

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	[keine]
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Kröpfl
Vorname *	Tom
Straße *	Breite Straße 19
PLZ *	04317
Ort *	Leipzig
E-Mail *	tom_kroepfl@live.de
Telefon *	0160-92775864

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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 erreichen.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *

Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) *

Name *

Vorname *

Straße *

PLZ *

Ort *

E-Mail *

Telefon *

Erklärung zum Datenschutz *

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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 erreichen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Vermeidung von Mehrdokumentation durch Einführung des PEPP-Entgeltkataloges

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

(1) Im OPS-Code 9-641 wird gestrichen:

‘Für den Nachweis des Vorliegens einer psychosozialen oder psychischen Krise ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend.’

(2) In den OPS-Codes 9-641 und 9-640 wird jeweils eingefügt:

‘Die Dokumentation von Befund, Anordnung und Durchführung der Maßnahmen soll in der Regeldokumentation erfolgen.’

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

(1) Für den Bereich der Langzeitpflege wurde schon lange erkannt, dass im Dokumentationssystem auf Formularvielfalt verzichtet werden sollte, um den Versorgungsverlauf übersichtlich und patientenbezogen zu gestalten und den Dokumentationsaufwand zu reduzieren (Höhm, Weinrich & Gättschenberger, 1997).

Auch der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. hat 2005 beschrieben, dass Doppeldokumentation zu vermeiden sei (S. 40), was durch Reduktion der Formularvielfalt und lediglich notwendiger Dokumentation erfolge (S. 57), und 'betont, dass eine krankenbezogene zielsichere und präzise Pflegeprozessplanung und -dokumentation nur auf der Grundlage eines – durch konsequente Schulung – fundierten Pflegeprozessverständnisses gelingen wird' (S. 58).

'Die Befreiung der Pflegedokumentation von unnötigen Formularen und Eintragungen stand im Zentrum der auf die stationäre Altenhilfe bezogenen Entbürokratisierungsdiskussion der letzten Jahre. Zahlreiche Projekte, Veröffentlichungen und Veranstaltungen fanden bundesweit das Interesse der Pflegepraxis', schreiben Mahlberg-Breuer & Mybes (2007: S. 1), und sie sehen 'zum anderen die Dominanz der Frage, ob die schlanke Pflegedokumentation 'rechtlich zulässig' und 'rechtlich sicher' ist und von MDK und Heimaufsicht akzeptiert wird. Pflegefach- und -leitungskräfte klagen oft über zu weit reichende externe Dokumentationsanforderungen. Gleichzeitig und ebenso oft wird jedoch der Wunsch geäußert, die Erwartungen der Prüfinstanzen möglichst umfassend und detailliert zu kennen, um sie umsetzen zu können. Die eigene pflegefachliche Einschätzung rückt dabei in den Hintergrund' (ebd.).

(2) In den Häusern nach § 17d KHG gibt es einen gegenläufigen Trend: Für jeden OPS-Zusatzcode muss es (mindestens) ein neues Formular geben, ob auf Papier oder als separate (umwegige) Eingabemaske in der EDV. So liest man z. B. in Foren, dass der MDK für Sitzwachen bei einem fixierten Patienten neben dem Fixierprotokoll ein Sitzwacheprotokoll verlangt. 'Findige' Verwaltungsmitarbeiter und Dokumentationsassistenten meinen, es gehe um die Dokumentation eines Codes, und das verlange ein besonderes Formular.

(3) Dabei reicht die Regeldokumentation völlig. Diese sieht einen Ort für Anordnungen, einen für Diagnostik, einen für Durchführungen, Berichte und Evaluationen vor.

Im Falle einer Sitzwache bei einem fixierten Patienten etwa ist der Pflegebericht in Form des zur Regeldokumentation gehörenden Fixierprotokolls besonders strukturiert und engmaschiger (alle 10 bis 15 Minuten) und enthält (im Freitextfeld oder in einer dafür vorgesehenen Spalte 'Art der Überwachung') die Angabe, wer von wann bis wann einen Patienten per Videoüberwachung oder Sitzwache oder hochfrequentes Aufsuchen im Zimmer überwacht, neben allgemeinen patientenbezogenen Angaben (Vigilanz, Orientierung, motorische Aktivität, Zustand der Fersen, Rotation von Schulter- und/oder Beckengürtel, Atmung usw.) und Pflegeinterventionen (Darreichen von Getränken, Hilfe beim Ausscheiden, Kommunikation, Änderung der Fixierung, Freilagerung der Fersen oder Ellenbogen, Fingertest nebst Ergebnis, Infusionsüberwachung usw.). Dazu gibt es eine ärztliche Anordnung und einen ärztlichen Befund, der mindestens Eigen- und/oder Fremdgefährdung festhält, ggf. auch weitere Intensivmerkmale.

Ich jedenfalls vermag nicht zu erkennen, weshalb ein Abschreiben der bestehenden Dokumentation (vom Anordnungsblatt, vom Befundblatt, vom Fixierungsprotokoll) auf ein einziges NEUES Formular für den OPS-Code 9-640.0 durch Ärzte und Pflegefachpersonen ein glaubhafter Nachweis für den MDK darstellen soll. Genauso verstehe ich nicht, weshalb der MDK neben einem Fixierprotokoll, in das Beginn und Ende der Sitzwache schon aus juristischen Gründen aufzunehmen sind, nochmals ein Sitzwacheprotokoll verlangt.

'klientenbezogene zielsichere und präzise ... -dokumentation' ist bei Pflegefachpersonen und Ärzten '... durch konsequente Schulung' (s. o.) im Regelfall gegeben, bei einigen Dokumentationsassistenten,

in Verwaltungen und bei einigen MDK-Mitarbeitern nicht. 'Die eigene pflegfachliche Einschätzung rückt dabei in den Hintergrund' (s. o.), weil suggeriert wird, es gehe um die Dokumentation eines OPS-Codes, nicht mehr um die aussagekräftige kundenbezogene Dokumentation von Zustand und Versorgung.

Bei Kriseninterventionen dürfte auch gelten, dass nicht nur der 'Nachweis des Vorliegens einer psychosozialen oder psychischen Krise' (s. OPS-Code 9-641) in der Regeldokumentation erfolgen soll, sondern auch die Interventionen dort dokumentiert werden (also im Arzt-, Psychologen- oder Pflegeverlaufsbericht), da längst jeder daran gewöhnt ist, zu dokumentieren, von welcher Uhrzeit bis zu welcher Uhrzeit ein mehrminütiger Einzelkontakt erfolgte.

Eine veränderte Abrechnung von Leistungen sollte nicht dazu führen, dass klinische Expertise in den Hintergrund rückt. Zusätzlicher Dokumentationsaufwand aber trägt dazu bei.

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

nicht

c. Verbreitung des Verfahrens *

☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)

☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)

☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)

☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Literatur:

Höhm, Ulrike; Weinrich, Heidi; Gätschenberger, Gudrun. 'Neues Dokumentationssystem zur vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege'. Pflege 10.3 (1997): 157 – 163.

Höhm, Ulrike: 'Die Pflegedokumentation im Schnittpunkt unterschiedlicher Interessen'. Wiesbaden, 26.09.2013. [Abruf von https://www.evim.de/fileadmin/filemounts/redaktion/PDF/Altenhilfe/Fachtagung_2013/EVIM-Fachtagung_Prof.Hoehmann.pdf; am 18.01.2017, 16:01 Uhr]

Mahlberg-Breuer, Angelika; Mybes, Ursula. Pflegedokumentation stationär: Das Handbuch für die Pflegeleitung. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2007

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Köln: asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg, 2005.

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

a. E. kostenneutral

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

schwer zu schätzen

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

a. E. kostenneutral

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.)

Reduktion bzw. Vermeidung bzw. Rückführung von Änderungen des jeweils installierten Dokumentationsystems

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Die Erfassung von Therapieeinheiten (9-649) dagegen muss bei manueller Dokumentation zwangsläufig doppelt erfolgen (Meldebögen für die Verwaltung).