

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexe-fruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation * DGP
Internetadresse der Organisation * www.dgpalliativmedizin.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Prof. Dr.
Name * Müller-Busch
Vorname * Christof
Straße * Aachener Straße 5
PLZ * 10713
Ort * Berlin
E-Mail * dgp@dgpalliativmedizin.de
Telefon * 030-81826885

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr.
Name * Maier
Vorname * Bernd Oliver
Straße * Ludwig Erhard Straße 100
PLZ * 65199
Ort * Wiesbaden
E-Mail * bernd-oliver.maier@hsk-wiesbaden.de
Telefon * 0611-433563

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neuaufnahme des diagnostischen palliativmedizinischen Basisassessment

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Kapitel 1 - diagnostische Maßnahmen
1-78 Palliative Funktionsuntersuchung

1-780 Multidimensionales palliativmedizinisches Screening und Minimalssessment

Dieser Code ist nur einmal während des stationären Aufenthaltes zu kodieren

Exkl.: Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (1-781)

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)

Hinw.: Hier soll die Kurzform des Basisassessments kodiert werden

Die Anwendung dieses Codes setzt die Untersuchung von mindestens drei Dimensionen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden

1-781 Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)

Dieser Code ist nur einmal während des stationären Aufenthaltes zu kodieren

Exkl: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982)

Hinw.: Die Anwendung dieses Codes setzt die Untersuchung von mindestens fünf relevanten Dimensionen der Palliativversorgung voraus (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz), die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.

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

Zur Verbesserung der spezialisierten ärztlichen, pflegerischen und psychosozialen palliativmedizinischen Versorgung wird derzeit in vielen Krankenhäusern ein entsprechendes Leistungsangebot implementiert oder regelhaft angeboten. Besondere Bedeutung kommt diesem Angebot als Komplementärleistung im stationären Bereich zu der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im ambulanten Sektor zu. Entsprechend ist zu fordern, dass die Verordnungsfähigkeit der SAPV, die aus dem stationären Sektor heraus angeregt werden kann, an eine fundierte Beurteilung der palliativmedizinischen Ausgangskonstellation geknüpft wird, um der zu erwartenden Steuerungsfunktion gerecht zu werden.

Entsprechend der Verortung speziell ausgebildeter Teams zur komplexen palliativmedizinischen Mitbehandlung mit einer 160 Std. Palliative-Care Weiterbildung im pflegerischen Bereich und Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im ärztlichen Bereich sollte diesen Gruppen die Kompetenz zur Indikationsstellung und Verordnung geeigneter palliativer (Weiter-) Versorgung zugesprochen werden.

Dazu wird vielerorts mit validierten diagnostischen Instrumenten gearbeitet, die erlauben spezifische Indikationsstellungen transparent nachzuvollziehen. In Anbetracht der zunehmenden Bedeutung dieses Leistungsmerkmales für die Steuerung der ambulanten Betreuung und des zugrunde liegenden Ressourcenaufwandes, halten wir die Aufnahme als Diagnoseschlüssel für dringlich.

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

Das DRG-System ist als pauschalierendes Entgeltsystem auf eine möglichst exakte Definition der erbrachten Leistungen angewiesen. Spezifische palliativmedizinische Diagnostik ist eine Leistung, die einerseits bisher nicht kodierbar ist andererseits derzeit eine zunehmende Verbreitung findet. Patienten, denen diese Leistung zukommt, sind diejenigen bei denen im Bedarfsfall spezialisierte Weiterbetreuung zum Tragen kommt, aber längst nicht alle Patienten die erweiterte palliative Diagnostik erhalten, werden automatisch in die Komplexversorgungsstrukturen überführt, die entsprechend diese diagnostischen Kriterien selbstverständlich beinhaltet.

Es ist daher dringend erforderlich, diese Leistung auch abbildbar zu machen und sie in den OPS-Katalog aufzunehmen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Es handelt sich hier um eine neue Leistungsbeschreibung, deren Umfang relevanten Ressourcenverbrauch von Personal und Struktur verursacht.

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

Die Leistung wird aktuell in nahezu allen Kliniken mit Palliativstationen angeboten und in einigen Fällen auch ohne deren Vorliegen. Das betrifft etwa 200 Kliniken und bei anzunehmenden 200 "diagnostischen" Patienten pro Klinik / Dienst somit ca 40.000 Patienten / Jahr.

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

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

nicht abgestimmt

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

In Verbindung zu sehen mit den anderen Eingaben bzgl. der Differenzierung der Darstellung von Palliativmedizin