

Änderungsvorschlag für den OPS 2012

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-komplexbefruehrea-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 Professor
Name * Nauck
Vorname * Friedemann
Straße * Aachener Strasse 5
PLZ * 10713
Ort * Berlin
E-Mail * friedemann.nauck@dgpalliativmedizin
Telefon * 030-81826885

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation * DGP
Internetadresse der Organisation * www.dgpalliativmedizin.de
Anrede (inkl. Titel) * Herr Dr.
Name * Maier
Vorname * Bernd Oliver
Straße * Aachener Strasse 5
PLZ * 10713
Ort * Berlin
E-Mail * bernd-oliver.maier@hsk-wiesbaden.de
Telefon * 0611-43-3563

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) *

Einführung der spezialisierten stationären Palliativversorgung (SSPV)

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)

8.98xx. Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (SSPV)

Hinw.: Dieser Code schließt die Mindestmerkmale von 8-982. mit ein.

Mindestmerkmale:

Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit (mind. 5 Betten) durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und mind. 6 monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung und einer pflegerischen Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.

Behandlungsanspruch haben Patienten, die einer besonders aufwändigen palliativen Versorgung bedürfen. Anhaltspunkt dafür ist das Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und / oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen, sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens ein der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- o ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- o ausgeprägte neurologische, psychiatrische, psychische Symptomatik
- o ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- o ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- o ausgeprägte urogenitale Symptomatik

Inhalte der Spezialisierten Stationären Palliativversorgung (SSPV) sind

- o Kontinuierliche, rund um die Uhr gewährleistete, multiprofessionelle, koordinierte, spezialisierte palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung und Behandlung unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen.
- o Kontinuierliche Anwendung von Medikamenten und anderen Maßnahmen zur Symptomlinderung
- o Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und deren kontinuierliche Überwachung
- o Palliativmedizinische Maßnahmen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht
- o Spezialisierte Palliativpflegerische Leistungen, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Pflegefachkraft mit einer curricularen Weiterbildung zu Palliative Care entspricht
- o Psychosoziale Unterstützung im Umgang mit schweren Erkrankungen in enger multiprofessioneller Teamarbeit
- o Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur palliativen

Versorgung einschließlich Unterstützung beim Umgang mit Sterben und Tod

Diese wird gewährleistet durch:

- Multiprofessionelle Erhebung des palliativmedizinischen Basisassessments (PBA)
- Multiprofessionelle Fallbesprechung am 1. Behandlungstag und täglich im Behandlungsverlauf
- Einmal wöchentliche Fallbesprechung im gesamten palliativen Behandlungsteam (inklusive der Vertreter der nicht-ärztlichen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen)
- Begleitung des Patienten durch einen fallbezogenen Koordinator
- Sofortige Verfügbarkeit von relevanten Medikamenten, insbesondere Schmerzmitteln (Opiaten), und Überwachung der Wirkeffizienz
- Präsenzzeit eines Arztes mindestens 45min / Patient / Tag, (wochenends und feiertags Visite)
- Präsenz speziell geschulter Pflegefachkräfte (mindestens 1 eine examinierte Pflegekraft mit der staatlich anerkannten Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ und Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Std sowie Erfahrung in der Palliativpflege pro Tagschicht)
- Patientenbezogene Verordnung spezifischer Bedarfsmedikation für antizipierte Symptombelastung unter Angabe von Indikation, Applikationsart, Wiederholungsintervall und Festlegung des Vorgehens im Falle eines Therapieversagens
- Rund um die Uhr Erreichbarkeit, Ruf- und Einsatzbereitschaft eines in spezialisierter Palliativversorgung erfahrenen Arztes
- Präsenzzeiten und Teameinbindung von Vertretern weiterer therapeutischer Angebote
- Sofortige Verfügbarkeit von relevanter apparativer Ausstattung (z.B. Pumpen) und für die Palliativbetreuung notwendigen Hilfsmitteln
- Rund um die Uhr Präsenz von im Umgang mit den apparativen Hilfsmitteln geschultes Personal
- Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus),
- Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierter Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen und sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung
- Durchführung einer regelmäßigen Teamsupervision

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die stationäre Palliativversorgung im Rahmen der Krankenhausbehandlung findet sich im OPS bislang als OPS 8-982, eine weiterführende Differenzierung ist nicht gegeben.

Entsprechend der Strukturierung von Palliativversorgung ist von einem nach inhaltlichem Aufwand und Komplexität der Versorgung differenzierenden 3stufigen Modell auszugehen, das zwischen palliativer Grundversorgung, allgemeiner Palliativversorgung und spezialisierter Palliativversorgung unterscheidet.

In der bestehenden Abbildung im OPS ist diese Differenzierung nicht enthalten. Anstatt Berücksichtigung der tatsächlichen fallbezogenen Leistungsdichte, wird bei Überschreiten bestimmter Schwellenwerte (z.B. stundenbezogener Aufwand weiterer Therapieangebote) die palliativmedizinische Komplexbehandlung ohne weitere Differenzierung codierbar.

Dies entspricht in mehrfacher Hinsicht nicht voll umfänglich der Leistungsdichte der spezialisiertesten Form von Palliativversorgung im Krankenhaus, die im wesentlichen durch kontinuierliche Behandlung (im Unterschied zu intermittierend - impulsgebend) gekennzeichnet ist. Fachlich ist dies der Behandlung auf einer eigenständig organisierten Einheit gleichzusetzen, wie sie auch in der Regelung zur "Besonderen Einrichtungen" für Palliativstationen gefordert ist. Nur hier sind Interaktionen und Interventionen im kontinuierlichen Prozess gewährleistet und zugrunde liegenden strukturellen Voraussetzungen werden beschreibbar gewährleistet.

Davon unberührt macht die bestehende palliativmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-982 Sinn, um die mittlere Stufe der palliativmedizinischen Krankenhausbehandlung zu beschreiben und weiterzufördern.

Faktisch ist die hier beschriebene Differenzierung im Versorgungalltag etabliert. Vorausgegangene Eingaben, die zum Ziel hatten, diese in besonderem Maße spezialisierte Form der stationären

Palliativversorgung zu beschreiben wurden zurückgewiesen mit der Begründung dass entweder zu viele Strukturmerkmale aufgeführt seien (Bezug auf Palliativstation) und keine ausreichende inhaltliche Differenzierung gegenüber der bestehenden OPS 8-982 erkennbar.

Die DGP stimmt insofern mit dem DIMDI überein, dass die wirklichkeitsnahe Abbildung der spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus mit den Möglichkeiten der bestehenden Klassifikationssysteme OPS und DRG nicht gegeben ist. In besonderem Maße trifft dies für den Unterschied zwischen kontinuierlicher Leistungserbringung und intermittierender Unterstützung im Rahmen der palliativen Behandlung in einer Funktionsabteilung des Krankenhauses zu.

In Analogie zu der im ambulanten Bereich gesetzlich verankerten Leistung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), versuchen wir mit dem neugefassten Code nun die korrespondierende bedarfsgerechte und zweckmäßige Leistung zu beschreiben. Ausgangspunkt ist dabei, wie in der SAPV, der individuelle Bedarf des Patienten, der eine besonders aufwändige und komplexe Versorgung notwendig macht und Behandlungselemente nach sich zieht, die charakterisiert sind durch Kontinuität und 24h stündige Verfügbarkeit und Anwendung der palliativ qualifizierten Behandlungskompetenz.

Die Komplexleistung Palliativmedizin soll durch diesen Code zwischen spezialisiert intensiver Palliativbehandlung und qualifizierter Palliativbehandlung differenzierbar werden. Die DGP sieht hier Analogien zu den Codes für die Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles, wo eine eben solche Differenzierung, die sich auch auf Strukturmerkmale und Vorhaltung stützt, umgesetzt ist.

Strukturell - inhaltlich und organisatorisch entspricht die Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung (SSPV) einer Maßnahme vergleichbar dem Aufenthalt auf einer Intensivstation, bei dem auch der Bedarf des Patienten die Inanspruchnahme einer besonders hohen Leistungsdichte, die permanent zur Anwendung kommt, bedingt und die nicht an einem beliebigen Ort erbracht werden kann.

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

Der Vorschlag ist sehr relevant für die Weiterentwicklung. Bislang ist die palliativmedizinische Komplexbehandlung 8-982 mit der ZE 60 hinterlegt, die folgerichtig nicht zwischen der kontinuierlichen Intensivpalliativbehandlung im Sinne der SSPV und der intermittierend impulsgebenden palliativen Behandlung auf einer Funktionsabteilung differenzieren kann. Im Zuge der aktuellen Daten ist es dem InEK auch nicht möglich, diese Differenzierung vorzunehmen, da die OPS 8-982 keinen Aufschluss über diese Differenzierung, respektive den Behandlungsort gibt.

Wir erwarten hier eine klare Kostentrennung innerhalb der OPS 8-982, die durch den Unterschied der personalaufwändigen Leistungserbringung im Umfang kontinuierlich gegenüber impulsgebend und der intensiven multiprofessionellen Abstimmung begründet ist und die durch Beschreibung eines Schwellenwertes nicht sachgerecht wiedergegeben wird.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Wir gehen entsprechend einer Umfrage von 2007 unter Palliativstationen von Behandlungskosten um ca. 450€ / Tag /Patient im Rahmen der SSPV aus. Diese Annahme basiert auf den Erfahrungen im Umgang mit der Regelung zur "Besonderen Einrichtung".

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

Analog der Annahmen SAPV kann von einem SSPV-Bedarf bei 10% aller im Krankenhaus behandelten schwerstkranken und sterbenden Patienten ausgegangen werden.

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

Die DGP erwartet eine Kostentrennung durch oben beschriebene Kriterien, die gegenüber der ZE 60 (und ihrer inhaltlich nicht haltbaren zeitlichen Staffelung) einen Kostenunterschied um den Faktor 2-3 erkennbar machen wird.

Die DGP hält hierbei die Einführung eines in anderer zeitlicher Maßstäblichkeit (z.B. tagesbasiert) anzuwendendes Zusatzentgelt für geboten. Bei nicht gelingender realistischer Abbildbarkeit des Mehraufwandes der in besonderem Maße zur spezialisierten stationären Palliativversorgung befähigten Zentren und Abteilungen gegenüber den Leistungen der ortsungebundenen qualifizierten Palliativversorgung bleibt sonst nur der Weg in Analogie zu der Entwicklung für das Fachgebiet der Psychiatrie eine dauerhaften Ausstieg aus der Klassifikationssystematik zu erwirken.

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.)

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Ordnung der Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Palliativbetreuung, insbesondere der Evaluation der SAPV, die korrespondierende Elemente im stationären Bereich erfordert, sollte dieser Vorschlag in dem Gesamtkontext der sektorenübergreifenden Palliativversorgung gestellt werden.

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

Gerne steht die DGP für intensiven Austausch und Diskussion zur Verfügung, auch um gegebenenfalls über diesen Vorschlag hinaus, nach Wegen der angemessenen Abbildung der bedarfsgerechten und zweckmäßigen stationären Palliativversorgung in der Klassifikations- und Vergütungsmatrix zu suchen.