

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS-301

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2005 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
Name *	Klaschik
Vorname *	Eberhard
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	v. Hompesch-Str. 1
PLZ	53123
Ort	Bonn
E-Mail-Adresse *	dgp.bonn@malteser.de
Telefon *	0228/6481-361
Telefax	0228/6481-851

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Ewald
Vorname	Hermann
Titel	Dr. med.
Straße	Arnold-Heller-Str. 9
PLZ	24105
Ort	Kiel
E-Mail-Adresse	ewald@onco.uni-kiel.de
Telefon	0431/597-3023
Telefax	0431/597-3110

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Palliativmedizin

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

Ja
 Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V.

Status der Abstimmung:

Begonnen
 Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

Ja
 Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Um die komplexen Leistungen, die auf Palliativstationen erbracht werden, im G-DRG-System abbildbar zu machen, schlagen wir vor, dafür einen neuen, spezifischen OPS-Kode einzuführen. Dieser Kode sollte an bestimmte Strukturmerkmale gekoppelt sein (Personal-, Raum- und Leistungsstandards), die das Minimum dessen definieren, was die Durchführung einer multiprofessionellen palliativmedizinischen Behandlung erfordert. Gleichzeitig wird damit auch erreicht, dass diese Leistungen nachprüfbar sind, und dass die Möglichkeit eines Missbrauchs der OPS minimiert wird.

Da sich der Leistungsaufwand auf Palliativstationen vor allem aus dem kontinuierlich hohen Personaleinsatz ergibt, ist es sinnvoll, innerhalb eines neuen OPS-Kodes noch nach verschiedenen Aufenthaltszeiten zu differenzieren.

Daneben schlagen wir vor, eine weitere palliativmedizinische OPS einzuführen, um die Leistungen abbildbar zu machen, die im Rahmen einer stationären palliativmedizinischen Versorgung außerhalb von Palliativstationen erbracht werden.

Insgesamt würde dadurch eine in der Intensität abgestufte palliativmedizinische Betreuung kodierbar, die sich mit den bisher verfügbaren Schlüsseln im G-DRG-System noch nicht abbilden lässt.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-9790 - palliativmedizinische Komplexbehandlung auf Palliativstationen

1-7 Tage, 8-14 Tage, 15-21 Tage, über 21 Tage

Bedingungen für die Anwendbarkeit dieses Kodes:

Personalstandard:

- Ärzte: 1 VK pro 6,5 Patienten
- Ärztliche Leitung: Facharzt, Zusatzweiterbildung Palliativmedizin (sobald eingeführt) oder vergleichbare Qualifikation
- Pflegepersonal: 1,2 VK pro Patient, 30% des Personals mit 160h Palliative-Care-Kurs
- Pflegerische Leitung und Stellvertretung: 160h Palliative-Care-Kurs
- Einsatz von weiteren Professionen¹ mit insgesamt mindestens 6 Std. pro Patient und Woche. Kontinuität der eingesetzten Personen auch bei zentralisiertem Angebot dieser Leistungen.

Raumstandard:

- Abgeschlossener Bereich
- 8-12 Betten (mindestens 5, geg. >12)
- 1-/2-Bettzimmer
- feste Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige
- besonders wohnliche Atmosphäre mit Wohnzimmer

Leistungsstandard:

- Definition und regelmäßige Überprüfung von Therapiezielen
- Eine gemeinsame tägliche Übergabe im multiprofessionellen Team
- Eine gemeinsame wöchentliche Teambesprechung²
- Regelmäßige Dokumentation spezifisch palliativmedizinischer Leistungen
- Standardisierte Symptom- und Symptomverlaufsdokumentation
- Angebot eines klinikinternen Konsiliardienstes
- Interne palliativmedizinische Fortbildungen

¹ Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge, Psychologe, Seelsorger, Physiotherapeut, Kunsttherapeut, Musiktherapeut u.a., - mindestens 3 davon verfügbar. Es wird empfohlen, dass die Mitarbeiter aus diesem Bereich einen 40 Std. Palliativ-Care-Kurs für psychosoziale Dienste absolviert haben.

² Ärzte, Pflegekräfte und alle anderen regelmäßig an der Behandlung beteiligten Professionen.

8-9791 – „Palliativmedizinische Behandlung als Hauptbehandlung außerhalb von Palliativstationen: Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und i.A. ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung.“

Für das Verzeichnis: Palliativbehandlung, palliativmedizinische Behandlung, palliativmedizinische Therapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Sterbebegleitung.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Die besonderen Leistungen, die für palliativmedizinische Patienten im stationären Bereich erbracht werden, sind bisher im G-DRG-System nicht ausreichend abbildbar. Durch die Einführung eines spezifischen OPS-Kodes würde es zukünftig möglich, diese komplexen Leistungen abzubilden und damit dem Ziel einer leistungsgerechten Vergütung näher zu kommen.

Erläuterungen:

Um welche Patienten geht es?

Betreut werden Patienten, die an einer fortgeschrittenen, unheilbaren Erkrankung leiden, die kontinuierlich weiter fortschreitet und meist absehbar zum Tode führt.

Wenn diese Patienten unter einer schweren körperlichen Symptomatik leiden (z.B. stärkster Schmerz, massive Übelkeit, anhaltendes Erbrechen, schwere Atemnot) oder unter einer desolaten psychosozialen Situation (z.B. ausgeprägte Angst oder Panik) kann eine stationäre palliativmedizinische Behandlung erforderlich werden.

Ursächliche Therapien der Grunderkrankung (z.B. OP, Bestrahlung oder Chemotherapie bei onkologischen Patienten) sind in der Regel nicht mehr möglich.

Palliativmedizinische Patienten sind also einerseits abzugrenzen von onkologischen Patienten, bei denen eine palliative onkologische Therapie durchgeführt wird. Sie sind aber genauso abzugrenzen von sterbenden Patienten, die nicht unter einer schweren Symptomatik leiden und bei denen die psychosoziale Situation tragfähig ist. Die Übergänge sind allerdings fließend.

Was ist das Besondere der komplexen palliativmedizinischen Behandlung?

Die besondere Qualität einer komplexen palliativmedizinischen Therapie ergibt sich u.a. durch:

- den ganzheitlichen, besonders patientenzentrierten Behandlungsansatz
- das Einbeziehen der pflegenden Bezugspersonen
- die ärztliche Kompetenz in Bezug auf Maßnahmen der Symptomkontrolle
- die pflegerische Kompetenz in Bezug auf spezifisch palliativmedizinische Probleme (z.B. exulcerierende Tumore, Obstipation, Mundtrockenheit, Inkontinenz)
- die Verfügbarkeit multipler weiterer Professionen
- die Dokumentation und mehrfach tägliche Überprüfung des Verlaufs belastender Symptome
- die enge Vernetzung aller an der Behandlung Beteiligten durch regelmäßige, gemeinsame Übergaben und Besprechungen
- die besonders trainierten kommunikativen Fähigkeiten der Teammitglieder
- die kontinuierliche Reflexion des Einzelnen sowie des Teams
- die besondere Achtsamkeit und das Ernstnehmen scheinbar unwichtiger Details
- die organisierte soziale Überleitung von der Station nach Hause

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

Eine leistungsgerechte Vergütung stationärer palliativmedizinischer Behandlungen ist derzeit im Rahmen des G-DRG-Systems noch nicht möglich, da die Leistungen, die für die betroffene Patientengruppe erbracht werden, nur zu einem geringen Teil im OPS-Katalog definiert sind.

Die kodierbaren ICD- und OPS-Kodes führen daher zur Eingruppierung in DRGs, die in der Regel nur einen deutlich zu niedrigen Leistungsaufwand honorieren.

Diese Einschätzung wird u.a. durch ein Gutachten von PD Dr. Röder an einer Stichprobe von 1290 palliativmedizinischen Fällen belegt³. Darin wurde z.B. gezeigt, dass die Verweildauer und der CC-Level

³ Roeder et al, „DRGs in der Palliativmedizin: Ist die palliativmedizinische Begleitung Schwerstkranker pauschalierbar?“, Das Krankenhaus, 12/2002, S.1000-1004

von Patienten auf Palliativstationen deutlich höher liegen, als bei internistischen Patienten gleicher Hauptdiagnose (mediane Verweildauer: 10 vs 5 Tage und hoher oder höchster Schweregrad bei 70-80% der palliativmedizinischen Patienten vs 20-30% im internistischen Kollektiv).

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- Ja
 Nein

Begründung:

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

- Standard
 Etabliert
 In der Evaluation
 Experimentell
 Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Die folgenden Zahlenangaben beziehen sich ausschließlich auf die potentielle OPS 8-9790:
„palliativmedizinische Komplexbehandlung auf Palliativstationen“:

Bezogen auf die BRD insgesamt:

Zahl der Kliniken: ca. 92 Zahl der Fälle: ca. 17.000

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

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