

# 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](mailto: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
------------

## 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 Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie (DGNKN) e.V.
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 \*

### Änderung der OPS-Ziffer 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

1) Im Rahmen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sind spezielle Fachkenntnisse Voraussetzung, um eine nationalen Standards entsprechende Therapie dieser PatientInnen zu garantieren. Aus Sicht der DGNKN sollte die Leitung einer entsprechenden Abteilung daher ausschließlich einem Neurologen oder Neurochirurgen mit Reha-Erfahrung obliegen. Davon unberührt bleiben die Ziffern 8-559 bzw. 8-563, die u.a. für – z.B. durch Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin zu erbringende – fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus bzw. für physikalisch-medizinische Komplexbehandlung vorgesehen sind.

Eine Bestandsgarantie für bereits jetzt von Nicht-Neurologen/-Neurochirurgen geleitete Abteilungen für neurologische Frührehabilitation erscheint von DGNKN-Seite aber akzeptabel.

2) Eine tägliche Therapieintensität von 300 Minuten wird der interindividuell sehr unterschiedlichen und im Verlauf oft fluktuierenden Therapiefähigkeit der PatientInnen nur teilweise gerecht. An Wochenenden/Feiertagen ist diese Intensität (300 Minuten) darüberhinaus aus verschiedensten logistischen Gründen sicher auch in personell gut ausgestatteten Frührehabilitationsabteilungen nicht immer zu erreichen. Die DGNKN plädiert daher dafür, eine Umformulierung vorzunehmen in: „[...]. mindestens 300 Minuten täglich an den Wochentagen Montag bis Freitag im Durchschnitt der Aufenthaltsdauer in der Frührehabilitationseinrichtung“. Ferner sollten in seltenen speziellen Fällen einer vorübergehenden Therapieunfähigkeit/Einschränkung der Therapiefähigkeit (z.B. durch eine akute Komplikation) Unterschreitungen der 300 Minuten erlaubt sein.

3) Nach in neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsabteilungen durchgeführten Erhebungen in Deutschland (s. Qualitätsmanagement in der neurologischen und neurochirurgischen Frührehabilitation; Hrsg. A. Voss, K. Wild, M. Wild; Zuckschwerdt-Verlag, München, S. 116 ff.) leiden zwischen 60 und 85% der Betroffenen an Dysphagien. Eine Erhebung der Arbeitsgemeinschaft neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation an 1280 Patienten (12 teilnehmende Frührehabilitationseinrichtungen Deutschlands) ergab bei Aufnahme jeweils eine PEG- und Tracheostoma-Häufigkeit von über 40%, Schluckstörungen rangierten neben motorischen Defiziten an 1. Stelle (die entsprechende Studie wird in Kürze veröffentlicht).

Um (vital-bedrohliche) neurogene Dysphagien nicht gesondert zu behandeln, schlägt die DGNKN daher vor, als Ziffer U52.- den Frührehabilitationsindex (FRBI) nach Schönle einzufügen, in dem Dysphagien in Form zweier Items berücksichtigt werden.

## 8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

**Änderungsvorschläge sind unterstrichen!**

### 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

**Exkl.:** Geriatrische Frührehabilitation ( 8-550 ff.)

Andere Frührehabilitation ( 8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung ( 8-563 ff.)

**Hinw.:** Mindestmerkmale

**w.:** Frührehatteam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie oder Neurochirurgie,

der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt

Standardisiertes Frührehabilitations-Assessment zur Erfassung und Wertung der funktionellen Defizite in mindestens 5 Bereichen (Bewußtseinslage, Kommunikation, Kognition, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Verhalten, Emotion) zu Beginn der Behandlung. Der Patient hat einen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bis maximal 30 Punkte zu Beginn der Behandlung

Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal  
Vorhandensein und Einsatz von folgenden Therapiebereichen:

Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/facio-orale Therapie und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Eßtraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining, Schlucktraining u.a.)  
in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten täglich an den Wochentagen Montag bis Freitag im Durchschnitt der Aufenthaltsdauer in der Frührehabilitationseinrichtung (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden). In speziellen Fällen (z.B. vorübergehende Therapieunfähigkeit durch eine akute Komplikation) darf die Therapieintensität vorübergehend unterschritten werden, was entsprechend zu dokumentieren ist.

8-552.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-552.1 Mindestens 14 bis höchstens 27 Behandlungstage

8-552.2 Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage

8-552.3 Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage

8-552.4 Mindestens 56 Behandlungstage

#### Frührehabilitations-Index nach Schönle

U52.0 Absaugpflichtiges Tracheostoma

U52.1 Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

U52.2 Beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit

U52.3 Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- und Fremdgefährdung

U52.4 Schwere Sprach- und Kommunikationsstörung

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

1. Einerseits ist Neurologie oder Neurochirurgie in der Weiterbildung zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin nicht vorgeschrieben, andererseits stellt neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation besonders hohe Anforderungen an fachspezifische Expertise. Bislang wurde dem durch die Tatsache Rechnung getragen, dass in der OPS-Ziffer 8-552 ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie (mit Reha-Erfahrung) eine entsprechende Spezialabteilung leiten sollte. Neuerdings soll dies auch durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin möglich sein. Die DGNKN vertritt die Auffassung, dass dadurch die hohen Anforderungen an fachspezifisches Wissen im neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsbereich konterkariert werden. Es werden auch schwerlich KollegInnen für die Arbeit/Weiterbildung auf neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationsabteilungen zu gewinnen sein (die den Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie anstreben), wenn der Leiter nicht die entsprechende Facharztbezeichnung führt. Es erscheint paradox, dass gerade komplexe und auf vielfältige Weise miteinander interagierende Hirnleistungsstörungen von Nicht-Neurologen/-Neurochirurgen erbracht werden sollen. Umgekehrt käme kein Reha-Neurologe auf die Idee, etwa ernsthaft orthopädische Frührehabilitation in leitender Funktion zu betreiben.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich Abteilungen für fachübergreifende Frührehabilitation an Schwerpunktkrankenhäusern mit Abteilungen für Neurologie und/oder Neurochirurgie befinden. Für Patienten derartiger Abteilungen steht daher bei speziellen Fragestellungen/Komplikationen zumindest ein entsprechender Facharzt (für Neurologie/Neurochirurgie) konsiliarisch zur Verfügung. Ein

Bestandsschutz derartiger Abteilungen ist aus Sicht der DGNKN daher akzeptabel; neue Abteilungen dieser Art sollten aus Sicht der DGNKN aber zukünftig nicht mehr etabliert werden (Argumentation s. obiger Absatz).

2. Laut Informationen von Mitarbeitern der Klinikgruppe M & I wurden von der M & I expressis verbis mindestens 300 Minuten an den Wochentagen Montag bis Freitag (Feiertage ausgenommen) vorgeschlagen. Die wahrscheinlich durch ein Missverständnis entstandene Forderung nach täglicher Therapieintensität von mindestens 300 Minuten ist zu starr und wird der Tatsache nicht gerecht, dass neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationspatienten oft einen fluktuierenden Krankheitsverlauf aufweisen und schlichtweg nicht an jedem Tag der Woche mindestens 300 Therapie-Minuten „erdulden“ können.

Auch in personell gut ausgestatteten Frührehaeinrichtungen ist es darüberhinaus bei geringen Änderungen des Betriebsablaufes wie z.B. Erkrankung von Mitarbeitern logistisch fast unmöglich, der Forderung nach mindestens täglich 300 Therapieminuten (d.h. auch an Wochenenden und Feiertagen) nachzukommen.

3. Es steht außer Frage, dass neurogene Dysphagien bei neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationspatienten sehr häufig vorkommen und vital besonders bedrohlich sind. Dass sie keine besondere Berücksichtigung fanden, mag an der bekannten Tatsache liegen, dass sie in ihrer Bedeutung oft unterschätzt werden und wahrscheinlich von zahlreichen Abteilungen (die nicht „echten“ Frührehaabteilungen entsprechen) nicht codiert wurden und dementsprechend im OPS-Katalog kaum mehr Bedeutung besitzen. Dass sie bei neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitationspatienten tatsächlich sehr häufig sind, geht aus der unter 7. zitierten Literatur (Qualitätsmanagement in der neurologischen und neurochirurgischen Frührehabilitation; Hrsg. A. Voss, K. Wild, M. Wild; 9Zuckschwerdt-Verlag, München, S. 116 ff.) und der dort erwähnten Multicenter-Studie der Arbeitsgemeinschaft neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation an 1280 Patienten (12 teilnehmende Frührehabilitationseinrichtungen Deutschlands) eindeutig hervor.

Um diesen Störungen gerecht zu werden, ohne sie isoliert in der Vordergrund zu rücken, erscheint es sinnvoll auf ein ohnehin in der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation verwendetes Assessmentinstrument, den Frühreha-Barthelindex (FRBI) nach Schönle, zurückzugreifen, in dem Dysphagien in zweifacher Hinsicht Berücksichtigung finden („absaugpflichtiges Tracheostoma“, „beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung“). Diesen Index als OPS-Code U52 (1-5) einzufügen, erscheint daher folgerichtig.

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

Ja

Nein

Begründung: Laut BMGS fällt neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation unter § 39 SGB V (damit unterliegt sie dem Fallpauschalensystem). Allerdings bildet sich die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation in DRGs schlecht bzw. unzureichend ab. Zu klären ist auch, ob ab einem gewissen Zeitpunkt bzw. in speziellen Fällen neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation unter § 111 SGB V fällt, was in knapp über 10% der deutschen Einrichtungen (in einigen Bundesländern) der Fall ist.

Wichtig ist auch folgende Problematik: 2003 war die ICD-Nr. R13 etwa beim Schlaganfall (B70) noch CCL-relevant. Für den Schlaganfall ergab sich auf Grund der Daten der Optionskrankenhäuser eine Dysphagieprävalenz von unter 5%. Weltweit liegt die Dysphagiehäufigkeit beim akuten Schlaganfall bei 50-60%, in der subakuten Phase bei 25%! (s. auch letzter Punkt 10)

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

Ja

Nein

Begründung: Die Kriterien der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation (u.a. Eingangskriterien i.S. des FRBI nach Schönle, zeitliche Vorgaben der Therapieintensität) werden vom MDK überprüft 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. 50 000 Fälle pro Jahr

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

10.000 € bis 50.000 €

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

Um Kontaktaufnahme mit dem InEK wird gebeten wegen des o.g. Punktes, der hier nochmals aufgeführt wird:

2003 war der ICD-Code R13 etwa beim Schlaganfall (B70) noch CCL-relevant. Für den Schlaganfall ergab sich auf Grund der Daten der Optionskrankenhäuser eine Dysphagieprävalenz von unter 5%. Weltweit liegt die Dysphagiehäufigkeit beim akuten Schlaganfall bei 50-60%, in der subakuten Phase bei > 25%!

Die jetzt mögliche Differenzierung in R13.0, R13.1 und R13.9 ändert auf Grund unserer Erfahrung daran praktisch nichts. Damit wird eine in der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation sehr häufige und bedeutende (vital-bedrohliche, in apparativer und personeller Hinsicht teure etc.) Störung nicht annähernd ausreichend bewertet.