

**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) \***

Leistungsbeschreibung der Spezialisierten Palliativversorgung über Palliativdienste

**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.

**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)

DKG-Vorschlag, Kode für einen Palliativdienst

8-98x Spezialisierte Palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Exkl.: Spezialisierte Stationäre Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98e ff.), Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-982 ff.) (gemeint: für den gleichen Zeitraum)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

Der Palliativdienst im Krankenhaus ist ein abteilungsübergreifend tätiges, fachlich unabhängiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: (z.B. Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Psychotherapeut, Physiotherapie, Ergotherapie, künstlerische Therapie oder Entspannungstherapie). Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten auf einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab.

Die Mitglieder des Palliativdienstes müssen keine Angestellten des fallführenden Krankenhauses sein.

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 Palliativversorgung).

24-stündige Erreichbarkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung.

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung, sofern kein aktuelles vorliegt.

Erstellung eines mit der fallführenden Abteilung abgestimmten individuellen Behandlungsplans bei Beginn der palliativmedizinischen Behandlung

Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst

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 ergänzend zu der Behandlung der fallführenden Abteilung.

Wöchentliche Teambesprechung des palliativmedizinischen Behandlungsteams mit Anwesenheit des ärztlichen Behandlungsleiters und der pflegerischen Koordinationsfachkraft oder deren Stellvertreter sowie mindestens einem weiteren Vertreter der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen.

Bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativmedizinischer Behandlungsverfahren und

deren Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle in Koordination mit der fallführenden Abteilung

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

Für die Kodierung sind die durch alle Berufsgruppen des Palliativdienstes erbrachten Visiten/Patientenkontakte zu addieren. Pro Berufsgruppe kann 1 Visite/Patientenkontakt pro Tag angerechnet werden.

-98x.0 Basisassessment, Erstellung des Behandlungsplans und Durchführung von weiteren dokumentierten bis zu 2 Visiten/Patientenkontakten

8-98x.1 Basisassessment, Erstellung des Behandlungsplans und Durchführung von weiteren dokumentierten 3-5 Visiten/Patientenkontakten

8-98x.2 Basisassessment, Erstellung des Behandlungsplans und Durchführung von weiteren dokumentierten 6-9 Visiten/Patientenkontakten

8-98x.3 Basisassessment, Erstellung des Behandlungsplans und Durchführung von weiteren dokumentierten > 10 Visiten/Patientenkontakten

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden durch das Gesetz zur Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) dazu verpflichtet, bis zum 29.02.2016 im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung der spezialisierten Palliativversorgung über Palliativdienste zu entwickeln. Diese Leistungsbeschreibung soll in einen neuen OPS-Schlüssel einfließen, auf dessen Grundlage die Krankenhäuser dann im Jahr 2017 Leistungen von Palliativdiensten dokumentieren können.

Die Selbstverwaltungspartner konnten sich nicht vollständig auf die Formulierung eines Kodes einigen, so dass hier nur die Vorstellungen der DKG abgebildet sind.

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

Nach dem Willen des Gesetzgebers wäre auf Basis der dann vorliegenden Kosten- und Leistungsdaten 2018 die Kalkulation eines Zusatzentgeltes für die spezialisierte Palliativversorgung über Palliativdienste möglich, welches dann erstmals ab dem Jahr 2019 abrechenbar wäre.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

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

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Nicht beurteilbar.

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

Derzeit noch nicht abschätzbar.

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

Nicht bekannt.

**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.)

Nicht beurteilbar.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)