

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 Formulare Daten 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-komplexxodefruehreha.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 *	Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKB
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://neurologie.uni-bonn.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Klockgether
Vorname *	Thomas
Straße *	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ *	53105
Ort *	Bonn
E-Mail *	klockgether@uni-bonn.de
Telefon *	0228 / 287-15736

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 *	Universitätsklinikum Bonn, Klinik und Poliklinik für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKB
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://neurologie.uni-bonn.de
Anrede (inkl. Titel) *	PD Dr. med.
Name *	Kaut
Vorname *	Oliver
Straße *	Sigmund-Freud-Str. 25
PLZ *	53105
Ort *	Bonn
E-Mail *	oliver.kaut@ukbonn.de
Telefon *	0228 / 287 -14431

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) *

Stationäre Komplexbehandlung von Patienten mit Ataxie

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:

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Heredo-Ataxie Gesellschaft (DHAG)
Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen (DPG)

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.)

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

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)

Die neue Schlüsselnummer lautet: 8-97d

Klassentitel: Stationäre Komplextherapie Ataxie

Ataxien sind eine Gruppe progredient verlaufender erblicher und nicht-erblicher Krankheiten (ICD-10 G11.0 bis G11.4, ausgeschlossen werden G11.4 = Hereditäre spastische Paraplegie und ausgeschlossen werden zerebelläre Ataxien äthyltoxischer Genese), denen eine Degeneration des Kleinhirns und Rückenmarks zugrundeliegt. Ataxien sind seltene Krankheiten mit einer geschätzten Prävalenz von 15 - 20 : 100.000. Für die meisten Ataxien stehen keine medikamentösen Behandlungsansätze zur Verfügung.

Infolgedessen liegt der Schwerpunkt der Therapie der Ataxien auf nicht-medikamentösen Verfahren, insbesondere Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie/Schlucktraining. Die betroffenen Patienten können diese jedoch bedingt durch die Einschränkung der Gehfähigkeit und daraus resultierender Immobilisierung nur mit großem logistischem Aufwand, zu selten oder gar nicht wahrnehmen.

Daher schlagen wir eine stationäre Komplextherapie vor. Als Mindestanforderung müssen 3 verschiedene übende Therapieformen aus folgenden Bereichen miteinander kombiniert werden:

1. Physiotherapie / Physikalische Therapie
2. Ergotherapie
3. Logopädie/Schlucktraining

Bei der Physiotherapie liegt der Schwerpunkt auf einem systematischen Training der Gleichgewichts- und koordinativen Funktionen. Diese Verfahren muss durch eine stochastische Resonanztherapie (SRT; syn. whole body vibration, WBV) ergänzt werden. Ausserdem sollen supportive aktivierende Therapie wie die Lichttherapie bereitgestellt werden.

Die Komplexbehandlung wird in der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Bonn oder gleichwertig ausgestatteten Einrichtungen stattfinden, die langjährige Erfahrung in der Diagnosestellung und Betreuung von Patienten mit Ataxie besitzt.

Übersicht der stationären Komplextherapie:

Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt/-in für Neurologie)

Die durchführende Klinik/Krankenhaus/Zentrum muss über langjährige Erfahrung in der Behandlung dieser seltenen Patientengruppe der Ataxien verfügen.

Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

Mindestanforderung: Vorhandensein folgender Therapiebereiche:

1. Physiotherapie/Physikalische Therapie, 2. Ergotherapie, 3. Logopädie/Schlucktraining

Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 7,5 Stunden pro Woche, davon müssen 5 Stunden in Einzeltherapie stattfinden; einer der eingesetzten Therapiebereiche muss Physiotherapie/Physikalische Therapie oder Ergotherapie sein.

Physiotherapie: 6 x 30 min. Einzeltherapie
 täglich Vibrationstherapie mit SR-Zeptor®

Physikalische Therapie: 1 x 1 Std. Einzeltherapie (Fango Massage)

Ergotherapie: 2 x 1.5 Std. Gruppentherapie

Sporttherapie: 5 x 1 Std. Gruppe (Hockergymnastik)

Logopädie: 1 x 1 Std. Einzeltherapie

Entspannungstraining 2 x 1 Std. Gruppentherapie

Lichttherapie (10.000 Lux) täglich morgens (im Zimmer)

Sozialmedizinische Beratung (Sozialarbeiterin), 1 x 1 Std.

Dieser stellt eine Mindestanforderung dar, die individuell erweitert werden kann.

Die Behandlungsdauer kann gestaffelt in unterschiedlicher Länge angeboten werden:

8-97d.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-97d.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-97d.2 Mindestens 21 Behandlungstage

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Da für Ataxien keine medikamentöse Therapie zur Verfügung steht, basiert die Behandlung entsprechend aktuellen Leitlinien auf der Physiotherapie und anderen übenden Verfahren. Ataxien sind nicht heilbar. Daher sind regelmäßige Behandlungen unabdingbar. Erschwerend kommt hinzu, dass die Erkrankungen chronisch progredient verlaufen und noch keine krankheits-modifizierenden medikamentösen Therapien vorhanden sind.

Derzeit besteht eine erhebliche Unterversorgung der Ataxie-Patienten. Zunächst werden Diagnosen oft verspätet und unpräzise gestellt, so dass wertvolle Zeit für gezielte Behandlungen verlorengeht. Durch neue Initiativen, wie das aus dem Innovationsfond geförderte TRANSLATE-NAMSE-Projekt und das Europäische Referenznetzwerk Seltene Neurologische Krankheiten, zu denen die Klinik für Neurologie des Universitätsklinikum Bonn maßgeblich beiträgt, wird sich in Zukunft die Zeit bis zur Diagnosestellung verkürzen.

Umso bedeutsamer ist es, betroffenen Patienten Behandlungsangebote im Einklang mit aktuellen Leitlinienempfehlungen zu machen. Derzeit werden Empfehlungen zur Durchführung von Physiotherapie und Logopädie aufgrund fehlender Verordnungen oft nicht umgesetzt. Bei anderen Patienten scheitert eine regelmäßige und wirkungsvolle Behandlung an praktischen Problemen: Die Patienten sind durch die Erkrankung in ihrer Mobilität eingeschränkt, und können oft nicht selbstständig die verschiedenen therapeutischen Praxen aufsuchen. Bei einzelnen Patienten werden in größeren Abständen stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in neurologischen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Aufgrund des hohen Aufwands für die Beantragung und Durchführung sind solche Behandlungen jedoch eher die Ausnahme. Zudem gibt es in Rehabilitationskliniken, die auf die Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfällen, Schädel-Hirn-Traumen und Rückenmarksverletzungen spezialisiert sind, oft nicht die entsprechende ärztliche und therapeutische Expertise.

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

OPS: es gibt derzeit für Ataxie-Patienten keine OPS-Ziffern, bisher werden Ataxie-Patienten nur für diagnostische Zwecke stationär aufgenommen, dann erfolgt die Abrechnung über DRGs.

Der Kode für die Komplexbehandlung dient der Abbildung der erheblichen Aufwände in der stationären Versorgung der betroffenen Patienten. Durch diesen Kode wird InEK in die Lage versetzt, die entsprechenden Fälle in den übermittelten Kalkulations- und Leistungsdaten zu detektieren und die Leistung als Kostentrenner für die Weiterentwicklung des DRG-Systems einzusetzen.

Aktuelle Schlüsselnummern (ICD) für die im Vorschlag genannten Fallgruppe:

ICD 10 G11.0-9 (exclusive G11.4)

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)

Die Behandlung der Ataxien mit übenden Verfahren wird in den entsprechenden AWMF-Leitlinien (Registernummer 030-031; <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/030-031.html>) und internationalen Konsensus-Leitlinien (Corben et al. Orphanet J Rare Dis. 2014 Nov 30;9:184. doi: 10.1186/s13023-014-0184-7) nachdrücklich empfohlen.

Die Wirksamkeit intensiven Koordinationstrainings wurde in kontrollierten Querschnitts- und Langzeitstudien nachgewiesen (Ilg et al. Neurology. 2009 Dec 1;73(22):1823-30; Ilg et al. Mov Disord. 2010 Oct 15;25(13):2239-46).

Die Wirksamkeit der stochastischen Resonanztherapie (SRT) bei Ataxie wurde durch eine kontrollierte Studie nachgewiesen (Kaut et al. Cerebellum. 2014 Apr;13(2):237-42).

Die Klinik für Neurologie koordiniert mehreren europäische Studienregistern und ist an anderen maßgeblich beteiligt (www.ataxia-study-group.net; Jacobi et al. Lancet Neurol. 2015 Nov;14(11):1101-8; Reetz et al. Lancet Neurol. 2016 Dec;15(13):1346-1354).

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Analog zur Komplextherapie der Parkinson-Krankheit lassen sich die Behandlungskosten pro Fall auf 1.500 € / Woche zusätzliche Personalkosten schätzen.

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

Die Klinik für Neurologie betreut zur Zeit ambulant etwa 300 Ataxiepatienten. Die geplante Maßnahme kommt grundsätzlich bei etwa einem Drittel dieser Patienten in Frage. Aufgrund der verfügbaren Kapazität schätzen wir die jährliche Fallzahl auf 30. Grundsätzlich gibt es nur wenige Kliniken in Deutschland, die über langjährige Erfahrung mit Ataxie-Patienten verfügen, sodass nur eine sehr kleine Anzahl von Kliniken (ca. 5-10) die neue Komplexbehandlung anbieten können.

Kalkulation:

30 Patienten / Jahr x 5 bis 10 Kliniken = 150 bis 300 Patienten / Jahr in Deutschland

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

Bisher werden keine derartigen Ataxie-spezifischen Behandlungskonzepte angeboten, daher ist kein Vergleich direkter möglich.

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.)

Diesbezüglich ist der Antrag nicht relevant.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Vorliegender Antrag wurde bereits 2018 von uns gestellt und seitens des dimdi abgelehnt.

a) Das dimdi hat empfohlen, die bereits existierende ops-Zitter für Parkinson mit der für Ataxie zu kombinieren und hierzu Kontakt mit der entsprechenden Fachgesellschaft aufzunehmen. Wir haben daraufhin die Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen (DGP) kontaktiert, die eine Zusammenlegung nicht befürwortet. Die Begründung lautete:

"Wir sind der Meinung, dass die neu zu schaffende OPS inhaltlich an die bereits erfolgreich etablierte OPS der multimodalen Parkinson-Komplextherapie angelehnt werden sollte. Da sich allerdings die Behandlung der Ataxien und der Parkinson-Syndrome hinsichtlich der medikamentösen therapeutischen Möglichkeiten und damit auch des therapeutischen Aufwandes grundlegend unterscheidet, möchten wir dafür plädieren, dass eine eigene OPS für die Komplexbehandlung der Ataxien geschaffen wird. Der Einschluss dieser Patientengruppe in die vorhandene OPS der Parkinson-Komplextherapie erscheint uns dagegen nicht sinnvoll."

b) Kritisch wurde seitens des dimdi bewertet, dass "die Ataxie-Behandlung eher etwas für die Reha-Kliniken sei".

Wie unter "7.a.) Problembeschreibung" ausgeführt, sehen wir in den Rehakliniken nicht die ausreichende Expertise zur Behandlung dieser sehr selten auftretenden Erkrankung. Eine dort durchgeführte Behandlung würde den Spezifika der Erkrankung nicht gerecht werden und wäre wahrscheinlich erfolglos. Daher muss dieses Therapieverfahren in mit der Erkrankung erfahrenen Kliniken durchgeführt werden.