

cFormular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

| | |
|------------------|--|
| Organisation * | |
| Name * | |
| Vorname * | |
| Titel | |
| Straße | |
| PLZ | |
| Ort | |
| E-Mail-Adresse * | |
| Telefon * | |
| Telefax | |

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Titel | |
| Straße | |
| PLZ | |
| Ort | |
| E-Mail-Adresse | |
| Telefon | |
| Telefax | |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

| |
|--|
| Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie |
|--|

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher? *

| |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) |
| Status der Abstimmung: <input type="checkbox"/> Begonnen <input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen |

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Name der Fachgesellschaft: |

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Es wird ein neuer OPS-Kode beantragt, um die multimodale Therapieerprobung bzw. Therapiestabilisierung im System abzubilden.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur (Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-912 Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

Hinweis:

Dieser Kode wird als Therapieerprobung nach einer multidisziplinären algesiologischen Diagnostik (OPS 1-910) oder als Therapiestabilisierung nach einer multimodalen Schmerztherapie (OPS 8-918.*) durchgeführt.

Mindestmerkmale:

Behandlung unter Leitung eines Arztes mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

Behandlungsdauer maximal 6 Tage.

Einbeziehung von mindestens 3 therapeutischen Disziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Fachdisziplin mit gleichzeitiger Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstigen übenden Therapien.

interdisziplinäre Teambesprechung zum Therapieverlauf.

8-912.0 Vorbereitung auf eine umfassende multimodale Schmerztherapie mit dem Ziel der Beseitigung von Therapiehindernissen auf somatischer oder psychosozialer Ebene einschließlich der Klärung der Therapiemotivation.

8-912.1 Stabilisierung einer umfassenden multimodalen Schmerztherapie mit dem Ziel der dauerhaften Sicherstellung des Therapieergebnisses.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Patienten mit höher chronifizierten Schmerzsyndromen weisen mit relevanter Häufigkeit körperliche oder psychosoziale Beeinträchtigungen auf, die einem optimalen Therapieergebnis intensiver multimodaler Schmerztherapieprogramme entgegenstehen. Dabei kann es sich um Einschränkungen der Beweglichkeit, der Kraft und Ausdauer ebenso wie um psychische Beeinträchtigungen in Form von manifesten Angststörungen, Angst vor Kontrollverlust während Entspannungsübungen, mangelnder Gruppenfähigkeit oder unklarer Therapiemotivation handeln. In Fällen von Medikamentenmissbrauch oder medikamenteninduzierten Schmerzerkrankungen ist es zusätzlich vor Durchführung aufwändiger schmerztherapeutischer Programme erforderlich, einen Medikamentenentzug unter engmaschiger therapeutischer Begleitung durchzuführen.

Bei wohnortnaher teilstationärer schmerztherapeutischer Behandlung ist es in Einzelfällen erforderlich, den Patienten in der Phase der Reintegration in sein gewohntes soziales Umfeld therapeutisch zu

begleiten, um den mit hohem Aufwand erzielten Therapieeffekt nicht zu gefährden.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

Damit kommen Therapieverfahren zur Abbildung, die über das bisherige OPS-System nicht abgebildet sind, die aber gleichwohl in der etablierten multimodalen Schmerztherapie vorkommen.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Nein

Begründung:

Die Verfahren sind notwendig, um individuelle Defizite einzelner Patienten auszugleichen, die sich ansonsten als Hindernis einer effektiven Qualitätssicherung auswirken würden. Beispielsweise können Patienten, die aufgrund körperlicher und/oder seelischer Störungen an bestimmten Teilen komplexer multimodaler Therapieprogramme nicht teilnehmen können, auch in der Qualitätssicherung nicht aussagekräftig erfasst werden.

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

Ca. 50 Kliniken, ca 3500 Fälle

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS**)

ca 1500 Euro

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