

Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS-301 (DIMDI)

Fachbereich Geriatrie:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Ansprechpartner:

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG

Dr. med. Markus Borchelt (Sprecher)
Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Tel.: 030/450-578858
Fax: 030/450-553947
markus.borchelt@charite.de

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel
Klinikum Bremen-Nord gGmbH
norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de

Prof. Dr. med. Ludger Pientka
Marienhospital Herne, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum
ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS-301

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

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2005 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 * | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) | Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) | Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE) |
| Name * | Kolb | Meyer | Steinhagen-Thiessen |
| Vorname * | Gerald | Ann-Kathrin | Elisabeth |
| Titel | Prof. Dr. Dr. med. | Dr. med. | Prof. Dr. med. |
| Straße | | | |
| PLZ | | | |
| Ort | | | |
| E-Mail-Adresse * | gerald.kolb@bonifatius-lingen.de | ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de | elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de |
| Telefon * | 0591 / 910-1501 | 040 / 6576 1660 | 030 / 4594 - 1901 |
| Telefax | | | |

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|---|
| Name | Borchelt |
| Vorname | Markus |
| Titel | Dr. med. |
| Adresse | DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH Reinickendorfer Str. 61 |
| PLZ | 13347 |
| Ort | Berlin |
| E-Mail-Adresse | markus.borchelt@charite.de |
| Telefon | 030 / 450-578858 |
| Telefax | 030 / 450-553947 |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

GERIATRIE

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE)

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

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

Ja

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 *

Die Geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) erfordert eine genauere Abgrenzung gegenüber Standardbehandlungsformen sowohl der Physikalischen Medizin und Rehabilitation als auch gegenüber der Neurologischen Frührehabilitation und der weiterführenden Geriatrischen Rehabilitation. Es geht um die genauere Beschreibung und Eingrenzung eines komplexen geriatrischen Behandlungsgeschehens, das von einem täglich kooperierenden und interagierenden Team bestehend aus geriatrisch qualifizierten Pflegekräften, Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen und Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeitern unter ärztlicher Personal- und Behandlungsleitung im Rahmen eines besonderen, geriatrisch-frührehabilitativen Behandlungsmilieus erbracht wird. Diese Behandlungsleistung erfordert sowohl den Nachweis bestimmter Qualifikationen (Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Neurologie mit der Zusatzqualifikation „Klinische Geriatrie“), als auch eine entsprechende Strukturqualität.

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

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Geriatrische Rehabilitation gemäß Richtlinien der Fachgesellschaften
Behandlungsabschluss mit Verlegung zur weiterführenden Rehabilitation (Entlassungsgrund 09)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Operationalisierte, voll- oder teilstationäre Behandlung durch ein multidisziplinäres Team unter fachärztlicher Personal- und Behandlungsleitung (erfordert die Zusatzqualifikation „Klinische Geriatrie“) nach den Regeln und Empfehlungen der geriatrischen Medizin
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung; diese ist gesondert zu dokumentieren und – soweit in den amtlichen und nicht-amtlichen Klassifikationen bereits enthalten – zusätzlich zu kodieren
- Erfordert einen nachgewiesenen Mindeststandard der Strukturqualität (akutmedizinische und rehabilitative Mindestausstattung) gemäß Empfehlungen der Fachgesellschaften
- Standardisiertes geriatrisches Aufnahmeassessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung) sowie standardisiertes Entlassungsassessment am Ende der Behandlung in mindestens zwei Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit)
- Schriftlicher wöchentlich aktualisierter Behandlungsplan mit protokollierten Teambesprechungen, die unter Beteiligung von jeweils mindestens 5 Berufsgruppen durchzuführen sind
- Geriatrisch-therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 3 Therapeutengruppen (Physiotherapie inkl. physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie inkl. Neuropsychologie, Sozialdienst) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen mit unterschiedlichem Zeitaufwand; diese sind gesondert zu dokumentieren und – soweit in den amtlichen und nicht-amtlichen Klassifikationen bereits enthalten – zusätzlich zu kodieren

8-550.0 Kurzbehandlung

Hinw.: Die Behandlung erfolgt über mindestens 7 bis höchstens 13 Belegungstage

8-550.1 Regelbehandlung

Hinw.: Die Behandlung erfolgt über mindestens 14 bis höchstens 20 Belegungstage

8-550.2 Langzeitbehandlung

Hinw.: Die Behandlung erfolgt über mindestens 21 Belegungstage

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

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

Ja

Nein

Begründung: Alleinige Finanzierungsgrundlage der fachgerechten Behandlung von geriatrischen Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf; besondere Anforderung an eine dauerhaft hohe Homogenität der zugeordneten Patientengruppe für die Kalkulation; fachinterne und fächerübergreifende Verdeutlichung der Kriterien gegenüber nicht-komplexen Behandlungsformen (vgl. beigefügte Abgrenzungskriterien als gemeinsame Empfehlung der Fachgesellschaften)

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

Ja

Nein

Begründung: Die Ergebnisqualitätssicherung mittels standardisierter Assessmentverfahren gehört auf Empfehlung der Fachgesellschaften bereits zu den Mindestmerkmalen in Vorbereitung auf eine Verankerung im verbindlichen Qualitätssicherungsverfahren; geriatricspezifisch werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bereits seit 1997 durchgeführt; im Jahr 2003 wurde ein Modellprojekt zum Benchmarking begonnen.

Verbreitung des Verfahrens (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Standard

Etabliert

In der

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Jede Fachabteilung bzw. jedes Fachkrankenhaus für Geriatrie mit entsprechender akutmedizinischer und rehabilitativer Mindestausstattung; je nach Spezialisierung 40-70% der in diesen Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Mittlere Fallkosten 5000 bis 6000 Euro (Inlier-Fälle; mittlere Verweildauer 20-25 Tage)

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

Die Mindestmerkmale des OPS 8-550 wurden sorgfältig abgestimmt und ausformuliert unter Berücksichtigung bzw. Übernahme von Formulierungen und Querverweisen wie sie auch bei anderen OPS-Kodes Verwendung finden. Eine ausufernde Beschreibung der Behandlungsinhalte und –voraussetzungen kann – ebenso wie bei anderen vergleichbaren Komplex-Kodes im OPS – nur vermieden werden durch Verweise auf weitergehende detaillierte Empfehlungen der Fachgesellschaften. Diese liegen dem Vorschlagsformular bei. Da es sich um Krankenhausbehandlung handelt, ist jeder Belegungstag als Behandlungstag aufzufassen, dies muss entsprechend formuliert werden, um unnötigen zusätzlichen Definitionsaufwand zu vermeiden. Der Begriff „Behandlungstag“ würde eine Definition *im OPS-Katalog* erfordern.

Dadurch, dass nahezu alle geriatrischen Fachkliniken hohe Fallzahlen und einige Kliniken bereits eine ausgeprägte Spezialisierung für diese Behandlungsform aufweisen, muss bei weitergehenden redaktionellen Eingriffen in das Spektrum der aufgeführten Mindestmerkmale mit großer Sorgfalt vorgegangen werden. Die vorschlagenden Fachgesellschaften bieten der „Arbeitsgruppe OPS“ ihre uneingeschränkte aktive Kooperation an und bitten um entsprechende Einbindung, falls Rückfragen bestehen oder weitergehender Anpassungsbedarf gesehen wird.

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS-301

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

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2005 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 * | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) | Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) | Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE) |
| Name * | Kolb | Meyer | Steinhagen-Thiessen |
| Vorname * | Gerald | Ann-Kathrin | Elisabeth |
| Titel | Prof. Dr. Dr. med. | Dr. med. | Prof. Dr. med. |
| Straße | | | |
| PLZ | | | |
| Ort | | | |
| E-Mail-Adresse * | gerald.kolb@bonifatius-lingen.de | ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de | elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de |
| Telefon * | 0591 / 910-1501 | 040 / 6576 1660 | 030 / 4594 - 1901 |
| Telefax | | | |

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|---|
| Name | Borchelt |
| Vorname | Markus |
| Titel | Dr. med. |
| Adresse | DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH Reinickendorfer Str. 61 |
| PLZ | 13347 |
| Ort | Berlin |
| E-Mail-Adresse | markus.borchelt@charite.de |
| Telefon | 030 / 450-578858 |
| Telefax | 030 / 450-553947 |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

GERIATRIE

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE)

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft: DGPMR

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Der im ICD-10-GM für 2004 angebrachte Hinweis zu U50.-! und U51.-! "... innerhalb der ersten drei Behandlungstage ..." entspricht nicht den Empfehlungen der geriatrischen Fachgesellschaften und ist aus geriatrischer Sicht auch nicht sachgerecht. Ein zuverlässiger Ausgangswert kann bei geriatrischen Patienten am Aufnahmetag beispielsweise zumeist nicht erhoben werden, da geriatrische Patienten schon durch den Ortswechsel beeinträchtigt werden und Zeit benötigen, um sich an die veränderte Situation und Umgebung zu adaptieren. Im Rahmen der jetzt sechsjährigen GEMIDAS-Erfahrung konnte für den Barthel-Index (wie auch für die MMSE) als *Richtwert* ein Zeitfenster vom 2.-5. Behandlungstag herausgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage ist auch im letztjährigen OPS-Vorschlagsverfahren das diesbezügliche Mindestkriterium im OPS 8-550 redaktionell geändert worden (Streichung des Passus "... in den ersten drei Behandlungstagen ..." beim Kriterium "Aufnahmeassessment"). Ohne abschließende Rückkopplung mit den Fachgesellschaften wurde dieses Kriterium dann jedoch den ICD-Kodes U50.- und U51.- hinzugefügt, sodass die Handlungsanleitung der ICD nun erneut den Empfehlungen des Fachbereichs widerspricht. Da die 3-Tage-Begrenzung medizinisch-geriatrisch nicht gerechtfertigt ist, kann und wird sie bei geriatrischen Patienten so nicht angewendet werden.

Es sollte im Streitfall grundsätzlich einer **medizinischen Einzelfallprüfung** überlassen bleiben, ob eine fachspezifische Diagnostik dem Aufnahmezeitraum bzw. der Ausgangssituation einer Komplexbehandlung zuverlässig zugeordnet werden kann, um zu vermeiden, dass ein Patient allein aus abrechnungstechnischen Gründen einer medizinisch (noch) nicht sachgerechten Diagnostik kurzerhand unterzogen wird, nur um eine relativ willkürlich festgelegte Frist einzuhalten. Die einzige Alternativmöglichkeit eines Behandlers, Patienten vor derlei Unfug zu bewahren, bestünde darin, im medizinisch begründeten Einzelfall die Durchführung der Diagnostik entsprechend rückzudatieren. Beide "Alternativen" sind untragbar und belegen die zwingende Notwendigkeit, diese Art von Fehlanreizen zu vermeiden.

Da die MMSE aus messmethodischen bzw. testpsychologischen Gründen für kurz- und mittelfristige Wiederholungsmessungen gänzlich ungeeignet ist, muss die Formulierung zur Änderung einer kognitiven Funktionseinschränkung auf den klinischen Status bezogen oder gestrichen werden.

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

U50.-! Motorische Funktionseinschränkung

Hinw.: Einmalige Kodierung der erworbenen motorischen Funktionseinschränkung zu Beginn der Behandlung (höchstes Funktionsniveau innerhalb der ersten Behandlungswoche). Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure®).

U51.-! Kognitive Funktionseinschränkung

Hinw.: Einmalige Kodierung der erworbenen kognitiven Funktionseinschränkung zu Beginn der Behandlung (bester klinischer Status innerhalb der ersten Behandlungswoche). Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure®, MMSE: Mini Mental State Examination).

| |
|---|
| 9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) * |
| Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein |
| Begründung: Es wird ein Vorschlag zur Gruppierungsrelevanz des Barthel-Index (U50.-!) bereits im Vorschlagsverfahren 2005 beim InEK eingebracht. |
| Ist Ihr Vorschlag für die externe Qualitätssicherung erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein |
| Begründung: Die Ergebnisqualitätssicherung mittels standardisierter Assessmentverfahren gehört auf Empfehlung der Fachgesellschaften bereits zu den Mindestmerkmalen in Vorbereitung auf eine Verankerung im verbindlichen Qualitätssicherungsverfahren; geriatricspezifisch werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (Geriatrisches Minimum Data Set – GEMIDAS) bereits seit 1997 durchgeführt; im Jahr 2003 wurde aufsetzend auf dem Dokumentationsstandard GEMIDAS ein Modellprojekt zum Benchmarking begonnen. Der Richtwert für den „Aufnahmezeitraum“, in dem in der Regel das Aufnahmeassessment durchgeführt und abgeschlossen werden sollte, liegt bei geriatrischen Patienten zwischen dem 2. und 5. Behandlungstag inklusive. Die Definition im GEMIDAS-Datensatz mit Handlungsanleitung (S.12/13) ist im Internet unter folgender URL abrufbar: http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/GemidasV41s_Definition.pdf |
| Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS-301) |
| <input type="checkbox"/> Standard |
| <input type="checkbox"/> Etabliert |
| <input type="checkbox"/> In der |
| <input type="checkbox"/> Experimentell |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS-301) |
| Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS-301) |

| |
|--|
| 10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen) |
| Dadurch, dass nahezu alle geriatrischen Fachkliniken eine hohe Dokumentationsdichte und einige Kliniken bereits über mehrere Jahre eine vollständige Assessment-Dokumentation implementiert haben, muss bei weitergehenden redaktionellen Eingriffen mit großer Sorgfalt vorgegangen werden. Die vorschlagenden Fachgesellschaften bieten der „Arbeitsgruppe ICD-10“ ihre uneingeschränkte aktive Kooperation an und bitten um entsprechende Einbindung, falls Rückfragen bestehen oder weitergehender Anpassungsbedarf gesehen wird. |
| Sollte es bei der bisherigen Formulierung bleiben, so wäre der Verbindlichkeitscharakter der „Hinweise“ im Hinblick auf Kodierprüfungen zu verdeutlichen. Falls Hinweis-Formulierungen ebenso bindend sind wie Kodierrichtlinien, muss darauf geachtet werden, dass jede Formulierung im Prüfungsfall zu medizinisch sachgerechten Ergebnissen führt. Im hier vorliegenden Fall der Codes U50.- und U51.- lässt die bisherige Formulierung „... innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage ...“ einerseits viele Fragen offen (z.B. Was ist ein Behandlungstag? Beginnt die Behandlung mit der Notaufnahme oder mit der Behandlung der Funktionseinschränkung? Ist mit „stationär“ auch teilstationär gemeint?), andererseits erscheint die Zeitangabe „drei Tage“ als unmissverständlich. Soll sie aber tatsächlich bedeuten, dass eine Kodierung als unzulässig zurückgewiesen werden könnte, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen erst am vierten „Behandlungstag“ eine entsprechende Untersuchung medizinisch indiziert und möglich war? |
| Da sich solche Fragen tatsächlich nur in der medizinischen Einzelfallprüfung abschließend klären lassen, wird angeregt, diese Aspekte in den Hinweisformulierungen adäquat zu berücksichtigen (Richtwerte). |

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS-301

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

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2005 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 * | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) | Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) | Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE) |
| Name * | Kolb | Meyer | Steinhagen-Thiessen |
| Vorname * | Gerald | Ann-Kathrin | Elisabeth |
| Titel | Prof. Dr. Dr. med. | Dr. med. | Prof. Dr. med. |
| Straße | | | |
| PLZ | | | |
| Ort | | | |
| E-Mail-Adresse * | gerald.kolb@bonifatius-lingen.de | ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de | elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de |
| Telefon * | 0591 / 910-1501 | 040 / 6576 1660 | 030 / 4594 - 1901 |
| Telefax | | | |

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|---|
| Name | Borchelt |
| Vorname | Markus |
| Titel | Dr. med. |
| Adresse | DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH Reinickendorfer Str. 61 |
| PLZ | 13347 |
| Ort | Berlin |
| E-Mail-Adresse | markus.borchelt@charite.de |
| Telefon | 030 / 450-578858 |
| Telefax | 030 / 450-553947 |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

GERIATRIE

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG), Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE)

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur (Rücknahme einer Prozedur aus der Diagnosenklassifikation)

Inhaltlich

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

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Die im OPS-301 V2.1 verfügbaren Prozedurencodes OPS 9-301 und 9-302 fehlen im OPS-301 für 2004, werden in der Geriatrie jedoch weiterhin benötigt. Die fortbestehende grundsätzliche Berechtigung ist für den OPS 9-301 belegt durch die Abbildung in der ICD-10-GM für 2004 unter Z50.5! „Logopädische Behandlung [Therapie von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen]“. Da es sich hierbei und insbesondere auch bei dem (ehem.) OPS 9-302 (V2.1: „Therapeutische Maßnahmen für Schluckstörungen“) um **Prozeduren** handelt, die im Rahmen der Komplexbehandlung oder Frührehabilitation im Krankenhaus geleistet werden, bleibt unverständlich, warum grundsätzlich weiterhin kodierfähige Prozeduren vom OPS in die ICD verschoben werden. Insbesondere die Therapie von Schluckstörungen spielt im Rahmen der frührehabilitativen Komplexbehandlung von geriatrischen Patienten in der frühpostakuten Behandlung eine sehr wichtige Rolle, da die Dysphagie ein häufiges Begleitproblem bei geriatrischen Patienten darstellt und mit erheblichen Risiken und Folgekomplikationen verbunden ist. Im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung geht beispielsweise einer PEG-Anlage in der Regel eine detaillierte logopädische Befundungabklärung mit ggf. anschließendem Behandlungsversuch voraus.

Es wird (redaktionell) vorgeschlagen, die Verschiebung der Prozedur 9-301 und die Streichung der Prozedur 9-302 rückgängig zu machen, d.h. beide bis zur Version V2.1 im OPS-301 enthaltenen Codes wieder herzustellen und zugleich die ICD Z50.5! zu streichen. Beide Prozeduren werden auch im Zusammenhang mit dem redaktionellen Vorschlag zu den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 benötigt (s. dort).

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

OPS:

9-301 **Therapeutische Maßnahmen für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen**

9-302 **Therapeutische Maßnahmen für Schluckstörungen**

ICD:

Z50.5! **Streichen**

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

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

Ja

Nein

Begründung: Es ist noch unklar, ob eine logopädische Therapie im Rahmen der frühpostakuten geriatrischen Behandlung ein gesondertes Kostengewicht erfordert oder aber als Splitkriterium benötigt wird.

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-301**)

- Standard
 Etabliert
 In der
 Experimentell
 Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Kann bei Bedarf ermittelt und nachgereicht werden.

Geschätzte **Kosten** der Prozedur (**nur bei Vorschlägen für den OPS-301**)

Derzeit noch nicht bekannt.

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

Es bleibt unverständlich, warum eine Prozedur, die zum Leistungsspektrum der Krankenhäuser im Bereich der Frührehabilitation und Komplexbehandlung gehört und eindeutig keine „Diagnose“ ist, aus dem OPS-Katalog der Prozeduren gestrichen und im gleichen Moment mit gleicher Bezeichnung in den ICD-Katalog der Diagnosen neu eingepflegt wird, hier allerdings unter der Rubrik „Z50.-! Rehabilitationsmaßnahmen“, obendrein als optionaler Kode. Es wäre zum Beispiel sehr aufschlussreich, zu wissen, ob hiermit einem Vorschlag seitens der Kostenträger gefolgt wurde, da sich daraus eine durchaus kontroverse Auffassung zur Notwendigkeit und zum Stellenwert der Sprachtherapie im Rahmen der frühpostakuten Behandlung im Krankenhaus ableiten ließe, die sicher – außerhalb des formalen Vorschlagsverfahrens – einer weitergehenden fachlichen Diskussion und Klärung bedürfte und keinesfalls einfach mittels OPS-Anpassungsverfahren aus dem Leistungsspektrum von Krankenhäusern etwa definitiv herausgenommen werden dürfte. Da schon jetzt bestimmte Kodierungen für Fehlbelegungsprüfungen herangezogen werden, lässt sich ein ICD-Kode unterhalb des Obergriffs „Rehabilitationsmaßnahmen“ nicht ohne weiteres zur Dokumentation des Leistungsgeschehens im Krankenhaus nutzen, zumindest solange nicht, bis bekannt ist, was mit dieser im Diagnosenverzeichnis grundsätzlich fehlplatzierten Kategorie eigentlich bezweckt wird.

Eine Erläuterung der Hintergründe für derartige Entscheidungen wäre deshalb in mehrfacher Hinsicht hilfreich, auch um zukünftig von vornherein aussichtslose Korrekturvorschläge unmittelbar erkennen oder aber die Begründung für eine Rücknahme derartiger Änderungen gezielter formulieren zu können – und um Handlungsbedarf auf anderen Ebenen zuverlässiger erkennen zu können.