

Glossar der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur OPS 8-98e *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (2023)

Vorbemerkung: Das folgende Glossar beschreibt die Voraussetzungen zur Erfüllung der Mindestmerkmale der 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 MD.

Die Unterpunkte sind in Struktur- und Leistungs/Mindestmerkmal gegliedert:

- Die *Strukturmerkmale* werden im Rahmen der Strukturprüfungen evtl. anhand von einzelnen Fällen überprüft und eben nicht bei jedem einzelnen Fall. Dazu jeweils die Hinweise aus der Anlage 6a: Erforderliche Unterlagen je abrechnungsrelevanten OPS-Code (OPS 2022) zur Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL)
- *Leistungsmerkmale* können im Rahmen von Einzelfallprüfungen vom MD geprüft werden

1. Erläuterung Exklusivum:

In der OPS-Beschreibung wird die gleichzeitige Abrechnung dieser OPS mit der *Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)* und *Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)* exkludiert. Aus DGP-Sicht ist eine Abrechnung bei einem Fall dennoch möglich. Die abgerechneten Codes dürfen nicht simultan abgerechnet werden und müssen klar abgegrenzt werden können.

Beispiel: Behandlung zuerst 3 Tage im Palliativdienst (Abrechnung OPS 8-98h.01), dann Übernahme auf die Palliativstation und Begleitung über 8 weitere Tage (Abrechnung OPS 8-98e.1). Wichtig ist die Dokumentation am Übergabetag: Erstellung eines eigenen palliativmedizinischen Basisassessment und Behandlungsplan (s.u.) durch die Station am Übernahmetag, keine weitere Anrechnung von Leistungen durch den Palliativdienst.

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

2. Strukturmerkmale

- **„Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team)“**

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.

Hinweise für die Strukturprüfung:

Erforderliche Unterlagen (StrOPS-RL):

- ✓ Nachweis der eigenständigen Palliativeinheit durch SOP, Beschreibung und Lageplan
- ✓ SOP zur Zusammensetzung des multiprofessionellen spezialisierten Team
- ✓ Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder

Anmerkungen & Hilfen:

Ein Hinweis bei der Prüfung auf eine Zertifizierung/Anerkennung der Palliativstation nach DGP/ClarCert hier sehr hilfreich und es kann ggf. zur Abkürzung des Verfahrens führen. SOPs damit vorhanden. Es empfiehlt sich Abschlusszeugnisse und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder als Scan jederzeit zur Verfügung zu haben. Manchmal wurde eine Besichtigung mit Führung der Palliativstation gewünscht.

- **„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 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden“**

Es ist die Qualifikation der Behandlungsleitung nachzuweisen. Eine spezifische Dokumentation für den Einzelfall ist nicht erforderlich. Die Rufbereitschaft kann als Hintergrunddienst organisiert werden.

Hinweise für die Strukturprüfung:

Erforderliche Unterlagen (StrOPS-RL):

- ✓ Für die Behandlungsleitung
 - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - Ggf. Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- ✓ Vertretung Behandlungsleitung
 - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- ✓ Nachweise (z.B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung der ärztlichen Behandlungsleitungen
- ✓ Dienstpläne der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, die die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung sicherstellen

Anmerkungen & Hilfen:

Auch hier kann der Verweis auf eine Zertifizierung/Anerkennung der Palliativstation nach DGP/ClarCert hier sehr hilfreich sein. Urkunden und Nachweise können als Scan/Pdf vorliegen. Bei Vorhandensein verschiedener Palliativstrukturen in einer Einrichtung (z. B. Palliativstation und Palliativdienst) sollten die Bereiche im Dienstplan klar getrennt erkennbar sein. Falls Doppelfunktionen in verschiedenen Bereichen bestehen, sollte eine eindeutige Zuordnung der Stellenanteile in SOPs oder in Arbeitsverträgen nachweisbar sein. Die mindestens 6-monatige Erfahrung kann auch in der Einrichtung erworben werden. Es sollte jedoch hierzu eine Bestätigung der Leitung vorliegen.

- **Werktags (von Montag bis Freitag) eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit**

Zu gewährleisten ist eine tatsächliche Arztpräsenz entsprechend *einer* ärztlichen Vollzeitstelle (VZÄ) auf der Palliativstation.

Hinweise für die Strukturprüfung:

Erforderliche Unterlagen (StrOPS-RL):

- ✓ Approbationsurkunden
- ✓ Ärztliche Dienstpläne/Einsatzplan der Palliativstation

Anmerkungen & Hilfen:

Urkunden und Nachweise können als Scan/Pdf vorliegen. Bei Vorhandensein verschiedener Palliativstrukturen in einer Einrichtung (z. B. Palliativstation und Palliativdienst) sollten die Bereiche im Dienstplan klar getrennt erkennbar sein. Doppelfunktionen in verschiedenen Bereichen bestehen, sollte eine eindeutige Zuordnung der Stellenanteile in SOPs oder in Arbeitsverträgen nachweisbar sein.

- **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**

Hinweise für die Strukturprüfung:

Erforderliche Unterlagen (StrOPS-RL):

- ✓ Pflegerische Leitung und Vertretung der Leitung
 - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - Regelungen zu den Anwesenheiten/Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - Nachweise über die curriculare Zusatzqualifikation über mindestens 160 Stunden
 - Nachweise (z.B. Arbeitszeugnis) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung

Anmerkungen & Hilfen:

Auch hier kann der Verweis auf eine Zertifizierung/Anerkennung der Palliativstation nach DGP/ClarCert hier sehr hilfreich sein. Urkunden und Nachweise können als Scan/Pdf vorliegen. Bei Vorhandensein verschiedener Palliativstrukturen in einer Einrichtung (z. B. Palliativstation und Palliativdienst) sollten die Bereiche im Dienstplan klar getrennt erkennbar sein. Falls Doppelfunktionen in verschiedenen Bereichen bestehen, sollte eine eindeutige Zuordnung der Stellenanteile in SOPs oder in Arbeitsverträgen nachweisbar sein. Die mindestens 6-monatige Erfahrung kann auch in der Einrichtung erworben werden. Es sollte jedoch hierzu eine Bestätigung der Leitung vorliegen.

- **Vorhandensein von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen 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. Es handelt sich um ein Struktur- und um kein Leistungsmerkmal. D. h. im Einzelfall können auch Patienten ohne entsprechende Verfahren über diese OPS abgerechnet werden.

Hinweise für die Strukturprüfung:

Erforderliche Unterlagen (StrOPS-RL):

- ✓ Inventarliste zum Nachweis der Verfügbarkeit von apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung

Anmerkungen & Hilfen:

Ggf. Besichtigung im Rahmen einer Stationsbegehung.

3. Mindest-/Leistungsmerkmale

Leistungsmerkmale werden im Rahmen der Einzelfallprüfung durch den MD kontrolliert. Die Überprüfungen können nur das Vorhandensein eines Merkmals umfassen, aber auch Inhalte angeschaut und das Erstelldatum kann Gegenstand der Überprüfung sein. Manchmal wird bei einem ersten Einzelfall die Dokumentationssystematik einer Einrichtung ausgeforscht und dann auch die Folgefälle angewendet. Daher lohnt sich ein durch z. B. SOPs geregeltes Vorgehen.

- 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.

Untersuchung von mindestens fünf Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, Symptomintensität, Lebensqualität, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Stimmung, Ernährung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.

Siehe auch DGP-Webseite - Dokumentationshilfen

<https://www.dgpalliativmedizin.de/category/5-neu-ops-8-98e-dokumentationshilfen.html>

Hinweise zu Einzelfallprüfungen:

Die Behandlungstage werden ab dem Zeitpunkt des PBA gezählt. Daher ist hier das Erstelldatum wichtig. Der Zeitaufwand für die Erstellung des PBA wird **nicht** zu den Therapiezeiten (s.u.) gerechnet. Ausführliche Gespräche im Rahmen des Erstkontaktes können aber als Gesprächszeit gesondert dokumentiert werden. Das PBA gehört zu den Kerndokumenten, die in jeder Einzelfallprüfung eingesehen werden und es sollte bei Nachweisanforderungen immer mitversendet werden. Das PBA kann von jeder Berufsgruppe aus dem Behandlungsteam erstellt werden, es müssen nicht alle darin mitwirken. Ein multiprofessioneller Blickwinkel sollte aber deutlich werden.

- Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation

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.

Hinweise zu Einzelfallprüfungen:

Eine Anwesenheitsdokumentation z. B. mit einer Kürzelliste ist ausreichend. Diese ist bei einer Einzelfallprüfung ggf. vorzulegen oder wird handschriftlich bzw. elektronisch in die Patientenkurve eingetragen.

Eine gesonderte Dokumentation der Besprechungsinhalte der täglichen multiprofessionellen Fallbesprechung muss nicht gesondert erfolgen, da Behandlungsziele und -ergebnisse in der Verlaufsdokumentation ausreichend erfasst werden können.

- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme

Eine multiprofessionell erarbeitete multidimensionale (medizinisch, pflegerisch und psychosozial-spirituell) Behandlungsplanung ist das Ergebnis des PBA.

Es sollten zu den einzelnen Behandlungsbereichen oder -dimensionen (z. B. Medizin,

Pflege, Soziale Arbeit, Psychologisch, Spirituell/Seelsorge, Entspannungsverfahren, Physiotherapie ...) Therapieziele und die dafür entsprechend geplante Maßnahmen dokumentiert werden.

Beispiel:

Therapiebereich	Therapieziel	Maßnahme
Medizin	Sterbebegleitung	Feststellen Sterbephase, Zustands- und Symptomeinschätzungen sowie Thematisierung
Pflege	Palliativpflegerische Sterbebegleitung	Anleitung der Angehörigen bzgl. regelmäßiger Mundpflege mit Befeuchtung der Schleimhäute Erklärung und Information zur Beendigung oder Reduktion von Maßnahmen

Es können Textbausteine verwendet werden, diese sollten jedoch auf die Bedürfnisse des Pat. angepasst werden, da ein „individueller“ Behandlungsplan nachzuweisen ist.

Hinweise zu Einzelfallprüfungen:

Der Behandlungsplan ist bei Aufnahme zu erstellen, daher ist auch hier das Erstelldatum ggf. wichtig. Es handelt sich um Kerndokument, das in jeder Einzelfallprüfung eingesehen wird und es sollte bei Nachweisanforderungen immer mitversendet werden. Mindestens in drei Bereichen sollten Ziele und Maßnahmen eingetragen werden.

- ***Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse***

Es ist **keine** zusätzliche, neu zu implementierende, ergänzende Dokumentation zu führen, sondern im Rahmen der bestehenden Pflege- und Visitendokumentation erfolgt eine Verlaufsdokumentation der palliativmedizinischen Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse. Diese Dokumentation schließt Anpassungen der multidimensionalen Strategie ggf. mit ein.

Hinweise zu Einzelfallprüfungen:

Diese fortlaufende Verlaufsdokumentation ersetzt dabei vollumfänglich eine bisweilen seitens des MD geforderte zusätzliche inhaltliche Dokumentation der täglichen Fall- und wöchentlichen Teambesprechung. Hervorzuheben ist die Beurteilung des Behandlungsverlaufs, die nicht an zeitliche Vorgaben (täglich, wöchentlich etc.) gebunden ist.

Auf den Einzelfall bezogen ist eine Verlaufsdokumentation der Behandlungsverfahren nachzuweisen.

- ***Ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen***

Zu gewährleisten ist eine bedarfsgerecht multidimensionale Behandlung mit erkennbar palliativer Ausrichtung, für den Einzelfall nachzuweisen mittels Dokumentation der Behandlungsziele, der entsprechenden Maßnahmen und der entsprechenden Einbindung einzelner Therapiebereiche.

- ***Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und mindestens eines Mitglieds der Pflege des Behandlungsteams sowie mindestens eines weiteren Vertreters der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen pro vollständiger Woche***

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.

Hinweise zu Einzelfallprüfungen:

In der Einzelfallprüfung ist die Durchführung, die Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung, mindestens eines Mitglieds der Pflege des Behandlungsteams sowie mindestens eines weiteren Vertreters der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen darzulegen.

Eine Anwesenheitsdokumentation z. B. mit einer Kürzelleiste ist ausreichend. Diese ist bei einer Einzelfallprüfung ggf. vorzulegen oder wird handschriftlich bzw. elektronisch in die Patientenkurve eingetragen.

Eine Teambesprechung ist patientenindividuell für jede *vollständige* Behandlungswoche von sieben Behandlungstagen nachzuweisen. Entsprechend kann es bei kürzeren Aufenthalten auch evtl. keine dokumentierte Teambesprechung geben.

Eine eigene Dokumentation der Inhalte der wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung erfolgt nicht, da Behandlungsziele und -ergebnisse in der täglichen Routine-/Verlaufsdokumentation erfasst werden.

- ***Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und vollständige Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.). Bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Vertretern unterschiedlicher Berufsgruppen des Behandlungsteams werden die jeweiligen Mitarbeiterminuten aufsummiert***

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).

Die Qualifikation der Therapiebereiche ist in Strukturprüfungen nachzuweisen.

Zum **Behandlungsteam** gehören alle Berufsgruppen, die regelmäßig an Fall- und Teambesprechungen teilnehmen.

Die Zeitvorgabe und der Mindest-Einsatz der Therapiebereiche bezieht sich immer auf eine vollständige Behandlungswoche von 7 Behandlungstagen.

Zu den angegebenen Zeiten der Therapieeinheit/Gespräch muss eine entsprechende inhaltliche Leistungsbeschreibung in der Verlaufsdokumentation des Patienten zuzuordnen sein. Es muss erkennbar ferner sein, wer an der Therapieeinheit / Gespräch teilgenommen hat. Die dokumentierten Zeiten umfassen sowohl Therapieleistung (patientennahe Zeitbindung), als auch die auch die Zeit für Dokumentation (patientenferne Zeit).

Nehmen an einem Gespräch mehrere Berufsgruppen teil, werden die Mitarbeiterminuten aufsummiert (z. B. Familiengespräch mit Arzt, Pflegekraft und Mitarbeiterin soziale Arbeit, Dauer 30 Minuten: Gesprächsgesamtzeit 3x30 Minuten, insgesamt 90 Minuten)

Merkmale als Bedingungen für die Einbeziehung der Seelsorge als Berufsgruppe im Behandlungsteam aus DGP-Sicht:

- Teilnahme der Seelsorgenden an multiprofessionellen Übergaben und Fallbesprechungen
 - Teilnahme an den wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechungen
 - Teilnahme an Teamsupervisionen
 - Teilnahme an der Dokumentation (unter Wahrung der seelsorglichen Schweigepflicht)
- (Vergleiche [DGP-Stellungnahme zum Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe](#) (SG Karlsruhe, 28.02.2019- S 9 KR 1621/17)

- ***Ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus)***
- ***Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und Zuweisung, sofern erforderlich***

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 Verlaufsdokumentation nachvollzogen werden. Die Angebote sind auf der Station z.B. beim Sozialdienst zu sammeln.