

# 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)

|  |
|--|
|  |
|--|

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

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

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

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

## 6. Art der Änderung \*

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

## 7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages \*

Die Aufnahme der OPS-Ziffer 8-552.- in den Katalog 2005 wurde von der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation Baden-Württemberg sehr begrüßt. Dennoch sind einige Korrekturen notwendig, um der Versorgungsrealität der Neurologischen Frührehabilitation Phase B gerecht zu werden und die Versorgung weiterhin zu sichern:

1. Leitung des Frührehteams durch einen Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie:  
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin leiten in der Regel interdisziplinäre Frühreha-Abteilungen an Akut-Krankenhäusern. Die Frührehabilitation in solchen Abteilungen ist deutlich weniger ressourcenintensiv als in Einrichtungen, die auf Neurologische Frührehabilitation Phase B spezialisiert sind. Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollte der Facharzt Physikalische und Rehabilitative Medizin wieder gestrichen werden.
2. Funktionseinschränkungen nach Frühreha-Barthel-Index (FRB)  
Aus den Funktionsstörungen des Patienten ergibt sich der Therapiebedarf und der Ressourcenaufwand. Die genaue Beschreibung der Funktionsstörungen ist von großer Bedeutung für die medizinische Dokumentation und die DRG-Kalkulation durch das InEK. Der FRB sollte nicht nur über die 30-Punkte-Grenze Inhalt der OPS-Ziffer 8-552 sein, sondern auch im Detail dokumentiert werden. Hierfür sollten die sieben Items des FRB als ICD U52.0 bis U52.6 aufgenommen werden. Am Ende des ICD-Katalogs (wegen U52.-) und des OPS-Katalogs (wegen 8-552.-) sollte der Frühreha-Barthel-Index nach Schönle aufgenommen werden (analog Barthel-Index im ICD-Katalog). Hierzu erhält das DIMDI eine separate Datei mit einer Publikation von Prof. Schönle. Um ein genaues Bild der Funktionsstörung zu erhalten, sollte bei Kodierung der OPS 8-552 die Kodierung der ICD U50-U52 zwingend sein.
3. 300 Minuten Therapie und therapeutische Pflege  
Die Erbringung von 300 Minuten Therapie und therapeutische Pflege an JEDEM Tag des Aufenthalts ist oft nicht möglich. Einerseits ist die Therapieempfindlichkeit von Patienten Schwankungen unterworfen, andererseits kann es zu Therapieverschiebungen aufgrund Ausfalls von Mitarbeitern, z.B. durch Krankheit, kommen. Die Personalbesetzung an Wochenenden und Feiertagen erlaubt grundsätzlich keine 300 Minuten. Deswegen sollten die 300 Minuten nur ein Durchschnittswert für alle Tage ohne Wochenenden und Feiertage des gesamten Aufenthalts sein. Nur in Ausnahmefällen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen (z.B. wegen Komplikationen) weniger Therapie erhalten hat, dürfen die 300 Minuten unterschritten werden. Dies muß aber aus der Dokumentation klar hervorgehen.
4. Belegungstage statt Behandlungstage  
Die Unterscheidung der OPS-Ziffern 8-552.- nach Behandlungstagen hat für unterschiedliche Zählweisen bei Krankenhäusern und Krankenkassen gesorgt. Um hier weitere Meinungsverschiedenheiten (auch bei der Berechnung der durchschnittlichen 300 Minuten) zu vermeiden, sollten Belegungstage als Einheit verwendet werden.

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

Änderungen blau unterstrichen

**OPS 8-552.- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation**

**Exkl.:**

Geriatrische Frührehabilitation (8-550)

Andere Frührehabilitation (8-559)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563)

**Hinw.:**

Mindestmerkmale:

- Frühreheatteam 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, [Schlucken](#), 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. [Die Funktionseinschränkungen sind mit ICD U50, U51, U52 zu verschlüsseln.](#)
- 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/[Schlucktherapie](#) und therapeutische Pflege (Waschtraining, Anziehtraining, Esstraining, Kontinenztraining, Orientierungstraining u.a.) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 300 Minuten [pro Belegungstag \(ohne Wochenende und Feiertage\) im Durchschnitt des gesamten Aufenthalts](#) (bei simultanem Einsatz von zwei oder mehr Mitarbeitern dürfen die Mitarbeiterminuten aufsummiert werden). [Bei dokumentierter eingeschränkter Therapiefähigkeit \(z.B. wegen Komplikationen\) dürfen ausnahmsweise 300 Minuten unterschritten werden.](#)

8-552.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 [Belegungstage](#)

8-552.1 Mindestens 14 bis höchstens 27 [Belegungstage](#)

8-552.2 Mindestens 28 bis höchstens 41 [Belegungstage](#)

8-552.3 Mindestens 42 bis höchstens 55 [Belegungstage](#)

8-552.4 Mindestens 56 [Belegungstage](#)

**B.****U52.- Frührehabilitations-Index nach Schönle**

U52.0 Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand

U52.1 Absaugpflichtiges Tracheostoma

U52.2 Intermittierende Beatmung

U52.3 Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)

U52.4 Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und Fremdgefährdung)

U52.5 Schwere Verständigungsstörung

U52.6 Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

Am Ende des ICD-Katalogs (wegen U52.-) und des OPS-Katalogs (wegen 8-552.-) sollte der Frühreha-Barthel-Index nach Schönle aufgenommen werden (analog Barthel-Index im ICD-Katalog). Hierzu erhält das DIMDI eine separate Datei mit einer Publikation von Prof. Schönle.

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

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

Ja

Nein

Begründung:

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B ist ungenügend im DRG-Katalog abgebildet. Eine korrekte Beschreibung und Dokumentation der Neurologischen Frührehabilitation Phase B ist die Voraussetzung für eine sach- und leistungsgerechte Weiterentwicklung der Frühreha-DRGs.

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

Ja

Nein

Begründung:

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**)

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

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