

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden 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.

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

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

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 *	Janssens
Vorname *	Uwe
Straße *	Dechant-Deckers-Str. 8
PLZ *	52249
Ort *	Eschweiler
E-Mail *	uwe.janssens@sah-eschweiler.de
Telefon *	02403 761227

Einräumung der Nutzungsrechte *

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
- „Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

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 Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag 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 Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 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.

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)

- ☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☒ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände 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. Der 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.)

nicht anwendbar

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

nicht anwendbar

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 Neuuzuordnungen 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 im Krankenhaus. 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.

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 Behandlungsteam. 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.

Das interdisziplinäre und interprofessionelle Ethik-Fallgespräch erfordert ein gemeinsames Gespräch mit anderen Fachgruppen (z. B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten etc.) und anderen Fachdisziplinen (z. B. weitere mit-behandelnde Disziplinen, aber auch andere Experten, wie Palliativmediziner, Ethiker, Krankenhausseelsorger, Sozialmediziner etc.). Diese vielfältige Gruppe zu einem Gespräch zusammen zu führen, ist aufwendig und schwierig. Es ist also nicht der übliche Behandlungsstandard und wird auch nicht bei den üblichen Behandlungsfällen erforderlich. Das interdisziplinäre und interprofessionelle Ethik-Fallgespräch geht über die üblichen Informationsgespräche, die im Rahmen einer Behandlung mit Patienten und Angehörigen geführt werden, weit hinaus.

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 hat nicht selten eine unnötige, vom Patienten nicht gewollte Therapie oder gar Überversorgung zur Folge.

Dabei muss jedoch deutlich unterschieden werden zwischen das mit diesem Antrag gemeinte komplexe interdisziplinäre und interprofessionelle Ethik-Fallgespräch und einem „normalen“ Patienten- oder Angehörigen-Gespräch, das tatsächlich zum gängigen Behandlungsstandard gehört.

Eine Schätzung der damit verbundenen hohen Personalkosten wurde dem Antrag als Anlage beigefügt.

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

Die strukturierte und allgemein konsentierende 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.

Darüber hinaus wird durch diese ethischen Fallgespräche die Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im klinischen Bereich (insbesondere Pflegekräfte) nachweislich reduziert (Burnout Prophylaxe). Sie stärken außerdem eine patienten- und angehörigenzentrierte qualitativ hochwertige Behandlung.

Das interdisziplinäre und interprofessionelle Ethik-Fallgespräch gehört definitiv zur Leistungspflicht der GKV, weil dadurch die Grundlagen der Leistungspflicht (z.B. Indikation und Patientenwille) geklärt werden. Die oben ausgeführte besondere Leistung und Aufwand des interdisziplinären und interprofessionellen Ethik-Fallgesprächs ist angesichts der zunehmenden medizinisch-pflegerischen, juristischen sowie ethischen Komplexität im bisherigen Entgeltsystem nicht abgebildet.

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

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 *

Die hier definierten interdisziplinären und interprofessionellen Ethik-Fallgespräche werden bei 3% bis 5% der Patienten einer Intensivstation pro Jahr durchgeführt. Die Anzahl ist dabei stark abhängig von der Fachrichtung und dem Versorgungslevel der jeweiligen Einrichtung

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

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.

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 anzuwenden

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Keine