

# 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 *	(1) Bundesverband Geriatrie e.V. (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	(1) BV Geriatrie (2) DGG (3) DGGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	(1) www.bv-geriatrie.de (2) www.dggeriatrie.de (3) www.dggg-online.de
Anrede (inkl. Titel) *	(1) Herr (2) Herr Dr. (3) Herr Dr.
Name *	(1) Veer (2) Meisel (3) Trögner
Vorname *	(1) Ansgar (2) Michael (3) Jens
Straße *	(1) BV Geriatrie Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61 (2) DGG Geschäftsstelle Kuniberts Kloster 11-13 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8
PLZ *	(1) 133347 (2) 50668 (3) 10245
Ort *	(1) Berlin (2) Köln (3) Berlin
E-Mail *	(1) ansgar.veer@bv-geriatrie.de (2) mmeisel@dkd-dessau.de (3) troegner.jens@klinikum-amberg.de
Telefon *	(1) 0591/9101201 (2) 0340/65022120 (3) 09621/381101

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

Organisation	Bundesverband Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BV Geriatrie
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bv-geriatrie.de
Anrede (inkl. Titel)	Frau
Name	Wittrich
Vorname	Anke
Straße	Reinickendorfer Str. 61
PLZ	13347
Ort	Berlin
E-Mail	anke.wittrich@bv-geriatrie.de
Telefon	030/339887626

**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) \***

Betreuung kognitiv eingeschränkter Patienten in Kleingruppe

**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)

Neuer OPS

9-xxx Betreuung in Kleingruppe (max. 5 Patienten)

Hinw.:

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden

Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Die Betreuungszeiten sind über den Gesamtaufenthalt zu addieren.

Betreuung in einer Kleingruppe bedeutet, dass mehrere Patienten einer Kleingruppe über einen Zeitraum von mindestens 1 Stunde ohne Unterbrechung fortlaufend von einem oder mehreren Personen betreut werden. Mehrere Zeiträume von mindestens 1 Stunde können über den Tag addiert werden. Bei Betreuung durch mehr als einer Person (2 oder mehr) sind die zusammenhängenden Zeiten aller betreuenden Personen zu einer Gesamtsumme zu addieren und entsprechend mit einem Kode unter 9-xxx.y zu kodieren

Mindestmerkmale:

Die Betreuung erfolgt durch besonders geschulte Mitarbeiter

Ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen bei kognitiv eingeschränkten Patienten. Die Betreuungsmaßnahmen erfolgen im Rahmen eines Behandlungskonzepts

9-xxx.1 1 Stunde bis 6 Stunden

9-xxx.2 Mehr als 6 Stunden bis 12 Stunden

9-xxx.3 Mehr als 12 Stunden bis 18 Stunden

9-xxx.4 Mehr als 18 Stunden bis 24 Stunden

9-xxx.5 Mehr als 24 Stunden bis 30 Stunden

9-xxx.6 Mehr als 30 Stunden bis 36 Stunden

9-xxx.7 Mehr als 36 Stunden bis 42 Stunden

9-xxx.8 Mehr als 42 Stunden bis 48 Stunden

9-xxx.9 Mehr als 48 Stunden

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Zahl kognitiv eingeschränkter Patienten steigt. der zunehmende Organisationsgrad in Krankenhäusern stellt sowohl diese Patienten selbst als auch die Krankenhäuser vor zunehmende Herausforderungen. Eine intensive Betreuung dieser Patientengruppe ist unabdingbar, um Behandlungsziele im Rahmen eines Behandlungskonzepts erreichen zu können. Hierfür ist eine personalaufwändige Betreuung durch besonders geschulte Mitarbeiter notwendig. Eine spezifische Betreuung dieser Patienten erfolgt nicht nur in einer 1:1 Situation sondern auch -unabhängig von therapeutischen Maßnahmen - in Kleingruppen.

b. I  
nwi  
ewe  
t ist  
der  
Vor  
schl  
ag  
für  
die  
Weit  
eren

### twicklung der Entgeltsysteme relevant? \*

Eine Abbildung der hohen Personalaufwände im Zusammenhang mit der Behandlung kognitiv eingeschränkter Patienten (z.B. mit Demenz) ist bisher nur schwer abbildbar. Vorstellbar ist, dass über diese OPS-Ziffer zukünftig ein Zusatzentgelt generiert werden könnte.

### c. Verbreitung des Verfahrens \*

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

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

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

### 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.)

Dieser OPS könnte im Zusammenhang mit der Ausgestaltung von Qualitätsanforderungen für ein 'demenzssensibles Krankenhaus' genutzt werden, um die Frage zu beantworten, ob Behandlungskonzepte für diese Patientengruppe umgesetzt werden.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)