

Glossar der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Mindestmerkmalen der OPS 8-98e (neu ab 2012)

Vorbemerkung: Das folgende Glossar beschreibt die Voraussetzungen zur Erfüllung der Mindestmerkmale der OPS 8-98d und 8-98e im Selbstverständnis der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Die Empfehlungen zu inhaltlicher Interpretation, praktischer Umsetzung und Dokumentation basieren auf fachlicher Einschätzung. Die Einhaltung der Empfehlungen allein garantiert dabei leider nicht zwingend die Anerkennung sämtlicher Leistungen durch Kostenträger und Mdk.

Spezifische Mindestmerkmale der OPS-Codes zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung und ihre Erläuterung:

- ***Kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten)***

Die Behandlung erfolgt auf einer organisatorisch unabhängigen Palliativstation mit eigenem Dienstplan und eigener Personalstruktur. Die spezialisierte Palliativbehandlung ist durch Personalschlüssel und Qualifikation der Akteure rund um die Uhr gewährleistet. Eine spezifische Dokumentation für den Einzelfall ist nicht erforderlich, grundsätzlich nachzuweisen sind die entsprechenden Strukturmerkmale: eigener Dienstplan, eigene Personalstruktur, Personalschlüssel und Qualifikation der Akteure, sowie räumliche Abtrennung.

- ***durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team.***

In Analogie zur SAPV sind die Qualifikations- und Strukturkriterien eines Palliative Care Teams nachzuweisen. Eine spezifische Dokumentation für den Einzelfall ist nicht erforderlich.

- ***Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung***

Die seitens der Behandlungsleitung zu erfüllenden Qualifikationskriterien entsprechen den Anforderungen an die SAPV. Diese sind strukturell mittels Dienstplan und im Einzelfall in der Patientenakte zu dokumentieren.

- ***Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden***

Dies ist mittels Hintergrunddienst durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin zu gewährleisten und strukturell durch den Dienstplan nachzuweisen.

- ***Von Montag bis Freitag tagsüber eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit***

Zu gewährleisten ist eine tatsächliche Arztpräsenz entsprechend einer ärztlichen Vollzeitstelle (VZÄ) auf der Palliativstation. Dies ist z.B. mittels Dienstplan zu dokumentieren.

- ***Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung***

Die seitens der pflegerischen Leitung zu erfüllenden Qualifikationskriterien entsprechen den Anforderungen an die SAPV und sind strukturell, nicht für den Einzelfall, nachzuweisen.

- ***Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung***

Dies ist definiert über OPS 1-774 und für den Einzelfall z.B. gemäß der Dokumentationsempfehlungen der DGP nachzuweisen.

- ***Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Dokumentation***

Täglich hat der Abgleich der tagesaktuellen Probleme im multiprofessionellen Kontext zu erfolgen. Am Wochenende sind das Pflege/Arzt, unter der Woche unter zusätzlicher Einbeziehung der für den Patienten aktuell relevanten ergänzenden Therapieangebote. Dies ist für den Einzelfall handschriftlich bzw. elektronisch in die Patientenkurve einzutragen.

- ***Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme***

Eine multiprofessionell erarbeitete multidimensionale (medizinisch, pflegerisch und psychosozial-spirituell) Behandlungsplanung dient als Grundlage für wöchentliche Teambesprechungen zur Bewertung erzielter Behandlungsergebnisse und wird dort ggf. angepasst (siehe Dokumentationsempfehlung der DGP). Dies erfordert die Dokumentation eines Behandlungsplan für den Einzelfall.

- ***Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator***

Ein verantwortliches Teammitglied ist für die „Gesamtbelange“ des Patienten zu benennen, fungiert als Ansprechpartner für Patient und Angehörige in der Planung der weiterführenden Versorgungsangebote und koordiniert ggfs. Überleitung in weiterbetreuende Strukturen. Prinzipiell ist diese Funktion von jedem Teammitglied fallbezogen wahrnehmbar. Die Dokumentation erfolgt im Einzelfall z.B. durch Benennung in der Patientenkurve bzw. strukturell durch Benennung eines Case Managers.

- ***Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung, ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung unter Einbeziehung ihrer Angehörigen***

Zu gewährleisten ist eine bedarfsgerecht multidimensionale Behandlung mit erkennbar palliativer Ausrichtung, für den Einzelfall nachzuweisen mittels Verlaufsdocumentation, siehe Dokumentationsempfehlung der DGP.

- ***Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle***

Strukturell ist die Verfügbarkeit medizin-technischer Hilfsmittel wie z.B. PCA- Pumpen, Ernährungspumpen, sc-Pumpen, die Sicherstellung der Anwendung durch geschultes Personal sowie eine klar strukturierte patientenbezogene Therapie-Überwachung zu gewährleisten. Auf den Einzelfall bezogen ist eine Verlaufsdocumentation nachzuweisen.

- ***Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal***

Einzusetzen ist qualifiziertes Pflegepersonal (möglichst mit Abschluss eines 160h- Kurses Palliative Care). Die regelmäßige innerbetriebliche Fortbildung zu dem Thema sowie die Teilnahme an betriebsübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen ist ebenfalls nachzuweisen.

- ***Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele***

Zu gewährleisten ist eine Gesamtteambesprechung mit Besprechung der Patienten aus der Perspektive aller involvierten Berufsgruppen zur Beurteilung bislang erzielter Therapiefortschritte (entlang des individuellen Behandlungsplans) und bedarfsgerechter Anpassung der multidimensionalen Strategie. Dies ist strukturell, aber auch für den Einzelfall nachzuweisen, siehe Dokumentationsempfehlung der DGP.

- ***Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/ Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)***

Die multidimensionale Therapie ist durch Einbindung weiterer nicht primär ärztlicher oder pflegerischer Tätigkeiten zu gewährleisten und strukturell wie auch im Einzelfall nachzuweisen. Die Liste ist nicht als abschließende Tätigkeitsbeschreibung oder voraussetzende berufliche Qualifikation zu verstehen, sondern umschreibt Themenschwerpunkte der ergänzenden therapeutischen Angebote (incl. Fallbesprechung und patientenferne Tätigkeiten). Zur Dokumentation siehe z.B. DGP OPS-Dokuplan (OPS 8.98e - 2 Seiten).

- ***Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)***

Wesentlich ist die Vernetzung der Einrichtung in geeignete Netzwerkstrukturen durch formale und informelle Kooperation mit weiteren Anbietern der palliativ-hospizlichen Versorgung wie z.B. SAPV-Teams, stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen, Angeboten zur Trauerbegleitung. Informationen werden Patienten und Angehörigen aktiv angeboten (Auslage von Flyern etc.), die individuelle Beratung kann in der patientenbezogenen Verlaufsdocumentation nachvollzogen werden. Die Angebote sind auf der Station z.B. beim Sozialdienst zu sammeln.

- ***Bedarfsgerechte Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung***

Wesentlich als Strukturmerkmal ist die Vernetzung der Einrichtung in vorhandene Netzwerkstrukturen durch formale und informelle Kooperation mit weiteren Anbietern der palliativ-hospizlichen Versorgung wie z.B. SAPV-Teams, stationäre und ambulante Hospizeinrichtungen. Informationen werden Patienten und Angehörigen aktiv angeboten (Auslage von Flyern etc.), die individuelle Beratung kann in der patientenbezogenen Verlaufsdocumentation nachvollzogen werden. In der Patientenakte/-kurve sind Überleitungsvermerke zu dokumentieren.