

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

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 2006 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 *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Palliativmedizin

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

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: eine Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie könnte erwogen werden. Den Verantwortlichen dieser Gesellschaft liegt diese Eingabe bereits vor.

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Die aktuelle OPS 8-982 wurde 2005 erstmals eingeführt, um die palliativmedizinische Komplexbehandlung im DRG-System abbildbar zu machen.

Zwischenzeitlich haben sich durch die Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Ländern Veränderungen ergeben, die eine Anpassung der OPS erforderlich machen.

Außerdem hat sich im Verlauf der bisherigen Anwendung herausgestellt, dass das Ziel der OPS – die palliativmedizinische Komplexbehandlung kodierbar zu machen – mit der bisher vorliegenden Form des Codes noch nicht erreicht ist. Folgende Defizite sollen durch diese Eingabe behoben werden:

1. Die Definition ist derzeit noch nicht für alle typischen Situationen treffend, sodass ein wesentlicher Teil der Patienten, die palliativmedizinisch behandelt werden, nicht in den Rahmen der OPS passt.
Dazu zählen insbesondere die Patienten, die so schwer krank sind oder sterbend, dass eine Betreuung durch andere Therapeuten von 6h/Wo nicht möglich ist, die aber dafür eine umso intensivere pflegerische und ärztliche Versorgung benötigen. In der Regel ist diese Situation verbunden mit einem überdurchschnittlich hohen zeitlichen Aufwand an Patienten- und Angehörigengesprächen sowohl durch den Arzt als auch durch Psychologen oder Pflegepersonal, wobei jede dieser Gruppen unterschiedliche Inhalte diskutieren kann, für das Gespräch also nur sehr bedingt gegenseitig austauschbar ist (Bsp. Pflege leitet Angehörige an im Unterstützen des Patienten, führt gemeinsam mit den Angehörigen pflegerische Maßnahmen durch und erklärt dabei auch medizinische Sachverhalte, Psychologe führt stützende Gespräche durch, Arzt führt aufklärende/erklärende Gespräche mit Patient und Angehörigen und diskutiert Therapieoptionen).
2. Zwischenzeitlich ist die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin als ärztliche Qualifikation in einem Teil der Bundesländer bereits eingeführt in anderen steht die Einführung kurz bevor. Sie ist eine unabdingbare Voraussetzung in der Qualifikation des Leiters der palliativmedizinischen Komplexbehandlung und steht für den Bereich der Palliativmedizin über der hier unspezifischen Facharztqualifikation.
Die OPS sollte deshalb entsprechend angepasst werden, wobei eine Übergangsregelung sicher sinnvoll ist. Diese könnte über einen Zeitraum von z.B. 3 Jahren laufen, da die Qualifikation in der Regel innerhalb von 1-2 Jahren erworben werden kann.
3. Die Liste der einsetzbaren Therapiebereiche ist noch nicht vollständig und muss um Seelsorge und Entspannungstherapie ergänzt werden.
4. Neben der Qualifikation des Behandlungsleiters ist auch eine besondere Qualifikation des Pflegepersonals erforderlich, was zukünftig in der OPS erkennbar sein soll.
5. Eine palliativmedizinische Komplexbehandlung ist an personelle, strukturelle und inhaltliche Voraussetzungen geknüpft, die in üblichen Krankenhausabteilungen nicht gegeben sind. Die aktuelle OPS 8-982 im Katalog für 2005 enthält nur Teile dieser Voraussetzungen, sodass der Kode in dieser Form die palliativmedizinische Komplexbehandlung nur unzureichend beschreibt. Damit sind verschiedene Level einer palliativmedizinischen Betreuung mit deutlich unterschiedlichem Behandlungsaufwand in der aktuellen Ziffer zusammengefasst, wodurch sich die ohnehin schon große Inhomogenität palliativmedizinischer Patienten noch weiter verstärkt. Im Sinn einer möglichst guten Homogenisierung des Fallpauschalensystems ist es deshalb erforderlich, die Definition der palliativmedizinischen Komplexbehandlung durch die strukturellen und personellen Voraussetzungen zu ergänzen. Dadurch wird eine adäquate Leistungsbeschreibung erreicht und die Inhomogenitäten reduzieren sich auf patientenbezogene

Faktoren. Da im Rahmen einer palliativmedizinischen Komplexbehandlung selten punktuelle Leistungen erbracht werden, sondern häufiger täglich wiederkehrende, ähnliche Leistungen, ist mit einer Staffelung der OPS anhand der Aufenthaltsdauer dann eine ausreichende Homogenität zu erwarten.

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)**

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Hinw.: Mindestmerkmale:

- 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 und unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin (Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin ist erforderlich; sofern diese noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender palliativmedizinischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2008 eine vergleichbare mindestens einjährige Erfahrung im Bereich Palliativmedizin ausreichend)
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Seelsorge, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen.

Anm.:

Bei schwerstkranken und sterbenden Patienten, bei denen der Einsatz der genannten Therapiebereiche nur eingeschränkt möglich ist und die eine palliativmedizinische Komplexbehandlung benötigen, können mehrfach wöchentliche aufwändige Patienten-/Angehörigen- und/oder Familiengespräche durch Arzt, Psychologe, Seelsorger und andere Teammitglieder in die Kalkulation der wöchentlichen Therapiezeit mit einbezogen werden.

Strukturelle Voraussetzungen:

Abgeschlossener Bereich mit 1-/2-Bettzimmern und begrenzter Größe (in der Regel 8-12 Betten), Patientenwohnzimmer und ruhige Atmosphäre, sowie Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige.

Ergänzende personelle Voraussetzungen:

1 Arzt pro 6,5 Patienten auf Station verfügbar
1,2 Pflegekräfte pro Patient

Ergänzende inhaltliche Voraussetzungen:

Qualifikation Pflegepersonal: Leitung/Stellvertretung und 30% des übrigen Pflegepersonals mit 160-Std. Palliative-Care-Ausbildung

(Die Palliative-Care-Ausbildung ist für die Leitung erforderlich; sofern die Qualifikation noch nicht bei genügend der übrigen Pflegenden vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender palliativmedizinischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2008 eine vergleichbare mindestens einjährige Erfahrung in palliativmedizinischer Pflege ausreichend.).

8-982.0	Bis zu 6 Behandlungstage
8-982.1	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-982.2	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-982.3	Mindestens 21 Behandlungstage

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

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

Ja

Nein

Begründung:

Das DRG-System ist als pauschalierendes Entgeltsystem auf eine möglichst exakte Definition der erbrachten Leistungen angewiesen. Die bisherige OPS 8-982 konnte die palliativmedizinische Komplexbehandlung noch nicht in allen Bereichen abbilden, außerdem waren die personellen und Strukturellen Anforderungen noch nicht ausreichend definiert.

Mit den vorgeschlagenen Korrekturen werden diese Defizite behoben, soweit sie momentan erkennbar sind.

Die palliativmedizinische Komplexbehandlung wird nun auch bei schwerstkranken und sterbenden Patienten abbildbar, die diese Therapie benötigen. Die unabdingbaren personellen und strukturellen Voraussetzungen sind dann in den Kode integriert.

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

Ja

Nein

Begründung:

entfällt bisher, da noch keine entsprechenden Qualitätsvorgaben vorliegen

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

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)**

Zahl der Kliniken: ca. 100 Palliativstationen

Zahl der Patienten: ca. 20.000 betreute Patienten pro Jahr

Es ist bisher noch nicht bekannt, inwieweit die palliativmedizinische Komplexbehandlung auch außerhalb von Palliativstationen kodiert wird. Die angegebenen Zahlen sind daher eher niedrig kalkuliert.

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

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