

Formular 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)

Neurologie – Multiple Sklerose

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

Ja
 Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V.

Status der Abstimmung:
 Begonnen
 Abgeschlossen

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

Ja
 Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

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

Etablierung einer MS-spezifischen Behandlungs-Prozedur:

z.B. als 8-553.-

"Frührehabilitative multimodale Komplexbehandlung bei Multipler Sklerose"

Mindestmerkmale:

- Frührehabilitationsteam unter fachärztlicher Leitung (Facharzt für Neurologie mit Zusatzausbildung in Rehabilitationsmedizin oder mindestens fünfjähriger Erfahrung in der Behandlung von MS-Patienten in einem MS-Zentrum)
- Standardisiertes Assessment (EDSS, MSFC, ADL-Barthel-Index, Erweiterter Barthel-Index) zur Erfassung der speziell auf MS bezogenen Defizite in mindestens fünf Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, neuropsycholog. Defizite, Stimmung und Vigilanz, vegetative Störungen)
- Wöchentliche Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation der Behandlungsergebnisse und Festlegung weiterer Therapieziele
- Vorhandensein und Einsatz folgender Therapiebereiche: Physiotherapie, physikal. Therapie, Ergotherapie, Logopädie, facio-orale Therapie, neuropsycholog. Training, Psychotherapie
- Sicherstellung von Patientenschulungen und Angehörigenberatungen (Sozialberatung, Vermittlung von Heimtrainings- und Präventionsprogrammen)
- Abschlussassessment vor Entlassung

8-553.0: mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage (mindestens 15 Therapieeinheiten wöchentlich)

8-553.1: mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage (mindestens 15 Therapieeinheiten wöchentlich)

8-553.2: mindestens 21 Behandlungstage (mindestens 15 Therapieeinheiten wöchentlich)

(nur die 8-553.1 oder 8-553.2 dienen als erlösrelevantes Splitkriterium)

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

Der MS-spezifische Aufwand in der frührehabilitativen Behandlung funktionell relevanter neurologischer Defizite in Folge von MS-Schüben oder rascher Progression soll durch Mindestmerkmale dieser neuen Prozedur präzisiert werden.

Im Fallpauschalen-Katalog für 2005 bildet sich der Aufwand für frührehabilitative Leistungen bei MS-Patienten durch Umstrukturierung des Prozedurenkatalogs für den Bereich Frührehabilitation nicht mehr ab. Die hier einzig erlösrelevante Prozedur 8-552.-, die zur Basis-DRG B42Z führen würde, kommt aufgrund ihrer Mindestmerkmale (u.a. 300 Minuten Behandlungszeit tgl.) für MS-Patienten wegen ihrer eingeschränkten Belastbarkeit nicht in Betracht. Dadurch findet 2005 eine stationäre Frührehabilitation schwerer neurologischer Defektsyndrome bei MS nach Schüben oder in Folge rascher Progression vorerst außerhalb der Abbildbarkeit innerhalb des DRG-Systems statt. Ersatzweise wird dieser Aufwand deshalb in 2005 noch durch die nicht erlösrelevante Prozedur 8-559.- als Platzhalter kodiert.

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

Ja

Nein

Begründung: Diese Prozedur (8-553.1 und 8-553.2) steuert in der Tab B68 zusammen mit den ICD-10-2005-Ziffern G35.11, G35.21 und G35.31 eine dann dreigeteilte B68 als zusätzliches Splitkriterium wie folgt an:

B68A = MS mit PCCL>2 und mit frührehabilitativer multimodaler Komplexbehandlung

B68B = MS ohne PCCL>2 und mit frührehabilitativer multimodaler Komplexbehandlung oder MS mit PCCL>2 und ohne frührehabilitative multimodale Komplexbehandlung

B68C = MS ohne PCCL>2 und ohne frührehabilitative multimodale Komplexbehandlung oder ein Belegungstag

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

Ja

Nein

Begründung: Die frührehabilitative Behandlung der MS wird durch Mindestmerkmale einer MS-spezifischen Prozedur im Sinne einer multimodalen Komplexbehandlung in Art und Umfang geschützt (Struktur- und Prozessqualität) und ermöglicht durch Vergleich des Aufnahme- und Entlassassessment eine Kontrolle der Ergebnisqualität (Benchmarking)

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**)

Von 120 000 MS Patienten in Deutschland müssen etwa die Hälfte mindestens einmal jährlich in die Klinik (Geschätzte Kosten ca. 400 Millionen Euro jährlich). Von diesen dürfte wiederum etwa die Hälfte eine frührehabilitative multimodale Komplexbehandlung benötigen.

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

MS-Fachkliniken werden noch 2005 zum frühestmöglichen Zeitpunkt am Kalkulationsverfahren teilnehmen, um Daten zur Kostenermittlung dieser Prozedur zu generieren.

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

Dieser Vorschlag wurde anlässlich der "Anhörung zum Informationsaustausch zur Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems für 2006" am 15. Februar in den Räumen des BMGS in Bonn vorab besprochen. Er entspricht in wichtigen Punkten einer Anregung des InEK .