

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DIVI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.divi-org.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med
Name *	Markewitz
Vorname *	Andreas
Straße *	Louisenstraße 45
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	med.gf@divi.de
Telefon *	030-40005607

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Strukturiertes Ethik-Fallgespräch,interdisziplinär und interprofessionell

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

In der DIVI sind vertreten durch Delegierte die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände für: Anaesthesiologie / Chirurgie / Innere Medizin / Kinder- und Jugendmedizin / Neurologie und Neurochirurgie
Außerdem liegen ausdrückliche Zustimmungen von folgenden Fachgesellschaften vor: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin (DGNI), Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

- Nein
 Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

--

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

--

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Durch die demografische Entwicklung, aber auch die medizinischen Möglichkeiten in der modernen Medizin kommt es in der Behandlung von Patienten zunehmend häufig zu medizinischen, aber auch ethischen Fragen und Herausforderungen bezüglich der Therapieziele und der Behandlungsentscheidungen. So muss z.B. bei Verdacht der Sinnlosigkeit weiterer (Intensiv-)Behandlung eine Therapiezieländerung erwogen werden. Dabei ist die Ermittlung des Patientenwillens von zentraler Bedeutung.

In diesen Situationen können durch 'strukturierte, interdisziplinäre Ethik-Fallgespräche' Lösungen und Therapieentscheidungen im Sinne des Patienten für die weitere Behandlung zielführend erarbeitet werden. Voraussetzung für diese Gespräche ist, dass zumindest die folgenden drei betroffenen Gruppen vertreten sein müssen: behandelnde und verantwortliche Ärzte, Pflegepersonal, Patient bzw. dessen Rechtsvertreter (Gesundheitsbevollmächtigter / Betreuer) und (weitere) Angehörige.

Bleiben im Prozess der Angehörigenbesprechungen unterschiedliche Einschätzungen zum Patientenwillen oder über den Sinn des weiteren medizinischen Vorgehens bestehen, sollten weitere Gespräche unter der Moderation eines/r zertifizierten 'Ethikberaters/in im Gesundheitswesen' bzw. eines zertifizierten Mitglieds eines Klinischen Ethik-Komitees geführt werden.

Das strukturierte Ethikfallgespräch dient der Beratung über Prognose und Therapieziel unter Einbeziehung des Patientenwillens und schließlich der Entscheidung über die weiteren Behandlungsmaßnahmen, einschließlich der Entscheidung einer Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung mit möglicherweise nachfolgender Palliativversorgung.

Die Gesprächsergebnisse müssen sorgfältig und detailliert dokumentiert werden, damit die Entscheidungen allen Beteiligten bekannt gemacht und die Konsequenzen daraus gezogen werden können.

Vorschlag zur Kodierung:

8-991 Interdisziplinäres und interprofessionelles Ethik-Fallgespräch

Mindestmerkmale:

Bisher kontinuierliche, 24-stündige Behandlung auf einer Station eines Krankenhauses. Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt, sowie Dokumentation der bisherigen individuellen Behandlungsplanung und ihrer Ergebnisse.

Multiprofessionelle Fallbesprechung (mindestens 30 Minuten)

Als multiprofessionelle Gesprächsteilnehmer müssen beteiligt sein: Ein Facharzt in Behandlungs- und Entscheidungsverantwortung (jeweils pro beteiligtem Fach, sofern multidisziplinärer Behandlungsfall) / Pflegekraft / Patient bzw. dessen Rechtsvertreter / Angehörige.

Bleiben im Prozess der Angehörigenbesprechungen unterschiedliche Einschätzungen zum Patientenwillen oder über den Sinn des weiteren medizinischen Vorgehens bestehen, sollten weitere Gespräche unter der Moderation eines/r zertifizierten 'Ethikberaters/in im Gesundheitswesen' (nach den Kriterien der AEM) bzw. eines zertifizierten Mitglieds eines klinischen Ethik-Komitees geführt werden.

Dokumentation des Ethikfallgesprächs: Strukturierte Dokumentation der Entscheidungen (Zusammenfassung der bisherigen Behandlung, weitere Behandlungsziele einschließlich einer möglichen Therapiezieländerung). Unterschriften aller Beteiligten. Weiterleitung der Ergebnisse an das Behandlersteam.

Dokumentation von qualifizierten und regelmäßigen Unterstützungsangeboten für Angehörige.

Hinweis:

Für Standarddokumentation des Ethik-Fallgesprächs kann die Vorlage aus der Empfehlung der DIVI genutzt werden

Das Datum für die Verschlüsselung ist der Tag, an dem ein Gespräch stattfindet.

Die palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982.-) kann beim Vorliegen der Mindestmerkmale parallel erbracht werden.

8-991.0 Durchführung eines interdisziplinären und interprofessionellen Ethik-Fallgespräch über mindestens 30 min. Ohne Beteiligung des Klinischen Ethik-Komitees oder eines zertifizierten Beraters.

8-991.1 Durchführung eines interdisziplinären und interprofessionellen Ethik-Fallgespräch über mindestens 30 min. Mit Beteiligung des Klinischen Ethik-Komitees oder eines zertifizierten Beraters.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Das (korrekte) Zusammenführen von medizinischer Indikationsstellung und dem Patientenwillen vermeidet Konflikte mit Patienten, deren Stellvertretern und Angehörigen, sowie im Behandlersteam. Aufgabe eines strukturierten Ethikfallgesprächs ist es, in diesem Gespräch eine offene Kommunikation und Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten und Pflegekräften sowie dem Patienten oder dessen Stellvertreter (Gesundheitsbevollmächtigte oder Betreuer) und (weiteren) Angehörigen anzustreben und so die in dieser Situation beste mögliche weitere Behandlungsplanung für den Patienten zu erreichen.

In schwierigen Fällen kann die Moderation durch einen/r zertifizierten 'Ethikberater/in im Gesundheitswesen' hilfreich sein.

Diese ethischen Fallgespräche dienen einer Verhinderung von Unterversorgung oder Übertherapie, sowie der Vertrauensbildung aller Beteiligten, der Reduktion von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie von Trauer bei den Angehörigen und dem Abbau von Demotivation aufgrund unklarer Therapieentscheidungen beim Pflegepersonal.

Für ein korrekt durchgeführtes strukturiertes Ethikfallgespräch ist ein erheblicher Mehraufwand an Zeit für Gespräch und Dokumentation und damit einhergehend ein erhöhter Personalaufwand erforderlich, so dass ohne entsprechende zusätzliche Vergütung bislang häufig darauf verzichtet wurde, diese strukturierten Gespräche zu führen. Dieser Verzicht hatte nicht selten eine unnötige, vom Patienten nicht gewollte Therapie oder gar Überversorgung zur Folge (s.u.).

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

Die strukturierte und allgemein konsentierete Umsetzung einer notwendigen Therapiezieländerung kann eine sinnlose Fortsetzung von aufwändigen Behandlungen (insbesondere Intensivbehandlung) beenden. Damit können Fehlanreize vermieden und Fehlnutzungen teurer Behandlungen begrenzt werden (Begrenzung der Überversorgung).

Damit kann dazu beigetragen werden, die zunehmend knappen Ressourcen auf Intensivstationen oder Intermediate Care Stationen zu sinnvoll zu nutzen.

c. Verbreitung des Verfahrens *

Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)

Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)

- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Empfohlen als Kriterium QI VIII in Kumpf O, et al.: Quality indicators in intensive care medicine for Germany – third edition 2017. *GMS Ger Med Sci.* 2017;15:Doc10. DOI: 10.3205/000251

Siehe ferner:

Positionspapier der DIVI: Janssens U et al.: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. *DIVI* 2012; 3: 103-107

Positionspapier der DIVI: Neitzke G, et al.: Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2016;111:486-92. DOI: 10.1007/s00063-016-0202-8

Dörries, A., Simon, A. & Marckmann, G. *Ethik Med* (2015) Ethikberatung im Krankenhaus - Sachstand und kritischer Ausblick 27: 249. <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0361-9>

Schneiderman LJ et al.: Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 1166-1172

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Für 30-minütiges Gespräch: ca. 450 bis 650 € (Schätzung, siehe Anlage)

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

Bei ca. 10% aller im Krankenhaus Versterbenden

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

keine vergleichbaren Verfahren

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.)

Das strukturierte Patienten- und Angehörigengespräch ist Bestandteil eines Qualitätsindikators für das Peer Review Verfahren der DIVI: [Kriterium QI VIII in Kumpf O, et al.: Quality indicators in intensive care medicine for Germany – third edition 2017. *GMS Ger Med Sci.* 2017;15:Doc10. DOI: 10.3205/000251] somit könnte die Zuordnung des strukturierten Ethik-Fallgesprächs zu einem OPS-Kode als Grundlage für ein noch aufzulegendes Verfahren Intensivmedizin im Rahmen der externen Qualitätssicherung dienen.

Wenn es eine Zuordnung zu einem OPS-Kode gibt, könnten damit zukünftig auch durch Routinedaten eine verbesserte Risikoadjustierung der KH-Sterblichkeit möglich sein.

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