

Glossar der AG Stationäre Versorgung der DGP zur OPS 8-98h (Stand 16.09.2016, überarbeitet: 01.12.2017)

OPS 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst

Exkl.: Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff.)

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff.)

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

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben
Hinweis DGP: Das Exklusivum 8.982 bzw. 8-98e bedeutet nicht, dass die Codes nicht während eines Aufenthaltes kombiniert werden können, sondern lediglich, dass sie nicht für denselben Zeitraum innerhalb eines stationären Aufenthaltes geltend gemacht werden können!

Mindestmerkmale:

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

Kommentar DGP: Dieses Mindestmerkmal beschreibt grundsätzliche Strukturkriterien des Teams, die dem Palliativdienst zugrunde liegen. Der Palliativdienst ist medizinisch **nicht** einer anderen Fachdisziplin weisungsgebunden unterstellt, sondern ist ergänzender, fachlich eigenständiger Leistungserbringer der Spezialisierten Palliativversorgung. Das Team des Palliativdienstes ist dabei charakterisiert durch eine definierte multiprofessionelle Teamstruktur, die das spezialisierte Leistungsspektrum abbildet und patientenindividuell in unterschiedlicher Kombination der einzelnen Leistungselemente eingesetzt wird. Die Beteiligung von mindestens drei sich ergänzenden Fachbereichen bildet dafür die Basis. (In der Regel werden dies drei unterschiedliche Berufsgruppen sein, in der OPS wird aber bewusst „Bereich“ genannt, um z.B. die Übernahme der „Case Management“ Funktion auch für Weitergebildete der Berufsgruppe der Pflegenden zu öffnen und diese dennoch spezifisch entsprechend des funktionellen Beitrags werten zu können.)

Patientenindividuell entsprechend der Bedürfnisse/des Bedarfs des Patienten wird festgelegt, welche Mitglieder des multiprofessionellen Palliativdienstes den konkreten Patientenkontakt führen. Folgerichtig sind nicht alle im Palliativdienst vertretenen Berufsgruppen und Fachbereiche zwingend bei jedem Patient persönlich vorstellig.

Wichtig für die Planung: Zur sicheren Anerkennung der OPS durch den MdK muss die Einhaltung der Mindestmerkmale auch im Urlaubs- und Vertretungsfall gewährleistet sein, d.h. die hier als Mindestmerkmal zur Anerkennung geforderte Teamstruktur muss als Planungsgrundlage für die Teamgröße mindestens um den Faktor der Urlaubs- und Krankheitsvertretungen ergänzt werden.

Die DGP hält dieses Merkmal für **sehr relevant in Struktur –und Einzelfallprüfung.**

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung:

- Vorlage Personalkonzept und -plan des Palliativdienstes mit Nachweis der Multiprofessionalität, definierten Stellenanteilen (festgeschriebenen Stellenkontingenten der beteiligten Berufsgruppen und Fachbereiche), geforderten Qualifikationsnachweisen der Leitungen (siehe 2.), Konzept für Hintergrunddienst und Nennung aller Palliativdienstmitglieder, deren Leistung in der kumulierten Zeiterfassung berücksichtigt wird

- Werktägliches Dienstplan zum Nachweis/Sicherstellung der Einhaltung des Mindestmerkmals (auch im Vertretungsfall)

Einzelfallprüfung:

- Verweis auf / Vorlage der (werktäglichen) Dienstpläne des Palliativdienstes für den zu prüfenden Behandlungszeitraum
- Die DGP empfiehlt, die Tatsache der Abstimmung mit der fallführenden Abteilung mit Datum zu dokumentieren. Bezüglich inhaltlicher Aspekte ist die individuelle patientenbezogene Verlaufsdokumentation ausreichend.

2. 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)

Die DGP hält dieses Merkmal für **sehr relevant in Struktur –und Einzelfallprüfung**. Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung:

- Personalkonzept mit definierten Stellenanteilen und Qualifikationen (siehe 1.) , **6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung (siehe auch S3 LL Palliativmedizin). Als gesicherte Erfahrung in spezialisierter Versorgung gilt eine Tätigkeit in: Palliativstation, Palliativdienst, Palliativambulanz, SAPV, Palliativmedizinische Tagesklinik oder Tageshospiz. Bezüglich anderer Tätigkeitsbereiche gibt es keine einheitliche Einschätzung.**
- Werktägliches Dienstplan zum Nachweis/Sicherstellung der Einhaltung des Mindestmerkmals (auch im Vertretungsfall)

Einzelfallprüfung

- Verweis auf / Vorlage der (werktäglichen) Dienstpläne des Palliativdienstes für den zu prüfenden Behandlungszeitraum

3. 24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung

Kommentar DGP: Eine 24/7 Beratungsmöglichkeit durch den Palliativdienst ist Voraussetzung für die Sicherstellung einer angemessenen Palliativversorgung. Diese ist außerhalb der Regelarbeitszeiten (nachts / feiertags / wochenends) telefonisch durch im Palliativdienst arbeitende Ärzte zu leisten für Patienten, die dem Palliativdienst aus der werktäglichen Regelbetreuung bekannt sind. Die Formulierung Facharzt aus dem Palliativdienst impliziert dabei einen festen Stellenanteil im Team, somit auch Einbindung in die Teamstrukturen und schließt eine reine Honorartätigkeit durch teamfremde Ärzte für den Dienst aus. Es lässt aber Synergien wie die simultane Hintergrunddienstverantwortung für Palliativdienst und z.B. Palliativstation zu, wenn der Diensthabende tagesaktuell über die Patienten des Palliativdienstes informiert ist und in diesem Sinn als echter Teil des Palliativdienstes fungiert.

*Der anfragende Ansprechpartner ist dabei der Dienstarzt der fallführenden Fachabteilung. Notfällige Erstberatung bzgl. bis dahin unbekannter Patienten gehört **nicht** zu dem Leistungsspektrum dieses Hintergrunddienstes. Der Arzt des Palliativdienstes selbst und nicht die fallführende Abteilung stellt die Indikation zur notfälligen Visite des Patienten im Dienst.*

Die DGP hält dieses Merkmal für **relevant in Struktur –und Einzelfallprüfung**.

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung

- Personalkonzept (siehe 1.) für Hintergrund

Einzelfallprüfung

- Verweis auf / Vorlage der Dienstpläne des Palliativdienstes für den zu prüfenden Behandlungszeitraum

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

Die DGP hält dieses Merkmal für **relevant in Struktur –und Einzelfallprüfung**. Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Struktur-und Einzelfallprüfung:

Es gelten die Empfehlungen zum Palliativmedizinischen Basisassessment der DGP:

<http://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html>

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

Kommentar DGP: Unter Abstimmung wird der Kommunikationsprozess des Palliativdienstes bzgl. der palliativmedizinischen Behandlungsvorschläge mit der fallführenden Abteilung verstanden. Dieser kann neben konsensfähigen Ideen auch Dissens enthalten. Die Dokumentation des Abstimmungsprozesses erfolgt durch den Palliativdienst

Die DGP hält dieses Merkmal für **relevant in Struktur –und Einzelfallprüfung**. Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung

- Verfahrensanweisung zum Prozess „Abstimmung Therapiekonzept mit der fallführenden Abteilung (inklusive Vorgabe zur Dokumentation des Abstimmungsprozesses)“

z.B. so:

- Der Behandlungsplan (BP) erfolgt immer in enger Abstimmung mit dem Fallführenden Team
 - Das heißt: die **erste** patientenindividuelle Abstimmung durch den PD mit der fallführenden Abteilung findet **vor** und **nach** dem ersten Patienten-/Angehörigenkontakt statt. Dies erfolgt durch eine persönliche Kontaktaufnahme durch den PD
 - **Vor:** mit dem Ziel, aktuellste Informationen, Therapiepläne, geplante Aufenthaltsdauer, Veränderungen und ggf. Entscheidungen aufzunehmen.
Nach: mit dem Ziel, ein Feedback über den Patientenkontakt, neue Informationen und der empfohlenen Behandlung zu geben.
 - D.h. jede vorgeschlagene Behandlung (Therapieziel und Empfehlung im Bericht des PD) wird mit der fallführenden Abteilung abgestimmt, d.h. erläutert und besprochen,.
- Ergänzend zum BP wird in der Regel ein Bericht des PD (ggf. ergänzende Notiz) erstellt, in dem die konkreten Therapieempfehlungen zur palliativmedizinischen Mitbehandlung durch den PD dem fallführenden Team weitergegeben werden, dieser ist als Ergänzung zum BP zu sehen.

Einzelfallprüfung

- Erfassung des patientenindividuellen initialen Behandlungsplans in Analogie der anderen OPS

6. Patientenindividuelle Verlaufsdokumentation palliativmedizinischer Behandlungsziele und Behandlungsergebnisse durch den Palliativdienst

Die DGP hält dieses Merkmal für **relevant in Struktur- und Einzelfallprüfung**. Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung

- Verfahrensanweisung zum Prozess „patientenindividuelle Verlaufsdokumentation“, empfehlenswert mit unmittelbarer Berücksichtigung der Zeiterfassung

Einzelfallprüfung

- Vorlage der patientenindividuellen Verlaufsdokumentation

7. 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 ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen ergänzend zu der Behandlung der fallführenden Abteilung

Kommentar DGP: Die Formulierung schließt die sinnvolle, indizierte, simultane Behandlung durch den Palliativdienst in Ergänzung zu ggf. ebenso indizierter krankheitsmodifizierender kausaltherapeutischer Therapie durch die fallführende Abteilung (Radioonkologie, Onkologie, Chirurgie, Kardiologie etc...) explizit mit ein, da „ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung“ sich nur auf das Tätigkeitsfeld des Palliativdienstes bezieht und nicht auf die Behandlung der fallführenden Abteilung.

Die DGP hält dieses Merkmal für **potenziell relevant in Einzelfallprüfung**.

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Einzelfallprüfung

- Vorlage der patientenindividuellen Verlaufsdokumentation

8. Wöchentliche Teambesprechung (WÖTB) 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

Die DGP hält dieses Merkmal für **sehr relevant in Struktur- und Einzelfallprüfung**.

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung

- Verfahrensanweisung zum Prozess „Teambesprechung des Palliativdienstes“, mit Aussage zur Dokumentation der Anwesenheit der Teilnehmer

Die DGP hält die Durchführung einer täglichen Teambesprechung für sinnvoll. In der Praxis kann deshalb das Mindestmerkmal „Wöchentliche Teambesprechung“ durch eine tägliche Teambesprechung erfüllt werden.

- 2 Optionale Empfehlungen:
 1. Besprechung aller Patienten der besprechungsrelevanten Behandlungswoche - auch der am Besprechungstag bereits entlassenen.
 2. Wöchentliche/Tägliche Teambesprechung: Die Teambesprechung findet **werktätlich** statt. Sie ist eine wichtige und regelhafte Schnittstelle für die multiprofessionelle Teamarbeit im PD.

Alle Patienten (sowie deren Angehörigen) des letzten Arbeitstages werden multiprofessionell besprochen. Hierbei wird bei jedem Patient und seinen Angehörigen der individuelle tägliche Therapieplan/das Unterstützungsangebot festgelegt. Die Dokumentation der Besprechung erfasst die Anwesenheit der Teilnehmenden. Bezüglich inhaltlicher Aspekte ist die patientenindividuelle Verlaufsdokumentation ausreichend.

Einzelfallprüfung

- Verweis auf Dokumentation der behandlungsrelevanten wöchentlichen Teambesprechung

9. 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

Die DGP hält dieses Merkmal für **potentiell relevant in der Strukturprüfung**.

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung

- Vorlage geeigneter Überleitungsinstrumente, z.B. Flyer informell oder formell kooperierender komplementärer Palliativversorgungseinrichtungen, Beteiligung an Netzwerken etc.
- Verfahrensanweisung zum Prozess „Notfallplan für Palliativpatienten“

10. Ggf. bedarfsgerechte Vermittlung zu qualifizierten und kontinuierlichen Unterstützungsangeboten für Angehörige

Die DGP hält dieses Merkmal für **potentiell relevant in der Strukturprüfung**.

Die DGP empfiehlt als Nachweis zur Einhaltung dieses Mindestmerkmals:

Strukturprüfung:

- Vorlage geeigneter Überleitungsinstrumente, z.B. Flyer informell oder formell kooperierender komplementärer Palliativversorgungseinrichtungen, Beteiligung an Netzwerken etc.

Summation: Der Zeitaufwand, der von Ärzten des Palliativdienstes, von Pflegefachkräften des Palliativdienstes und von Vertretern der oben genannten Bereiche des Palliativdienstes am Patienten sowie anteilig patientenbezogen an seinen Angehörigen/Bezugspersonen erbracht wurde, wird über den gesamten stationären Aufenthalt addiert und entsprechend kodiert.

Die DGP empfiehlt als Nachweis: In Referenz auf / Kombination mit der patientenindividuellen Verlaufsdocumentation die tagesgenaue Erfassung der kumulierten Zeiten.
Hier wird unterschieden zwischen

1. „am Patienten erbrachte Zeit = patientenbezogene Zeit“

Zeit am Patienten

Zeit, die für Gespräche mit und Maßnahmen unmittelbar am Patienten aufgewendet wird.

Zeit für Befähigung/ und Assessment des Patientenumfeld / der Angehörigen

Zeit, die für Gespräche, Beratung und Anleitung der An- und Zugehörigen (Familie, Freunde, etc) aufgewendet wird, um Behandlungsziele einschätzbar und Behandlungsfortschritte für den Patienten zu ermöglichen.

2. nicht patientenbezogene Zeit

Zeit für Behandlungskoordination unter professionellen Diensten-

Zeit, die für inhaltliche Absprache, Falldiskussion, Therapieüberwachung und Übergabe an weiterführende Behandler mit anderen professionellen Diensten aufgewendet wird.

Zeit, die für alle Tätigkeiten aufgewendet wird, die nicht durch inhaltliche Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes oder der Therapieüberwachung durch direkten Austausch (persönlich oder telefonisch) entsteht z.B.

- Informationen zum Patienten lesen, Dokumentation
- Mails/Faxe schreiben, Formulare ausfüllen