



OPS 2026

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.palliativmedizin.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Maier
Vorname *	Bernd-Oliver
Straße *	Aachener Straße 5
PLZ *	10713
Ort *	Berlin
E-Mail *	bomaier@joho.de
Telefon *	0611 177 3830

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2026

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

3. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Kurzbeschreibung

Überarbeitung und Präzisierung des Komplexcodes 8-98e

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhängen.)

- ☒ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem BfArM 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:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird *

- ☒ Nein
- ☐ Ja

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

Medizinprodukt

--

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

CE-Zertifizierung

--



OPS 2026

- c. **Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Zweckbestimmung

--

6. **Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird ***

☒ Nein

☐ Ja

- a. **Name des Arzneimittels und des Herstellers (ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

Arzneimittel

--

- b. **Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Arzneimittelzulassung

--

7. **Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen ***

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

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

Exkl.:

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff.)

Info:

Strukturmerkmale: Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team zur Behandlung von Palliativpatient:innen, bestehend aus Ärzt:innen und Pflegefachkräften sowie mindestens zwei weiteren Berufsgruppen aus den Bereichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie, Heilpädagogik, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Entspannungstherapie, Ernährungstherapie mit jeweils einer mindestens 3-stündigen Anwesenheit werktags (Mo.-Fr.)

Strukturmerkmale: Fachliche Behandlungsleitung durch eine Fachärztin/einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden.

Strukturmerkmale: Werktags eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit



OPS 2026

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

Strukturmerkmale: Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden

Strukturmerkmale: Wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung aller aktuell behandelten Patient:innen mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und mindestens einer Pflegefachkraft aus dem Behandlungsteam sowie mindestens eines weiteren Vertreters/einer weiteren Vertreterin der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen pro vollständige Woche

Strukturmerkmale: Regelmäßige systematische Symptomerfassung und Bedürfniserfassung unter Berücksichtigung von patient:innenzentriertem und proxy Outcome

Mindestmerkmale: Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung von Palliativpatient:innen mit unheilbaren Erkrankungen und komplexer Symptomlast

Mindestmerkmale: Werk tägliche (Mo. – Fr.) multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation zur Überprüfung und Anpassung der Behandlungsziele mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und mindestens einer Pflegefachkraft aus dem Behandlungsteam sowie mindestens eines weiteren Vertreters/einer weiteren Vertreterin der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen.

8-98e.0

Bis zu 6 Behandlungstage

8-98e.1

Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-98e.2

Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-98e.3

Mindestens 21 Behandlungstage

8. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung (Begründung) *

Problembeschreibung

Für den OPS-Code 8-98e sieht die DGP weiterhin Anpassungsbedarf. Die inhaltliche Schärfung führt darüber hinaus auch zu einem erheblichen Bürokratieabbau und reduziert Zeitbindung in patient:innenferner abrechnungsbegründender Dokumentation – wie politisch erwünscht und gefordert.

Einzelne Listung der vorgeschlagenen Anpassung:

1. Erweiterung des Strukturmerkmals: „Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team zur Behandlung von Palliativpatient:innen bestehend aus Ärzt:innen und Pflegefachkräften sowie mindestens zwei weiteren Berufsgruppen aus den Bereichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie, Heilpädagogik, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Entspannungstherapie, Ernährungstherapie mit jeweils einer mindestens 3-stündigen Anwesenheit werktags (Mo.-Fr.).“

Begründung: Durch die Erweiterung des Strukturmerkmals soll die kontinuierliche Multiprofessionalität gewährleistet werden. Bei der bisherigen Vorgabe von 6 Std. pro Woche aus zwei Therapiebereichen ist dies nicht der Fall, da ein Teil der 6 Stunden von den anwesenden Ärzt:innen und Pflegekräften in Form von Angehörigen- und Entlastungsgesprächen geleistet wird und weitere Therapiebereiche auch durch Mitarbeitende anderer Abteilungen geleistet werden können, wodurch zum einen keine kontinuierliche Multiprofessionalität gewährleistet ist und zum anderen auch keine relevanten Kosten zur Ermittlung des Zusatzentgeltes ermöglicht werden.



Problembeschreibung

2. Definition der "wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung" als Strukturmerkmal.

Begründung: Aus Perspektive der DGP dient die wöchentliche Teambesprechung im Rahmen der spezialisierten Palliativversorgung im Wesentlichen dem Zusammenführen der unterschiedlichen Behandlungsperspektiven (Behandlungsbereiche). Voraussetzung dafür sind eine verfügbare Teamstruktur und der Aufbau von Strukturkompetenz. Das Format „wöchentliche Teambesprechung“ muss zwingend als Struktur vorhanden sein, denn nur die Struktur führt dazu, dass die Vielfalt der vertretenen Beiträge und Behandlungsperspektiven zugeführt und so Behandlungsqualität generiert werden kann. Die wöchentliche Teambesprechung ist ein Strukturkonstrukt und sollte demnach auch als Strukturmerkmal definiert werden. Dabei ist die Listung der an der Patient:innenversorgung beteiligten Behandlungsbereiche vorab so zu definieren, dass sie eben auch unter Berücksichtigung von Vertretungsregelungen eine regelmäßige ganzjährige personenunabhängige Präsenz der Behandlungsperspektiven von mind. 4 Berufsgruppen (Ärzt:in, Pflege sowie 2 weiteren nichtärztlichen Berufsgruppen) gewährleistet. Behandlungsbereiche, bei denen dies nicht gewährleistet werden kann, werden unabhängig davon an der Besprechung teilnehmen - nach Verfügbarkeit - aber die grundsätzlich notwendige multiprofessionelle Dimension der spezialisierten Palliativversorgung gebietet hier unter Qualitätsaspekten, nicht hinter der Forderung von mind. 3 nichtärztlichen Repräsentant:innen zurückzubleiben.

3. Streichung der 6-monatigen Erfahrung der Behandlungsleitung

Begründung: Die Voraussetzung der 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung hat sich als schwer nachprüfbar erwiesen. Häufig wurde die 6-monatige Erfahrung im Laufe einer beruflichen Karriere an unterschiedlichen Stellen mit unterschiedlichen Stellenteilen erworben, wodurch eine Überprüfung sowohl für die Arbeitgeber:innen als auch für den MD häufig nicht nachvollziehbar ist. Hinzu kommen unterschiedliche Interpretationen, was genau als Tätigkeit in der „spezialisierten“ Palliativversorgung zu verstehen ist. Zudem ist dieses Merkmal nicht erlösrelevant, da sich dadurch keine zusätzlichen Kosten ergeben.

4. Streichung des Strukturmerkmals: „Vorhandensein von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, z.B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle

Begründung: Hier gab es immer wieder Unklarheiten bezüglich erforderlicher Anzahl und Art der „spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren“. Zudem ist dieses Merkmal nicht erlösrelevant.

5. Ergänzung des Strukturmerkmals: „Regelmäßige systematische Symptomerfassung und Bedürfniserfassung unter Berücksichtigung von patientenzentriertem und proxy Outcome“

Begründung: Die „Regelmäßige systematische Symptomerfassung und Bedürfniserfassung unter Berücksichtigung von patient:innenzentriertem und proxy Outcome“ ist ein in der S3-Leitlinie Palliativmedizin beschriebenes Merkmal der spezialisierten Palliativversorgung, das für eine angemessene Patient:innenversorgung unerlässlich ist. Vorrangiges Ziel der spezialisierten Palliativversorgung ist die Linderung von Symptomen, psychosozialen Problemen und spirituell-existentialen Fragen. Um die Patient:innen in den Mittelpunkt der Betreuung zu stellen und die Verbesserung der oben genannten Beschwerden zu dokumentieren, sind regelmäßige, strukturierte Assessments notwendig, die in den klinischen Alltag integriert werden. Diese wiederholten Assessments können dann auch für die Messung der Ergebnisqualität („Outcomes“) und damit zur Qualitätsentwicklung genutzt werden.

6. Erweiterung des Mindestmerkmals: „Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung von Palliativpatient:innen mit unheilbaren Erkrankungen und komplexer Symptomlast“

Begründung: Diese Erweiterung dient dazu das Patient:innenklientel zu beschreiben, welches einen Bedarf an spezialisierter Palliativversorgung aufweist, so dass eine Zugangsvoraussetzung zur spezialisierten Palliativversorgung beschrieben wird.

6. Erweiterung des Mindestmerkmals: „Werk tägliche (Mo. – Fr.) multiprofessionelle Fallbesprechung mit Anwesenheitsdokumentation zur Überprüfung und Anpassung der Behandlungsziele mit Anwesenheit der ärztlichen Behandlungsleitung und mindestens einer Pflegefachkraft aus dem Behandlungsteam sowie



Problembeschreibung

mindestens eines weiteren Vertreters/einer weiteren Vertreterin der an der Patient:innenversorgung beteiligten Berufsgruppen.“

Begründung: Hier ist eine Präzisierung bezüglich der Multiprofessionalität erforderlich, sowie eine Beschränkung auf Werktage, da an Wochenenden und Feiertagen nicht alle erforderlichen Berufsgruppen verfügbar sind.

7. Streichung des Mindestmerkmals: „Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme.“

Begründung: Eine Streichung ist zu empfehlen, da zum einen ein individueller Behandlungsplan nicht unmittelbar bei der Aufnahme eines Patienten /einer Patientin möglich ist. Zu Beginn der Behandlung wird das Basisassessment erstellt, aus dem sich zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlungsplan entwickelt, der kontinuierlich überprüft und angepasst werden muss. Ein Behandlungsplan gehört auch zum Selbstverständnis jeder Behandlung und bedarf keiner Überprüfung durch den MD. Zudem ist auch dieses Mindestmerkmal nicht erlösrelevant.

8. Streichung des Mindestmerkmals: „Patient:innenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse“.

Hier gilt die gleiche Argumentation wie bei Punkt 7. Eine Verlaufsdokumentation findet ohnehin (zumeist in der Patient:innenakte/Kurve) statt. Zudem ist auch dieses Mindestmerkmal nicht erlösrelevant.

9. Streichung des Mindestmerkmals: „Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patient:innen-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient:in und vollständiger Woche patient:innenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patient:innen-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.). Bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Vertreter:innen unterschiedlicher Berufsgruppen des Behandlungsteams werden die jeweiligen Mitarbeitendenminuten aufsummiert Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche“

Begründung: Siehe Begründung zur Erweiterung des ersten Strukturmerkmals, wodurch die in diesem bisherigen Mindestmerkmal intendierte Multiprofessionalität strukturell festgelegt werden soll. Bei der Vorgabe von 6 Std. pro Woche aus zwei Therapiebereichen ist dies nicht der Fall, da ein Teil der 6 Stunden von den anwesenden Ärzt:innen und Pflegekräften in Form von Angehörigen- und Entlastungsgesprächen geleistet wird und weitere Therapiebereiche auch durch Mitarbeitende anderer Abteilungen geleistet werden können, wodurch zum einen keine kontinuierliche Multiprofessionalität gewährleistet ist und zum anderen auch keine relevanten Kosten zur Ermittlung des Zusatzentgeltes ermöglicht werden.

10. Streichung des Mindestmerkmals: „Ggf. Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige (auch über den Tod des/der Patient:in hinaus)“

Begründung: Dieses Mindestmerkmal lässt allein schon durch den Zusatz „Ggf.“ keine angemessene Prüfung zu. Zudem können Leistungen „über den Tod hinaus“ vermutlich keine finanzierbaren Leistungen der GKV sein. Zudem ist auch dieses Mindestmerkmal nicht erlösrelevant.

11. Streichung des Mindestmerkmals „Vermittlung und Überleitung zu nachfolgenden Betreuungsformen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung unter besonderer Berücksichtigung von Notfallvorausplanung, strukturierter Anleitung von Angehörigen, sozialrechtlicher Beratung und Zuweisung, sofern erforderlich“

Begründung: Dieses Mindestmerkmal ist in der Regel Teil des Case-Managements oder des Sozialdienstes eines Krankenhauses. Zudem ist auch dieses Mindestmerkmal nicht erlösrelevant.



OPS 2026

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

Relevanz Entgeltsysteme

Der Vorschlag ist eine Präzisierung und somit relevant. Der Vorschlag führt zur Vermeidung unnötiger Prüfungsverfahren, Standardisierung der praktischen Umsetzung und Präzisierung der Kalkulationsgrundlage, insbesondere vor dem Hintergrund der anstehenden Krankenhausreform.

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

d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Leitlinien, Literatur, Studienregister

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten

keine

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

Kostenunterschiede

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

Fallzahl

alle OPS 8-98e Fälle



OPS 2026

h. 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.)

Relevanz Qualitätssicherung

--

9. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Bisherige Kodierung

--

10. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)

Sonstiges

Gern Rücksprache