

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	(1) Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE) (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
Name *	(1) Dr. med. Dieter Lüttje (2) Prof. Dr. med. Cornel Sieber (3) Dr. med. Ann-Kathrin Meyer
Vorname *	s.o.
Titel	s.o.
Straße	(1) Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin (2) Kampstr 7, 30629 Hannover (3) Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
PLZ	s.o.
Ort	s.o.
eMail-Adresse *	(1) geschaeftsstelle@bag-geriatrie.de (2) info@gerikomm.de (3) gs@dggg-online.de
Telefon *	(1) 030 / 4594 – 1506 (2) 0511 / 58 15 84 (3) 030 / 284499-24
Telefax	(1) 030 / 4594 – 2029 (2) 0511 / 58 32 84 (3) 030 / 284499-34

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	Nemitz
Vorname	Gerhard
Titel	Dr. med.
Straße	Gliesmaroder Str. 29
PLZ	38106
Ort	Braunschweig
eMail-Adresse	g.nemitz@klinikum-braunschweig.de
Telefon	0531 / 595-4722 + anpiepen
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Geriatric

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
 für Gesundheit
 und Soziale Sicherung

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

Ja
Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG),
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
 Nein
Status der Abstimmung:
 Begonnen
 Abgeschlossen

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

Ja
Name der Fachgesellschaft:
 Nein

6. Art der Änderung *

Redaktionell
z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur
 Inhaltlich
z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

Der Vorschlag umfasst ein diagnostisches und therapeutisches Programm, das überwiegend geriatrische Patienten mit Sturzsyndrom erhalten. Es eröffnet die Möglichkeit, den Aufwand für Abklärung und Intervention bei Patienten, die an einem multifaktoriellen Sturzsyndrom leiden, zu beschreiben (s. Abschnitt 9). Der Vorschlag geht davon aus, dass sich diese Patienten von anderen, bei denen nur Sturzfolgen ohne geriatrisches Setting und ohne Sturzursachenabklärung deutlich unterscheiden. Dem Code liegt die Abklärung des posturalen Systems zugrunde, die aus Komponenten verschiedener klinischer und Funktionsuntersuchungen in den Bereichen Visus, Kraft, Motorik, Sensibilität, Gelenkstatus, Gleichgewicht, Vestibularapparat, Herz-Kreislaufsystem sowie Umfeldfaktoren besteht.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

1-772 Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation

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

(Rezidivierende) Stürze stellen – vor allem in der Geriatrie - sehr häufige Behandlungsanlässe oder auch Ereignisse im Behandlungsverlauf i.S. von Komplikationen dar, insbesondere wenn sie wiederholt auftreten und/oder zu Verletzungen führen bzw. hierzu in der unmittelbaren Vorgeschichte geführt haben. Ein kürzlich aufgetretener Sturz ist der wichtigste einzelne Risikofaktor für einen Folgesturz. Stürze stellen damit ein eigenständiges medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Problem dar, das den Behandler zu gezielten diagnostischen, präventiven und interventionellen Maßnahmen veranlassen muss. Diese Maßnahmen sind in der Geriatrie seit langem klinisch implementiert und werden zunehmend standardisiert [siehe Anhang "Stellenwert des Themengebietes "Stürze" in der Geriatrie"].

Die Dokumentation dieser Maßnahmen und Erfassung über Codes als Voraussetzung für qualitätssichernde und kalkulatorische Maßnahmen war bislang nicht möglich: zum einen, weil weder im ICD- noch im OPS-System ein geeigneter eindeutiger Markerkode für die Sturzpatienten überhaupt zur Verfügung stand, zum anderen, weil die Erfassung von Sturzpatienten an sich noch nichts über die tatsächliche Durchführung diagnostischer und interventioneller Maßnahmen aussagt.

Der Aufwand einer umfassenden Sturzrisikofaktoren- und -ursachenabklärung sowie der primären und sekundären Sturzprävention ist erheblich. Die Evaluation der Sturfaktoren beinhaltet neben apparativen Verfahren einen hohen Anteil personal- und zeitintensiver klinischer Untersuchungsverfahren (differenzierte Abklärung von Visus, Gleichgewicht, knöcherner und neuromuskulärer Bewegungsapparat, Neurostatus Kognition, Herz-Kreislaufstatus, jeweils mit Funktionstests, vertiefende Eigen- und Fremdanamnese, Medikamentenanamnese, Analyse der Wohnsituation und des sozialen Umfeldes), die im OPS-System im einzelnen (sinnvollerweise) nicht abgebildet sind, in der Summe aber einen relevanten Kostenfaktor darstellen.

Es wird Aufgabe der Geriatrie sein, den Aufwand hinter einem solchen Code für Kalkulationszwecke durch Definitionen zu hinterlegen. Der diesjährige Antrag soll dafür die grundsätzlichen Voraussetzungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass ein deutlicher Unterschied zu Pat. besteht, bei denen nur Frakturfolgen behandelt werden ohne dass eine wesentliche Ursachenabklärung erfolgt.

Die Verfahren der /des Sturzrisikoassessments und der daraus folgenden Interventionen sind zwar Teil des geriatrischer Behandlungsprozesses, münden aber nicht zwangsläufig in die Prozedur der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung. Zum einen, weil es sich um primär diagnostische (relativ kurze) Aufenthalte handeln kann (z.B. bei rezidivierenden Minor - Stürzen ohne Fraktur), zum anderen, wenn beispielsweise bei fehlender kognitiver Einschränkung u.U. nicht alle Therapeutengruppen des geriatrischen Teams in die Therapie involviert sind, sondern sich eine hohe Therapedichte in Teilbereichen wiederfindet (Konzepte der Mobility Clinic).

Der Vorschlag ist aus o.a. Gründen sowohl in Kombination mit einem ICD-Markercode für Stürze sinnvoll (ein entsprechender ICD-Vorschlag wird ebenfalls eingebracht), als auch und dann umso mehr, wenn dieser aus Gründen der ICD-Logik scheitern sollte, da der OPS-Code zusätzlich zur o.a. Abbildung des Aufwandes dann den Marker für die Gruppe der Sturzpatienten an sich darstellen würde. Diese würden sich sonst in einer Vielzahl von Einzelcodes verlieren und als Gruppe von sonstigen verunfallten Patienten nicht zu unterscheiden sein.

Anhang: Stellenwert des Themengebietes Stürze in der Geriatrie

Die Veranlassung einer fachspezifischen geriatrischen Diagnostik einschließlich Assessment und Therapie im Krankenhaus erfolgt relativ häufig aufgrund von "rezidivierenden Stürzen". Es gibt kaum ein Lehrbuch der Geriatrie, das ohne ein eigenes Kapitel zu Instabilität und Stürzen bei geriatrischen Patienten auskäme. Für den ambulanten Bereich hat die DEGAM 2004 die Leitlinie „Ältere Sturzpatienten“ veröffentlicht, im Bereich der Pflege hat das DNQP 2005 den „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ veröffentlicht, seit 2003 läuft das EU-Projekt „Prevention of Falls Network Europe (ProFaNE)“ und seit 2004 stellen sich 23 geriatrische Einrichtungen einem Benchmarking zur Sturzhäufigkeit im Projekt „GEMIDAS-QM“. Mit diesen Bemühungen insgesamt wird hierzulande durchaus aufgeschlossen zu dem, was international vielfach bereits seit einigen Jahren Standard ist (vgl. z.B. „Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons“, gemeinsame Leitlinie der American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, und American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention von 2001 oder die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Management und Prävention von Stürzen im Rahmen des ACOVE-Projekts von Rubenstein et al., 2001).

Es ist daher unerlässlich, dass das medizinisch, pflegerisch und therapeutisch eigenständige Problem „Stürze“ schlüssig und vollständig dokumentiert werden kann und damit unter anderem für klinische, epidemiologische, qualitätsvergleichende, ökonomische, gesundheitspolitische und andere Fragestellungen auch ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand zugänglich wird.

Literatur:

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)(2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. <http://www.dnqp.de/#Ver%F6ffentlichungen>:
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)(Hrsg.)(2004): DEGAM-Leitlinie Nr. 4: „Ältere Sturzpatienten“. Omikron publishing. (http://www.degam.de/leitlinien/leit04_sturz.htm)
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2001 May;49(5):664-72.
- Rubenstein LZ, Powers CM, MacLean CH. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. Ann Intern Med. 2001 Oct 16;135(8 Pt 2):686-93

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

Ja

Begründung:s.o.

Nein

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

Ja

Begründung:s.o.

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

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

Komponenten bundesweit in der Geriatrie, Evaluationsverfahren in derzeit 23 Kliniken

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

Ein orientierender Kostenvergleich auf der Grundlage von Daten des Datenjahrs 2004, die in die Kalkulation beim InEK eingebracht wurden, zeigt, dass insbesondere Fälle ohne OPS 8-550.- und Fälle mit OPS 8-550.2 sich im Hinblick auf das Unterscheidungsmerkmal Stürze (mit und ohne Stürze im Behandlungsverlauf und Hinzuziehung der Zusatzdokumentation des Projekts Gemidas-QM) mit Mehrkosten zwischen 1.500 € und 1.800 € deutlich von den Behandlungskosten bei Patienten ohne Stürze unterscheiden. Dieser Mehraufwand lässt sich in den beiden betroffenen Fallgruppen mit den derzeitigen Kodiermöglichkeiten nicht verursachungsgerecht abbilden. Hinzu kommt, dass die Kostenvarianz in den Patientengruppen mit Stürzen deutlich größer ist im Vergleich zu den Patienten ohne Stürze. Beides lässt erwarten, dass eine vollständige Identifizierung und Berücksichtigung des Sturzsyndroms zu einer Verbesserung der Kostenhomogenität von geriatrischen Fallgruppen beitragen wird.

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

--