

Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexbefragung-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation in Niedersachsen und Bremen
Offizielles Kürzel der Organisation *	AGNFR
Internetadresse der Organisation *	keine
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.med.
Name *	Neunzig
Vorname *	Hans-Peter
Straße *	Kleckerwaldweg 145
PLZ *	21266
Ort *	Jesteburg
E-Mail *	neunzig@waldklinik-jesteburg.de
Telefon *	04183799101

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Krankenhaus Ludmillenstift
Offizielles Kürzel der Organisation *	Krankenhaus Ludmillenstift
Internetadresse der Organisation *	Ludmillenstift.de in Vorbereitung
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Beyer
Vorname *	Joachim
Straße *	Ludmillenstrasse
PLZ *	49716
Ort *	Meppen
E-Mail *	beyer@ludmillenstift.de
Telefon *	059311523860

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Musiktherapie ist integraler Bestandteil der neurologischen Frührehabilitation

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Nennung der Musiktherapie in den Mindestmerkmalen der Prozedur 8-552 neben aktivierender Pflege, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie u.a.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Analog der Nennung als Inklusivum der Fachübergreifenden Frührehabilitation (8-559) ist die seit der Antike bekannte Musiktherapie integraler Bestandteil der Neurologisch- Neurotraumatologischen Frührehabilitation.

Indikationen sind Antriebs-, Wahrnehmungs-, Bewusstseinsstörungen von Patienten mit erworbenen Schädel-Hirn-Verletzungen.

Sensomotorische Störungen, vegetative Krisen und Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen können durch körperlich-funktionelle und psychotherapeutische Ansätze positiv beeinflusst werden.

Therapeutische Ziele sind Anbahnung elementarer Ausdrucksmöglichkeiten, Dialog- und Kommunikationsaufbau, Tonusregulierung, emotionale Stabilisierung und Schmerzlinderung sowie Förderung des rehabilitativen Prozesses und der Krankheitsverarbeitung durch Kreativität.

Ein anerkannter universitärer oder Fachhochschulabschluss muss vorliegen.

Konzepte nach Nordoff / Robbins, Gustorff, Takehisa, Jochims sind evaluiert und anerkannt.

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

Teil der Kostenkalkulation der geforderten 300 minütigen Therapie

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

zeitabhängig ca. 30 - 60 €

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

maximal die Zahl der mit 8-552 getriggerten Patienten, Verfügbarkeit jedoch nur in z.Zt. 10-20% der Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation

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

unter 5%

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

entfällt

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

weiterer Ansprechpartner ist Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Zieger, Neurochirurgische Klinik Evangelisches Krankenhaus Oldenburg Tel 0441-236-402, Steinweg 13 26122 Oldenburg E-Mail: [dr.andreas.zieger@evangelischeskrankenhaus.de]

Hier sein Beitrag mit dem Thema:

Zum Stand der Musiktherapiewirkungsforschung in der Neurorehabilitation der Phase B (Frührehabilitation)

In der Frührehabilitation (Phase B) neurologisch schwer geschädigter Menschen nach Schlaganfall, Hirnblutung, Gehirnoperation und Schädel-Hirntrauma, vor allem bei Koma und Wachkoma, hat Musiktherapie den spezifischen Wert eines nonverbalen Mediums, in dem eine Kontaktaufnahme, Interaktion und Kommunikation angebahnt und verstärkt, Entspannung erreicht, Emotionen angeregt und Ängste abgebaut werden können. Diese zum Teil nachhaltigen Wirkungen von Musiktherapie wurden in den letzten Jahren durch verschiedene Untersuchungen, nicht erst in der Frührehabilitation, sondern bereits auf der Intensivstation qualitativ und quantitativ nachgewiesen (Gustorff 1990; Gustorff & Hannich 2002). Mit der Erforschung der Verarbeitung von musikalischer Informationen im Gehirns, von Musik und Emotion, von neuen Erkenntnissen über das Spiegelneuronensystem und des Einflusses von Musik auf neuroplastische Entwicklungs- und Erholungspotenziale des sozialen Organs Gehirn haben die bisherigen Kenntnisse und Erfahrungen zur Wirksamkeit von Musik in der Neurorehabilitation eine ganz entscheidende theoretische Fundierung erhalten (Bolay & Thaut 2005; Jochims et al 2003; Schönebaum & Bamborschke 2003; Thaut et al 2004; Zieger 2004). Der entscheidende Wirkmechanismus von Musiktherapie scheint in der Wirkung auf das Belohnungs- und Emotionssystem, das Spiegelneuronensystem (motorisch, sensorisch, affektiv-limbisch) und auf das auditiv-rhythmisch aktivierende Antriebs- und Bewegungssysteme zu liegen (Bauer 2005; Bolay & Thaut 2005; Zieger 2004). Zudem ergeben sich aus diesen Erkenntnissen eine Reihe neuer Therapie- und Forschungsansätze wie zum Beispiel beim Einsatz von Musiktherapie bei Koma und Wachkoma (Gustorff 1990; Gustorff & Hannich 2002; Hofmann et al. 2005; Zieger 1996, 1998; Zieger & Böseler 2004).

In Deutschland steht der Aufnahme der Musiktherapie in den Heil- und Hilfemittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entgegen, dass als Nachweismethoden vorrangig quantitative Forschungsmethoden anerkannt werden. Der Gegenstand von Musiktherapie und ihre Wirksamkeit ist jedoch eher mit qualitativen und komplementären Forschungsmethoden wie in der kunsttherapeutischen Forschung adäquat abzubilden und nachzuweisen (Aldridge, 2002; Jochims 2005; Petersen 2002; Tucek 2004). In Ergänzung zur quantitativ ausgerichteten biostatistischen Evidenz der Arzneimittelforschung geht es in der Musiktherapiewirkungsforschung (und bei anderen künstlerischen Therapien) vorrangig um qualitative narrativ-semiologische Evidenz (Adler et al 2002). Mit dieser Forschungsmethodik kann die Forderung nach evidenzbasierter Medizin für Musiktherapie und andere künstlerische Therapien wie Kunst- und Rekreationstherapie als erfüllt angesehen werden (Aldridge 2002; Jochims et al 2003; Nickel et al 2005; Zieger 2004, 2005).

Das Hemmnis für einen breiten Einsatz von Musiktherapie ist demnach nicht in der oft nachgesagten 'Unwirksamkeit' von Musiktherapie begründet, sondern in der Geringschätzung ihrer Forschungsmethodik in den entscheidenden Gremien, meist durch fachfremde Experten. Damit verbunden ist als weiteres Hemmnis, dass es ausgesprochen schwierig ist, Fördermittel für musiktherapeutische und andere künstlerische Forschungsprojekte in der Rehabilitation bei der DFG einzuwerben (Tuffs 2003).

Musiktherapie gehört wie Kunst- und Rekreationstherapie in den Behandlungskatalog der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Ihr Einsatz ist unbedingt in die interdisziplinäre Teamarbeit zu verankern (Zieger 1998, 1999, 2006; Zieger & Böseler 2004) und dem gleichen Qualitätsanspruch einer individuellen Indikationsstellung, Befunderhebung, Dokumentation und Evaluation zu unterwerfen wie alle anderen Disziplinen in der Frührehabilitation auch.

Literatur

Adler, R., Herrmann, J., & Ueküll, Th. V. (2002). Zwei Gesichter medizinischer Evidenz. *Swiss Medical Weekly*, 132, 397-400

Aldridge, D. (2002). Music therapy research – eine Erzählperspektive. In: Petersen, P. (Hrsg.): *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge*. Stuttgart: Mayer, 123-147

Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe

Bolay, H.V. & Thaut, M.H. (Hrsg.) (2005). Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. Eine multizentrische Studie zur Evaluation eines musik-medizinischen Behandlungskonzepts für die Gangrehabilitation von hemiparetischen Patienten nach Schlaganfall. Abschlussbericht – deutsche Teilstudie. Heidelberg: Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung

Gustorff, D. & Hannich, H.-J. (2002). Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Huber: Bern

Hofmann, G., Welker, L., & Zieger, A. (2005). Präverbale akustische Kommunikation in der Frührehabilitation von Komapatienten - Hintergründe und Perspektiven eines Therapieansatzes. Vortrag zum Symposium Mensch & Musik. Österreichische Musikwirkungsforschung. Salzburg, am 17.-18. März

Jochims, S., Pöpel, A., van Kampen, N. & Grehl, H. (2003). Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Eine Evaluationsstudie – erste Ergebnisse. Neurologie & Rehabilitation, 8 (Suppl. 1), 18-22

Jochim, S. (Hrsg.) (2005). Musiktherapie in der Neurorehabilitation. Internationale Konzepte, Forschung und Praxis. Bad Honnef: Hippocampus Verlag

Nickel, A.K., Hillecke, Th., Argstatter, H. & Bolay, H.V. (2005). Outcome research in music therapy: a step on the long road to an evidence-based treatment. Annals of the New York Academie of Sciences, 1060, 283-293

Petersen, P. (Hrsg.) (2002). Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Stuttgart: Mayer

Schönebaum, C. & Bamborschke, S. (2003). Musiktherapie in der neurologischen Frührehabilitation – Konzept und Fallbeispiele. Neurologie & Rehabilitation, 9 (Suppl. 1), 13-17

Thaut, M.H., Nickel, A.K. & Hömberg, V. (2004). Neurologische Musiktherapie: Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. Musiktherapeutische Umschau, 25, 28-35

Tuffs, A. (2003). Forschung in der Rehabilitation. Herausgegeben durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Erhältlich unter http://www.bmbf.de/pub/forschung_in_der_rehabilitation.pdf, Stand 21.06.2006

Tucek, G. (Hrsg.) (2004). Musik und Medizin. Beiträge zur Musikwirkungsforschung 1995-2004. Wien: Akademie für Ganzheitsmedizin

Zieger, A. (1996). Musik als Vermittlerin neuen Lebens - Soziales Zeichen der Hoffnung für Menschen im Koma und apallischen Syndrom. Zeitschrift für Heilpädagogik, 47, 8, 310-317 (Gutachten für die Kinderneurologie-Hilfe e.V. Münster 1994)

Zieger, A. (1998). Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten. Die Rehabilitation, 37, 4, 167-176

Zieger, A. (1999). Musiktherapie im Akutkrankenhaus am Beispiel der Rehabilitation von Patienten mit schweren erworbenen Hirnschädigungen. Vortrag zur Veranstaltung 15 Jahre Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation im Krankenhaus Bogenhausen in München, am 26. November

Zieger, A. (2004). Nachwort: Zu einigen Inhalten und Forschungsmethoden der Musiktherapiewirkungsforschung in der Neurologischen Rehabilitation. In: Baumann, M. & Gessner, Ch. (Hrsg.) : Zwischenwelten. Musiktherapie bei Patienten mit erworbener Hirnschädigung. Wiesbaden: Reichert Verlag

Zieger, A. (2006). Statement zur spezifischen Wirkung, Ausbildung, Lehre und Forschungsmethodik der Musiktherapie in Deutschland. Umfrage des Instituts für Musiktherapie, Universität Witten-Herdecke, am 4. Dezember

Zieger, A. & Bösel, K. (2004). Musikalische Aspekte beim körpernahen Dialogaufbau mit komatösen Patienten. Vortrag zur 12. Musiktherapie-Tagung 'Zwischenwelten' des Freien Musikzentrums München, am 6./7. März