

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 *	GKV-Spitzenverband
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gkv-spitzenverband.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Bentlage
Vorname *	Claas
Straße *	Reinhardtstraße 28
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	Claas.Bentlage@gkv-spitzenverband.de
Telefon *	030 206288-2216

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) *

Einführung eines Palliativdienstes für die Behandlung in einem anderen Krankenhaus

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.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

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)

Ein Palliativdienst ist ein Dienst der Patienten in einer anderen Abteilung oder in einem anderen Krankenhaus als Liäsondienst betreut. Ziel dieses Palliativdienstes ist das palliativmedizinische Wissen und die Versorgung stärker flächendeckend anzubieten. Der nachstehende Code ist für die Behandlung von Patienten in einem anderen Krankenhaus vorgesehen.

8-98xb Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst eines anderen Krankenhauses

Exkl: 8-98xa Spezialisierte Palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst des eigenen Krankenhauses, Spezialisierte Stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e ff.), Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98d ff.) (gemeint: für den gleichen Zeitraum)

Hinweis: Dieser Code ist nur zu verwenden wenn der Palliativdienst eines anderen Krankenhauses oder einer anderen Trägerstruktur die Behandlung vornimmt. Dieser Code ist nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

Mindestmerkmale:

Der Palliativdienst im Krankenhaus ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten auf einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab.

Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten

24-stündige Erreichbarkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung (kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden).

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung.

Erstellung eines mit der fallführenden Abteilung abgestimmten individuellen Behandlungsplans bei Beginn der Behandlung durch den Palliativdienst.

Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst

Aktive, ganzheitliche, teamintegrierte 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 ergänzend zu der Behandlung der fallführenden Abteilung.

Werktägliche (Montag bis Freitag) Teambesprechung des Palliativdienstes mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und der pflegerischen Leitung oder deren Stellvertreter sowie mindestens einem weiteren Vertreter der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen des Palliativdienstes.

Bedarfsgerecht vorausschauende Versorgungsplanung und Koordination der Palliativversorgung z.B. durch Indikationsstellung zur Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Notfallvorausplanung

Bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten Unterstützungsangeboten für Angehörige

Kumulative Zeitaufwände am Patienten im Umfang von:

x-xx.0 bis zu 2h kumulierter Zeitaufwand / Behandlungsfall

x-xx.1 ≥2h und < 4h kumulierter Zeit-aufwand / Behandlungsfall

x-xx.2 ≥ 4h und < 6h kumulierter Zeit-aufwand / Behandlungsfall

x-xx.3 ≥ 6h und < 9h kumulierter Zeit-aufwand / Behandlungsfall

x-xx.3 ≥ 9h und < 12h kumulierter Zeitaufwand / Behandlungsfall

x-xx.3 ≥ 12h und < 15h kumulierter Zeitaufwand/Behandlungsfall

x-xx.4 ≥15h kumulierter Zeitaufwand / Behandlungsfall

6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Einführung von Palliativdiensten stellt in Deutschland die vordringlichste Aufgabe zur Weiterentwicklung palliativer Versorgung in Krankenhäusern dar. Der Palliativdienst ist der spezialisierten Palliativversorgung zuzurechnen und behandelt Patienten mit einer nicht heilbaren Erkrankung und begrenzten Lebenszeit, die nicht auf eine Palliativstation verlegt werden müssen. Der Palliativdienst ist multiprofessionell aufgestellt. Er übernimmt auf Anforderung und in enger Abstimmung mit der fallführenden Abteilung die palliative Mitbehandlung auf allen Stationen im Krankenhaus. Ziel dieses Palliativdienstes ist es palliativmedizinisches Wissen und spezialisierte palliative Versorgung stärker flächendeckend anzubieten. Damit trägt der Palliativdienst den oft fluktuierenden Bedarfen zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung Rechnung und vermeidet eine weitere Behandlungsfragmentierung lebensbedrohlich erkrankter Patienten.

Gemäß §17b Abs. 1 KHG war ,im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV Spitzenverband bis 29.02.2016 Kriterien für ein Zusatzentgelt festzulegen das einen Palliativdienst beschreibt. Es fand eine Sitzung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, drei Kassenverbänden, dem InEK und der Fachgesellschaft am 10.02.2016 statt. Am 17.02.2016 konnte im Einvernehmen mit der Fachgesellschaft (DGP) und GKV-Spitzenverband ein Prozedurenkode(OPS) festgelegt werden. Diese Kodeversion konnte mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht konsentiert werden.

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

Gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG wird ab 2017 für diesen Kode ein gesondertes krankenhausindividuelles Zusatzentgelt zu vereinbaren sein.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard ☒ Etabliert ☐ In der Evaluation
☐ Experimentell ☐ Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens ***e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *****f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *****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.)

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Der Vorschlag ist mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen konsentiert. Eine entsprechende Erklärung liegt bei.