

# 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 checked="" type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR)
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 \*

### Problembeschreibung:

#### 1. Allgemein:

Die Abbildung der Frührehabilitation war bereits ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004. Die damals mehr als 20 neuen DRGs zur Abbildung von frührehabitativer Therapie wurden in 2004 allesamt für-über den Prozedurenkode 8-551 getriggert. Dies führte zu einem Werteverfall der Frührehabilitation, welcher sich auch anhand der Daten aus den Kalkulationshäusern nachvollziehen lässt (vgl. InEK – Abschlußbericht 2005, vom 20.12.2004).

Die daraus entstandene Problematik wurde in 2005 dadurch deutlich entschärft, dass im Fallpauschalenkatalog 2005 insgesamt 13 Frühreha - DRGs nicht mehr mit einem Relativgewicht belegt wurden und somit krankenhaushausindividuell von den Vertragspartnern vor Ort verhandelt werden können. Außerdem wurde dieser Entwicklung des Werteverfalles und des daraus resultierenden Qualitätsverlust dadurch begegnet, indem— dass der von der m&i Klinikgruppe Enzensberg eingereichte neue Prozedurenkode für die neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation 8-552 anerkannt wurde, welcher klare Definitionen bezüglich der Art, Menge und Güte der abzugebenden Leistungen enthält.

#### 2. Frühreha-Barthel Index nach Schönle:

Aus dem Abschlußbericht 2005 des InEK geht hervor, dass die Kalkulation der Relativgewichte der DRG B42Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 28 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden anhand der motorischen Funktionseinschränkung ICD-Kode U 50.- vorgenommen wurde.

Die motorische Funktionseinschränkung ICD-Kode U50.- unterscheidet sich jedoch deutlich von dem im Prozedurenkode 8-552 geforderten Barthel – Index nach Schönle. Der Barthel – Index nach Schönle bewertet neben dem herkömmlichen Barthel (ICD-Kode U 50.-) den Frühreha-Index (FRI).

Zusätzliche Frühreha-Index Kriterien beim Barthel nach Schönle sind:

Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Absaugpflichtiges Tracheostoma

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Intermittierende Beatmung

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- oder Fremdgefährdung

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Schwere Verständigungsstörung

Nein = 0 Punkte, JA = - 25 Punkte

Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

Nein = 0 Punkte, JA = - 50 Punkte

Der Frühreha-Barthel war in 2003 (Daten zur Kalkulation für den FP-Katalog 2005) und ist auch zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht als Diagnose kodierbar. Das InEK hatte also bei der Kalkulation der Relativgewichte für den Fallpauschalenkatalog 2005 keine adäquate Möglichkeit den Schweregrad der Patienten richtig einzustufen.

Erschwerend kommt hier noch hinzu, dass

- a) der Frühreha-Index nach Schönle nicht in allen Bundesländern zum Einsatz kommt (z.B. in Bayern) und damit von den Kliniken größtenteils gar nicht erhoben wurde bzw. wird.
- b) dass in den Fachkreisen ein Unklarheit bezüglich des zu kodierenden Indexes besteht. Im ICD-Kode U50 besteht die Möglichkeit die motorischen Funktionsstörungen mit dem Barthel und dem FIM zu kodieren, im ICD-Kode U51 besteht die Möglichkeit die kognitiven Funktionsstörungen mit dem Barthel, FIM und MMSE zu kodieren.  
Der Frühreha-Barthel nach Schönle ist wie bereits beschrieben nicht kodierbar.

### 3. Abrechnungsproblematik

Im Fallpauschalenkatalog 2005 wird die Zuordnung der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation anhand folgender Verweildauergrenzen vorgenommen:

OPS-Kode	Bezeichnung	DRG-Triggerung
8-552.0	7 bis 13 Behandlungstag	=> ohne Auswirkung auf DRGs
<u>8-552.1</u>	14 bis 27 Behandlungstage	=> B42Z
<u>8-552.2</u>	28 bis 41 Behandlungstage	=> B43Z
8-552.3	42 bis 55 Behandlungstage	=> B43Z
8-552.4	ab 56 Behandlungstage	=> B43Z

Dies führt zu nachstehenden Problemen:

#### 3.a. Redaktionelle Fehler der DRG Bezeichnung im Fallpauschalenkatalog 2005:

##### 3.a.a. DRG B42Z

Bisher: DRG B42Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 28 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden

Berichtigung: DRG B42Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne Beatmung > 95 Stunden

Es handelt sich hierbei um einen redaktionellen Fehler, da die DRG B42Z über die Prozedur „TAB-B42-1 8-552.1‡ Neurol-neurochir Frühreha: mind 14 - höchst 27 BehTage“ getriggert wird (vgl. Definitionshandbuch Band 1 Seite 232).

##### 3.a.b. DRG B43Z

Bisher: DRG B43Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 28 Tage

Berichtigung: DRG B43Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ab 28 Tage

Auch hierbei handelt es sich um einen redaktionellen Fehler, die DRG B43Z wird als Mindestanforderung über die Prozedur „TAB-B43-1 8-552.2‡ Neurol-neurochir Frühreha: mind 28 - höchst 41 BehTage“ getriggert wird (vgl. Definitionshandbuch Band 1 Seite 232).

### 3.b. Das kalkulierte Relativgewicht der B42Z konnte nicht adäquat ermittelt werden

#### 3.b.a. Frühreha-Barthel

Dem InEK lagen keine Daten zum Barthel nach Schönle vor vgl. den o. g. Punkt 2.

#### 3.b.b. Leistungsdichte des Prozedurenkodes 8-552

Da der Prozedurenkode 8-552 mit der geforderten Leistungsdichte von mindestens 300 Minuten pro Tag (außer an Wochenenden) erst ab 2005 gültig ist, waren dem InEK bei der Kalkulation des Relativgewichtes für den Fallpauschalen-Katalog 2005 keine Daten zu den Leistungen und auch zu den Kosten verfügbar.

Dennoch wurde vom InEK ein Relativgewicht für die DRG B42Z i. H. v. 2,577 ermittelt. Grundlage für diese Ermittlung bildeten lediglich 83 Fälle der Kalkulationsdaten 2003. In 2003 war jedoch die Hürde zur Kodierung der Frührehabilitation in keinsten Weise mit den Anforderungen des Prozedurenkodes 8-552 vergleichbar. Eine Kostenhomogenität ist aus unserer Sicht wegen der drastisch geänderten Eingangsvoraussetzung zur Kodierung der Prozedur 8-552 Neurologische Frührehabilitation im Vergleich zur Prozedur 8-551 Frührehabilitation in 2004 nicht erkennbar.

### 3.c. Splittungsproblematik B42Z ./ B43Z

Im Fallpauschalenkatalog 2005 wird die Zuordnung der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation anhand folgender Verweildauergrenzen vorgenommen:

Im Einzelnen ergibt sich folgende Kostensituation:

DRG	Verweildauer	RG	Baserate	Fallerlös	Ø Tageserlös
B42Z	27 Tage	2,577	2.800 €	7.216 €	267,24 €
B43Z	28 Tage			11.200 €	400,00 €

Patienten mit einer Verweildauer von 28 Tagen erzielen einen Tagessatz von nur noch 23967 €. Mit diesem Tagessatz können die im Prozedurenkode 8-552.\* geforderten 300 Minuten Therapie und therapeutische Pflege nicht finanziert werden.

Nicht ganz klar ist, warum 95 Stunden Beatmung in die Frühreha DRG B42Z eingeschlossen wurden, denn normalerweise führt für die Beatmung ja dazu, dass eine Beatmungs-DRG getriggert wird. Es stellt sich die Frage, wie eine Beatmung bis zu 4 Tage mit einem Tageserlös von 267 € finanziert werden kann.

Der Unterschied zu den „normalen“ Patienten eines Akutkrankenhauses besteht bei der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation darin, dass der Patient in unmittelbarem Anschluss an den Akutaufenthalt in die Rehabilitation Phase C verlegt wird. Die Weiterbehandlung in der Phase C findet in der Regel im gleichen Haus statt. Der Kostenträger bleibt in der Regel die Krankenkasse (Finanzierung über Rehabilitation).

Da das Ende der akutstationären Behandlungsnotwendigkeit und damit der Phase B nicht eindeutig anhand harter Kriterien z.B. Barthel Index  $\geq 30$  Punkte definiert ist, wird es im Einzelfall schwierig sein das Datum festzulegen. Die Kassen werden vor dem Hintergrund der anhaltenden finanziellen Schwierigkeiten versuchen, dass Ende der akutstationären Behandlungsnotwendigkeit und damit der neurologischen Frührehabilitation Phase B auf den 287. Behandlungstag zu legen. Die Einrichtungen der Frührehabilitation befürchten, dass sich die durchschnittliche Verweildauer der B42Z von 20,3 Tagen (mittlere Verweildauer im Fallpauschalenkatalog 2005) imn der Praxis im Laufe der nächsten Jahre deutlich nach oben verändern wird. Eine Finanzierung der sich selbst auferlegten (8-552) Qualitäts- und Quantitätsvoraussetzungen ist damit nicht mehr möglich.

Notwendig ist eine klare und überprüfbare Definition der Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Frührehabilitation und Rehabilitation, damit Risikoverlagerungen vermieden werden (vgl. auch Gutachten des Prof. Dr. Roeder zum „Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005“).

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

**Lösungsvorschläge:**

**1. Frühreha-Barthel Index nach Schönle:**

Neuer ICD-Kode U 52.x für die unterschiedlichen Frühreha-Index Scores nach Prof. Schönle (vgl. auch Vorschlag DGNR an DIMDI für das Jahr 2005)

Im einzelnen noch einmal nachstehend genannt:

- U52.0 Intermittierende Beatmungspflichtigkeit (kann entfallen, da über Beatmungs-Stunden kodierbar)
- U52.1 Absaugpflichtiges Tracheostoma
- U52.2 Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
- U52.3 Beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit
- U52.4 Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- und Fremdgefährdung
- U52.5 Schwere Sprach- und Kommunikationsstörung
  
- U52.6 Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand

Der Kode U52.6 muss der Vollständigkeit halber noch zusätzlich zum Vorschlag des DGNR aufgenommen werden.

**2. DRG-Relevanz der ICD-Kodes:**

Um die Unklarheiten des „richtigen“ Scores zu bereinigen ist es zwingend notwendig, dass die Triggerung neben dem Prozedurenkode 8-552 über die ICD-Kodes U50 – motorischer Barthel und U52 – Frühreha-Barthel erfolgt.

**3. Definition der Schnittstellen – Eingangs-/Ausgangskriterium**

**Eingangskriterium in die neurologische-neurochirurgische Frührehabilitation:**

Eingangskriterium in die neurologische – neurochirurgische Frührehabilitation ist laut Prozedur 8-552 ein Frühreha-Barthel nach Schönle kleiner oder gleich 30 Punkte. Bei der Ermittlung der Barthelpunkte ist die Summe des ICD-Kodes U50 – motorischer Barthel und U52 – Frühreha-Barthel maßgeblich.

An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass die G-AEP-Kriterien für die Prüfung der Fehlbelegung bei Krankenhauseinweisung für Ermittlung der akutstationären Behandlungsnotwendigkeit bei längerfristig schwerst geschädigten Patienten nicht geeignet sind (vgl. Protokoll der DKG vom 16.12.2003 – [http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/121/aid/712/title/Pr%FCfkriterien+zu+%A7+17+c+KHG+\(G-AEP\)](http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/121/aid/712/title/Pr%FCfkriterien+zu+%A7+17+c+KHG+(G-AEP)) ). Im o. g. Protokoll werden folgende stationäre Behandlungsnotwendigkeiten benannt welche für die Prüfung der G-AEP-Kriterien nicht geeignet sind:

- subakute Zustände
- akute Exazerbation chronischer Erkrankungen
- Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen, bei denen sich ein

deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt

Die Patienten der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation lassen sich unter diese Behandlungsnotwendigkeiten subsumieren.

#### **Ausgangskriterium der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation:**

Auch das Ende der akutstationären Behandlungsnotwendigkeit der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitationspatienten muss bundesweit einheitlich festgelegt werden. **Das Ende der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation war vor der DRG-Einführung gem. dem BAR-Phasenmodell erreicht, sobald der Patient einen Barthel-Index größer als 30 Punkte hat, dieses System sollte auch zukünftig beibehalten werden. Dies muss in den deutschen Kodierrichtlinien unmissverständlich festgehalten werden.** Bei der Ermittlung der Barthelpunkte ist die Summe des ICD-Kodes U50 – motorischer Barthel und U52 – Frühreha-Barthel maßgeblich.

#### **4. Abrechnungsproblematik:**

DieDer Steuerungsmöglichkeit der Krankenkassen (Zeitpunkt der Beendigung Phase B, bzw. Beginn der Phase C) bei der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation kann unserer Ansicht nur dadurch begegnet werden, dass sichergestellt wird, dass die Kosten der Behandlung vor und nach dem 27. Behandlungstagtag gleichmäßig (pro Tag) beglichen werden.

Dies entspricht auch den tatsächlichen Begebenheiten und ist auch daran erkennbar dass unabhängig von der Verweildauer pro 300 Minuten Therapie täglich erbracht werden. Die Kosten fallen also tagesbezogen an und verlaufen nicht wie beim „normalen“ Akutpatienten degressiv.

Aus diesem Grund schlagen wir vor, das Aufteilung Splitting der DRGs B42Z und B43Z abzuschaffen aufzuheben. Sämtliche neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitationsfälle welche die Mindestmerkmale des Prozedurenkodes 8-552.\* erfüllen müssen in die B43Z getriggert werden.

<b>OPS-Kode</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>DRG-Triggerung</b>
8-552.0	7 bis 13 Behandlungstag	=> B43Z
<u>8-552.1</u>	14 bis 27 Behandlungstage	=> B43Z
<u>8-552.2</u>	28 bis 41 Behandlungstage	=> B43Z
8-552.3	42 bis 55 Behandlungstage	=> B43Z
8-552.4	ab 56 Behandlungstage	=> B43Z

Die DRG B43Z muss natürlich wie bisher über die Anlage 3 des Fallpauschalenkataloges 2005 krankenhausindividuell verhandelt werden.

**Alternativ wäre auch denkbar die komplette neurologische Frührehabilitation auf Dauer als besondere Einrichtung zu behandeln.**

**Dieser Vorschlag wird von den nachstehenden Kliniken ausdrücklich unterstützt:**

**Baden-Württemberg**

SRH Fachkrankenhaus Neresheim  
Kösinger Str. 11  
73450 Neresheim

Fachkliniken Wangen  
Am Vogelherd 4  
88239 Wangen

**Bayern**

Fachklinik Enzensberg  
Höhenstraße 56  
87629 Hopfen am See / Füssen

Fachklinik Ichenhausen  
Krumbacher Str. 45  
89335 Ichenhausen

Fachklinik Bad Heilbrunn  
Wörnerweg 30  
83670 Bad Heilbrunn

Klinikum Passauer Wolf  
Bürgermeister-Hartl-Platz 1  
94086 Bad Griesbach

Medical Park Bad Rodach  
Kurring 16  
96476 Bad Rodach

Bezirkskrankenhaus Mainkofen  
94469 Deggendorf

Bezirksklinikum Regensburg  
Universitätsstr. 84  
93042 Regensburg

Klinikum Staffelstein  
Am Kurpark 11  
96231 Staffelstein

Therapiezentrum Burgau  
Dr.-Friedl-Str. 1  
89331 Burgau

Neurologische Klinik Bad Aibling  
Kolbermoorer Str. 72  
83043 Bad Aibling

Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
89312 Günzburg

Fachklinik Lenggries f. Neurologie u. physik.-Reha  
Neue Bergstr. 6  
83661 Lenggries

Klinik Kipfenberg GmbH

Kindinger Str. 13  
85110 Kipfenberg

**Berlin**

Median Kliniken GmbH & Co. KG  
Carmerstraße 6  
10623 Berlin

**Brandenburg**

Median Klinik Grünheide  
An der Rehaklinik 1  
15537 Grünheide

Neurologische Rehabilitationsklinik  
Paracelsusring 6a  
14547 Beelitz-Heilstätten

**Bremen**

Klinikum Bremen-Ost  
Züricher Str. 40  
28325 Bremen

**Hamburg**

AK Eilbek, Zentrum f. Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte  
Friedrichsberger Str. 60  
22081 Hamburg

**Hessen**

Klinik und Reha-Zentrum Lippoldsberg  
Birkenallee 1  
37194 Wahlsburg

Krankenhaus Weilmünster  
Weilstr. 10  
35789 Weilmünster

Neurologische Klinik Westend  
Dr.-Born-Str. 9  
34537 Bad Wildungen

**Niedersachsen**

Asklepios Klinik Schildautal  
Karl-Herold-Str. 1  
38723 Seesen

Reha-Klinik Soltau  
Oeninger Weg 59  
29614 Soltau

Hedon-Klinik  
Hedonallee 1  
49811 Lingen

Waldklinik Jesteburg  
Kleckerwaldweg 145  
21266 Jesteburg



**Nordrhein-Westfalen**

Clemens-Hospital-Münster  
Düesbergweg 124  
48153 Münster

Alexianer-Krankenhaus Krefeld  
Oberdießemer Str. 136  
47805 Krefeld

**Rheinland-Pfalz**

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Nordallee 1  
54292 Trier

Ev. und Johanniter Krankenhaus  
Hachenburger Str. 16  
56269 Dierdorf

**Saarland**

Knappschaftskrankenhaus Püttlingen  
In der Humes 35  
66346 Püttlingen

**Sachsen-Anhalt**

Median Klinik NRZ Magdeburg,  
Gustav-Ricker-Str. 4  
39120 Magdeburg

**Schleswig-Holstein**

August-Bier-Klinik Bad Malente  
Diekseeepromenade 9-11  
23714 Bad Malente

Segeberger Kliniken  
Am Kurpark 1  
23795 Bad Segeberg

Westküstenklinikum Heide  
Esmarchstr. 50  
25746 Heide

**Thüringen**

Median Klinik Bad Tennstedt  
Badeweg 2  
99955 Bad Tennstedt

m&i Fachklinik Bad Liebenstein  
Kurpromenade 2  
36448 Bad Liebenstein

Heinrich-Mann-Klinik  
Heinrich-Mann-Str. 34  
36448 Bad Liebenstein

Moritz-Klinik

Hermann-Sachse-Str. 46  
07639 Bad Klosterlausnitz

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

Siehe Punkt 7 Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags (Problembeschreibung)

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

- Ja  
 Nein

Begründung:

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**)

Ca. 30.000 bis 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)**