

Änderungsvorschlag für den OPS 2011

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-komplexbcodefruehreha-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 Prof. Dr.
Name * Müller Busch
Vorname * Christof
Straße * Aachener Strasse 5
PLZ * 10713
Ort * Berlin
E-Mail * dgp@dgpalliativmedizin.de
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 * Ludwig Erhard Strasse 100
PLZ * 65199
Ort * Wiesbaden
E-Mail * bernd-oliver.maier@hsk-wiesbaden.de
Telefon * 0611-433563

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 eines neuen OPS Codes für "Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung"

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

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

Mindestmerkmale:

Behandlung auf einer spezialisierten Einheit (mind. 5 Betten) durch ein multidisziplinäres, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher 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

- o 24-stündiger ärztlicher Ruf- und Einsatzbereitschaft eines Arztes mit Erfahrung in der Arbeit einer spezialisierten Palliativeinrichtung
- o Tagsüber mind. 7-stündige Präsenz (wochenends und feiertags Patientenvisite) eines Arztes mit Erfahrung in der Arbeit einer spezialisierten Palliativeinrichtung, der sich ausschließlich auf der Spezialeinheit für Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben hat. Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.
- o Pro Tagschicht Anwesenheit mindestens einer examinierten 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,
- o Tägliche multiprofessionelle Fallbesprechung mit Überprüfung der Angemessenheit des multiprofessionellen Behandlungsplans und der Therapieziele.
- o Mind. 2 x täglich Überwachung und Dokumentation der patientenbezogen relevanten Symptomintensitäten und Charakteristika (entsprechend PBA und multiprofessionell erstelltem Behandlungsplan); verpflichtend inklusive Erfassung von Schmerzintensität; Luftnot, Übelkeit und Angst.
- o Dokumentierte antizipatorische Vorausplanung durch Verordnung individuell symptomzentrierter Bedarfsmedikation; Umsetzung der Vorausplanung, Anwendung der Bedarfsmedikation; Monitoring und Dokumentation des Erfolgs durch speziell geschultes Pflegepersonal
- o Unmittelbare Zugangsmöglichkeit zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des Patienten hinaus).
- o Unmittelbare Zugangsmöglichkeit und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen und sozialrechtlicher Beratung und bedarfsgerechter Zuweisung

- o Regelmäßige Teamsupervision
- o Palliativmedizinisches und hospizliches Unterstützungsmanagement durch qualifizierten Case Manager

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Palliativversorgung im stationären Bereich ist bisher einzig durch die OPS 8-982 abgebildet. Dank dieses Codes ist es möglich, eine Benachteiligung der ungünstigen Darstellung von Patienten mit palliativem Behandlungsauftrag im DRG System durch das hinterlegte ZE60 ansatzweise zu kompensieren und dementsprechend einen Anreiz zu schaffen palliativmedizinische Betreuungsangebote in ansteigender Zahl in Krankenhäusern zu etablieren.

Dieser Code unterscheidet allerdings nicht zwischen spezialisierter und allgemeiner Palliativversorgung und differenziert nicht entsprechend des Spezialisierungsgrades des Betreuungsangebotes.

Mit der Einführung des Leistungsanspruches auf SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) in SGB V §37 und §132d und den entsprechenden Versorgungsverträgen wurde diese international anerkannte Differenzierung in das Deutsche Gesundheitswesen implementiert.

Allerdings erlaubt die jetzige Abbildung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung im stationären Bereich keine korrespondierende Differenzierung. Durch die Abbildung ist nicht erkennbar, ob ein stationäres Leistungsangebot die inhaltliche Tiefe der spezialisierten ambulanten Versorgungsform korrespondierend im stationären Sektor repräsentiert. Tatsächlich besteht die Gefahr, dass Patienten, die selbst mit den Mitteln der SAPV nicht mehr adäquat ambulant betreut werden können, im stationären Bereich keine Strukturen vorfinden, die u.a. durch 24h Erreichbarkeit eines erfahrenen Palliativmediziners und erfahrener Palliativpflege qualifiziert mit hochkomplexen und aufwändigen Situationen umgehen können.

Durch die Einführung eines neuen Codes, der in spezifischer Art und Weise Leistungselemente benennt, die zwingende Voraussetzung für die "Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung" sind, wird diese Lücke geschlossen und den Einrichtungen, die ein entsprechend umfangreiches und umfassendes Angebot leisten die Möglichkeit eröffnet dies spezifisch kenntlich zu machen und adäquat zu kodieren.

In der Ergänzung der bestehenden Systematik durch einen qualitativ strengeren Code sehen wir den Vorteil, dass die bereits bestehende Form der Komplexbehandlung unangetastet in bewährter Art beibehalten und als Grundlage für die flächige Implementierung der Palliativmedizin in den Krankenhäusern dienen kann.

Die Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung bildet die Grundlage die notwendige inhaltliche Tiefe der Leistungen und deren Aufwand ausreichend zu dokumentieren und zu kodieren.

Die Konstruktion des Codes in Analogie zu dem bereits erfolgreich implementierten Code für die "Stroke Units" (neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls) stimmt uns zuversichtlich, dass die Methodik der ergänzenden Präzisierung von Leistungsmerkmalen ein adäquater Weg für

die systematische Übernahme in die OPS-Klassifikation darstellt.

Die Möglichkeit der differenzierten Darstellung bietet auch einen hohen Anreiz zur für die Umsetzung notwendiger Nachqualifikation mancher leistungserbringender Struktur, was die Versorgungsqualität nachhaltig (auch mit Wirkung über die Sektorengrenze hinweg) beeinflussen kann.

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

Der Vorschlag ist für die Weiterentwicklung relevant in zweierlei Hinsicht.

Entsprechend des Gutachtens von Herrn Prof. Röder (2002) zeigte sich bereits bei nicht selektierten Patienten (allgemeiner vs. spezialisierter Versorgungsbedarf) eine deutliche Inhomogenität der Palliativpatienten bzgl. ihres Aufwandes, der v.a auch keine strenge zeitliche Korrelation zur Verweildauer aufwies. Mit der verweildauerabhängigen Differenzierung der ZE 60 entsprechend des Ergebnisses der Analyse der BE-Regelung 2009 bleibt der hochaufwändige Patient mit kurzer Verweildauer unberücksichtigt, obwohl gerade bei komprimiert kurzem Verlauf häufig alle Register der Palliativversorgung hochdynamisch bewegt werden müssen. Wesentliche auch finanziell aufwändige Leistungen wie nächtliche Intervention durch Spezialisten finden keinen Eingang in die Kalkulationsgrundlagen.

In diesem Zusammenhang scheint die Idee eines versorgungsintensitätsabhängigen tagesbasierten ZE uns die deutlich zielführendere und akkuratere Lösung.

Auch hier bietet sich eine den Stroke Units vergleichbare Systematik an.

D.h. eine differenzierte Betrachtung der ZE Vergütung bzgl. allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung im stationären Bereich in Analogie zu den jetzt etablierten Kriterien der "Spezialisierung" im ambulanten Bereich erscheint uns sinnvoll und zwingend erforderlich.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

unbekannt

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

Alle Patienten, die SAPV Bedarf im ambulanten Bereich und eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aufweisen. Entsprechend der Schätzungen bedürfen 10% aller Sterbenden SAPV und 75% der Betroffenen können erfolgreich zu Hause/im ambulanten Umfeld betreut werden (auf Grundlage des Parameters Sterbeort).

D.h. mind 2.5% -5% aller Sterbenden benötigen Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung, da auch intermittierende Krankenhausbehandlungen indiziert sein können, um das Ziel der dann fortsetzbaren ambulanten Betreuung zu erreichen.

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

Da die OPS 8-982 auf Basis der Besonderen Einrichtung 2009 in der zeitlichen Differenzierung bewertet wurde und die Vereinbarung zur Besonderen Einrichtung keine Aussagen zum Spezialisierungsgrad des Angebotes einer Palliativstation macht ist hier nur eine Schätzung möglich. Aufgrund der aktuellen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass ca 50% der Palliativstationen diese Voraussetzungen erfüllen, auch ggf. unter Nachqualifikation und die OPS für Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung somit bei ca. 50% der jetzigen OPS 8-982 Fälle zur Anwendung kommt.

Wir erwarten eine Gesamthöherbewertung durch zusätzliche Honorierung des Versorgungszeitraumes Tag 0 - 6 um ca. 25%-30%, wobei auch eine "Umverteilung" zur Maßstäblichkeit einer bei Tag 1 berücksichtigten tagesabhängigen ZE-Pauschale berücksichtigt werden sollte.

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 vielfältigen Überlegungen zu Qualitätssicherung in der Palliativversorgung u.a. durch Gemeinsamen Bundesausschuss wäre eine Einbeziehung der stationären Versorgung im Sinne der Beurteilung des Gesamtkonzeptes äußerst wünschenswert.

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

Palliativmedizinische Qualitätsentwicklung hat über die ambulante SAPV einen enormen Schub erfahren, deren Dynamik wir im stationären Sektor aktuell noch vermissen.

Wir möchten ausdrücklich anbieten die hier dargestellten Überlegungen und die enge Beziehung und Auswirkung auch auf das originär "sektorenübergreifende" Gesamtversorgungskonzept im persönlichen Austausch weiter zu vertiefen.