

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbodefruehreha-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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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/unseres 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 * Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation * BDÜ
Internetadresse der Organisation * www.bdue.de
Anrede (inkl. Titel) * Frau
Name * Hasenhütl
Vorname * Rosmarie
Straße * Uhlandstraße 4-5
PLZ * 10623
Ort * Berlin
E-Mail * hasenhuetl@bdue.de
Telefon * 089/18921570 oder 0176/63153840

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) * Dr.
Name * Kreuz
Vorname * Marcus
Straße * Nockwinkel 74
PLZ * 45277
Ort * Essen
E-Mail * essenmk@yahoo.de
Telefon * 0201/580585 oder 0176/25454667

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) *

Kodierung von Leistungen durch Gebärdensprachdolmetscher

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)

Vorschlag für die Schlüsselnummer: Zuordnung unter ...

9-90 Sonstige ergänzende Maßnahmen und Informationen:

9-900 Aufwendige Kommunikation durch einen Gebärdensprachdolmetscher:

9-900.0 mehr als 50 Minuten bis 2 Stunden

9-900.1 mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden

9-900.2 mehr als 4 Stunden

ggf. Differenzierung nach Telemedizin oder unmittelbarer Präsenz

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Gehörlose und hörbehinderte Menschen sind in ihrem Alltag oft auf die Hilfestellung durch Gebärdensprachdolmetscher angewiesen. Dies gilt selbstverständlich auch in Fällen, in denen sie erkranken und medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, sei es im ambulanten oder im stationären Bereich. Das Patientenrechtegesetz, welches am 29. November 2012 vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde, verfolgt u.a. das Ziel, die Patienten gegenüber den Leistungsträgern zu stärken und ihnen ein höheres Maß an Beteiligung und Information zu ermöglichen. Daher sieht das neue Gesetz in § 630e BGB zwingend vor, dass der Behandelnde verpflichtet ist, den Patienten über sämtliche für die notwendige Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und spezifische Risiken des Eingriffs sowie über die Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung des Eingriffs zur Diagnose oder zur Therapie und über die Erfolgsaussichten des Eingriffs im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Nach § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. BGB, der aufgrund des neuen Patientenrechtegesetzes in das BGB aufgenommen wird, muss die Aufklärung verständlich sein. Konsequenz sind in der Gesetzesbegründung zu dieser Norm folgende Ausführungen zu finden:

"Gemäß Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 muss die Aufklärung für den Patienten verständlich sein. Die Anforderungen an die Verständlichkeit sind empfängerorientiert. Verständlich heißt, dass die

Aufklärung für den Patienten sprachlich verständlich sein muss. Sie darf in der Regel nicht in einer übermäßigen Fachsprache des Behandelnden erfolgen. Bei einem Patienten, der den Inhalt der Aufklärung nach seinem körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand nur schwer nachvollziehen kann, muss die Aufklärung in leichter Sprache erfolgen und gegebenenfalls wiederholt werden. Bei Patienten, die nach eigenen Angaben oder nach der Überzeugung des Behandelnden der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. Im Falle eines hörbehinderten Patienten bedarf es – insbesondere auch im Lichte der UN-Behindertenrechtskonvention – unter Umständen der Einschaltung eines Gebärdendolmetschers. Die Regelung in § 17 Absatz 2 SGB I hinsichtlich der Kostentragungspflicht der für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger bleibt unberührt." (vgl. BT-Drucks. 17/10488, S. 25)

Hinzuweisen ist darüber hinaus auf die Regelung im neuen § 630c Abs. 2 BGB. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, dem Patienten zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf in verständlicher Weise sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere Diagnose, die Therapie und die zu und nach einer Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Nicht hinweg zu denkender Teil der Diagnose ist die Anamnese, die im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs durchzuführen ist (vgl. nur Kern, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage, 2010, § 46 Rn. 6). Die ausschließliche Verwendung von bloß schriftlichen Anamnesebögen wird der besonderen Bedeutung der Anamnese nicht gerecht und stellt einen ärztlichen Behandlungsfehler dar. Um bei Gehörlosen und hörbehinderten Menschen somit eine Anamnese lege artis vorzunehmen und auch die Aufklärung gemäß der neuen rechtlichen Vorschriften durchzuführen, ist es zwingend erforderlich, einen Gebärdensprachdolmetscher bei jeder ambulanten und stationären ärztlichen Behandlung hinzuzuziehen.

Dies entspricht bereits jetzt der geltenden Rechtslage, da § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB I vorschreibt, dass hörbehinderte Menschen das Recht haben, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Kostenträger für diese Leistungen sind die für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB I).

Leistungserbringer und Kostenträger kommunizieren üblicherweise mittels des §301-DTA unter Nutzung des Operationen- und Prozedurenschlüssels OPS. Bisher haben die Gesundheitseinrichtungen keine Möglichkeit, den Kostenträgern die Erbringung dieser Leistung mitzuteilen.

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

Um Gehörlosen und hörbehinderten Menschen daher eine genauso gute medizinische Versorgung wie hörenden Patienten zu ermöglichen, ist es erforderlich - neben der bereits bestehenden Norm des § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB I - im Entgeltsystem selbst eine eigene Schlüsselnummer für die Leistungen von Gebärdensprachdolmetschern vorzusehen. Dies würde den Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften die Zuordenbarkeit dieser Leistungen im Abrechnungssystem erstmals ermöglichen. Eine Subsummierung von Dolmetschleistungen unter bereits bestehende Kodierungen ist dabei nicht zielführend, da diese Leistung übergeordnet zu betrachten ist und in verschiedensten medizinischen Kontexten zum Tragen kommt. Desweiteren würde es für die gehörlosen und hörbehinderten Menschen bedeuten, dass ihre Behinderung gebührend bei der notwendigen Anamnese berücksichtigt wird.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Dolmetscherkosten werden, abgeleitet aus § 19 Abs. 2 Satz 4 SGB X, gemäß JVEG (Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz) abgerechnet. Zum Zeitpunkt der Antragsstellung sind dies 55,- pro Stunde für Wege- und Einsatzzeit. Aktuell wird mit der Überarbeitung des

Kostenrechtsmodernisierungsgesetzes die Vergütung von Dolmetscher- und Übersetzerleistungen im Rahmen des JVEG neu verhandelt.

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

19 % der deutschen Bevölkerung über 14 Jahren sind nach Angaben des Deutschen Schwerhörigenbundes hörbeeinträchtigt. Bei einer Bevölkerungszahl von 81,8 Millionen im Jahr 2011 sind dies 15,5 Millionen Menschen. Davon sind nach Angaben des Deutschen Gehörlosenbundes, basierend auf der Statistik der schwerbehinderten Menschen des statistischen Bundesamtes von 2009, etwa 80.000 Personen gehörlos, weitere etwa 200.000 Personen sind hochgradig hörbehindert

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2011 18.7 Millionen vollstationäre Krankenhausaufenthalte. Geht man davon aus, dass sich gehörlose Menschen mit einem Anteil von 20 % pro Jahr ebenso häufig in stationäre Behandlung begeben wie gut hörende Menschen ergibt sich daraus eine Schätzung von etwa 16.000 gehörlosen Patienten, welche sich in Deutschland pro Jahr vollstationär im Krankenhaus befinden. Erfahrungsgemäß ergibt sich im Rahmen eines stationären Aufenthalts die Notwendig für durchschnittlich mindestens 2 - 3 Dolmetschereinsätze während des gesamten Aufenthalts (Aufnahmegespräch mit Anamnese, Aufklärungs- und Entlassgespräche). Dies ergäbe eine Schätzung von etwa 48.000 Dolmetschereinsätzen im Rahmen stationärer Klinikbehandlungen gehörloser Menschen pro Jahr im gesamten Bundesgebiet. Aufgrund unterschiedlicher infrastruktureller Gegebenheiten ist die Entwicklung neuer Technologien im Zusammenhang mit Dolmetschdienstleistungen zu berücksichtigen.

In den §21-Browsern des InEK sind im Datenjahr 2011 bei etwa 12,9 Mio Normalliegern über 4900 Patienten mit einer angeborenen Taubheit als Nebendiagnose erwähnt. Diese Fälle sind jedoch fast ausschließlich in der MDC 03 - Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses erwähnt. Berücksichtigt man zusätzlich Belegabteilungen, Kurz- und Langlieger, Fehlkodierungen und die Begrenzungen des Browsers (Einschränkung auf die Top20 der Nebendiagnosen je DRG) erscheinen Fallzahlen zwischen 15.000 und 20.000 durchaus realistisch.

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

Diese Frage kann nicht beantwortet werden, da es keine vergleichbaren Verfahren gibt.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

Diese Frage kann ebenfalls nicht beantwortet werden, da es bislang noch keine Daten hierzu gibt.

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

Aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten mit hörgeschädigten Patienten ist davon auszugehen, dass diese Patientengruppe, vergleichbar zu der Gruppe fremdsprachiger Patienten, mit folgenden Problemen konfrontiert ist:

- Erschwerter Zugang zu Prävention, Anamnese, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Information
- Folgen sind u.a. Fehldiagnosen, unnötige Mehrfachuntersuchungen und Drehtüreffekt sowie eine erhöhte Gefahr von Chronifizierung von Erkrankungen

Eine aktuelle Untersuchung zur medizinischen Versorgung gehörloser Menschen ergab, dass etwa 57 % der befragten Personenangaben, Hilflosigkeits- und Abhängigkeitsgefühle beim Arztbesuch zu erleben, etwa 43 % vermuteten falsche Diagnosen aufgrund von Kommunikationsproblemen. Aufgrund der Untersuchungsmethode (Onlinebefragung) ist von einer Unterrepräsentanz von Risikogruppen (ältere Patienten, chronisch Kranke und Personen mit geringer Schreib- und Lesekompetenz) auszugehen, sodaß zu vermuten ist, dass die Dunkelziffer noch wesentlich höher ist. (Höcker J.T., Sozialmedizinische Aspekte der medizinischen Versorgung gehörloser Menschen in Deutschland, Mainz 2010).

Laut einer schweizer Untersuchung wird der Verlauf einer Krankheit wesentlich von der Kommunikation zwischen Patient und Gesundheitspersonal beeinflusst. Bei erschwerter Kommunikation aufgrund des Fehlens einer gemeinsamen Sprache steigt das Risiko einer Fehldiagnose oder -behandlung, zudem ergeben sich negative Auswirkungen auf Patientenzufriedenheit und Compliance. Ein Ergebnis dieser Studie war die Entwicklung von Entscheidungskriterien, in welchen Situationen ein externer Dolmetscher hinzuzuziehen ist (Bischoff A., Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen, Basel 2006).

Mit dem gezielten Einsatz von Dolmetschern im Rahmen der Klinikbehandlung können die gesundheitsökonomischen Auswirkungen einer mangelhaften medizinischen Versorgung in Folge sprachlicher Barrieren verhindert werden. Eine ordnungsgemäße und vollständige Anamnese und weitere medizinische Behandlung kann nur dann möglichst irrtumsfrei und fehlerlos erfolgen, wenn zwischen Patient und Arzt eine störungsfreie und eindeutige Kommunikation erfolgt. Um dies zu gewährleisten ist die Aufnahme von Dolmetscherleistungen in den OPS-Katalog eine wesentliche Grundlage.

Zu einer weiteren Vertiefung der Thematik verweisen wir auf den nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention "Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft" vom August 2011 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Dort ist unter Punkt 3.3 "Prävention, Rehabilitation, Gesundheit und Pflege" u.a. folgendes formuliert: "Alle Menschen mit Behinderungen sollen einen uneingeschränkten (barrierefreien) Zugang zu allen Gesundheitsdiensten und Gesundheitsdienstleitungen haben. Dabei sind die unterschiedlichen Voraussetzungen von Frauen und Männern mit Behinderungen und deren spezifischer Bedarf - sowohl in Bezug auf Erkrankungen, Medikamente und therapeutische Versorgung als auch in Bezug auf Umgang, Assistenz und Kommunikation - zu berücksichtigen." Ferner findet sich folgende Forderung: "Daher wird die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und der Ärzteschaft in 2012 ein Gesamtkonzept entwickeln, das dazu beiträgt, einen barrierefreien Zugang oder die barrierefreie Ausstattung von Praxen und Kliniken zu gewährleisten.