarfs. Standardisierte Pflegeassessments sind geeignet, die erforderlichen Daten valide und reliabel zu generieren.

Auch der PKMS-E-Vorschlag des DPR (PKMS-E Version 2.1, siehe entsprechender Vorschlag 2014 zum OPS 9-20) setzt für den Einschluss der Patienten die strukturierte Erfassung des Patientenzustands (= Gründe für hochaufwändige Pflege) voraus.

Unabhängig vom PKMS ist die Abbildung einer OPS-Ziffer für ein standardisiertes pflegerisches Basisassessment analog zu den Ziffern GBA (1-771) oder PBA (OPS 1-774) zu sehen, das ebenfalls nur bei ausgewählten Patientengruppen eingesetzt wird.

Die Daten eines pflegerischen Basisassessments können als Basis für eine künftige Weiterentwicklung des DRG-Systems genutzt werden - unabhängig davon, ob die Entwicklung in Richtung paralleler Systeme (NRGs) oder in Richtung integrierten Ansatzes (aufwandstreibende Pflege(bedarfs-)indikatoren) geht.

Eine Anlehnung des standardisierten pflegerischen Basisassessments an die ICF würde eine interdisziplinäre Nutzung der erhobenen Daten ermöglichen.

Für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems zwar nur mittelbar von Bedeutung, für eine erfolgreiche Umsetzung aber unmittelbar bedeutsam ist die Möglichkeit, über das pflegerische Basisassessment einen Schlüssel zur bedarfsgerechten Mittelverteilung zu generieren.

#### des Verfahrens \*

- ☐ Standard      ☐ Etabliert      ☐ In der Evaluation  
☐ Experimentell      ☐ Unbekannt

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

Die Erfassung beeinträchtigter Selbsthilfefähigkeit ist heute bereits Standard, die Dokumentation erfolgt aber nicht regelhaft und nicht immer standardisiert.

Es kann zu Zusatzkosten für neue Dokumentationsverfahren und personellem Reccourcenmehrverbrauch kommen

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

Das standardisierte pflegerische Basis-Assessment fällt für jene stationären Patienten an, bei denen sich aus der Pflegeanamnese Hinweise auf eine erhöhte Beeinträchtigung der Selbsthilfefähigkeit ergeben.

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

--

**g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Es kann zu einer Reduktion des Aufwands für die externe vergleichende Qualitätssicherung nach §137 SGB V bezüglich Dekubitus kommen, wenn die erforderlichen Daten aus dem Datensatz des standardisierten pflegerischen Basis-Assessments ausgeleitet werden.

Die Daten des standardisierten pflegerischen Basis-Assessments können über die Dekubitusdaten hinaus für die künftige Definition von Qualitätsindikatoren zum Behandlungserfolg in der externen Qualitätssicherung genutzt werden, wie z. B. Wiedergewinn von Mobilität nach endoprothetischen Eingriffen.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

--