

# Protokoll: 11. Arbeitsgruppensitzung der AGKAMED AG OPS 9-20

**Datum:** Mo., den 02.02.2015 (Tag 1)

**Ort:** AGKAMED, Essen

**Teilnehmer:** Alavi, Manuela; Anrack, Titus; Baumgardt, Marion; Barzen, Martin; Becker, Christine; Beetz, Jaqueline; Burghaus, Jana; Bohle, Alwin; Busch, Wolfgang; Deets, Sabine; Dettmer, Cornelia; Dönnewald, Birgit; Elsner, Christiane; Ferdinand, Oliver; Fleischer, Sandra; Fritz, Marcus; Giebeler, Ulrike; Hauer, Kathrin; Kaiser, Marie-Theres; Kelling, René; Kepp, Hans-Jürgen; Koch, Meike; Konstanty, Carsten; Krause, Birgit; Krug, Michael; Meineke-Wolf, Elisabeth; Mengel, Ralf; Menze, Sonja; Miller, Peter; Müller, Elke; Müller, Marie-Luise; Pehle, Corinna; Pelchen, Lutz; Plenge, Renate; Riess, Gabriele; Risse, Ludger; Roscher, Andreas; Rosenthal, Günther; Scheibe, Silke; Spangenberg, Simone; Spengler, Ulrike; Stephan, Andrea; Stockbauer, Marianne; Strack, Kirsten; Tauterat, René; Thumel, Peter; Valentin, von Eicken, Michael; Tatja; Wefer, Franziska; Wieteck, Pia; Wild, Burkhard; Zinßmeister, Mirko

## **TOP 1:**

### **a. Begrüßung und Tagespunkte**

- Hinweis: Zu Beginn um 11.00 Uhr fehlen ca. 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund der Witterungsbedingungen
- Frau Dr. Wieteck begrüßt die anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Herrn Risse, Vorsitzender vom Bundesverband Pflegemanagement, als Gast des Vormittags. Die geplanten Tagesordnungspunkte werden vorgestellt und akzeptiert.
- Es folgt eine kurze Begrüßungsansprache von Herrn Risse. Dieser nimmt mittlerweile zum zweiten Mal an der AG-Sitzung teil. Als Vertreter des Bundesverbandes betont er den Willen, eine engere Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe einzugehen. Er möchte als Kontaktmann zwischen dem Bundesverband und der AG – insbesondere in berufspolitischer Hinsicht fungieren. Genauere Details der Zusammenarbeit müssen gemeinsam mit Frau Dr. Wieteck & Herrn Pelchen geklärt werden.
- Herr Risse berichtet von einem Gespräch zwischen dem Bundesverband Pflegemanagement und dem Deutschen Pflegerat (DPR), die gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Bildung einer Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Erlösfähigkeit von Pflege anstreben. Aus pragmatischen Gründen möchte Herr Risse diese Gruppe mit den der AG OPS 9-20 zusammenführen, um Synergieeffekte zu erreichen.
- Bezogen auf inhaltliche Aspekte betont Herr Risse, dass
  - in der Diskussion um die Weiterentwicklung der Erlösfähigkeit die Ideen von Mindestbesetzungen und externen Qualitätsstandards seiner Meinung nach kritisch gesehen werden müssten. Insbesondere die Frage, worauf derartige

Vorgaben basierten und wie diese definiert würden, sei zum derzeitigen Zeitpunkt kaum geklärt. Undurchsichtig sei bspw., welche Konsequenzen Kliniken erwarten müssten, wenn gesetzte Qualifikationsanforderungen aus Personalmangel nicht erfüllt werden könnten. Es sei Fakt, dass der Pflegemarkt bereits heute und insbesondere in Zukunft über die Generierung von Fachkräften gesteuert würde.

- aus seiner Schicht müssten die Pflegepersonalberechnungen sich am Pflegebedarf des Patienten orientieren und nicht an der erbrachten Leistung.
  - ein zukünftiges Instrument sollte möglichst wenig bürokratischen Aufwand für die Pflegepraxis bedeuten müsse. Dies stelle hohe Anforderungen an die pflegerische Intelligenz, die die Mitglieder der AG OPS 9-20 jedoch auf einem hohen Niveau aufweisen würden.
  - stets bedacht werden müsse, die Pflege endlich auf Augenhöhe mit der Ärzteschaft und der Geschäftsführung zu bringen.
  - das aus dem Instrument generierte Geld zukünftig sicher für die Pflege zur Verfügung stehen muss. In Anbetracht des Pflegefachmangels sei in diesem Zusammenhang zu verhindern, dass Pflegebudgets allein an Qualifikation bzw. den Vorenthalt von Fachkräften gekoppelt würde. Vielmehr müsse der Erlös der Pflege generell zustehen.
  - dass er ein paralleles Erlössystem neben dem DRG-Strang sinnvoll erachtet und die Entwicklung wie bspw. NRGs generell begrüßt.
- Herr Pelchen betont, dass der PKMS eine wertvolle Erfahrung darstellt, welche für eine zukünftige Abbildung von Pflege im DRG System hilfreich ist. Die AG-Teilnehmer und Teilnehmerinnen und die Pflegewissenschaft verfügen dabei über eine hohe Fachkompetenz, die von der Berufspolitik aufgegriffen und genutzt werden sollte, um ein nachhaltiges Instrument zu entwickeln. Frau Dr. Wieteck ergänzt, dass die Dimension „Pflegetqualität“ ein weiterer Aspekt ist, der bei der Entwicklung z.B. der NRGs Beachtung finden sollte. In diesem Zusammenhang gibt Fr. Dr. Wieteck den Hinweis auf das an das BMG versendete Positionspapier der AG OPs 9-20.

## **b. Besprechung des letzten Protokolls**

- Es wird keine Änderung des letzten Protokolls von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantragt.

## **TOP 2: Berichte & Aktuelle Aktivitäten**

- Frau Wieteck informiert die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der AG über die Inhalte des Positionspapiers, indem die schrittweise Entwicklung und Implementierung von Nursing Related Groups bis 2020 thematisiert wird. Dieses Konzept wird auch auf dem DRG-Kongress im März 2015 vorgestellt.
- Das Positionspapier wurde am 22.12.2014 an das BMG verschickt mit der Bitte, Mitglieder der AG OPS 9-20 in die neu zu gründende Arbeitsgruppe des BMG zu berufen. Bisher haben Frau Dr. Wieteck und Herr Pelchen noch keine Rückmeldung erhalten.

### **TOP 3: Änderungsantrag PKMS 2016**

- Frau Dr. Wieteck berichtet, dass bis Sonntag, den 01.02.2015, noch 12 Änderungsvorschläge zusätzlich zu den bereits konzertierten Entwürfen an sie verschickt wurden. Diese Vorschläge wurden in das zur Besprechung vorbereitete Dokument eingefügt.
- Der PKMS-Änderungsantrag wird mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Leistungsbereich für Leistungsbereich, beginnend mit dem Vorspann, besprochen und abgestimmt. Die Tabelle auf Seite 5 fasst die Ergebnisse der Diskussion zusammen.
- Herr Miller stellt die Ergebnisse einer hausinternen Datenerhebung innerhalb seiner neurologischen Fachklinik in Burgau vor, um die Medikation als spezielle, hochaufwendige Pflege geltend machen zu können. Die Datenerhebung stellt eine 1-Tages-Querschnittserhebung zu den drei Verabreichungszeitpunkten morgens, mittags und abends dar. Nachtmedikation wurde nicht berücksichtigt.
  - Ca. 1.382 Medikamente werden an einem Tag einer Gesamtzahl von 109 Patienten verabreicht. Im Durchschnitt bedeutet das eine Anzahl von 13,25 bis 8 verschiedenen Medikamentengaben pro Patient pro Tag (per Sonde und OS) in Abhängigkeit der Stationen/Fachbereiche.
  - Die Patienten kommen bereits mit der hohen Anzahl an Medikamenten ins Haus, folglich ist die Polymedikation nicht durch die Klinik zu verantworten.
  - Der hohe Aufwand entstehe nicht nur durch das Herrichten, Verabreichen und Spülen der Medikation in einzelnen Spritzen, sondern auch durch die damit verbundene Überwachungspflicht der Patienten. Ebenso zeitaufwendig sei auch die teilweise nötige Überzeugungsarbeit bei den Patienten.
  - Herr Miller verweist auf den Artikel in Die Schwester/Der Pfleger, Juni 2014, in dem das Thema Sondennahrung mit Bezügen zur hochaufwendigen Medikation thematisiert wird.
  - Beschluss, dass der Vortrag als Datengrundlage für die morgige Diskussion mit den Vertretern des InEK verwendet wird.
- Betont wird, dass die betroffene Patientenklientel bereits mit Polymedikation ins Krankenhaus kommt.
- Hinweis: Aufgrund von Zeitmangel wurde der Bereich Medikation und Atmung in einer Kleingruppe im Hotel nach offiziellem Ende der AG-Sitzung weiterbearbeitet. Die Ergebnisse wurden mit der gesamten Gruppe von 9.00–10.00 Uhr vor dem offiziellen Beginn mit den Gästen vorgestellt und konsentiert.
- Die endgültige Fassung für den Änderungsantrag ist im Anhang zu finden.

### **TOP 4: PPR S4 – Datenerhebung**

- Diskussion über die länger beabsichtigte Aufnahme einer PPR-S4 und die damit möglicherweise einhergehenden Konsequenzen. So sei zu bedenken, dass Fälle in der Kombination A1-A3/S4 das Zusatzentgelt reduzieren könnten und Fälle mit A4/S4 zu einer Spreizung bzw. Erhöhung des Zusatzentgeltes führen würden. Problematisch wäre folglich, wenn viele Fälle mit negativen Spreizeffekten und nur wenige Fälle mit der A4/S4-Kombi existierten. Daher ist es sinnvoll, den PKMS-E „spezielle Pflege“ für die Triggerung eines eigenen OPS 9-\*\*\*-Schlüssels zu nutzen. Weiteres hierzu finden Sie im PKMS-Antrag.

Frau Dr. Wieteck weist darauf hin, dass in jedem Fall eine Datenauswertung zum PKMS-E „spezielle Pflege“ erforderlich ist. Dieser Punkt sollte im nächsten Termin be-

sprochen werden. Eine empirische Datengrundlage in Form einer Stichprobenerhebung oder Multimomentaufnahme ist durchzuführen.

### Sonstiges

- **Aufgabe:** Anfrage beim BMG, ob das AG-Positionspapier eingegangen ist und bis wann mit einer Antwort gerechnet werden kann.
  - Verantwortliche/r: Frau Dr. Wieteck
  
- **Aufgabe:** Teilnehmer, die das AG-Positionspapier noch nicht kennen und interessiert sind, schicken bitte eine E-Mail an Frau Dr. Wieteck.
  - Verantwortliche/r: TeilnehmerInnen der AG OPS 9-20
  
- **Aufgabe:** Frau Fleischer bereitet für das nächste AG-Treffen einen Änderungsvorschlag für die Aufnahme von hochaufwendigen Patienten mit Tremor/ Zahnradphänomen inklusive Maßnahmen vor, die im Leistungsbereich Ernährung einen Pflegeaufwand von 120 Min. erklären.
  - Verantwortliche/r: Frau Fleischer
  
- **Aufgabe:** Zeitmessung des Pflegeaufwandes für drei Mahlzeiten und 7x Flüssigkeitsverabreichung bei Tetraplegikern durch Frau Fleischer und Herrn Zinßmeister
  - Verantwortliche/r: Frau Fleischer, Herr Zinßmeister
  
- **Aufgabe:** Unterstützendes orthographisches Lektorat der Änderungsvorschläge 2016
  - Verantwortliche/r: Frau Meineke-Wolf, Herr Thumel

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
Vorspann	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den Begriff der Stroke Unit streichen und den Ausschluss stattdessen über den Komplexcode definieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wird positiv bewertet, um entsprechend von geltenden Zertifizierungsbedingungen eine stationsübergreifende Behandlung von Patienten zu gewähren und keine unnötige Abverlegung zu provozieren.</li> <li>Entspricht derselben Argumentationslinie wie bei den Beatmungstunden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>„elektronisch“ aus dem Satz „Die dokumentierten PKMS-Items, auch in elektronischer Form, sind Teilaspekte der pflegerischen Dokumentation.“ streichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erscheint nicht von besonders hoher Relevanz</li> <li>Der Hinweis auf elektronische Erfassungen sei wichtig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf eine Gegenstimme abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satz „Kodierung auf Matrix“ streichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hintergrund der Änderung: Einige Kliniken geben ihre Gründe- und Maßnahmenkodierung nicht in Form einer Matrix pro Tag an, sondern reichen nur Fließtexte ein, die sich der Gutachter mühsam zusammensuchen muss</li> <li>Zum anderen würden nicht nur Mitarbeiter der Pflege kodieren, sondern auch andere Berufsgruppen; das sei im Text missverständlich ausgedrückt</li> <li>Hinweis, dass das Wort Kodierung falsch sei, es gehe hier eher um ein Eintragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf 2 Gegenstimmen abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matrixänderung hinsichtlich Aufnahme von Medikation und Atmung</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>„Aus der Summe der Aufwandspunkte“ statt „Aus den Aufwandspunkten“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schönere Formulierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
Vorspann PKMS-E	<ul style="list-style-type: none"> <li>„siehe Spalte 1 der Intervention“ statt „Formblatt“</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
G1 <u>(in allen Leistungsbereichen)</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des Kriteriums „Es liegt eine schwere kognitive Beeinträchtigung vor...“</li> <li>Umformulierung in „nachgewiesen mit:“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welches Instrument wird zur Einstufung verwendet, z.B. Barthel-Index, Erweiterter BI? Da die Art der Dokumentation und Auslösung der U51.2 bereits definiert ist, sollten dbzgl. keine Probleme auftauchen</li> <li>Soll die U51.2 als ICD-10-Nummer mit in die Formulierung aufgenommen werden? Ja, um Eindeutigkeit zu schaffen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme in einer ODER-Verbindung: „Massive Angst vor Berührung und/oder Bewegung im Zusammenhang mit der Körperwaschung“, wie es im PKMS-J &amp; -K bereits steht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist in der G1 bislang nicht selbsterklärend vorhanden und betrifft insbesondere hochaltrige, traumatisierte Menschen, könnte durch die Aufnahme dieses Kriteriums spezifiziert werden.</li> <li>Umformulierung in „Äußert verbal/nonverbal“</li> <li>Ergänzung der Kennzeichen um „Festhalten, Weinen“, „Wiederholtes Festziehen der Bettdecke“</li> <li>Gemeinsame Prüfung, inwieweit mit A1 und A3 kompatibel → ja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>G5</b> Erschwernisfaktoren  <u>(in allen Leistungsbereichen)</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streichen des (inkl. Beatmung) aus den Erschwernisfaktoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erinnerung: Aufnahme 2012 in Hinblick auf heimbeatmete Patienten</li> <li>• Grund für Streichung: MDK macht trotz FAQ immer Probleme</li> <li>• Scheint jedoch ein vereinzelt Problem zu sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit 1 Gegenstimme abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme eines z.B. vor Wirbelsäuleninstabilität</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrstimmig abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Hemiparese“ bei ausgeprägter Lähmung aufnehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinweis auf Problematik hinsichtlich des Nachweises von Lähmungsgraden bei Hemiparesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrstimmig abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ggf. + Nachsatz“ streichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ggf.“ hat keine Funktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzahl bei Spastik/Kontraktur/Rumpfataxie</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erschwernisfaktor Prothesen/Orthesenversorgung im <b>Leistungsbereich Körperpflege</b> aufnehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Könnte der Generalisierung dienen</li> <li>• Diskussion, inwieweit bei der Körperpflege von Relevanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit einer Gegenstimme abgelehnt</li> </ul>
<b>Leistungsbereich Körperpflege</b>			
<b>G7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umformulierung und Aufnahme von Kriterien: „Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei bestehender erheblicher Beeinträchtigung der Atemsituation und/oder Herzkreislauf-Situation ODER Massive Selbst-/Fremdgefährdung“</li> <li>• Streichung des „Weitere Gründe“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird generell positiv aufgenommen, allerdings besteht noch Umformulierungsbedarf → Ziel müsse sein, „demente“ Patienten hier nicht generell einordnen zu können, da die damit verknüpfte Maßnahme „Waschung mit 2 PP“ hier pflegfachlich kontraindiziert sei</li> <li>• Kennzeichen werden geschärft, indem die Formulierung „situatives und/oder bekanntes Gewaltverhalten“ aufgenommen wird</li> <li>• Ein Handzeichen im Sinne einer notwendigen, zusätzlichen Dokumentation der massiven Selbst-/Fremdgefährdung wird aufgenommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme der Kriterien Hemiplegie/-parese, Neglect, Hemianopsie</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>A1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umformulierung durch Aufnahme des Ziels „Reduktion von Ängsten/Anspannung“ bzgl. der Umformulierung der verknüpften G1</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>A5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statt „An-/Auskleiden“ besser „An- und Auskleiden“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hintergrund: Kliniken haben An- und Auskleiden separat berechnet und den Schrägstrich als oder interpretiert → Fehlkodierung soll vermindert werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>Leistungsbereich Ernährung</b>			
<b>G2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme von <b>Logorrhoe/unkontrollierter Redefluss und frailty</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logorrhoe ist ein undefinierter, schwammiger Begriff. Es stellt sich die Frage, wo man hier Grenzen zieht</li> <li>Frailty scheint in der Pflegepraxis als Syndrom zu wenig bekannt. Die Aufnahme und Abbildbarkeit der Klientel mit diesem Phänomen wird jedoch als sehr positiv bewertet. Diskussion, inwieweit die in der Medizin geltenden Kriterien zur Diagnostik von frailty als Kennzeichen aufgenommen werden sollten. → abgelehnt</li> <li>Statt frailty wird der Begriff „ausgeprägte Gebrechlichkeit“ genutzt.</li> <li>Um die ausgeprägte Gebrechlichkeit nachzuweisen, wird eine UND-Verbindung zwischen den Kennzeichen Zeitverzögerte Reaktion auf Ansprache UND Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen eingefügt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf 2 Enthaltungen einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G5, Erschwernisfaktor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verschieben des Erschwernisfaktors „Prothesen/Orthesen“ nach „Rumpforthese/Fixateur“</li> <li>Statt „Prothesen/Orthesen“ in die Einzahl wechseln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dient der Logik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung von Sakopenie in Sarkopenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechtschreibfehler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme von Tremor/Zahnradphänomen als Thema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird kritisch diskutiert, da es sich hier zum einen um eine Erweiterung des PKMS in Hinblick auf eine Patientengruppe handelt, die mit empirischen Daten gestützt werden muss, um die 120 Min. Pflegeaufwand zu erklären. Zum anderen stellt sich die Frage, ob der Grund 11 der richtige Ort für die Erweiterung ist.</li> <li>Frau Fleischer bereitet bis zum nächsten Treffen einen ausgearbeiteten Änderungsvorschlag in Hinblick auf die Aufnahme von feinmotorischen Störungen vor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Änderung zum momentanen Zeitpunkt einstimmig abgelehnt.</li> </ul>
<b>B1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Punktereduktion</li> <li>Reduktion der Mahlzeiten</li> <li>Aufnahme der Intervention 12 x täglich Flüssigkeitsverabreichung ohne Milliliterangabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppenkonsens: Weniger die Anzahl der Mahlzeiten, sondern vielmehr die Flüssigkeitsverabreichung stellt ein Problem im Leistungsbereich Ernährung dar, um präfinale oder dementielle Patienten abzubilden → Konzentration auf die Änderungen der Flüssigkeitsverabreichung wird einstimmig beschlossen</li> <li>Ziel sollte es sein, einen Einstieg zur Veränderung innerhalb des Leistungsbereiches mit dem InEK zu finden. Vorschlag, eine Milliliterangabe von 500ml/Tag zu ergänzen → Mehrere Gegenstimmen, da dies bei präfinalen Patienten nicht möglich sei.</li> <li>Vor Diskussion mit InEK wird auf eine ml-Angabe verzichtet, denn insgesamt machen die 12 x Anreichen mit Vorbereitung bereits min. 60 Minuten Pflegeaufwand aus, wenn die Ernährung dazu kommt, erreiche man problemlos die 120 Min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des „Guten Zuredens“ aus dem PKMS-J</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppenkonsens ist zu prüfen, inwieweit diese Intervention in die Beschreibung der B4 integriert werden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig abgelehnt</li> </ul>
<b>Bereich</b>	<b>Änderungswunsch</b>	<b>Diskussion</b>	<b>Abstimmung</b>
<b>B2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Streichen der B2 und Integration in die B4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passt inhaltlich gut zusammen, da das hier angewandte pflegetherapeutische Konzept ebenfalls eine individuelle Ziel- und Maßnahmenplanung erfordert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>B3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme neuer Lagerungsformen/Sitzpositionen entsprechend der BIKA-Empfehlungen (Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In der neurologischen Rehabilitation werden der asymmetrische Bobath-Sitz und der Querbettsitz angewandt, daher ist die Aufnahme unstrittig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>B4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme der B2</li> <li>Aufnahme des F.O.T.T.-Konzeptes als Maßnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unstrittig und sinnvoll bei der Patientenkielentel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>B5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des Punktes „Kontinuierliche Sondennahrung und Flüssigkeit von mind. 1000 ml UND Stimulation zur Nahrungsaufnahme zu den Essenszeiten ODER Angebote der oralen Stimulation mind. 3x täglich“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fraglich ist, ob dieser Punkt insgesamt 120 Min. Pflegeaufwand erklärt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezweifeln dies.</li> <li>Änderung sollten bis zum nächsten Jahr zurückgestellt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf zwei Gegenstimmen einstimmig abgelehnt</li> <li>Zurückgestellt für Änderungsantrag 2017</li> </ul>
<b>Leistungsbereich Ausscheidung</b>			
<b>Bereich</b>	<b>Änderungswunsch</b>	<b>Diskussion</b>	<b>Abstimmung</b>
<b>G1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des Kennzeichens Fehlende(r) Impuls und Eigeninitiative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treffe auch bei weniger aufwendigen Patienten zu und wurde die G1 aufweichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf eine Gegenstimme abgelehnt</li> </ul>
<b>G9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des neuen Expertenstandards DNQP 2014 statt DNQP 2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entspricht dem aktuellen Fachwissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Änderung entsprechend der bereits verabschiedeten offiziellen DIMDI-FAQ (Hemiplegie/Paraplegie/-parese/Tetraplegie/-parese)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entspricht dem aktuellen Fachwissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>C1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme von Leistungen aus der C3 in die C1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die eigentliche Intention sei doch die Aufnahme von G1-Patienten in die C3, daher viele kritische Stimmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird einstimmig abgelehnt</li> </ul>
<b>C2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme des neuen Expertenstandards DNQP 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entspricht dem aktuellen Fachwissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig</li> </ul>

	statt DNQP 2007		angenommen
--	-----------------	--	------------

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>C3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>G1 als neue Verknüpfung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ziel sei es, sich bei G1 Patienten nicht nur auf vier Toilettengänge fokussieren zu müssen (C1), sondern entsprechend der Patientenbedürfnisse/-bedarfe auch andere Optionen als hochaufwendige Pflege geltend machen zu können</li> </ul>	Einstimmig angenommen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umformulierung von „zusätzliche Aspekte“ in „zusätzliche Leistungsaspekte“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dient der Konkretisierung, dass zusätzliche Maßnahmen zur vollen Unterstützung der Ausscheidung erforderlich sind</li> </ul>	Einstimmig angenommen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>UND/ODER hinter Wechsel von Stomabeutel streichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dient der Konkretisierung, dass zusätzliche Maßnahmen zur vollen Unterstützung der Ausscheidung erforderlich sind</li> </ul>	Einstimmig angenommen
<b>C4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Änderungen entsprechend der bereits verabschiedeten offiziellen DIMDI-FAQ (Aufnahme einer UND-Verknüpfung zwischen den Aufführungspunkten, Streichen der Mindestanzahl)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entspricht dem aktuellen Fachwissen</li> </ul>	Einstimmig angenommen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufnahme, dass die aufwendige Positionierung auch im Sitzen auf den Toilettenstuhl stattfinden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wird in vielen Kliniken so gehandhabt, eine liegende Körperposition ist nicht zwingend erforderlich und teilweise sogar kontraindiziert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>Leistungsbereich Bewegungen/Sicherheit</b>			
<b>G1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie auch im Bereich Körperpflege Aufnahme des Themas „Ängste vor Berührungen“ und „kognitive Störungen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.o.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Streichen der Themen „Weglauftendenzen“ und „Hohe Selbstgefährdung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werden in einen neuen G11 überführt, um systematische Fehlkodierung zu vermindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umformulierung wie in den anderen Leistungsbereichen auch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Argumente oder der Sinn für andersartige Formulierung besteht nicht</li> <li>Anpassung dient der Generalisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>G7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Streichung des kompletten Grundes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist durch die Erschwernisfaktoren in G5 bereits gegeben</li> <li>Bedeutet allerdings keine Verschärfung, da nun auch das Thema „Verlust der Fähigkeit zum Positionswechsel“ zusätzlich gegeben sein muss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
<b>D2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verknüpfung mit G10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generell ist der Pflegeaufwand gegeben. Allerdings ist problematisch, dass die Anzahl der erforderlichen Lagerung nach pflegefachlichem Standard nicht ausreicht. Generell seien zweistündige Lagerungen bei dieser Patientenklientel zu empfehlen.</li> <li>Hinweis der Teilnehmer, dass allerdings auch bei der bisherigen Verknüpfung von G10 und D5 die Lagerungsintervalle zu langwierig sind.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bis auf eine Gegenstimme abgelehnt</li> </ul>
<b>D4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Streichen der G7, da nicht mehr vorhanden</li> <li>Aufnahme des Rumpfwickels wie bei B3 auch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pragmatisch sinnvolle Veränderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstimmig angenommen</li> </ul>

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>D6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verknüpfung mit G11</li> <li>• Streichen der G1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pragmatisch sinnvolle Veränderung, da nun nur noch mit der passenden Klientel durchführbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>Leistungsbereich Kommunikation</b>			
<b>Punktesplit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punktesplit je nach Kommunikationsaufwand (30 Min. = 1 Punkt; 60 Min. = 2 Punkte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu bedenken ist, dass bei der fokussierten Klientel, z.B. in der palliativen und geriatrischen Versorgung, die 60 Min. Zeitaufwand bereits durch die Komplexkodes vergütet werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird einstimmig abgelehnt</li> </ul>
<b>G11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme eines neuen Grundes G11 „Deprivation, Regression...“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkretisierung der Patientenklientel scheint den TeilnehmerInnen relevant und entspricht auch wissenschaftlich bewiesenen Pflegediagnosen wie z.B. Langeweile in NANDA-I und ENP</li> <li>• Stellt keine Aufweichung dar, da diese Klientel derzeit bereits implizit beinhaltet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme von Beispielen zur Veranschaulichung von Möglichkeiten der 1:1-Betreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskutiert wird die mögliche Fehlinterpretation durch die Hinzunahme von Beispielen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird bis auf eine Enthaltung abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verknüpfung mit dem neuen Grund G11</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegefachlich sinnvoll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird einstimmig angenommen</li> </ul>
<b>Leistungsbereich Wundmanagement</b>			
<b>Insgesamt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereich umbenennen: Statt G lieber F oder H</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedeutet eine Umgewöhnung in der Praxis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird einstimmig abgelehnt</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Streichen der Stundenangabe der massiven Ausscheidung bei G12 Stomamanagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist inplausibel und kommt nicht vor. Der Patient müsste bei dieser Ausscheidungsmenge tot sein.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird einstimmig angenommen</li> </ul>

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>Spezielle Pflege: Neuer Leistungsbereich Medikation</b>			
<b>NEU: G1</b>	Überwindung von Abwehr/Widerständen/Uneinsichtigkeit bei der Medikamenteneinnahme <u>Kennzeichen:</u> Berichtet keine Medikamente einnehmen zu wollen, spuckt die Medikamente aus, dreht den Kopf bei der Eingabe von Medikamenten weg, erkennt die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme nicht,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsame Erarbeitung einer Kleinarbeitsgruppe abends im Hotel</li> <li>• Keine Konsensfindung in der gesamten AG OPS 9-20 Gruppe aufgrund von Zeitmangel möglich. Erarbeitung wurde am folgenden Tag der Gesamtgruppe kurz vorgestellt.</li> <li>• Am zweiten Tag wurde darüber abgestimmt</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Keine Abstimmung 1. Tag</p> <p style="text-align: center;">Annahme des Vorschlags mit geringen Anpassungen am 2. Tag</p>
<b>NEU: G2</b>	Massive Beeinträchtigung der oralen Medikamenteneinnahme durch quantitative Bewusstseinsveränderungen <u>Kennzeichnung:</u> Zeitverzögerte Ansprache, Unfähigkeit, die Medikamente zu den angegebenen Zeiten einzunehmen		
<b>NEU: G3</b>	Kau/Schluckstörung mit starken Auswirkungen auf die Medikamenteneinnahme. <u>Kennzeichen:</u> Hustet nach dem Schlucken, Nahrungsreste verbleiben nach dem Schlucken in der Wangentasche, Zungenstoß, Gefühl, dass Nahrung im Schlund hängen bleibt, Regurgitation von Speisebrei, veränderte Schluckphasen, inkompletter/fehlender Lippen-/Mundschluss, pathologische Kau-/Kieferbewegung, herabgesetzte Sensibilität im Mund- und Rachenbereich, beeinträchtigter Schluckreflex, Funktionsstörung der Kehlkopfhebung, Nahrungsreste dringen aus dem Tracheostoma		
<b>NEU: G4</b>	Hochaufwendiges Infusionsregime entsprechend ärztlicher Anordnung		
<b>NEU: G1 / H1</b>	Mindestens zu 9 verschiedenen Uhrzeiten Verabreichung von Medikamenten, die der Patient nicht selbstständig einnehmen kann und Beobachtung auf Reaktion der Medikation		
<b>NEU: G2,G3 / H2</b>	Mindestens 15 feste Arzneimittel zu mind. drei Applikationszeitpunkten, wirkstoffgleich in Einzeldosen mörsern/auflösen und in Einzeldosen verabreichen. (Rechengrundlage: 3 x Händedesinfektion, ins Zimmer gehen, Pat. informieren und aufdecken = 7,5 Min.; 3 x Dokumentation = 3,5 Min.; 15 Tabletten in 24/h mörsern, auflösen und einzeln applizieren/ je 3 Min.)  <b>Oder</b>  Medikamentenverabreichung durch die nasale Magensonde mit Lagekontrolle UND mindestens 12 feste Arzneimittel zu mind. drei Applikationszeitpunkten, wirkstoffgleich in Einzeldosen mörsern/auflösen und in Einzeldosen verabreichen. (Rechengrundlage: 3 x Lagekontrolle der Magensonde á 2 Min. = 6 Min.; 3 x Händedesinfektion, ins Zimmer gehen, Pat. informieren und aufdecken = 7,5 Min.; 3 x Dokumentation = 3 Min.; 12 Tabletten in 24/h mörsern, auflösen und einzeln applizieren/ je 3,5 Min.)		
<b>NEU: G4 / H3</b>	Hochaufwendiges Infusionsregime mit mindestens 12 (Kurz-)Infusionen/Spritzenpumpe i.v. mit Dokumentation und Sicherstellung eines entsprechenden Zugangs		

Bereich	Änderungswunsch	Diskussion	Abstimmung
<b>Spezielle Pflege: Neuer Leistungsbereich Atmung</b>			
NEU: G10	<b>Respiratorische Insuffizienz</b> <u>Kennzeichen:</u> Veränderte Blutgaswerte, Akute Atemnot, Zyanose, Schweißausbruch, erschwerte Atemtätigkeit wie z.B. Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, pathologische Atemfrequenz/-rhythmus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine abschließende Prüfung</li> <li>Keine Konsensfindung in der gesamten AG OPS 9-20 Gruppe aufgrund von Zeitmangel am 1. Tag</li> <li>Überarbeitung durch Kleingruppe im Hotel</li> <li>Verbesserungen durch die Diskussion mit den Gästen</li> </ul>	Keine Abstimmung  Abstimmung am zweiten Tag, die Verbesserungsvorschläge der Gäste wurden eingearbeitet.
NEU: G11	<b>Risiko der respiratorischen Insuffizienz UND/ ODER Risiko einer Pneumonie</b> <u>Kennzeichen:</u> Veränderte Blutgaswerte, veränderter Hustenmechanismus, veränderte Inspirations- und Expirations-Atemdrücke, chronische Bronchitis, kann nicht selbstständig abhusten, vermehrtes Bronchialsekret, minderbelüftete Lunge, hohes Pneumonierisiko lt. Assessment, Schmerzen, BMI von mind. 35 kg/m <sup>2</sup> , mechanische Beeinträchtigung der Atmung		
NEU: G12	<b>Vorhandensein einer Thoraxdrainage</b> Es kann sich dabei um eine Pleuradrainage, Mediastinaldrainage oder Perikarddrainage handeln, welche zur Ableitung von Flüssigkeiten und/oder Luft in den Thoraxraum gelegt wurden.		
NEU: G10/I2	<b>Maßnahmen zur maschinellen Beatmung außerhalb der Intensivstation bei:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chronisch invasiv beatmete Patienten</li> <li>Nicht invasive Beatmung, welche nicht anderweitig bereits abgerechnet wird mind. 2 Stunden</li> </ul>		
NEU: G11,10,12/ I2	<b>Maßnahmen zur Auswurf Förderung des Bronchialsekrets und/oder zur Belüftungsförderung der Lunge</b> <b>Maßnahmen mind. 6 x tägl.</b> (Kombinationen sind möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Inhalationstherapie und/oder</b></li> <li>Mechanische Insufflation- Exsufflation, <b>CPAP und/oder</b></li> <li><b>Blähen</b> der Lunge <b>und/oder</b></li> <li><b>Absaugen</b> von Sekret aus den Atemwegen</li> <li><b>Atemunterstützende Lagerungen</b></li> </ul> <b>Oder</b> <b>Maßnahmen mind. 2 x tägl.</b> (Kombinationen sind möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mechanische Abhusthilfe</b> mit zwei Pflegepersonen und/ oder</li> <li><b>Atemunterstützende Lagerungen</b> mit zwei Pflegepersonen und/oder</li> <li><b>ASE</b></li> <li><b>Anleitung/Einweisung/Beaufsichtigung der Nutzung eines Atemtrainers / Inhalators / einer Inhalationshilfe (Spacer)</b></li> </ul> <b>Oder</b> <b>Maßnahmen mind. 1 x tägl.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Training der Atemhilfsmuskulatur</b> z.B. Platysma-Training und/oder</li> <li><b>Vibrationsmassage</b> in Verbindung mit Lagerungsdrainage</li> </ul>		
NEU: G12/I3	<b>Management einer thorakalen Drainage, hierzu zählen:</b> Überwachung von Sekret, SogEinstellung, Wasserschloss, Durchlässigkeit des Schlauchsystems, Schmerzkontrolle usw.		

**Datum:** Di., den 03.02.2015 (Tag 1)

**Ort:** AGKAMED, Essen

**Teilnehmer:** Alavi, Manuela; Antrack, Titus; Baumgardt, Marion; Barzen, Martin; Becker, Christine; Beetz, Jaqueline; Burghaus, Jana; Bohle, Alwin; Busch, Wolfgang; Deets, Sabine; Dettmer, Cornelia; Dönnewald, Birgit; Elsner, Christiane; Ferdinand, Oliver; Fleischer, Sandra; Fritz, Marcus; Giebeler, Ulrike; Hauer, Kathrin; Kaiser, Marie-Theres; Kelling, René; Kepp, Hans-Jürgen; Koch, Meike; Konstanty, Carsten; Krause, Birgit; Krug, Michael; Meineke-Wolf, Elisabeth; Mengel, Ralf; Menze, Sonja; Miller, Peter; Müller, Elke; Müller, Marie-Luise; Pehle, Corinna; Pelchen, Lutz; Plenge, Renate; Riess, Gabriele; Risse, Ludger; Roscher, Andreas; Rosenthal, Günther; Scheibe, Silke; Spangenberg, Simone; Spengler, Ulrike; Stephan, Andrea; Stockbauer, Marianne; Strack, Kirsten; Tauterat, René; Thumel, Peter; Valentin, von Eicken, Michael; Tatja; Wefer, Franziska; Wieteck, Pia; Wild, Burkhard, Zinßmeister, Mirko

## **TOP 1: Begrüßung und Tagespunkte**

- **Hinweis:** Zu Beginn sind die eingeladenen Vertreter des DIMDI, MDK und InEK noch nicht anwesend. Bis zum Eintreffen der Gäste wird die Entwicklung des Leistungsbe-  
reichs Medikation vorgestellt, dessen Finalisierung nach Ende der gestrigen offiziellen  
AGKAMED-Sitzung aufgrund von Zeitmangel in einer kleineren Arbeitsgruppe im Ho-  
tel fertiggestellt wurde. In der Arbeitsgruppe finden sprachliche Korrekturen statt.  
Die finale Fassung wird in der AG OPS 9-20 zur Abstimmung gebracht.
  - G1 und H1 werden einstimmig angenommen.
  - G2 und H2 werden einstimmig angenommen
  - G3, G4 und H3 werden einstimmig angenommen
  
- Offizielle Begrüßung von Frau Marie-Luise Müller (Ehrenmitglied DPR), Dr. Ralf Men-  
gel (MDK), Herr Dr. Burkhard Wild (MDK) & Frau Christine Becker (InEK), Frau Dr.  
Krause (DIMDI) durch Frau Dr. Wieteck und Herrn Pelchen.
  
- Begrüßungsworte von Frau Müller:
  - Bei der Weiterentwicklung der Erlösfähigkeit der Pflege sei ein Fokus auf die Al-  
leinstellungsmerkmale der Pflege zu richten. Es müsse deutlich und transparent  
kommuniziert werden, was Pflege ausmache. Durch die Bund-Länder-  
Arbeitsgruppe habe das Thema an Brisanz gewonnen. Hier seien nach ihrem  
Kenntnisstand ausschließlich Pflegeökonominnen als Vertreter der Pflege integriert  
worden. Frau Müller habe sich daher gegenüber Herrn Spahn (SPD) und Frau  
Widmann-Mauz (CDU) dafür stark gemacht, der Sichtweise der Pflegewissen-  
schaftler und -praktiker besondere Relevanz zuzumessen. In diesem Zusammen-  
hang habe sie in einem Schreiben an die beiden Regierungsvertreter auch die Be-  
deutung des PKMS und dessen zukünftiger Weiterentwicklung betont.

- Bei der Konzeption neuer und bestehender Instrumente sollte neben der inhaltlichen Weiterentwicklung auch stets der Bedarf an Entbürokratisierung bedacht werden. [Ergänzung: Dokumentationspflichten, die ausschließlich der Abrechnung dienen, sind zu vermeiden, idealerweise können die Daten der täglichen Pflegeprozessdokumentation zur pflegerischen Entscheidungsfindung und Qualitätssicherung genutzt werden.] Im stationären Altenpflegebereich und im ambulanten Sektor sei dieses Thema bereits akut. Kritisch bewertet Frau Müller die Vorgehensweise bei der Umsetzung des Projektes zur „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“, da eine ernsthafte kritische Diskussion in breiterer Masse der pflegerischen Fachöffentlichkeit nicht zugelassen wurde. Genau dieses Phänomen könne man gerade in Bezug auf das Instrument SIS (Strukturierte Informationssammlung) beobachten.
- In diesem Zusammenhang dürfe nicht auch im Krankensektor der Fehler begangen werden, sich von derartig politisch-motivierten, ökonomisch-interessengeleiteten Ideen „einlullen“ zu lassen. Ziel müsse es sein, eine kritische Entbürokratisierungsdiskussion parallel zur Entwicklung von NRGs zu führen. Momentan würde diese Entbürokratisierungsdiskussion jedoch vorrangig arbeitgeberspezifisch ausgerichtet sein und damit die Wünsche, Bedarfe und Bedürfnisse der Pflege nicht realistisch abbilden. Als Beispiel weist Frau Müller auf ein mit ihr geführtes Interview der Zeitschrift Die Schwester/Der Pfleger hin, in der bereits in Einleitung ein negatives Statement zum PKMS als Meinung der breiten Masse wiedergespiegelt würde. Was so sicher nicht haltbar ist.
- Frau Müller stellt den AG-Teilnehmern die aus ihrer Sicht positivsten Entwicklungen seit dem letzten Arbeitsgruppentreffen vor:
  - Der Bibliomed-Verlag ist bereit, das Positionspapier der AG im Zusammenhang mit Ihrem Interview zu NRGs zu verbreiten.
  - Der Bundesverband Pflegemanagement wird sich weiterhin für die Weiterentwicklung des PKMS einsetzen. Damit sei das Ziel, die AG und die Berufsverbände näher zueinander zu bringen, näher gerückt.
  - Auf dem DRG-Kongress ist es gelungen, einen Workshop PKMS zu platzieren. Durch Frau Dr. Wieteck konnte eine Reduktion der Eintrittsgelder für Vertreter der Pflege erwirkt werden.
- Frau Dr. Wieteck stellt den eingeladenen Vertretern des InEK, MDK und DIMDI die Arbeitsgruppe und deren bisherige Arbeitsinhalte vor. Sie betont die stete Bemühung der AG OPS 9-20 um Transparenz.
- Wichtig werde in diesem Zusammenhang die Entwicklung der neuen Internetseite sein, die sich der Pflege im stationären Leistungsgeschehen bzw. dem DRG-System widme. Ziel sei es, die oftmals vermutete, aber de facto nicht vorhandene Abhängigkeit der AG von der Firma AGKAMED loszuwerden. Es wurde entschieden, das Thema Internetseite auf der nächsten Sitzung zu konkretisieren.
- Konsensfindung bzgl. der Tagesplanung zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der AG OPS 9-20: Heute wird aufgrund der Brisanz mit den neu konzipierten Leistungsbereichen Medikation und Atmung begonnen.

## TOP 2: Vorstellung des Änderungsantrages 2016

**Hinweis:** Nachfolgend sind vorrangig die Kommentare der Gäste des InEK, MDK und DIMDI aufgeführt. **Die hier formulierten Verbesserungen, Bedenken oder Zustimmungen dienen ausschließlich der Verbesserung des Änderungsantrages und haben keinen verbindlichen Charakter.** An dieser Stelle wollen wir uns nochmals ausdrücklich für die guten Anregungen und Verbesserungsvorschläge der Gäste bedanken.

Spezielle Pflege: Medikation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frau Dr. Wieteck weist gegenüber den Gästen auf die bisherigen Bedenken der Arbeitsgruppe hin, in diesem Bereich Fehlreize zu setzen, da eine Polymedikation den Indikator Qualitätsdefizit in der medizinischen Versorgung darstellt. Dennoch sei die Medikation ein wesentlicher Faktor in der Versorgung hochaufwendiger Patienten. Diese Meinung wird durch die erneute Vorstellung der Datenerhebungsergebnisse von Herrn Peter Miller empirisch untermauert.</li> <li>➤ Durch eine Abfrage per Handzeichen bestätigen die TeilnehmerInnen der AG, dass es sich hierbei um ein flächendeckendes Phänomen handele: Mehr als 85% der TeilnehmerInnen haben Patienten auf ihren Stationen, denen mehr als 15 Medikamente am Tag verabreicht werden müssen. Ergänzt wird durch die Teilnehmer der AG, dass Pflegende diese Anordnungen der Medikation nicht beeinflussen könnten, aber dennoch den Aufwand zu verbuchen hätten.</li> <li>➤ Eine Differenzierung bei hochaufwendigen Patienten mit Polymedikation bezogen auf den pflegerischen Aufwand ist im derzeitigen G-DRG-System nicht möglich.</li> <li>➤ Frau Müller betont die Relevanz des Themas vor dem Hintergrund der Patientensicherheit und Hygiene. Polymedikation und Medikamentenregime hätten insbesondere bei demenziell veränderten Menschen eine hohe Bedeutung und werden in Anbetracht der demographischen Entwicklung an Brisanz gewinnen.</li> <li>➤ Den Vertretern wird der entwickelte Leistungsbereich Medikation vorgestellt.</li> <li>➤ Grundsätzlich würde die Kodierung hier auch konkretere Hinweise auf mögliche Qualitätsdefizite geben</li> </ul>	
Bereich	Kommentare/Diskussion
<b>G1/H1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erläutert wird das mögliche Patientenkontext, auf das diese Kombination zutreffen könnte. So handele es sich hier z. B. um Parkinsonpatienten mit medizinisch angeordneter zweistündiger Medikamentenverabreichung und starken funktionellen Einschränkungen oder um stark demente Patienten mit einer Diabeteserkrankung.</li> <li>➤ Bzgl. der Erklärung der Hochaufwendigkeit wird mitgeteilt, dass das zusätzlich notwendige Medikamentenmanagement bei der Berechnung der Zeitwerte nicht einkalkuliert worden sei. Frau Müller gibt den Hinweis, dass als zusätzlicher Zeitaufwand das im Qualitätsmanagement geltende Vier-Augen-Prinzip mit einberechnet werden sollte. Die Gäste äußern sich zu diesem Themenbereich nicht.</li> <li>➤ Herr Dr. Mengel gibt den wertvollen Hinweis, dass der Nachsatz „Beobachtung auf Reaktion der Medikation“ in den anderen Leistungsbereichen nicht formuliert sei, und hier ebenfalls gelte. Ebenso wurde gefragt, ob es überhaupt nötig ist, das explizit zu formulieren, da hier sonst Dokumentationsansprüche bei Begutachtungen resultieren könnten. In der anschließenden Diskussion wird dafür plädiert, den Halbsatz zu streichen, da er einen fester Bestandteil der Handlung darstelle.</li> </ul>
<b>G2/ G8/ H2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Die als Kalkulationsgrundlage verwendeten Zeitaufwände werden von Frau Dr. Wieteck verdeutlicht. Sie weist auf die nasale Magensonde hin, bei der stets die Lageveränderung kontrolliert werden müsse. Daher seien hier zur Erklärung der 60 Minuten Pflegeaufwand auch weniger Tabletten als im ersten Thema der H2 von Nöten.</li> <li>➤ Frau Dr. Krause äußert, dass diese Kombination zur Förderung der Polymedikation</li> </ul>

	<p>beitragen könnte. Frau Dr. Wieteck betont, dass der Aufwand dennoch bestehe und derzeit nicht angemessen vergütet würde. Frau Müller ergänzt, dass Pflege mit der Aufnahme des Leistungsbereichs einen Transparenzeffekt erreichen und damit eine positive Qualitätsdiskussion mit der verschreibenden Ärzteschaft anregen könne.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Für Herrn Dr. Mengel sind die Dokumentationsanforderungen dieser Maßnahme unklar. In der Gruppe wird darüber diskutiert, wie eine Prüfpraxis der H2 aussehen könne. Herr Dr. Wild betont in diesem Zusammenhang, dass für ihn die Anzahl der Medikamente ausschlaggebend wäre. Bedeutsam sei jedoch das saubere Dokumentieren von der Medikamenteneingabe per os. Es besteht Konsens über Abfrage in der Gruppe, dass diese Punkte bereits Dokumentationsbestandteil sind und somit kein zusätzlicher Aufwand entsteht.</li> </ul>
<b>G10/H3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Um evtl. bestehende Kalkulationsbedenken zu mindern, wird durch eine Abfrage per Handzeichen in der AG OPS-9-20 zunächst verdeutlicht, dass die Mengenangabe 12 Flaschen nicht in der Masse der Patienten erreicht werde. Auch die Patienten mit einer parenteralen Ernährung würden hier nicht darunter fallen, da durch die modernen Beutelsysteme in der Regel hier 1–2 Beutel anzuhängen sind. (Parenterale Ernährung ist bereits ein bestehender Kode).</li> </ul>
<p><b>Generelle Hinweise der Gäste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Der Leistungsbereich bereitet dem InEK laut Frau Becker insgesamt vor dem Hintergrund der Kalkulation Probleme. Der hohe Aufwand werde anerkannt, aber die Erweiterung des PKMS stelle ein grundlegendes Problem dar. Momentan könne niemand absehen, wie viele Patienten durch eine Erweiterung generiert würden. Durch die inhaltliche Veränderung sei der PKMS zudem nur schwer überleitbar.</li> <li>➤ Herr Dr. Wild empfiehlt, sich erneut gründlich mit der Schärfung der Kennzeichen der Gründe auseinanderzusetzen.</li> <li>➤ Frau Dr. Wieteck fragt, welche Grundlagen das InEK benötige, damit dieser Leistungsbereich in den PKMS aufgenommen werden kann. Da eine Antwort in diesem Rahmen schwierig ist, bittet die Arbeitsgruppe um einen Termin beim InEK, um diese Frage vertieft zu erörtern.</li> <li>➤ Auf die Nachfrage gibt Frau Dr. Krause einen wertvollen Hinweis. Durch eine Auslösung der speziellen Pflege in einen eigenen OPS-Kode könnten die Kalkulationsprobleme des InEK vielleicht umgangen werden. Dies muss noch weiter beraten werden.</li> <li>➤ Gemeinsam wurde an der Formulierung gearbeitet und vereinbart, dass die Zeitmesswerte die bei der Entwicklung zugrunde gelegt wurden, offen gelegt werden.</li> </ul>	

<b>Spezielle Pflege: Atmung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vorstellung der drei Gründe und Maßnahmen durch Frau Dr. Wieteck, wobei deren Formulierung als sehr weich beschrieben wird. Die Schärfung fände eher im Bereich der Maßnahmen statt. Die Größe der Patientenklientel werde durch die Anzahl der erforderlichen Leistungen eingegrenzt. Die hier abzubildende Klientel fände sich vorrangig in der Chirurgie.</li> </ul>	
<b>Bereich</b>	<b>Kommentare/Diskussion</b>
<b>I1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frau Dr. Krause und Herr Dr. Wild weisen auf die Überschneidung in der Nomenklatur hin. Intensivstation sei hier nicht der ausschließende Grund, sondern die intensivmedizinische Versorgung → Verbesserungen der Formulierung werden gemeinsam mit den Gästen vorgenommen.</li> <li>➤ Frau Becker gibt diesbezüglich zu bedenken, dass die Definition der intensivmedizinischen Versorgung ebenso wie der Begriff der Beatmung und die Zählung von Beatmungsstunden nicht einheitlich sei und trotz jahrelanger, intensiver Diskussion</li> </ul>

	<p>bisher keine Einigung erzielt wurde.</p> <p>➤ <b><u>Gemeinsam mit den Teilnehmern und Gästen wird die Formulierung geschärft und konkretisiert, diese ist im Antrag nachzulesen</u></b></p>
<p>➤ <b>Nachtrag:</b>          Innerhalb der Kaffeepause wurden alle Gründe und Maßnahmen der Atmung von Frau Dr. Wieteck mit den Vertretern des MDK detailliert überarbeitet. Die Umformulierung in Hinblick auf die Benennung als „Respiratorische Insuffizienz“ und die Schärfung bezüglich der Kodierung heimbeatmeter Patienten auf Normalstation wird von den Teilnehmern der Arbeitsgruppe akzeptiert.</p>	

Vorspann des PKMS	
<p>➤ Die beabsichtigte Änderung im Vorspann wird vorgestellt. In Hinblick auf die Qualitätsindikatoren und die Kontinuität in der Patientenversorgung gelte es, unnötige Patientenverlegungen zu vermeiden.</p>	
Bereich	Kommentare/Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statt Stroke Unit Ausschluss des PKMS über die Komplexcodes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Herr Dr. Mengel stellt die Frage, inwieweit hier durch die Umformulierung ein Fehlanreiz gesetzt werden könnte. Hintergrund sei, dass die 72 Stunden und die 144 Stunden Komplexbehandlung unabhängig ihres zeitlichen Aufwandes in die gleiche DRG laufen würden. So könnten sich Kliniken aus ökonomischer Sicht dazu verleitet fühlen, den PKMS bereits nach 72 Stunden zu zählen, obwohl eine verlängerte Stroke-Unit-Komplexbehandlung indiziert wäre.</li> <li>➤ Es fand eine Diskussion statt. Da der Komplexcode der Schlaganfallbehandlung finanziell reizvoller ist als der PKMS ist keine große Gefahr eines Fehlanreizes zu sehen.</li> <li>➤ Nach der gemeinsamen Diskussion sind Frau Becker und Frau Dr. Krause der Ansicht, dass eine Änderung denkbar wäre, da der Kode nicht an eine Organisationseinheit/Station gebunden sei, sondern durch Leistungen bestimmt ist. Eine vertiefte Prüfung ist erforderlich.</li> </ul>

### Alle Leistungsbereiche der Allgemeinen Pflege betreffende Aspekte

Körperpflege	
Bereich	Kommentare/Diskussion
<p><b>G7</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Das Thema „Volle Abhängigkeit der Körperpflege...“ wird von den Gästen akzeptiert</li> <li>➤ In Bezug auf die „Massive Selbst-/Fremdgefährdung“ äußert Frau Dr. Krause den Wunsch der Umformulierung in „Volle Abhängigkeit bei der Körperpflege bei massiver Selbst-/Fremdgefährdung“ → Veränderungsvorschlag wird umgehend eingearbeitet</li> <li>➤ Auf die Frage der Gäste, welche Patienten Klientel – wenn nicht demenzielle Patienten der G1 – in der G7 gemeint wäre und ob es sich dabei nicht um eine Aufweichung des PKMS handele, argumentierten die Mitglieder der AG OPS 9-20:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die gemeinte Patientenklientel sei bereits jetzt implizit im PKMS enthalten und stelle somit keine Erweiterung des PKMS dar, sondern diene der Konkretisierung.</li> <li>○ Ziel der Änderung sei es, bei dieser Klientel die pflegfachlich wichtige Überwachung durch eine zweite Pflegeperson sicherzustellen.</li> </ul> <p>➤ Nach gemeinsamer Umformulierung werden keine weiteren Bedenken vorgebracht.</p>
<b>G10</b>	➤ Die Aufnahme von Hemiplegie/-parese, Neglect, Hemianopsie stellt laut den Gästen keine wesentliche Änderung des PKMS dar und wird eher als unkritisch betrachtet.
<b>A1</b>	➤ Maßnahmenenerweiterung zur Reduktion von Ängsten/Anspannungen wird ohne Gegenargumente in der Gruppe akzeptiert
<b>A5</b>	➤ Ersatz des Schrägstrichs durch ein „Und“ wurde als Vorschlag akzeptiert.

<b>Ernährung</b>	
<b>Bereich</b>	<b>Kommentare/Diskussion</b>
<b>G1</b>	➤ Wird ohne Änderungsvorschläge akzeptiert
<b>G2</b>	<p>➤ Herr Dr. Wild macht den Vorschlag, dass das wesentliche Problem die „Verlangsamung“ der Nahrungsaufnahme sei und daher die Formulierung „Massiv verlangsamte/erschwerete Nahrungsaufnahme ... und/oder bei ausgeprägter Gebrechlichkeit“ gewählt werden sollte. → Dieser Formulierungsvorschlag wird von allen akzeptiert und als besser bewertet.</p> <p>➤ Frau Dr. Krause wendet ein, dass es sich auch hier um eine Erweiterung der Patientenklientel handeln könnte und dies vorher mit dem InEK geklärt werden müsse.</p>
<b>B1</b>	<p>➤ Die Arbeitsgruppe schildert das Problem, dass bei der Entwicklung des Leistungsbereichs Ernährung vorrangig über die Anzahl der Mahlzeiten und der Flüssigkeitsmenge geschärft wurde. Viele hochaufwendige Patienten, insbesondere Demenzerkrankte, würden durch die 1000 ml-Angabe jedoch nicht abgebildet werden können. Daher würde der Vorschlag, eine Maßnahmenoption ohne Milliliter-Angabe einzufügen und eher über die Anzahl der Verabreichungen zu schärfen, von der AG OPS 9-20 als angemessen zur Abbildung hochaufwendiger Pflege betrachtet.</p> <p>➤ Frau Becker kann das Ansinnen der Arbeitsgruppe generell nachvollziehen. Allerdings sieht sie es kritisch, dass keine Milliliter-Angabe vorhanden sei. Ihrer Meinung nach wäre ein deutlicher Unterschied zwischen den vorhandenen und den neuen Maßnahmenoptionen vorhanden, der kalkulatorische Probleme bedingen könnte.</p> <p>➤ Um die kalkulatorischen Bedenken abzumildern, weist Frau Dr. Wieteck zusätzlich darauf hin, dass durch die Änderung im Bereich der Ernährung höchstwahrscheinlich Punkte im Bereich der Bewegung wegfallen würden. So würden bislang viele Kliniken die durchgeführten Transfers der unkodierten Maßnahme Ernährung in den Leistungsbereich der Bewegung/Sicherheit überführen.</p> <p>➤ Es wurde vereinbart, dass die Arbeitsgruppe die Zeitkalkulation den Leistungen gegenüberstellt, damit eine Bewertung seitens InEK und DIMDI durchgeführt werden kann. Ebenso wurde nachgefragt, ob ein Kompromiss mit einer</p>

	Erhöhung der Häufigkeiten und Reduzierung der ml möglich wäre. 12 x bei ca. 500 ml ...
<b>Integration der B2 in die B4</b>	➤ Frau Dr. Krause gibt zu bedenken, dass diese Maßnahmen bisher nur bei G8 gültig sei und nun auch mit der G1 & G11 verknüpft werden könne. In der Diskussion mit den Teilnehmern wird deutlich, dass die Leistung der B2 bisher bereits unter B4 unterzubringen wäre, da die Liste der Leistungen nicht abschließend ist und die Leistung B2 unter die Überschrift Trink-Esstraining passt. Fr. Dr. Krause bittet darum, diesen Hinweis in dem Änderungsantrag als Begründung aufzunehmen.

<b>Ausscheidung</b>	
Bereich	Kommentare/Diskussion
<b>G1</b>	➤ Alle vorgenommenen Änderungen wurden soweit akzeptiert.
<b>G5</b>	
<b>G9</b>	
<b>G12</b>	
<b>C2</b>	
<b>C4</b>	
<b>C3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Herr Dr. Mengel gibt bei der C3 zu bedenken, dass bei der Aufnahme der G1 „alle“ dementen Patienten mit funktioneller Inkontinenz eingeordnet werden könnten. Die Gefahr bestehe, dass somit die Umsetzung des Expertenstandards Harnkontinenz ausgehebelt würde.</li> <li>➤ Frau Dr. Wieteck unterstützt die Bedenken von Herrn Dr. Mengel. Die Gefahr bestehe, dass ein Versorgungskonzept angewendet würde, welches den zeitlichen Bedürfnissen der Praktiker, aber nicht dem eigentlichen Bedarf des Patienten entspreche.</li> <li>➤ Nach Diskussion in der Gesamtgruppe wird folgende Entscheidung gefällt: 1 Stimme für Aufnahme, 8 Gegenstimmen, Rest Vertagung → Die beabsichtigte Änderung der C3 wird bis zum nächsten Jahr zurückgestellt. Man müsse vorher die Argumentationslinie überdenken.</li> </ul>

<b>Bewegung</b>	
Bereich	Kommentare/Diskussion
<b>G1</b>	➤ Herauslösen von Gründen aus G1 und Überführung in Grund G11 wird von den Gästen akzeptiert, um pflegfachliche Fehlkodierung zu verhindern
<b>G6</b>	➤ Die vorgenommenen Änderungen werden akzeptiert
<b>G7</b>	➤ Die Streichung und Überführung in einen Erschwernisfaktor inklusive der damit einhergehenden Verschärfung wird akzeptiert
<b>D4</b>	➤ Die Entknüpfung mit der G7 und die Aufnahme des Rumpfwickels werden nicht kommentiert.
<b>D6</b>	➤ Die Verknüpfung mit G11 und die Streichung der G1 werden angenommen

Kommunikation	
Bereich	Kommentare/Diskussion
G11/E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Herr Dr. Mengel weist darauf hin, dass die depressive Grundstimmung und das Misstrauen als Kennzeichen der G11 für ihn zu weich formuliert wären. → Die Mitglieder der AG vertreten die Meinung, dass die Formulierung der E1 hier als Schärfungsfaktor greift.</li> <li>➤ Frau Dr. Krause wendet ein, dass es möglicherweise Überschneidungen zwischen der G11 und der G4 geben könnte. → Frau Dr. Müller weist auf die differente Schattierung der Gründe hin, dass es sich hier um eine andere Färbung und somit einen anderen Zugang zur E1 handeln würde. Die G4 beziehe sich eher auf Patienten mit akuten Lebenskrisen, während die G11 auch die Pflegediagnose Langeweile mit der Folge der Hospitalisierung abbilde.</li> </ul>

Wund- und Stomamanagement	
Bereich	Kommentare/Diskussion
G12, Streichung der Stunde als Zeitintervall	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einigung in der Diskussion, die komplette Milliliterangabe (&gt; 500 ml/h) zu streichen</li> </ul>

### **TOP 3: Strategische Überlegungen für den Änderungsantrag 2016**

Die Arbeitsgruppe erlaubt sich an die Gäste bezüglich des weiteren Vorgehens einige Fragen zu stellen.

- Frau Dr. Krause empfiehlt die Formulierung von zwei Anträgen:
  - Ein Antrag umfasst alle Änderungen außerhalb und unabhängig der speziellen Pflege. In einem zweiten Antrag sind alle Änderungen der speziellen Pflege inklusive der Auswirkungen für den Bereich der allgemeinen Pflege inkludiert
- Für den Antrag ist eine Namensliste der AG AGKAMED-Teilnehmer nicht relevant, allerdings wird begrüßt wenn der Berufsverband der Pflegemanager und der DMGP den Antrag mit unterstützen.
- Das Häkchen bei Veröffentlichung soll diesmal definitiv gesetzt werden. Darauf wird bei der Antragstellung besonders geachtet.
- Frau Dr. Krause begrüßt die Aufführung von Begründungen zu Änderungen in dem Antrag. Dies bezieht auch die Angabe von kalkulatorischen Aspekten mit ein.
- **Absprache:** Im Änderungsantrag sollte sichtbar gemacht werden, dass es verschiedene Optionen für die Einbindung der speziellen Pflege gibt und man hier gerne in Kontakt mit dem DIMDI und InEK treten würde, um im Vorfeld die Optionen abzuwägen.

### **Sonstiges**

- **Information:** Die geplante neue Internetseite für die AG OPS 9-20 wird über den Sponsor RECOM im Sinne von Sachleistungen finanziert. Frau Dr. Wieteck plädiert in diesem Zusammenhang für hohe Transparenz (z.B. Veröffentlichung von Protokollen,

Positionspapieren etc.). Der Aufbau und die Ausrichtung der Internetseite wird auf der nächsten Sitzung im Juni Thema sein.

- **Aufgabe:** Finalisierung des Änderungsantrages entsprechend der strategischen Überlegungen unter TOP 3. Verantwortliche/r: Fr. Dr. Wieteck, Herr Pelchen, Meike Koch
- **Aufgabe:** Auflistung von Zeiten in Hinblick auf die veränderte B1 & Feinschliff der Formulierung. Verantwortliche/r: Frau Dr. Wieteck, Frau Meineke-Wolf, Herr Thumel
- **Aufgabe:** Weiterleitung des Änderungsantrages an Herrn Risse, Herrn Bechtel und Vertreter des DNQP. Verantwortliche/r: Frau Dr. Wieteck
- **Aufgabe:** Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer können einen Vorschlag für den Titel der neuen Internetseite an Frau Wieteck bis Ende Februar zusenden. Verantwortliche/r: Alle TeilnehmerInnen der AG OPS 9-20.

### **Nächster fester Termin:**

- Montag, den 29.06.2015, Beginn: 10.00 Uhr
- Mittwoch, den 21.10.2015

### **Potenzielle Termine 2016 zur Abstimmung mit der AGKAMED:**

- 02. + 03.02.2016
- Woche 18.–22.01.2016

### **Freigabe/Prüfung durch:**

*Fr. Dr. Krause  
Fr. Müller  
Hr. Pelchen*