

Änderungsvorschlag für den OPS 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Initiative 'Sprachmittlung im Gesundheitswesen'
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	http://www.sprachmittlung-im-gesundheitswesen.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Koch
Vorname *	Hubert
Straße *	Unter den Linden 10 (c/o Hauptstadtbüros der Verbände)
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	olivier.patrie@hauptstadtbueros.de
Telefon *	030 - 80 09 32 297

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden)
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden)
Anrede (inkl. Titel)
Name
Vorname
Straße
PLZ
Ort
E-Mail
Telefon

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Codierung von Leistungen durch Sprachmittler für Patienten mit Migrationshintergrund.

4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

☐

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Vorschlag für die Schlüsselnummer: Zuordnung unter (Schlüsselnummer) - Leistungen von Sprachmittlern bei der Ausführung von ärztlichen und zahnärztlichen Kassenleistungen für nicht der deutschen Sprache mächtige bzw. nicht im ausreichenden Maße mächtige Personen

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Menschen, die in Deutschland dauerhaft leben, jedoch aufgrund eines Migrationshintergrundes oft nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, sich ausreichend in Alltagssituationen der deutschen Sprache zu bedienen, sind in ihrem Alltag aus diesem Grund oft auf die Hilfestellung durch Dolmetscher 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. Diese Zielsetzung des Gesetzes gilt selbstverständlich auch für die eingangs beschriebene Personengruppe, erst recht, wenn es sich bei diesen Personen um gesetzlich krankenversicherte Menschen handelt. 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.’ (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 aber die Anamnese, die durch ein ärztliches Gespräch 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 Menschen, die dem oben beschriebenen Personenkreis angehören, somit eine Anamnese *lege artis* vorzunehmen und auch die Aufklärung gemäß der neuen rechtlichen Vorschriften durchzuführen, ist es zwingend erforderlich, einen Dolmetscher bei jeder ambulanten und stationären ärztlichen Behandlung hinzuzuziehen.

Den Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum Patientenrechtegesetz, wonach es Aufgabe des Patienten selbst ist, auf eigene Kosten einen Dolmetscher hinzuzuziehen, ist nicht vereinbar mit dem geltenden Recht. Dies ergibt sich aus folgenden rechtlichen Erwägungen:

Obgleich Deutschland als Einwanderungsland zahlreiche migrationsbedingte Sprachminderheiten besitzt, enthält das Grundgesetz keinen Anspruch darauf, in einer anderen als der territorial geltenden Amtssprache gegenüber den Leistungserbringern und Leistungsträgern zu kommunizieren. Allerdings bestehen zahlreiche völkerrechtliche Bestimmungen, die ein Recht auf Gesundheit statuieren, und denen die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist. Zu nennen sind insofern z. B. folgende Bestimmungen:

- Art. 12 Abs. 1 Satz 1 des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (‘Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.’),
- Art. 24 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes,
- Art. 5 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der Rassendiskriminierung.

Von Bedeutung ist unter Berücksichtigung des EU-Rechts die Bestimmung des Art. 34 der EU-Grundrechtecharta. Die Norm lautet im Wortlaut wie folgt:

‘(1) Die Union anerkennt und achtet das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, Pflegebedürftigkeit oder im Alter sowie bei Verlust des Arbeitsplatzes Schutz gewährleisten, nach Maßgabe des Gemeinschaftsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

(2) Jede Person, die in der Union ihren rechtmäßigen Wohnsitz hat und ihren Aufenthalt rechtmäßig wechselt, hat Anspruch auf die Leistungen der sozialen Sicherheit und die sozialen Vergünstigungen nach dem Gemeinschaftsrecht und den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

(3) Um die soziale Ausgrenzung und die Armut zu bekämpfen, anerkennt und achtet die Union das Recht auf eine soziale Unterstützung und eine Unterstützung für die Wohnung, die allen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, ein menschenwürdiges Dasein sicherstellen sollen, nach Maßgabe des Gemeinschaftsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.’

In der europarechtlichen Literatur wird daher die Ansicht vertreten, dass im Bereich der Personenfreizügigkeit aus dem Verbot der Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit und dem Verbot der Beeinträchtigung grundsätzlich Ansprüche auf sprachliche Übersetzung beim Erhalt medizinischer Maßnahmen abgeleitet werden können (vgl. Imhof, Existiert ein Recht auf sprachliche und kulturelle Übersetzung für Migrant/innen im Rahmen von medizinischen Behandlungen?,

Gutachten vom 24.06.2008, Institut für Wirtschaftsrecht, School of Management and Law, Winterthur). Dies gilt in Fällen, in denen EU-Bürger in Deutschland medizinische Leistungen nachfragen.

Auf völkerrechtlicher Ebene wird die gleiche Position für alle Ausländer in Deutschland, unabhängig von ihrer Herkunft, von Achermann und Künzli vertreten (vgl. Achermann/Künzli, Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung, Gutachten zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit vom 30.06.2008).

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

Um dem beschriebenen Personenkreis eine gleiche bzw. vergleichbare gesundheitliche Versorgung wie deutschen Staatsbürgern zu ermöglichen - auch und gerade unter Berücksichtigung des Umstands, dass viele aus diesem Personenkreis gesetzlich krankenversichert sind und daher aufgrund ihrer Beitragszahlungen vor dem Hintergrund des Art. 3 GG gleich behandelt werden müssen -, ist es erforderlich, im Entgeltsystem selbst eine eigene Schlüsselnummer für die Leistungen von Dolmetschern vorzusehen. Dies würde den Ärzten die Zuordbarkeit dieser Leistungen im Abrechnungssystem nicht nur erleichtern, sondern überhaupt erst ermöglichen. Eine Subsummierung von Dolmetschleistungen unter bereits bestehende Codierungen ist dabei nicht zielführend, da diese Leistung im Vergleich zu den vorhandenen Codierungen übergeordnet zu betrachten ist und in verschiedensten medizinischen Kontexten zum Tragen kommt. Desweiteren würde es für die betroffenen Personen bedeuten, dass ihre sprachlich unzureichende Kompetenz gebührend bei der notwendigen Anamnese berücksichtigt wird. Schließlich würde es auch dazu führen, dass die Position der Dolmetscher im Abrechnungssystem gestärkt würde.

c. Verbreitung des Verfahrens *

☒ Standard ☐ Etabliert ☐ In der Evaluation

☐ Experimentell ☐ 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 70/75,- pro Stunde für Wege- und Einsatzzeit für qualifizierte beeidigte Dolmetscher.

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

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben in Deutschland 16,5 Millionen Migranten, 550.000 Personen sind seit Januar 2013 zugewandert. Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt lag im Jahr 2010 bei 20,5 %.

Ebenfalls nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es im Jahr 2013 insgesamt 19,2 Millionen vollstationäre Krankenhausaufenthalte. Geht man davon aus, dass sich Migranten mit einem Anteil von rund 20 % pro Jahr ebenso häufig in stationäre Behandlung begeben wie deutschstämmige Patienten, ergibt sich damit eine Schätzung von insgesamt 3,7 Millionen stationären Patienten mit Migrationshintergrund pro Jahr. Der Anteil der Patienten mit geringen Deutschkenntnissen liegt entsprechend einer Expertise von Dr. Bernd Meyer aus dem Jahr 2008, erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, bei rund 20 % aller Migranten. Dies entspricht den Ergebnissen vergleichbarer Untersuchungen in der Schweiz. Geht man ausschließlich von vergleichsweise schweren Erkrankungen oder komplexen Krankheitsverläufen aus, bei welchen die

Hinzuziehung eines Dolmetschers unabdingbar ist, sind es etwas 25% aller Fälle, was eine Schätzung von ca. 120.000 fremdsprachige Patienten pro Jahr ergibt. Erfahrungsgemäß ergibt sich im Rahmen eines stationären Aufenthalts die Notwendigkeit für durchschnittlich mindestens 2 - 3 Dolmetschereinsätze während des gesamten Aufenthalts (Aufnahmegespräch mit Anamnese, Aufklärungs- und Entlassgespräche). Folglich errechnet sich ein geschätzter Bedarf von jährlich 360.000 Dolmetschereinsätzen im Rahmen stationärer Klinikbehandlungen fremdsprachiger Menschen pro Jahr für das gesamte Bundesgebiet. Aufgrund unterschiedlicher infrastruktureller Gegebenheiten ist die Entwicklung neuer Technologien im Zusammenhang mit Dolmetschdienstleistungen zu berücksichtigen. .

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, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

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

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Wie im aktuellen Nationalen Aktionsplan Integration der Bundesregierung vom 31.1.2012 dargelegt, kommt es für die Patienten mit Migrationshintergrund aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art zu folgenden Problemen:

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

Zur Verbesserung dieser Situation fordert die Bundesregierung einen erleichterten Zugang zu medizinischen Leistungen u.a. auch durch den Einsatz von Sprachmittlern.

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. 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 Final Report der Special Interest Group on Translation and Interpreting for Public Services (SIGTIPS), welche 2010 vom European Language Council damit beauftragt wurde, den Status quo des Übersetzens und Dolmetschens im öffentlichen Bereich in Europa zu analysieren und darauf aufbauend Empfehlungen für verschiedene Interessengruppen und Einrichtungen des öffentlichen Lebens zum Umgang mit Mehrsprachigkeit und dem Einsatz von Dolmetschern zur Lösung sprachlicher Probleme und zum Schutz von Demokratie und Menschenrechten zu erarbeiten.

