

Vorschläge zur Revision des OPS-301 im Jahr 2003

Eingebracht vom

Fachbereich "Geriatrische Medizin"

vertreten durch die

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG)

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)

Teil I

Organisationen, Ansprechpartner, Status der Abstimmung

(Punkte 1-5 des Vorschlagsverfahrens)

28. Februar 2003

Vorschläge zur Revision des OPS-301 im Jahr 2003

Gemeinsam erarbeitet und eingereicht für das OPS-Pflegeverfahren beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) von der

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.,
- Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V., und
- Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation	Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Name	Steinhagen-Thiessen	Meyer	Füsgen
Vorname	Elisabeth	Ann-Kathrin	Ingo
Titel	Prof. Dr. med.	Dr. med.	Prof. Dr. med.
Straße	Reinickendorfer Str. 61	Alphonsstr. 14	Carnaper Str. 60
PLZ	13347	22043	42283
Ort	Berlin	Hamburg	Wuppertal
E-Mail-Adresse	elisabeth.steinhagen-thiessen@charite.de	ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de	prof.fuesgen@antonius.de
Telefon	(030) 4594-1901	(040) 6576 1660	(0202) 299 45 10
Telefax	(030) 4594-1938	(040) 6576 1666	(0202) 299 20 10

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Borchelt
Vorname	Markus
Titel	Dr. med.
Straße	Reinickendorfer Str. 61
PLZ	13347
Ort	Berlin
E-Mail-Adresse	markus.borchelt@charite.de
Telefon	(030) 4594-1804
Telefax	(030) 450-553947

3. Fachgebiet: Geriatriische Medizin

4. Status der Abstimmung zwischen den Fachgesellschaften: Abgeschlossen

5. Abstimmung mit weiteren Fachgesellschaften erforderlich: Nein

Punkte 6-10 des Vorschlagsverfahrens: siehe Anlage

Vorschläge zur Revision des OPS-301 im Jahr 2003

Eingebracht vom

Fachbereich "Geriatrische Medizin"

vertreten durch die

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG)

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)

Teil II

Beschreibung und Begründung der vorgeschlagenen Prozeduren

(gemäß der Punkte 6-10 des Vorschlagsverfahrens)

28. Februar 2003

1. Vorbemerkung

Die klinische Geriatrie stellt im Krankenhaus die akutmedizinische und frührehabilitative Versorgung geriatrischer Patienten sicher, die entweder direkt aufgenommen oder von anderen Fachabteilungen bzw. Fachkliniken verlegt werden (insbesondere aus der Neurologie und Chirurgie). Die Geriatrie ist dabei ein Fach mit frührehabilitativem Schwerpunkt, um dem besonders ausgeprägten Bedarf geriatrischer Patienten an frühestmöglicher funktioneller Therapie gerecht zu werden. Geriatrische Patienten sind durch eine typische Multimorbidität und in der Regel ein höheres Lebensalter gekennzeichnet (vgl. Anlage 8). Die beiden häufigsten Indikationen für eine akutgeriatrische¹ Krankenhausbehandlung einschließlich Maßnahmen der Frührehabilitation, der frühfunktionellen Mobilisation und des psychosozialen Managements sind zerebrovaskuläre Erkrankungen (insbesondere Schlaganfall) sowie Frakturen und andere Verletzungen (insbesondere Schenkelhalsfraktur). Beide Gruppen machen etwa die Hälfte der geriatrischen Patienten aus. Darüber hinaus gibt es aber – bei organmedizinischer Betrachtung – eine Vielzahl weiterer Indikationen, deren Gemeinsamkeit im Wesentlichen die resultierenden *Fähigkeitsstörungen* sind und die stets von einer ausgeprägten Multimorbidität begleitet werden.

Die deutsche Geriatrie hat Anfang der 1990er Jahre Verfahren zur standardisierten funktionellen Diagnostik entwickelt, die sowohl im Fallmanagement (weiterführende Diagnostik, Therapieplanung) als auch in der externen Qualitätssicherung mittlerweile als Standard etabliert sind. In verschiedenen, auch kontrollierten, prospektiven Studien und Metaanalysen konnte eine entsprechende Wirksamkeit bzw. Eignung der Verfahren (Geriatrisches Basisassessment, Geriatrisches Minimum Data Set) nachgewiesen werden.

Aufgrund des Alters und der geriatrietypischen Multimorbidität besteht ein ausgeprägtes Komplikationsrisiko bei geriatrischen Patienten. Die frühfunktionelle Therapie wird dementsprechend immer wieder unterbrochen von akuten Komplikationen mit überwiegendem oder ausschließlichem Akutbehandlungsbedarf. Ziel und Auftrag der Geriatrie im Krankenhaus ist die organmedizinische Stabilisierung mit Restitutio ad optimum sowie gleichzeitig die funktionelle Behandlung mit dem Ziel der längerfristigen Rückkehr in die häusliche Umgebung. Mit dem Einsatz eines multiprofessionellen Behandlungsteams gelingt dies nachgewie-

¹ Akutgeriatrie = Geriatrische Akutbehandlung und Geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus gemäß Abgrenzungskriterien der Geriatrie (vgl. Anlage 8)

senermaßen auch in den meisten Fällen (über 70%). In einigen Fällen sind jedoch die Schädigungen so ausgeprägt, dass im Rahmen eines psychosozialen Managements die Organisation und Sicherstellung der weiteren Versorgung in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens oder der Altenhilfe in den Vordergrund der geriatrischen Komplexbehandlung tritt.

Aufgrund der vielfältigen Aufgaben und des besonderen Indikationsspektrums erbringt die Krankenhausgeriatrie ihre Behandlungsleistung mittels eines multi-professionellen, eng kooperierenden Teams. Sie befindet sich dabei zugleich an den Schnittstellen zwischen organmedizinischer Akutbehandlung, Frührehabilitation und Rehabilitation einerseits, sowie zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsformen andererseits. Die Ansprüche, die an die Dokumentation der geriatrischen Krankenhausbehandlung gestellt werden, sind dementsprechend hoch und zugleich vielfältig.

Umfang und Qualität der geriatrischen Behandlungsleistung lassen sich mit dem derzeit gültigen OPS-301 (Version 2.1) jedoch nicht sachgerecht abbilden. Es werden nachstehend daher fachlich unverzichtbare, ergänzende Prozeduren in folgenden OPS-Bereichen vorgeschlagen:

- 1 – Diagnostische Maßnahmen
- 8 – Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (sowohl im therapeutisch-funktionellen als auch im akutmedizinischen Bereich)
- 9 – Ergänzende Maßnahmen (im psychosozialen Bereich)

Aufgrund der erwähnten angrenzenden Schnittstellen des Gesundheitswesens (z.B. indikationsspezifische stationäre Rehabilitation, ambulante Versorgung, stationäre Pflege, Hospize) werden dabei auch Prozeduren vorgeschlagen, die zwar noch nicht abschließend hinsichtlich ihrer Bedeutung für das DRG-System beurteilt werden können, sehr wohl jedoch

- a) für die Weiterentwicklung des DRG-Systems im Hinblick auf eine perspektivisch sachgerechte Abbildung der Krankenhausgeriatrie, und
- b) zur Abgrenzung der DRG-relevanten geriatrischen Behandlungsteile gegenüber angrenzenden Bereichen

dringend benötigt werden. Die beiden Fachgesellschaften und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen weisen in diesem Zusammenhang nochmals darauf hin, dass die geriatrische Behandlung in Australien nicht über AR-DRGs vergütet wird. Dieses begründet zusätzlich die

Notwendigkeit, das G-DRG-System schnellstmöglich dahingehend weiter zu entwickeln, dass eine sachgerechte Vergütung bei weiterhin qualitativ hochwertiger Versorgung geriatrischer Krankenhauspatienten sichergestellt werden kann. Hierzu ist eine differenziertere Dokumentation des Leistungsspektrums der klinischen Geriatrie notwendig, um zunächst innerhalb des lernenden Systems die für eine adäquate Fallgruppierung entsprechend relevanten Indikatoren identifizieren zu können. Das tatsächliche Leistungsspektrum der Krankenhausgeriatrie kann nur mittels einer sowohl im akutmedizinischen, wie auch im therapeutischen und psychosozialen Bereich erweiterten Prozedurenklassifikation abgebildet und gegenüber den angrenzenden Bereichen als DRG-relevante Krankenhausleistung transparent gemacht werden.

Die Fachvertretungen der Geriatrie haben sich bemüht, für den ersten formalisierten Anpassungsschritt 2003 ihre Vorschläge (s. Übersicht) auf das Notwendigste zu beschränken. Nachstehend werden die benannten Prozeduren zunächst im Kontext eines Vorschlags zur möglichen Einpassung in die bestehende Systematik aufgeführt. Daran anschließend werden ergänzende Details einschließlich fachspezifischer Einzelbegründungen aufgeführt.

Vorschlagsübersicht:

1-780	Standardisiertes Geriatriches Basisassessment	Inhaltlich
1-781	Geriatrisches Screening und Minimalassessment	Inhaltlich
8-011	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Erwachsenen	Inhaltlich
8-220	Nicht-chirurgische Wundbehandlung mit Hydrokolloid- oder Vakuumverband	Inhaltlich
8-390	Lagerungsbehandlung (Differenzierung)	Inhaltlich
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	Redaktionell / Inhaltlich
8-570	Physiotherapie	Inhaltlich
8-571	Ergotherapie	Inhaltlich
8-572	Lymphdrainage	Inhaltlich
8-573	Therapie im Bewegungsbad	Inhaltlich
8-574	Therapeutische Pflege	Inhaltlich
8-93	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	Redaktionell
1-32	Untersuchung und Überwachung der Nierenfunktion	Inhaltlich
9-401	Psychosoziale Maßnahmen	Inhaltlich
9-50	Patienten- und Angehörigenschulung	Inhaltlich

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass die ausgewählten Prozeduren in ihrer Zusammenstellung und ihrer individuellen Ausgestaltung bereits weitgehend aufeinander abgestimmt sind. Höchste Priorität haben sicherlich die inhaltlichen Vorschläge zum OPS 8-550 sowie zum Geriatrischen Basis- und Minimalassessment als genuin geriatrische Verfahren. Es ist jedoch aus Sicht der Fachvertretungen der Geriatrie ebenso unerlässlich, die zusätzlich sorgfältig ausgewählten, fachspezifisch unverzichtbaren und gleichzeitig fachübergreifend relevanten, akutmedizinischen und therapeutischen Verfahren, die nachstehend detailliert beschrieben werden, quasi als ein "Paket" aufzufassen. Sie sind vielfach auf der Grundlage eigener Daten (aus dem Qualitätssicherungsprojekt GEMIDAS der BAG) sowie ergänzender Analysen des AR-DRG-Systems als geeignet erscheinende Markerprozeduren im Hinblick auf eine möglichst kurzfristige und gezielte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ausgewählt worden. Im G-DRG-System bestehen momentan ja nicht einfach nur Problembereiche, sondern das System ist zudem vielfach noch "blind" gegenüber den spezifischen Problemen der Problembereiche, weil sich die Sachverhalte noch nicht differenziert genug abbilden lassen. Da es 3 bis 5 Jahre dauern kann, bis aus Erweiterungen der Dokumentation hervorgehende Systemanpassungen überhaupt vergütungsrelevant werden, regen die Fachvertretungen der Geriatrie an, zunächst eine komplexe Prüfung der als zusammenhängendes Paket ergänzend eingebrachten Änderungsvorschläge vorzunehmen. Eine kurzfristige Kontaktaufnahme und Rückkopplung wäre sehr wünschenswert, falls in bestimmten Bereichen zwar nicht exakt ein eingebrachter Einzelvorschlag, möglicherweise jedoch eine ähnliche Prozedur aus einem benachbarten Bereich berücksichtigt werden kann.

Bei der Bearbeitung der einzelnen Vorschläge (s. Abschnitt 3) wurde das Format des Online-Formulars für OPS-Vorschläge (www.dimdi.de) zugrundegelegt, die "*Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS-301*" des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit (KKG) wurden berücksichtigt.

2. Einpassung der Vorschläge in die Systematik des OPS-301, V2.1

1-78 Geriatrische Funktionsuntersuchungen

1-780 Standardisiertes Geriatrisches Basisassessment (GBA)

Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550)

Hinw.: Ein GBA umfasst mindestens 5 Funktionsbereiche (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Affekt, Kognition, Soziale Situation), die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.

1-781 Multidimensionales Geriatrisches Screening und Minimalassessment

Exkl.: Standardisiertes Geriatrisches Basisassessment (1-780)

Hinw.: Diese Prozedur stellt eine Kurzform des Basisassessments dar und beinhaltet eine reduzierte Zahl standardisierter Einzeltests (z.B. Geriatrisches Minimum Data Set, Gemidas), jedoch mindestens 3 Funktionsbereiche (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Kognition)

8-01 Applikation von Medikamenten und Nahrung

Exkl.: Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika (8-540)

Applikation von Medikamenten zur Schmerztherapie (8-91)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

8-011 Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Erwachsenen

Exkl.: Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung (8-016)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich wird einmal pro Zyklus angegeben, wenn Medikamente und Elektrolytlösungen mindestens einmal in 24 Stunden über einen Zeitraum von mehr als 48 Stunden über das Gefäßsystem verabreicht werden

Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn diese Verfahren Bestandteil der Wiederbelebung sind oder als Komponente in einem bereits dokumentierten Kode enthalten sind

8-011.0 Applikation von Antibiotika und Chemotherapeutika

8-011.1 Applikation von Elektrolytlösungen

8-22 Nicht-chirurgische Wundbehandlung

Hinw.: Bei Durchführung in Allgemeinanästhesie ist diese zusätzlich zu kodieren (8-900 ff.)

Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

8-220 Nicht-chirurgische Wundbehandlung mit Hydrokolloid- oder Vakuumverband

Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren

** 8-220.0 Kleinflächig, mit Hydrokolloidverband

Hinw.: Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm²

** 8-220.1 Großflächig, mit Hydrokolloidverband

** 8-220.2 Großflächig, mit Vakuumverband

8-39 Lagerungsbehandlung

8-390 Lagerungsbehandlung

Hinw.: Dieser Kode ist für die Angabe spezieller Lagerungen (z.B. bei Schienen und Extensionen, Wirbelsäuleninstabilität, Hemi- und Tetraplegie oder nach großen Schädel-Hirn-Operationen) oder Lagerungen mit speziellen Hilfsmitteln (z. B. Spezialbett) zu verwenden. Er ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

8-390.0 Lagerung im Spezialbett

8-390.1 Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage, mehrmals täglich

8-390.2 Lagerung im Schlingentisch

8-55 Rehabilitative Komplexbehandlung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben
Die Einschränkung der basalen Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme ist für den Kode 8-550 gemäß Barthel-Index nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Vollständig eingeschränkt (Barthel-Index 0-15 Punkte)
- 1 Weitestgehend eingeschränkt (Barthel-Index 20-35 Punkte)
- 2 Überwiegend eingeschränkt (Barthel-Index 40-55 Punkte)
- 3 Deutlich eingeschränkt (Barthel-Index 60-75 Punkte)
- 4 Mäßig eingeschränkt (Barthel-Index 80-95 Punkte)
- 5 Kaum oder nicht eingeschränkt (Barthel-Index 100 Punkte)
- 9 Nicht näher bezeichnet

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Hinw.: Der Status der Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme ist in der 6. Stelle nach vorstehender Liste zu kodieren

Zusätzliche Mindestmerkmale:

Standardisiertes geriatrisches Assessment ~~in den ersten 3 Tagen~~ in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)

Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung

Therapeutische ~~aktivierende~~ Pflege durch Fachpflegepersonal

Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)

Fachärztliche Behandlungsleitung

Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation Klinische Geriatrie bei der(m) Verantwortlichen voraus

- ** 8-550.0 Kurzbehandlung (mindestens 7 bis höchstens 13 Belegungstage)
- ** 8-550.1 Regelbehandlung (mindestens 14 Belegungstage)

8-57 Therapeutische Einzelmaßnahmen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

Zusätzliche Mindestmerkmale:

Vorausgehende therapeutische Befunderhebung mit Definition der Behandlungsziele und Erstellung eines Behandlungsplans

Einzeltherapie im Sinne der Codes 8-570 und 8-571 erfordert mindestens 60 Minuten,

Gruppentherapie mindestens 90 Minuten Behandlungszeit pro Woche

8-570 Physiotherapie

8-570.0 Einzeltherapie auf neurophysiologischer Grundlage

8-570.1 Sonstige Einzeltherapie

8-570.2 Gruppentherapie

Hinw.: Bei Gruppentherapie im Bewegungsbad ist diese zusätzlich zu kodieren (8-573)

8-571 Ergotherapie

Hinw.: Die Therapieform ist an 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Motorisch-funktionelle Behandlung
- 1 Sensomotorisch/perzeptive Behandlung (inkl. auf neurophysiologischer Grundlage)
- 2 Hirnleistungstraining
- 3 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 4 Herstellung und Anpassung temporärer Schienen
- 5 Belastungstraining
- 6 Multimodale Behandlung (erfordert mindestens 3 der vorstehenden Therapieformen)

- ** 8-571.0 Einzeltherapie
- ** 8-571.1 Gruppentherapie

8-572 Manuelle Lymphdrainage

8-573 Therapie im Bewegungsbad

- 8-573.0 Einzeltherapie
- 8-573.1 Gruppentherapie
- 8-573.2 Einzel- und Gruppentherapie

8-574 Therapeutische Pflege nach Pflegekonzept

Inkl.: Basale Stimulation, Kinästhetik, Validation, Bobath-Pflege

8-93 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf

Inkl.: Auswertung und klinische Beurteilung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal ~~pro stationärem Aufenthalt~~ pro Episode (definiert durch Beginn und Ende des kontinuierlichen EKG-Monitorings) und nur für intensivmedizinisch überwachte Patienten anzugeben. Die nachfolgenden Kodes umfassen das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung

1-32 Untersuchung und Überwachung der Nierenfunktion**1-320 Monitoring der Nierenfunktion mit Bilanzierung**

Exkl.: Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf (8-93)

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro Episode (Beginn und Ende der Bilanzierung) anzugeben. Das Monitoring umfasst die Katheterisierung zur Ein-/Ausfuhrkontrolle mit Bilanzierung, Kontrolle des Körpergewichts und kurzfristig wiederholten Messungen von Nierenretentionswerten und Elektrolyten sowie des Blutbilds über mindestens 48 Stunden

9-40 Psychosoziale, psychosomatische, psychotherapeutische und neuropsychologische Therapie-Maßnahmen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

9-401 Psychosoziale Maßnahmen

- 9-401.0 Angehörigengespräche und –beratung, Entlassungsplanung und –vorbereitung mit psychosozialem Management
 - 9-401.1 Sozialrechtliche Beratung, Nachsorgeorganisation
 - 9-401.2 Einleitung eines Betreuungs- oder Begutachtungsverfahrens
- Inkl.:* Einleitung eines Eilbetreuungs- oder Eilbegutachtungsverfahrens

9-50 Patienten- und Angehörigenschulung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben

9-500 Schulung im Umgang mit Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen

Inkl.: Schulung im Umgang mit einer PEG-Sonde

9-501 Schulung im Umgang mit kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen**9-502 Schulung im Umgang mit Ektoprothesen****9-503 Schulung im Umgang mit besonderen Mobilitätshilfen (Elektrorollstuhl)****9-504 Schulung im Umgang mit besonderen sanitären Hilfsmitteln (Badelifter)****9-505 Schulung bei Inkontinenz**

Inkl.: Beckenbodentraining, Schulung im Umgang mit Inkontinenzartikeln, Anfertigung eines Miktionsprotokolls

9-506 Indikationsspezifische ernährungsmedizinische Schulung (Diätberatung)

Inkl.: Schulung bei Diabetes mellitus

3. Vorschläge mit Begründung im Einzelnen

Vorschlag 1:

1-780	Standardisiertes Geriatrisches Basisassessment (GBA)		Inhaltlich
1	Hinweise	Exkl.: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550) Hinw.: Ein GBA umfasst mindestens 5 Funktionsbereiche (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Affekt, Kognition, Soziale Situation), die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden.	
2	Art der Änderung	inhaltlich	
3	Beschreibung	Das Geriatrische Basisassessment (GBA) ist ein standardisiertes Diagnostikverfahren in der Geriatrie. Es werden psychometrische Testverfahren (z.B. MMSE) sowie Performanztests (z.B. Timed Up & Go) durchgeführt. Die eingesetzten Testverfahren sind auf Validität und Reliabilität geprüft. Ein GBA umfasst mindestens 5 Funktionsbereiche (vor allem Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Affekt, Kognition, Soziale Situation).	
4	Begründung	Das GBA ist als Standardverfahren zur Planung weitergehender Diagnostik und Therapie in der Geriatrie unverzichtbar. Es wird zudem in der internen Qualitätssicherung eingesetzt.	
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung	
6	Externe QS	Nein	
7	Relevanz	vgl. 3 und 4 Die Prozedur ist fachlich etabliert, wissenschaftlich evaluiert (randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalysen) und wird z.B. auch in der ICD-10-AM abgebildet: ICD-10-AM "Ageing assessment": Code 96023-00 (s. Anlage 9)	
8	Verbreitung	Ein geriatrisches Assessment wird in den meisten Fachkliniken und Fachabteilungen für Geriatrie in Deutschland routinemäßig durchgeführt.	
9	Häufigkeit	Je nach Schwerpunkt einer Klinik bei 60-90% aller Patienten.	
10	Kosten	Ein vollständiges Assessment mit Vorbereitung und Auswertung erfordert 90-120 Minuten, zumeist ärztliche Arbeitszeit; einzelne Teile des Assessments können auch an medizinisches Fachpersonal (Therapeuten, Pflegekräfte) delegiert werden.	
11	Sonstiges (Lit.:)	Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc. 1991 Sep; 39(9 Pt 2): 8S-16S Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993 Oct 23; 342(8878):1032-6. Wieland D, Stuck AE, Siu AL, Adams J, Rubenstein LZ. Meta-analytic methods for health services research--an example from geriatrics. Eval Health Prof. 1995 Sep; 18(3): 252-82. Stuck AE, Rubenstein LZ, Wieland D. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. Asymmetry detected in funnel plot was probably due to true heterogeneity. BMJ. 1998 Feb 7; 316(7129): 469 Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002 Feb 27; 287(8): 1022-8. Nikolaus T, Becker C. A controlled trial of geriatric evaluation. N Engl J Med. 2002 Aug 1; 347(5): 371-3 Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. Age Ageing. 1999 Oct; 28(6): 543-50.	

Vorschlag 2:

1-781	Multidimensionales Geriatrisches Screening und Minimalassessment	Inhaltlich
1	Hinweise	Exkl.: Standardisiertes Geriatrisches Basisassessment (1-780) Hinw.: Diese Prozedur stellt eine Kurzform des Basisassessments dar und beinhaltet eine reduzierte Zahl standardisierter Einzeltests (z.B. Geriatrisches Minimum Data Set, Gemidas), mindestens jedoch 3 Funktionsbereiche (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Kognition)
2	Art der Änderung	inhaltlich
3	Beschreibung	Ein geriatrisches Screening oder Minimalassessment ist ein standardisiertes Diagnostikverfahren in der Geriatrie. Es stellt eine Kurzform des Geriatrischen Basisassessments dar und beinhaltet eine reduzierte Zahl von standardisierten Einzeltests (z.B. Geriatrisches Minimum Data Set, Gemidas; vgl. 11)
4	Begründung	Ein geriatrisches Screening oder Minimalassessment dient als Kurzform des Basisassessments zum einen dazu, Patienten hinsichtlich ihres geriatrischen Behandlungsbedarfs im Rahmen eines geriatrischen Konsils zu screenen, zum anderen dient es im Rahmen der externen Qualitätssicherung zur Ergebniskontrolle bzw. zum Ergebnisvergleich.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Ja Auf der Grundlage des Geriatrischen Minimalassessments werden Vergleiche zur externen Ergebnisqualitätssicherung in der Geriatrie durchgeführt, an der sich bundesweit derzeit über 70 geriatrische Einrichtungen beteiligen (vgl. 8).
7	Relevanz	vgl. 3 und 4 Die Prozedur ist fachlich etabliert und wissenschaftlich evaluiert (Konsistenz). Sie besteht analog auch in anderen Klassifikationssystemen, z.B. differenziert in der ICD-10-AM: ICD-10-AM "Ageing Assessment" 96023-00 "Self care/self maintenance assessment" 96021-00 "Cognitive skills assessment" 96033-00
8	Verbreitung	Das geriatrische Minimalassessment wird an über 70 geriatrischen Kliniken in Deutschland durchgeführt.
9	Häufigkeit	Das geriatrische Minimalassessment wird bei allen Patienten (100%) einer an der externen QS teilnehmenden Einrichtung durchgeführt.
10	Kosten	Ein vollständiges Minimalassessment mit Vorbereitung und Auswertung erfordert 30-45 Minuten, zumeist ärztliche Arbeitszeit; einzelne Teile können auch an medizinisches Fachpersonal (Therapeuten, Pflegekräfte) delegiert werden.
11	Sonstiges (Lit.)	Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E. Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. Z Gerontol Geriatr. 1999 Feb; 32(1): 11-23.

Vorschlag 3:

8-011	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Erwachsenen	Inhaltlich
	.0 Applikation von Antibiotika und Chemotherapeutika .1 Applikation von Elektrolytlösungen	

1	Hinweise	Exkl.: Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung (8-016) Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich wird einmal pro Zyklus angegeben, wenn Medikamente und Elektrolytlösungen mindestens einmal in 24 Stunden über einen Zeitraum von mehr als 48 Stunden über das Gefäßsystem verabreicht werden Ein Kode aus diesem Bereich ist nicht anzugeben, wenn diese Verfahren Bestandteil der Wiederbelebung sind oder als Komponente in einem bereits dokumentierten Kode enthalten sind
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	Die Prozedur beschreibt die intravenöse Verabreichung von Antibiotika/Chemotherapeutika bzw. Elektrolytlösungen. Sie kennzeichnet damit einerseits die Akuität einer Erkrankung oder Komplikation, andererseits jedoch auch Fähigkeitsstörungen aufgrund des Alters oder der Schwere einer Schädigung.
4	Begründung	Die intravenöse Verabreichung von Antibiotika/Chemotherapeutika bzw. Elektrolytlösungen bleibt in aller Regel der Krankenhausbehandlung vorbehalten, allerdings geht nicht jede Krankenhausbehandlung mit der Notwendigkeit zu einer entsprechenden Therapie einher. Sie korreliert daher mit Einzelfallkosten. Sie ist zudem ein wichtiger Marker der akutmedizinisch-kurativen Behandlung.
5	Entgeltsystem	1. Markerprozedur zur Evaluation von Problembereichen, insbesondere der Geriatrie und Frührehabilitation. Für die komplexen Prozeduren (8-550, 8-551) werden verweildauerabhängige Kriterien gefordert, es werden jedoch auch Pat. mit kürzeren Verweildauern komplex behandelt. Die Komplexität der Behandlung muss sich dementsprechend auch durch eine Kombination von Einzelcodes grundsätzlich abbilden lassen. 2. Notwendigkeit und Dauer einer frührehabilitativen Komplexbehandlung auf Basis von § 39 SGB V begründen sich durch eine gleichzeitige (intermittierende oder dauernde) akutmedizinische und rehabilitative Diagnostik oder Behandlung; für beide Behandlungsaspekte werden Markerprozeduren benötigt.
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4; die Prozedur ist ein Standardverfahren der Krankenhausbehandlung, für die vorgeschlagene Unterteilung gibt es in der ICD-10-AM korrespondierende Kodierungen: ICD-10-AM "Injection of antibiotic" 92186-00 "Injection or infusion of electrolytes" 92184-00
8	Verbreitung	Jedes Krankenhaus
9	Häufigkeit	Geriatrie: ca. 40-60% (je nach Schwerpunkt)
10	Kosten	Art der Medikamente und Dauer der Behandlung, Infusionssysteme, ärztliche und pflegerische Überwachung und Betreuung, laborchemische Kontrollen
11	Sonstiges	

Vorschlag 4:

8-220	Nicht-chirurgische Wundbehandlung mit Hydrokolloid- oder Vakuumverband	Inhaltlich
** .0	Kleinflächig, mit hydrokolloidhaltigem Verband	
** .1	Großflächig, mit hydrokolloidhaltigem Verband	
** .2	Großflächig mit Vakuumverband	

1	Hinweise	Hinw.: Die Lokalisation ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-890 zu kodieren Kleinflächig: Länge bis 3 cm oder Fläche bis 4 cm ²
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	Die Prozedur beschreibt die aufwändige nicht-chirurgische Wundtoilettierung und -versorgung von chronischen und schlecht heilenden Wunden mit speziellem und besonders hochwertigem Verbandsmaterial. Sie kennzeichnet damit einen besonderen Wundversorgungsaufwand, der allein durch die Diagnose einer Wunde unzureichend abgebildet wäre. Mit der VAC-Therapie (Vakuumverband) existiert eine neue Verbandstechnik, die einen feuchten und okklusiven Verband gewährleistet und die Wunde ausreichend drainiert, so dass eine Verringerung der Keimzahl und eine Ödemreduktion in der Umgebung resultieren. Durch den kontinuierlichen Sog (Vakuumpumpe) soll gleichzeitig die Durchblutung verbessert und eine Gewebsneubildung induziert werden. Durch den kontinuierlichen Sog, den der Vakuumverband auf das Gewebe auswirkt, dürfte eine Gewebsdistraction entstehen, die aufgrund ihrer Gleichmäßigkeit ideale Bedingungen für die Neubildung von Weichgeweben schafft.
4	Begründung	Die Wundversorgung hat in der Geriatrie eine zunehmende Bedeutung, da zum einen die Verlegung nach chirurgischer Erstversorgung zunehmend frühzeitiger erfolgt, zum anderen gerade geriatrische Patienten ein hohes Risiko von Wundheilungsstörungen aufweisen. Zugleich besteht ein hohes Risiko multipler Wunden, wobei jede einzelne Wunde verweildauerrelevant ist, d.h. bei multiplen Wunden steigt mit jeder Wunde im Mittel die Verweildauer um 6-8 Tage. Insgesamt haben Patienten mit aufwändiger Wundversorgung eine im Mittel um 14 Tage und in Extremfällen eine um 20 Tage oder mehr verlängerte Verweildauer. Die Geriatrie übernimmt damit vom Vorbehandler nicht nur das Wundversorgungsrisiko, sondern auch das korrespondierende Verweildauerisiko, wobei in geriatrischen Fachkliniken (nach externer Verlegung) die vorausgegangene chirurgische Prozedur nicht mehr zur Falldokumentation gehört.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung (ggf. Markerprozedur zur weiteren Evaluation von Problembereichen, insbesondere der Geriatrie)
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	In geriatrischen Fachkliniken Standard der Wundversorgung
9	Häufigkeit	Bei Pat. mit Wunden ca. 40-80%
10	Kosten	Nach Art und Dauer der Behandlung, hochwertiges Verbandsmaterial, ggf. Vakuumpumpe, ärztliche und pflegerische Überwachung und Betreuung, laborchemische und ggf. radiologische Kontrollen (einem chirurgischen Debridement durchaus vergleichbare Kosten).
11	Sonstiges (Lit.)	Girsch, W., Frey, M.: Einsatz des VAC-Systems zur Behandlung problematischer Wunden am Fuß. Acta Chir. Austriaca 1998, 30, Suppl. 150, 13-15 Jukema, G.N., Böhm, H.-J., Hierholzer, G.: Vakuumversiegelung: Ein neues Konzept zur Behandlung von Weichteil- und Knocheninfektionen. Langenbecks Arch.Chir. Suppl. II 1997, 581-585

Vorschlag 5:

8-390	Lagerungsbehandlung .0 Lagerung im Spezialbett .1 Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage, mehrmals täglich .2 Lagerung im Schlingentisch	Redaktionell / Inhaltlich
-------	--	------------------------------

1	Hinweise	Hinw.: Dieser Kode ist für die Angabe spezieller Lagerungen (z.B. bei Schienen und Extensionen, Wirbelsäuleninstabilität, <u>Hemi- und Tetraplegie</u> oder nach großen Schädel-Hirn-Operationen) oder Lagerungen mit speziellen Hilfsmitteln (z. B. Spezialbett) zu verwenden. Er ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben
2	Art der Änderung	Redaktionell (Hinweise), Inhaltlich (Differenzierung an 5. Stelle)
3	Beschreibung	Lagerungsbehandlung in der Geriatrie erfolgt zum einen aus pflegerischen, akutmedizinischen Gründen, zum anderen aus therapeutisch-rehabilitativen Gründen. Chronische Wunden, erhöhtes Risiko der Entstehung von Dekubitalgeschwüren sowie besondere therapeutische Anforderungen stellen eine zunehmende Herausforderung für die Geriatrie dar und machen entweder spezielle apparative Ausstattungen erforderlich (z.B. Spezialbett, Schlingentisch) und/oder resultieren in einem höheren Personaleinsatz (z.B. engmaschiger Lagerungsplan zur Druckentlastung, Pflege im Spezialbett, therapeutische Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage).
4	Begründung	Pflegerische und therapeutische Lagerungsbehandlungen sowie personalintensive und apparativ aufwändige Lagerungsbehandlungen sollten differenziert abgebildet werden können, da grundsätzlich unterschiedliche Ressourcen zu unterschiedlichen Kosten zum Einsatz kommen. Unter den Hinweisen sollte die Hemiplegie explizit erwähnt werden, da Lagerungsbehandlung bei diesen Patienten zu den Standardverfahren gehört und aufwändig ist (vgl. 3).
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	Therapeutisch und präventiv
8	Verbreitung	Alle Fachkliniken
9	Häufigkeit	60-80%
10	Kosten	Personelle, räumliche, sächliche und apparative Aufwendungen, je nach Art (vgl. Differenzierung) und Dauer der Behandlung; vgl. 3
11	Sonstiges	

Vorschlag 6:

8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	Redaktionell / Inhaltlich
	** .0 Kurzbehandlung (mindestens 7 bis max. 13 Belegungstage)	
	** .1 Regelbehandlung (mindestens 14 Belegungstage)	

1	Hinweise	<p>Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben</p> <p>** Die Einschränkung der basalen Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme ist gemäß Barthel-Index in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:</p> <p>0 Vollständig eingeschränkt (Barthel-Index 0-15 Punkte)</p> <p>1 Weitestgehend eingeschränkt (Barthel-Index 20-35 Punkte)</p> <p>2 Überwiegend eingeschränkt (Barthel-Index 40-55 Punkte)</p> <p>3 Deutlich eingeschränkt (Barthel-Index 60-75 Punkte)</p> <p>4 Mäßig eingeschränkt (Barthel-Index 80-95 Punkte)</p> <p>5 Kaum oder nicht eingeschränkt (Barthel-Index 100 Punkte)</p> <p>9 Nicht näher bezeichnet</p> <p>Zusätzliche Mindestmerkmale: Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung) Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie) Fachärztliche Behandlungsleitung Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation Klinische Geriatrie bei der/dem Verantwortlichen voraus</p>
2	Art der Änderung	Redaktionell (Hinweise) Inhaltlich (Differenzierung an 5. und 6. Stelle)
3	Beschreibung	Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung umfasst therapeutisch-funktionelle Interventionen, die von einem multiprofessionellen Behandlungsteam unter fachärztlicher Anleitung erbracht werden, sowie eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung (vgl. 1).
4	Begründung	1. Hinweise: Aufgrund der zunehmenden Verkürzung der Vorverweildauer gelangen geriatrische Patienten zunehmend frühzeitiger in die Geriatrie. Vielfach sind sie bei Übernahme noch so deutlich im Allgemeinzustand reduziert bzw. instabil oder wenig belastbar, dass nicht in jedem Fall ein vollständiges Assessment in den ersten drei Behandlungstagen abgeschlossen werden kann. Inhaltlich und qualitativ ist es bedeutsam, dass ein standardisiertes Aufnahmeassessment vollständig durchgeführt wird – unabhängig davon, ob dies bis zum 3. oder erst zum 5. Tag nach Aufnahme abgeschlossen werden kann. Daher sind die Worte "in den ersten 3 Tagen" zu streichen. Die Bezeichnung "therapeutisch aktivierende Pflege" ist missverständlich und durch die Bezeichnung "therapeutische Pflege" zu ersetzen, zumal der Begriff "aktivierende Pflege" eine eigenständige und hier nicht gemeinte Bedeutung hat. Da die gleichzeitige, dau-

		<p>ernde oder intermittierende akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ein wesentliches kennzeichnendes Merkmal der Frührehabilitation ist, ist sie der Definition hinzuzufügen. In Analogie zum Kode 8-918 ist aufgrund der besonderen Komplexität der geriatrischen Frührehabilitation die Verwendung der Kodierung an die Zusatzqualifikation "Klinische Geriatrie" zu binden.</p> <p>2. Die inhaltliche Ergänzung der Differenzierung an 5. Position ergibt sich einerseits aus der bereits einsetzenden allgemeinen Verweildauerverkürzung und andererseits aus der Unklarheit, wie eine kürzer als 14 Tage dauernde geriatrische Komplexbehandlung verschlüsselt werden soll. Pragmatisch wurde von einigen Geriatrien im Jahr 2002 teilweise bereits auf die Kodierung "8-551 Frührehabilitation" zurückgegriffen, die bislang eine Mindestverweildauer von nur 10 Tagen fordert. Dies kann nicht im Sinne einer einheitlichen Kodierung sein, sodass die Abgrenzung einer "Kurzbehandlung" unter dem OPS 8-550 geboten erscheint.</p> <p>3. Die inhaltliche Ergänzung der Differenzierung an 6. Position ergibt sich aus dem vom Status der Selbsthilfefähigkeit bei Aufnahme wesentlich beeinflussten Ressourcenverbrauch. Der Barthel-Index als standardisiertes Instrument zur Erfassung von Einschränkungen in der basalen Selbsthilfefähigkeit hat sich in verschiedenen Untersuchungen als signifikanter Prädiktor für die Verweildauer – und damit auch für die Kosten – einer geriatrischen Komplexbehandlung gezeigt (vgl. Abb. 1). Gleichwohl ist die Prädiktion nicht absolut präzise, da der Barthel-Index Fähigkeitsstörungen im Bereich der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens nur teilweise und im Bereich der erweiterten Alltagskompetenz (IADL) überhaupt nicht abbildet.</p>
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	<p>Der OPS 8-550 ist derzeit der einzige Schlüssel, der die Leistung der Geriatrischen Frührehabilitation abbildet. Eine weitergehende Differenzierung ist daher vordringlich. Die australische AN-SNAP Classification (vgl. 11) zieht beispielsweise zur Fallgruppenbildung unter anderem ebenfalls den Barthel-Index heran. Die hier zunächst arbiträr vorgeschlagene gleichmäßige Aufteilung der Kategorien des Barthel-Index erlaubt dabei einen näherungsweise direkten Vergleich z.B. mit Forschungsergebnissen. Die separate Betrachtung der Gruppe mit Barthel-Index=100 Punkte bei Aufnahme erscheint sinnvoll, da in diesen Fällen vom Barthel-Index nicht erfasste Fähigkeitsstörungen die Komplexbehandlung begründet haben müssen. Auf eine Ergänzung um kognitive Fähigkeitsstörungen (ebenfalls eine AN-SNAP Komponente) wurde zunächst verzichtet, da sich kognitive Defizite über die ICD-10 relativ differenziert erfassen lassen. Beispielsweise kann bei der Diagnose einer Demenz ein signifikant erniedrigtes Testergebnis in der Mini-Mental-State Examination (MMSE) quasi vorausgesetzt werden (von Ausnahmen abgesehen). Die vorgeschlagene Differenzierung an der 5. und 6. Position kollidiert nicht mit einem ggf. bestehenden oder sich ergebenden Bedarf an Analysen bereits vorhandener Daten, da die Verweildauer und ein standardisiertes Aufnahmeassessment mit Erfassung der Selbsthilfefähigkeit schon zuvor Voraussetzungen für die Anwendung des Codes waren und insofern auch eine nachträgliche Kodierung auf die hier vorgeschlagene weitere Differenzierung problemlos erfolgen könnte. Ohne ergänzende weitere Information kann die bisherige Kodierung 8-550 nach Revision inhaltlich vollständig deckungsgleich durch die Kodierung 8-550.19 abgebildet werden.</p>

8	Verbreitung	ca. 70-90% der geriatrischen Kliniken und Fachabteilungen
9	Häufigkeit	ca. 70-80% aller geriatrischen Pat.; 100% der Pat. in der Geriatrischen Frührehabilitation (vgl. Lit.)
10	Kosten	Verweildauerabhängig, da sich die Kosten der Komplexbehandlung gleichmäßiger über die gesamte Aufenthaltsdauer verteilen als bei ausschließlich akutmedizinisch begründeten Behandlungen, die zu Behandlungsbeginn oft deutlich mehr Kosten verursachen als im späteren Verlauf; bei Erfüllung der Mindestvoraussetzungen ergeben sich in Abhängigkeit vom Status der Selbsthilfefähigkeit (vgl. Abb. 1) geschätzte reine Prozedurkosten von ca. 700 bis ca. 1.400 €.
11	Sonstiges (Lit.)	Abgrenzungskriterien der Geriatrie, BAG/DGG/DGGG, 15.01.2003, Essen Eagar K. et al. (1997). The Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification (AN-SNAP): Report of the National Sub-Acute and Non-Acute Casemix Classification Study, Centre for Health Service Development, University of Wollongong, August 1997

Zur Relevanz der Differenzierung an 5. und 6. Position:

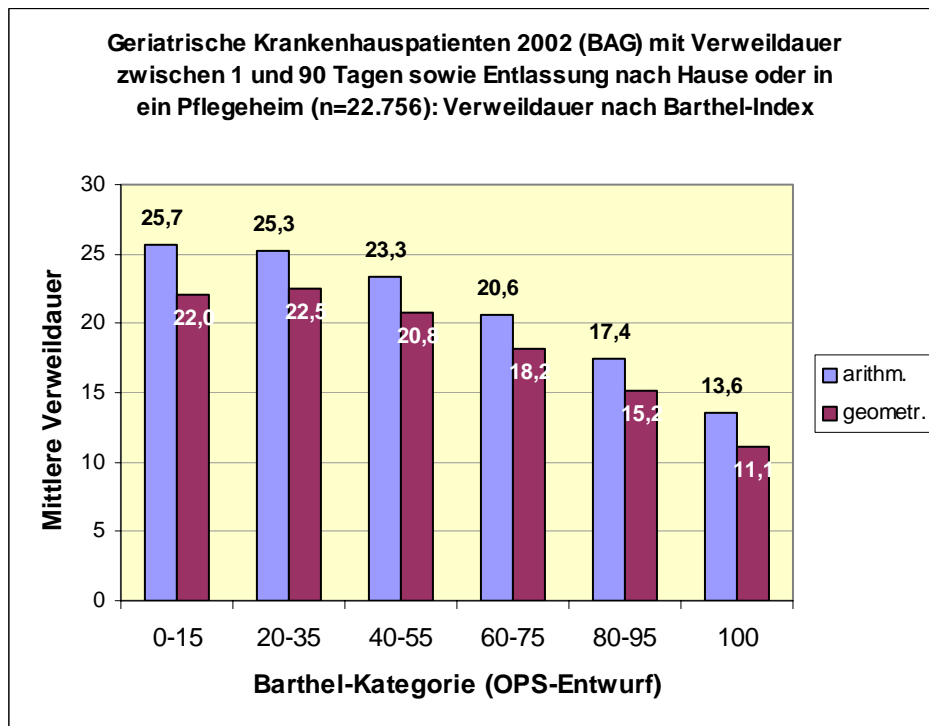


Abb. 1: Arithmetische und geometrische mittlere Verweildauer in geriatrischen Fachabteilungen und Fachkliniken 2002 (BAG-Projekt GEMIDAS, 53 Kliniken) in Abhängigkeit vom Barthel-Index (vorgeschlagene Kategorien)

Anm.: Indikationsübergreifende Auswertung (alle Fallgruppen); 66% der Patienten der Stichprobe hatten einen Barthel-Index bei Aufnahme unter 60 Punkten, 20% zwischen 60 und 75 Punkten, 12% zwischen 80 und 95 Punkten); insgesamt 18% (n=4.020) der Patienten der Stichprobe hatten eine Verweildauer unter 14 Tagen.

Vorschlag 7 und 8:

8-570	Physiotherapie .0 Einzeltherapie auf neurophysiologischer Grundlage .1 Sonstige Einzeltherapie .2 Gruppentherapie <i>Hinw.:</i> Bei Gruppentherapie im Bewegungsbad ist diese zusätzlich zu kodieren (8-573)	Inhaltlich
8-571	Ergotherapie ** .0 Einzeltherapie ** .1 Gruppentherapie	Inhaltlich

1	Hinweise	<p>Hinw.: Zusätzliche Mindestmerkmale: Vorausgehende Befunderhebung mit Definition der Behandlungsziele und Erstellung eines Behandlungsplans Einzeltherapie erfordert mindestens 60 Minuten, Gruppentherapie mindestens 90 Minuten Behandlungszeit pro Woche</p> <p>** Die Therapieform ist für Kode 8-571 an 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:</p> <p>0 Motorisch-funktionelle Behandlung 1 Sensomotorisch/perzeptive Behandlung (inkl. auf neurophysiologischer Grundlage) 2 Hirnleistungstraining 3 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens 4 Herstellung und Anpassung temporärer Schienen 5 Belastungstraining 6 Multimodale Behandlung (erfordert mindestens 3 der vorstehenden Therapieformen)</p>
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	<p>Physio- und Ergotherapie erfolgen in der Geriatrie zwar nicht nur, aber zumeist als 30- bis 45minütige Einzelbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, PNF, Affolter etc.) bei Pat. mit schweren neurologischen Schädigungen (z.B. Z.n. Apoplex). Die Physiotherapie als solche stellt zunächst eine grundsätzliche, quasi universale Krankenhausleistung dar mit einem breit differenzierten Prozedurenspektrum. Welchen Bestandteilen dieses Spektrums dabei besondere Bedeutung für die zukünftige Entwicklung des Entgeltsystems zukommt, lässt sich derzeit nicht abschätzen.</p> <p>Die Ergotherapie ist demgegenüber eine bereits indikationsspezifischere Form der funktionellen Behandlung und in nicht ganz so breitem Umfang verfügbar. Während die Physiotherapie sich stärker auf Muskeltonus, Haltung und physiologische Bewegungsabläufe spezialisiert, liegt die Domäne der Ergotherapie eher in der motorisch-funktionellen und sensomotorischen/perzeptiven Behandlung mit alltagsrelevanter Umsetzung und Anwendung, ggf. unterstützt durch individuell ausgesuchte und angepasste Hilfsmittel einschließlich deren Schulung.</p> <p>Prinzipiell lassen sich in beiden Bereichen Einzel- und Gruppentherapien sowie Einzeltherapien auf neurophysiologischer Grundlage von anderen Formen der Einzelbehandlung als Markerprozeduren unterscheiden, die sich zum einen in den Kosten unterscheiden, zum anderen aber auch unter Qualitätsaspekten betrachtet werden können.</p>
4	Begründung	<p>Die Prozedur der Einzeltherapie auf neurophysiologischer Grundlage stellt einen besonderen und unverzichtbaren Behandlungsansatz sowohl der Physiotherapie als auch der Ergotherapie insbesondere nach Hirnschädigungen dar und wird im Rahmen frührehabilitativer Behandlung im Krankenhaus eingesetzt. Sie erfordert eine Durchführung durch weiterqualifizierte Physio- bzw. Ergotherapeuten, wobei jede Einzeltherapieeinheit mit Vor- und Nachbereitung einen einzelnen Therapeuten für 35 bis 50 Minuten bindet. Die zwingend erforderliche, möglichst früh einsetzende funktionelle Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage im Rahmen der Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten im Krankenhaus macht es erforderlich, diese Prozeduren entsprechend abbilden zu können.</p>
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung (vgl. 7)

6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	<p>1. Im Jahr 1998 wurden auf Basis umfassender Vorarbeiten des National Allied Health Casemix Committee (NAHCC) in Australien Markerprozeduren für medizinische Fachberufe in die ICD-10-AM eingeführt. Mittlerweile lassen sich den Klinischen Profilen der AR-DRG V4.1 Häufigkeiten zu diesen Prozeduren entnehmen, die insbesondere in den DRGs hohe Prävalenzen (bis über 50%) erreichen, die auch von der deutschen Geriatrie vorrangig besetzt werden (s. Anlage 2). Die ICD-10-AM Codes der beiden Basisprozeduren lauten: "AH intervention physiotherapy": ICD-10-AM 95550-03 "AH intervention OT": ICD-10-AM 95550-02</p> <p>2. Bei einer Gegenüberstellung der Prävalenz der Prozedur "AH intervention physiotherapy" (AH="Allied Health") und der Prävalenz der "Statistical discharge" je DRG zeigt sich für med. AR-DRG V4.1 eine ausgeprägte Korrelation (Anlage 3), die darauf hindeutet, dass die Prozedur möglicherweise mit Kriterien zusammenhängt, die in Australien für eine Änderung im "Care Type" (Anlage 1) mit herangezogen werden. Dieser Zusammenhang ist noch deutlicher für die Prozedur "AH intervention OT" (Ergotherapie) und erreicht ein $R^2=0,71$ (s. Abb. 2). Eine entsprechende Operationalisierung einer "statistischen Entlassung" ist für die G-DRGs bislang nicht vorgesehen, es werden hierzulande jedoch diejenigen Fächer bereits als DRG-Problembereiche erkennbar, für die in Australien zumeist eine die Fallpauschale <u>ergänzende</u> Vergütung eingesetzt wird - nach einem entsprechenden Wechsel des "Care Type" (z.B. Geriatrie, Palliation, Rehabilitation etc.). Aufgrund dieser Konstellation muss zunächst eine Relevanz der AH-Prozeduren für die Weiterentwicklung der G-DRG angenommen werden.</p>
8	Verbreitung	quasi ubiquitär
9	Häufigkeit	Geriatrische Frührehabilitation: Physiotherapie ca. 80-90%, Ergotherapie ca. 60-70% der Patienten
10	Kosten	Abhängig von Art und Häufigkeit der Therapie sowie von zusätzlich eingesetzten Hilfsmitteln und Geräten
11	Sonstiges	<p>Der Vorschlag zur Abbildung der Ergotherapie ist abgestimmt mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE). In Übereinstimmung mit der DVE wäre eine Minimaldifferenzierung diejenige nach Einzel- bzw. Gruppenbehandlung, falls eine Differenzierung an 6. Position derzeit nicht möglich sein sollte.</p> <p>Lit.: Report on the Development of Allied Health Indicators for Intervention (IFI) and Performance Indicators (PI), The National Allied Health Casemix Committee (NAHCC), RMIT University, The Commonwealth of Australia 2000 (vgl. Anlage 9)</p>

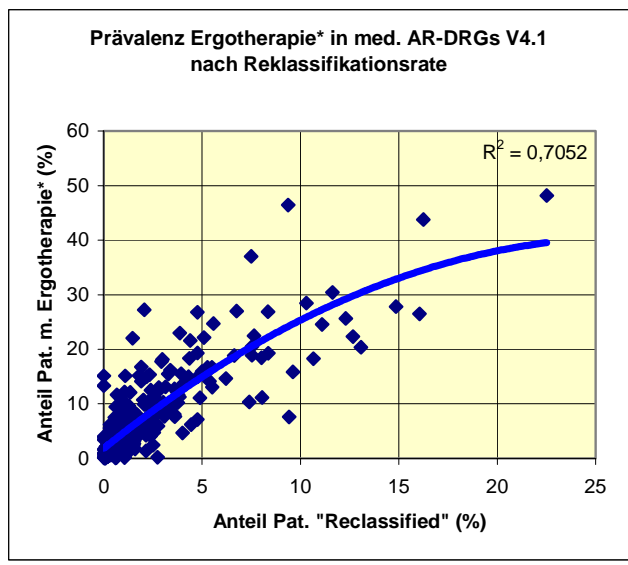


Abb. 2: Prozedur "AH intervention OT" vs. Anteil "Reclassified"

Vorschlag 9:

8-572	Manuelle Lymphdrainage	Inhaltlich
-------	-------------------------------	------------

1	Hinweise	
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	<p>Unter manueller Lymphdrainage wird das manuelle Drainieren von Gewebsflüssigkeit über Gewebsspalten bzw. Lymphgefäße verstanden. Das Prinzip beruht anders als die herkömmliche Massage auf einer bestimmten Grifftechnik, die im Rahmen einer Zusatzqualifikation erworben wird. Bei der Bauchtiefdrainage wird unter Einbeziehung des Atemrhythmus in die Tiefe gearbeitet, so wie auch bei einigen Spezialgriffen z.B. am Adduktorensplatt. Ansonsten wird überwiegend flächig gearbeitet.</p> <p>Zur Unterstützung der Lymphdrainage und zur Vermeidung der Reödematisierung des Gewebes wird in der Mehrheit der Krankheitsfälle nach der Behandlung zusätzlich eine Bandagierung oder Kompressionsbestrumpfung vorgenommen.</p>
4	Begründung	Mit der manuellen Lymphdrainage können Lymphödeme (primärer und sekundärer Art), Phlebödeme (venöser oder postthrombotischer Art), traumatische Ödeme, Ödeme bei Reflexdystrophie (Morbus Sudeck), artifizielle und ischämische Ödeme, rheumatische Ödeme, chronisch entzündliche Ödeme, (Sklerodermie, Strahlenschädigungen), Inaktivitätsödeme (bei Lähmungen), Lipödeme, idiopathische Ödeme sowie kardiale Ödeme behandelt werden. Eine große Bedeutung hat die Manuelle Lymphdrainage auch bei der Nachbehandlung operativer Eingriffe, bei denen Lymphknoten entfernt worden sind.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	Aufgrund des Indikationsprofils (vgl. 4) ergeben sich vielfältige Anwendungen gerade in der Geriatrie, insbesondere im Rahmen der geriatrischen Frührehabilitation von Schlaganfallpatienten (vielfach Ausbildung von funktionell bedrohlichen Lymphödemem der betroffenen oberen Extremität, die unbehandelt zum irreversiblen Funktionsverlust von Arm und Hand mit konsekutiven trophischen Störungen und zur erhöhten Pflegebedürftigkeit führen können).
8	Verbreitung	Die meisten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen bieten Manuelle Lymphdrainage an
9	Häufigkeit	ca. 20-40% der Schlaganfallpatienten und ca. 5-10% der übrigen Patienten
10	Kosten	Fachphysiotherapeut/in mit Zusatzqualifikation; Schlüssel 1:100; ca. 25 Behandlungsstunden bzw. 35 bis 50 Behandlungseinheiten pro Woche und Vollkraft; Bandagen; Kompressionsstrümpfe
11	Sonstiges	Lit.: folgt (b. Bed.)

Vorschlag 10:

8-573	Therapie im Bewegungsbad .0 Einzeltherapie .1 Gruppentherapie .2 Einzel- und Gruppentherapie	Inhaltlich
-------	--	------------

1	Hinweise	s. Vorschlag 7/8
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	<p>Die Mobilisierung mit Gelenkentlastung und Detonisierung im warmen Bewegungsbad erfolgt unter Reduktion der Schwerkraft (Auftrieb). Sie ist insbesondere nach Gelenkoperationen oder bei chronischen Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates indiziert und erfolgt unter krankengymnastischer Anleitung zur Durchführung gezielter Übungen, die zur besseren Beweglichkeit und Schmerzlinderung führen.</p> <p>Therapeutische Wirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation funktionsgestörter Gelenke. Vermeidung und Verminderung von Muskelkontrakturen. Kräftigung der Muskulatur. Verbesserung der Funktionen des Herz-Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels. <p>Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unspezifische aktive oder passive Bewegungseinschränkung im Bereich von Gelenken und Wirbelsäule. Vermeidung von passiven Bewegungseinschränkungen und Kontrakturen. Allgemeine Muskelschwäche. <p>Therapieziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit. Verbesserung der Durchblutung und Entstauung. Verbesserung von Funktion, Trophik und Tonus des Bewegungsapparates und Bindegewebes. <p>Leistung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlung je nach Indikationsstellung und Wirkung der passiven und aktiven bzw. aktiv-passiv kombinierten Übungen und Widerstandsübungen mit oder ohne therapeutische Hilfsgeräte im Bewegungsbad. <p>Leistungsumfang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelbehandlung; Gruppenbehandlung: 2 - 3 bzw 4 – 5 Patienten. <p>Regelbehandlungszeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Richtwert 20 bis 30 Minuten.
4	Begründung	Ein Bewegungsbad hat eine Größe von 40 bis 60 m ² , Wassertiefe 1,2 m, besitzt eine Lifteinrichtung (für sitzende und liegende Patienten) und einen anliegenden Ruheraum, behindertengerechte Umkleieräume, Toiletten und Duschen. Die Vorhaltung der Gruppen- oder Einzeltherapie im Bewegungsbad ist entsprechend aufwändig.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	Alle führenden Fachkliniken und Fachabteilungen für Geriatrie; mind. 50% der Krankenhausgeriatrien, die Mitglied der BAG sind
9	Häufigkeit	ca. 20-40% der Patienten
10	Kosten	Bad- plus Personalkosten; je Therapieeinheit 40-50 Minuten mit Vor- und Nachbereitung; ggf. therapeutische Hilfsgeräte
11	Sonstiges	Lit.: folgt (b. Bed.)

Vorschlag 11:

8-574	Therapeutische Pflege nach Pflegekonzept	Inhaltlich
-------	---	------------

1	Hinweise	Inkl.: Basale Stimulation, Kinästhetik, Validation, Bobath-Pflege
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	<p>Das Bobath-Konzept basiert auf der lebenslangen Fähigkeit des Nervensystems, sich Reizen durch Strukturänderung anzupassen (Plastizität des Nervensystems, Neuroplastizität). Durch spezielle Arten der Lagerung, der Bewegung des Patienten innerhalb und außerhalb des Bettes (Handling) und der Anleitung bei allen Lebensaktivitäten (AEDL, ATL), wie z. B. Körperpflege, Essen und Trinken und An- und Auskleiden wird diese Lernfähigkeit im Alltag des Betroffenen ausgenutzt. Dem Nervensystem werden wiederholt richtige Lernangebote als Stimulation entgegengebracht. Der Alltag des Betroffenen wird so zur Therapie.</p> <p>Arbeitsprinzipien des Bobath- Konzeptes sind die Erarbeitung eines angepassten Muskeltonus, die Anbahnung physiologischer Bewegungsabläufe und die Verbesserung der Körper-Wahrnehmung. (1)</p> <p>Nach dem Konzept der basalen Stimulation geschieht Pflege als wechselseitiger Lernprozess. Pflegende bieten dem Patienten Tätigkeiten an (z.B. eine Umlagerung) und warten nach dem ersten Impuls Reaktionen des Patienten ab. Diese Reaktionen werden im weiteren Handeln berücksichtigt und leiten nach Möglichkeit die Pflegenden in der Aktivität an. Dies erfordert von den Pflegenden die Bereitschaft, den Patienten innerhalb seiner reduzierten Möglichkeiten kennenzulernen ebenso wie Flexibilität und ein erhöhtes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten, um auf die Äusserungen des Patienten eingehen und die Aktivität kommunikativ gestalten zu können. Der Patient bestimmt dadurch die Pflege mit. Er erhält den Eindruck, dass er respektiert und interessiert beachtet wird, er lernt zu vertrauen und erfährt seine eigene Wirksamkeit und Selbstbestimmung. (2)</p> <p>Das Pflegemodell der "Speziellen validierenden Pflege" ist ein wichtiges Instrument, einen hochbetagten Menschen individuell zu fördern, zu begleiten und zu pflegen. Wesentlicher Bestandteil des Modells ist nicht nur das validierende Gespräch allein, sondern die systematische Erstellung eines Bedürfnismodells durch Ermittlung von Bedürfnissen und Gewohnheiten des betagten Menschen unter Anwendung validierender Techniken. Spezielle validierende Pflege ist ein wesentlicher Aspekt bei der systematischen Gestaltung des Pflegeprozesses und orientiert sich an fachlichen Kriterien und an den individuellen Bedürfnissen geriatrischer Patienten. Es ist das Ziel, mit Hilfe sorgfältiger persönlicher Anamnese und individueller Pflegeplanung sowie durch kontinuierliche Beobachtung und Begleitung des gesamten Pflegeprozesses vorhandene Kompetenzanteile des geriatrischen Patienten zu erhalten und zu stärken. (3)</p> <p>Aus einer kinästhetischen Perspektive bedeutet Mobilisation „in Bewegung bringen“. Jeder Austausch zwischen Pflegenden und Patienten kann als Mobilisation verstanden werden. Kinästhetik-Programme vermitteln den Pflegenden Fähigkeiten, Patienten zu unterstützen, möglichst viel Selbstkontrolle über Bewegung zu erhalten oder zu entwickeln. Mit den kinästhetischen Ideen erarbeiten Pflegende gemeinsam mit den Patienten Grundlagen für die Durchführung von</p>

		<p>Fortbewegungsprozessen und anderen alltäglichen Aktivitäten, als Mittel zu ihrer Rekonvaleszenz und weiteren Gesundheitsentwicklung. Kinästhetik in der Pflege deckt damit zwei Bedürfnisse der Pflege gleichzeitig. Sie reduziert die Verletzungsgefahr beim Heben und Tragen von Patienten und erhöht die Kompetenz und Produktivität im Beruf durch Verbesserung der praktischen Pflegefähigkeiten.(4)</p> <p>Therapeutische Pflege nach Pflegekonzept wird unter Leitung und Supervision von Fachpflegekräften erbracht.</p>
4	Begründung	Therapeutische Pflege nach Pflegekonzept ist Bestandteil von Weiterbildungen zur Fachpflegekraft. Es werden theoretische Grundlagen und Praxiswissen vermittelt. Therapeutische Pflege ist für die Frührehabilitation am Krankenhaus unverzichtbar und stellt einen zur Grund- und Behandlungspflege zusätzlichen personellen Aufwand dar. Therapeutische Pflegekonzepte verfolgen einen 24-Stunden-Ansatz und stellen damit eine wesentliche Grundlage für die effektive und effiziente Frührehabilitation am Krankenhaus dar. Der entstehende prozedurale Mehraufwand muss daher auch außerhalb von komplexen Prozeduren abgebildet werden können.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	Fachkliniken mit Frührehabilitation einschließlich geriatrischer Frührehabilitation
9	Häufigkeit	Alle führenden Fachkliniken und Fachabteilungen für Geriatrie
10	Kosten	Personal; Qualifikation
11	Sonstiges	Lit.: folgt (b. Bed.)

Vorschlag 12:

8-93	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	Redaktionell
------	--	--------------

1	Hinweise	Inkl.: Auswertung und klinische Beurteilung Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro Episode (definiert durch Beginn und Ende des kontinuierlichen EKG-Monitorings) und nur für intensivmedizinisch überwachte Patienten anzugeben. Die nachfolgenden Kodes umfassen das kontinuierliche EKG-Monitoring, das Monitoring des Blutdruckes, die Messung von Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie die Bilanzierung
2	Art der Änderung	Redaktionell (Hinweise)
3	Beschreibung	Bedside-Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf bei geriatrischen Patienten mittels mobilem Equipment beinhaltet alle Merkmale der angegebenen Prozedur (EKG-Monitoring, Monitoring von Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und sonstigen Vitalparametern sowie Bilanzierung) und ersetzt bzw. vermeidet vielfach einen intensivstationären Aufenthalt außerhalb der Geriatrie. Beginn und Ende des EKG-Monitorings definieren dabei eindeutig den intensivmedizinischen Charakter der Prozedur, die auch im Wiederholungsfall einen deutlichen Mehraufwand darstellt. Insofern sind die Hinweise so zu formulieren, dass eine Mehrfachkodierung und eine Kodierung auch außerhalb von Intensivstationen zweifelsfrei möglich wird.
4	Begründung	Diese in der Geriatrie häufige Form der akutmedizinischen Überwachung unterbricht zwangsläufig die aktive Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen und kennzeichnet damit als ein weiterer wichtiger Marker den <u>früh</u> rehabilitativen Charakter der geriatrischen Krankenhausbehandlung.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	ubiquitär
9	Häufigkeit	ca. 20% der geriatrischen Patienten (einschl. Monitoring der Nierenfunktion mit Bilanzierung, vgl. 1-320)
10	Kosten	Personal, Pflege, Equipment, Labor, Sauerstoff, Verbrauchsmaterial
11	Sonstiges	

Vorschlag 13:

1-320	Monitoring der Nierenfunktion mit Bilanzierung	Inhaltlich
1	Hinweise	Exkl.: Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf (8-93) Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist nur einmal pro Episode (Beginn und Ende der Bilanzierung) anzugeben. Die Prozedur umfasst die Katheterisierung, die Ein-/Ausfuhrkontrolle mit Bilanzierung, Kontrolle des Körpergewichts und kurzfristig wiederholte Messungen von Nierenretentionswerten und Elektrolyten sowie des Blutbilds über mindestens 48 Stunden
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	Die Prozedur umfasst die Katheterisierung, die Ein-/Ausfuhrkontrolle mit Bilanzierung, Kontrolle des Körpergewichts und kurzfristig wiederholte Messungen von Nierenretentionswerten und Elektrolyten sowie des Blutbilds über mindestens 48 Stunden.
4	Begründung	Dehydratation mit beginnendem prärenalen Nierenversagen und Rehydrierungstherapie unter engmaschiger Kontrolle der Retentionswerte und Elektrolyte sowie des Körpergewichts stellt eine sehr häufige Komplikation bei geriatrischen Patienten dar. Dabei geht nicht jede Exsikkose mit einem entsprechenden Interventionsbedarf einher und nicht jeder Interventionsbedarf mit einem Nierenversagen. Eine alleinige Abbildung über die Diagnosekodierung ist deshalb nicht möglich. Zudem unterbricht diese in der Geriatrie häufige Form der akutmedizinischen Überwachung zumeist die therapeutischen Maßnahmen und kennzeichnet damit als ein wichtiger Marker den <u>früh</u> rehabilitativen Charakter der geriatrischen Krankenhausbehandlung. Gleichzeitig stellt die Rehydrierung mit Bilanzierung unter Monitoring der Nierenfunktion gerade bei älteren Patienten aufgrund der vorbestehenden altersphysiologischen Veränderungen der renalen Funktion und des Wasser- und Elektrolythaushalts eine besondere Herausforderung und einen besonderen Aufwand (zumeist prolongierte Überwachung und engmaschige Laborkontrollen) dar.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 4
8	Verbreitung	ubiquitär, alle Fachkliniken und Fachabteilungen für Geriatrie
9	Häufigkeit	ca. 20% der geriatrischen Patienten (einschl. Monitoring von Herz, Kreislauf und Atmung, vgl. 8-93)
10	Kosten	Kathetersets, Pflege, Personal, Labor
11	Sonstiges	

Vorschlag 14:

9-401	Psychosoziale Maßnahmen	Inhaltlich
	9-401.0 Angehörigengespräche und –beratung, aufwändige Entlassungsplanung und –vorbereitung mit psychosozialen Management	
	9-401.1 Sozialrechtliche Beratung, aufwändige Nachsorgeorganisation	
	9-401.2 Einleitung eines Betreuungs- oder Begutachtungsverfahrens <i>Inkl.:</i> Einleitung eines Eilbetreuungs- oder Eilbegutachtungsverfahrens	

1	Hinweise	
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	<p>Psychosoziale Maßnahmen nehmen einen breiten Raum in der Geriatrie ein, deshalb gehören die Mitarbeiter des Sozialdienstes auch unmittelbar den stationsbezogenen multiprofessionellen Teams der Geriatrie an. Die Aufgaben des Sozialdienstes sind vielfältig und in der klinischen Geriatrie unverzichtbar. Hierzu gehört insbesondere die Aktivierung des psychosozialen Umfelds im Rahmen einer frühzeitig beginnenden Entlassungsplanung. Aufgrund des Alters, der Multimorbidität und des oft nicht umfangreichen sozialen Netzwerks muss der Sozialdienst für geriatrische Patienten vielfältige Aufgaben übernehmen bzw. einleiten. Zu den besonders zeitaufwändigen gehört die Einleitung und ggf. Begleitung von Betreuungs- und Begutachtungsverfahren, insbesondere wenn aus medizinischen Gründen Eile geboten ist, sowie die eingehende sozialrechtliche Beratung der Patienten oder Angehörigen (Schwerbehinderung, Heimplatzsuche, Wohnraumanpassung und andere Leistungen der Pflegeversicherung etc.). Zusammenfassend sind die wichtigsten Aufgaben des Sozialdienstes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten- und Angehörigenberatung - Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen - Entlassungsvorbereitung - Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen - Heimberatung und Vermittlung - Beratung über Sozialhilfeleistungen - Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems - Einleitung von Betreuungs- oder Begutachtungsverfahren - Kostenregelungen
4	Begründung	vgl. 3; die psychosozialen Maßnahmen stellen einen ebenso zentralen Leistungsbereich einer geriatrischen Abteilung bzw. Klinik dar, wie die organmedizinischen, therapeutischen, diagnostischen und pflegerischen Maßnahmen
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	Alle geriatrischen Fachkrankenhäuser und –abteilungen
9	Häufigkeit	80-100% der geriatrischen Patienten
10	Kosten	Personal (Schlüssel: 1:40 bis 1:50)
11	Sonstiges	

Vorschlag 15:

9-50	Patienten- und Angehörigenschulung	Inhaltlich
9-500	Schulung im Umgang mit Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen <i>Inkl.:</i> Schulung im Umgang mit einer PEG-Sonde	
9-501	Schulung im Umgang mit kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen	
9-502	Schulung im Umgang mit Ektoprothesen	
9-503	Schulung im Umgang mit besonderen Mobilitätshilfen (Elektrollstuhl)	
9-504	Schulung im Umgang mit besonderen sanitären Hilfsmitteln (Badelifter)	
9-505	Schulung bei Inkontinenz <i>Inkl.:</i> Beckenbodentraining, Schulung im Umgang mit Inkontinenzartikeln, Anfertigung eines Miktionsprotokolls	
9-506	Indikationsspezifische ernährungsmedizinische Schulung (Diätberatung) <i>Inkl.:</i> Schulung bei Diabetes mellitus	

1	Hinweise	
2	Art der Änderung	Inhaltlich
3	Beschreibung	Patienten- und Angehörigenschulungen nehmen einen ebenfalls breiten Raum in der Geriatrie ein und involvieren alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams der Geriatrie. Die Aufgaben sind vielfältig und ganz überwiegend in der klinischen Geriatrie unverzichtbar. Hierzu gehören insbesondere professionelle und strukturierte Schulungen bei gravierenden alltagsrelevanten Fähigkeitsstörungen der Kommunikation (z.B. bei Aphasie infolge Schlaganfall), der Kognition (z.B. bei beginnender Demenz), des Affekts (z.B. bei schwerer Depression), der Mobilität (z.B. bei Versorgung mit einer Ektoprothese nach Amputation oder bei Versorgung mit einem Elektrollstuhl), und der Selbstpflege (z.B. Umgang mit Inkontinenz und besonderen sanitären Hilfsmitteln).
4	Begründung	Ohne eine entsprechende Schulung geriatrischer Patienten und/oder ihrer Angehörigen sind vielfach die eingeleiteten oder durchgeführten Maßnahmen einschließlich Verordnung und Anpassung von Hilfsmitteln nicht wirksam. Nicht oder unzureichend geschulte Patienten können durch eine unkritische Verordnung von Hilfsmitteln sogar eine zusätzliche und zunehmende Hilfsbedürftigkeit erleiden. Deshalb benötigen gerade geriatrische Patienten eine fach- und sachgerechte Hilfsmittelversorgung (Beratung, Anpassung und Schulung bzw. Training) statt einer reinen Verordnung. Bei bestimmten Fähigkeitsstörungen (vgl. 3) wäre eine geriatrische Frührehabilitation ohne Einbeziehung und Schulung von Angehörigen sinn- und zwecklos. Der Zusatzaufwand ergibt sich nicht aus dem kodierten Diagnoseprofil und muss daher prozedural abgebildet werden können.
5	Entgeltsystem	Weiterentwicklung
6	Externe QS	Nein
7	Relevanz	vgl. 3 und 4
8	Verbreitung	Alle geriatrischen Fachabteilungen und Fachkliniken
9	Häufigkeit	60-80% der geriatrischen Patienten
10	Kosten	Personal, Probehilfsmittel und Proberäume (Schulungsgerät, Schulungsbad, Schulungsküche etc.), Verbrauchsmaterial
11	Sonstiges	

Anlagen

Anlage 1: Arten und Definitionen des "Care Type" in Australien (AR-DRGs v4.1)

Anlage 2: Auszug aus den klinischen Profilen der "Australian Hospital Morbidity Data, AR-DRG v4.1, DRG clinical profiles for all AR-DRGs (v4.1), public hospitals, Australia, 1999-00" (häufigste DRGs in der Geriatrie)

Anlage 3: Häufigkeiten von "Allied Health" Prozeduren vs. Häufigkeit der "Statistical Discharge" für alle AR-DRGs (v4.1, 1999-00) der medizinischen Partition

Anlage 4: entfällt

Anlage 5: Häufigkeiten von "Allied Health" Prozeduren vs. Anteil 70jähriger und älterer Patienten für alle AR-DRGs (v4.1, 1999-00) der medizinischen Partition

Anlage 6: Anteil 70jähriger und älterer Patienten vs. Häufigkeit der "Statistical Discharge" für alle AR-DRGs (v4.1, 1999-00) der medizinischen Partition

Anlage 7: folgt

Anlage 8: Abgrenzungskriterien der Geriatrie, Gemeinsame Arbeitsgruppe der BAG, DGGG und DGG, 15.01.2003, Essen (Download: http://www.dggg.uni-erlangen.de/document/Abgrenzungskriterien_050203s.pdf)

Anlage 9: Report on the Development of Allied Health Indicators for Intervention (IFI) and Performance Indicators (PI), The National Allied Health Casemix Committee (NAHCC), RMIT University, The Commonwealth of Australia 2000 (Download: <http://www.bf.rmit.edu.au/nahcc/ipindicators.htm>)

Anlage 10: Geriatrie Einrichtungen in Deutschland – BMA-Broschüre (Download: <http://www.bma.de/download/broschueren/a275.pdf>)