

Vorschläge zur Änderung der Klassifikation (G-DRG- System)

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)
Kompetenzentrum DRG & 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

Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Sowohl die variierende Behandlungsdauer als auch die nach Bedarf und Indikation variierende Zusammensetzung und Intensität der Therapie sind im OPS 8-550 differenziert abgebildet. Diese Differenzierung wurde unter anderem wegen der damit verbundenen Kostenunterschiede in den OPS 8-550 eingeführt.

Bislang wird die unterschiedliche Therapiedauer und -intensität nicht im DRG-System reflektiert.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neues Splittkriterium:

OPS 8-550.- auf fünfstelliger Ebene (8-550.0 / 8-550.1 / 8-550.2).

Umsetzung:

Aufnahme des OPS-Kodes 8-550.0 als gruppierungsrelevante Prozedur, zugleich Splitt der DRG nach OPS 8-550.0 vs. 8-550.1 vs. 8-550.2. Im anliegenden Formblatt "DRG mittels einfachem Splitt ändern" wird - da das Schema nur einen einfachen Splitt zulässt - exemplarisch die Variante OPS 8-550.0/8-550.1 vs. OPS 8-550.2 dargestellt. Die Kalkulationsanalyse sollte jedoch ebenso die alternative Variante OPS 8-550.0 vs. OPS 8-550.1/8-550.2 sowie die vollständige dreiteilige Differenzierung OPS 8-550.0 vs. 8-550.1 vs. 8-550.2 als Splittkriterium überprüfen.

Begründung:

Eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und mindestens 10 Therapieeinheiten verbraucht weniger Ressourcen, als eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 14 Behandlungstagen und mindestens 20 Therapieeinheiten, die wiederum weniger Ressourcen verbraucht als eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 21 Behandlungstagen und mindestens 30 Therapieeinheiten.

Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

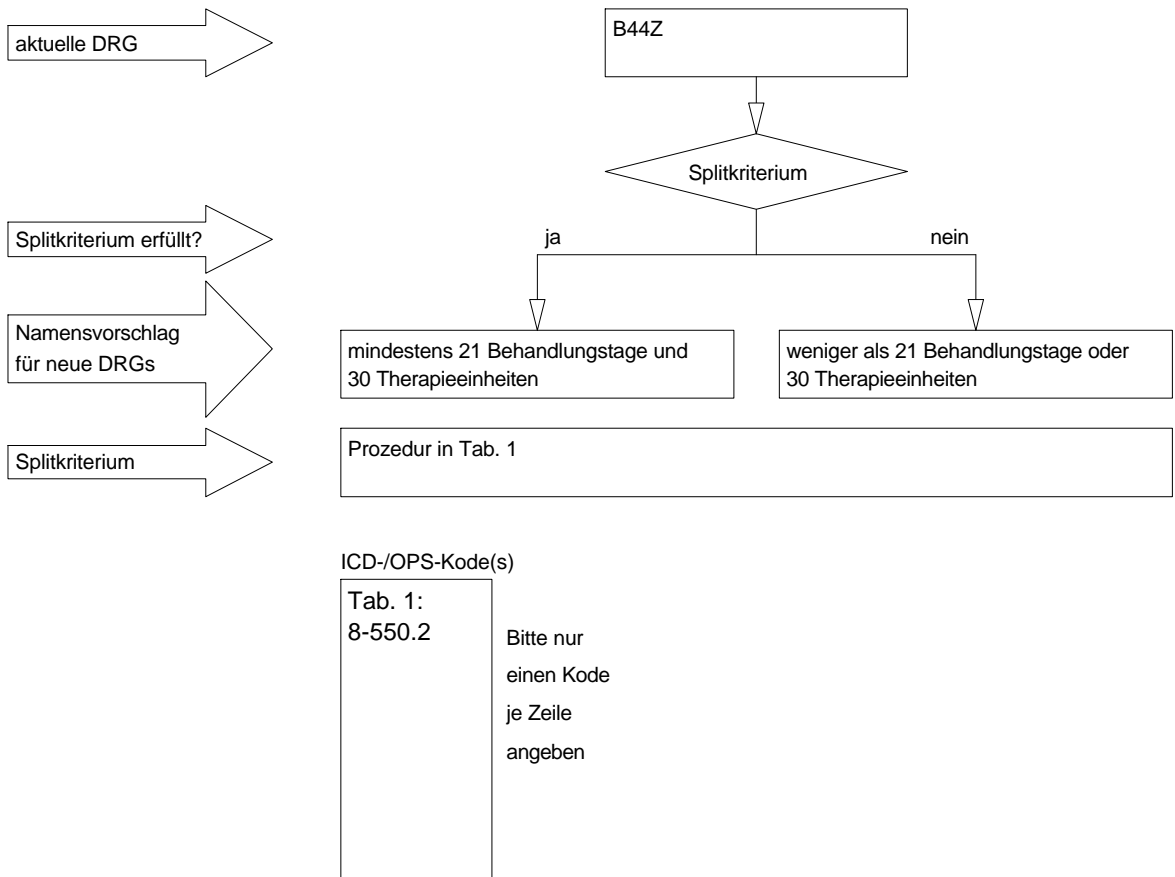
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

B44Z/TAB-B44-1

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

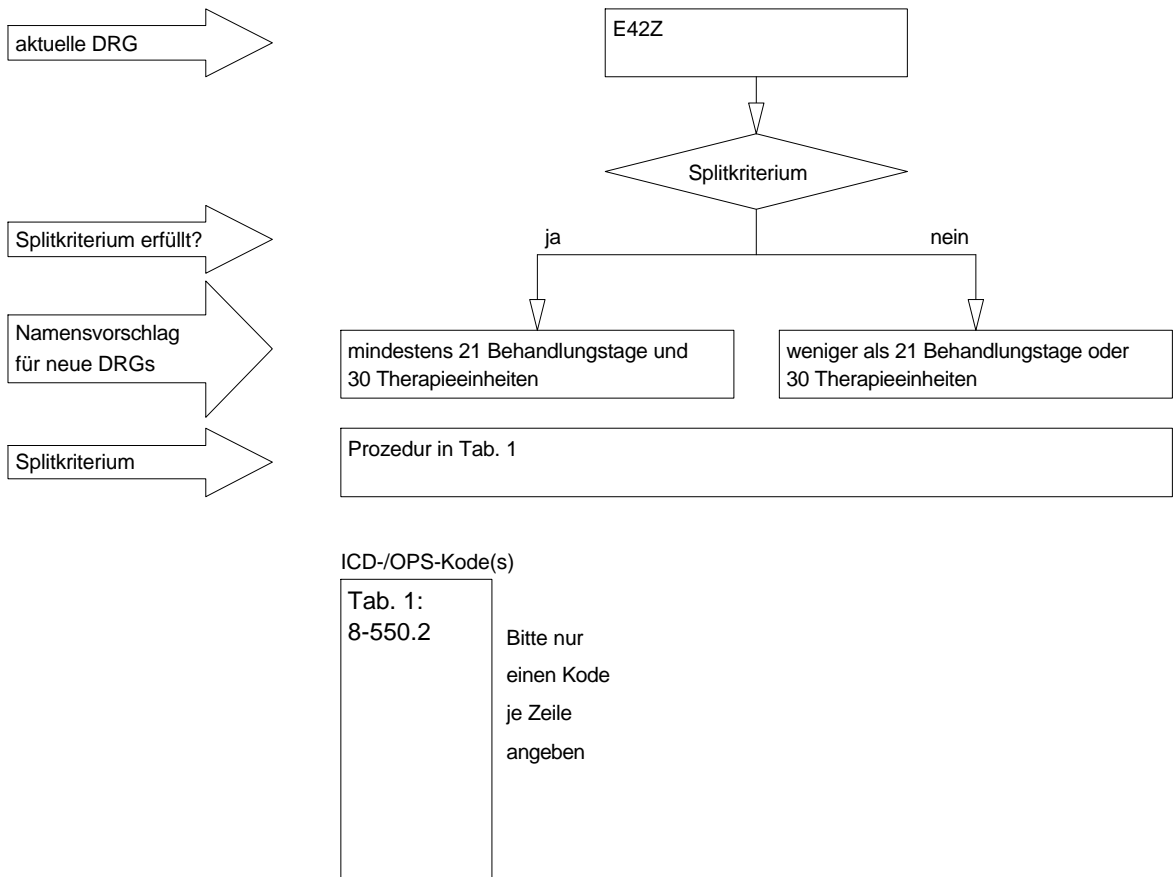
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

E42Z/TAB-E42-2

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

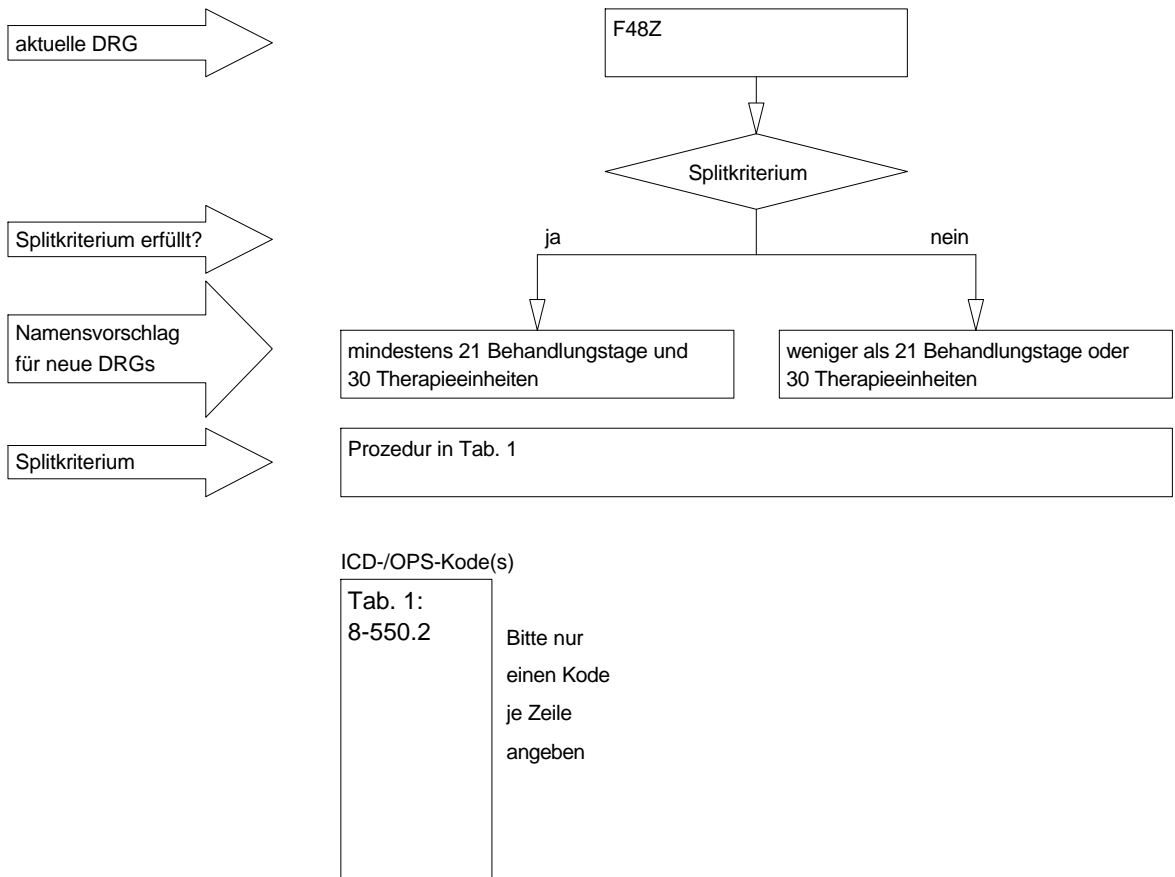
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

F48Z/TAB-F48-2

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

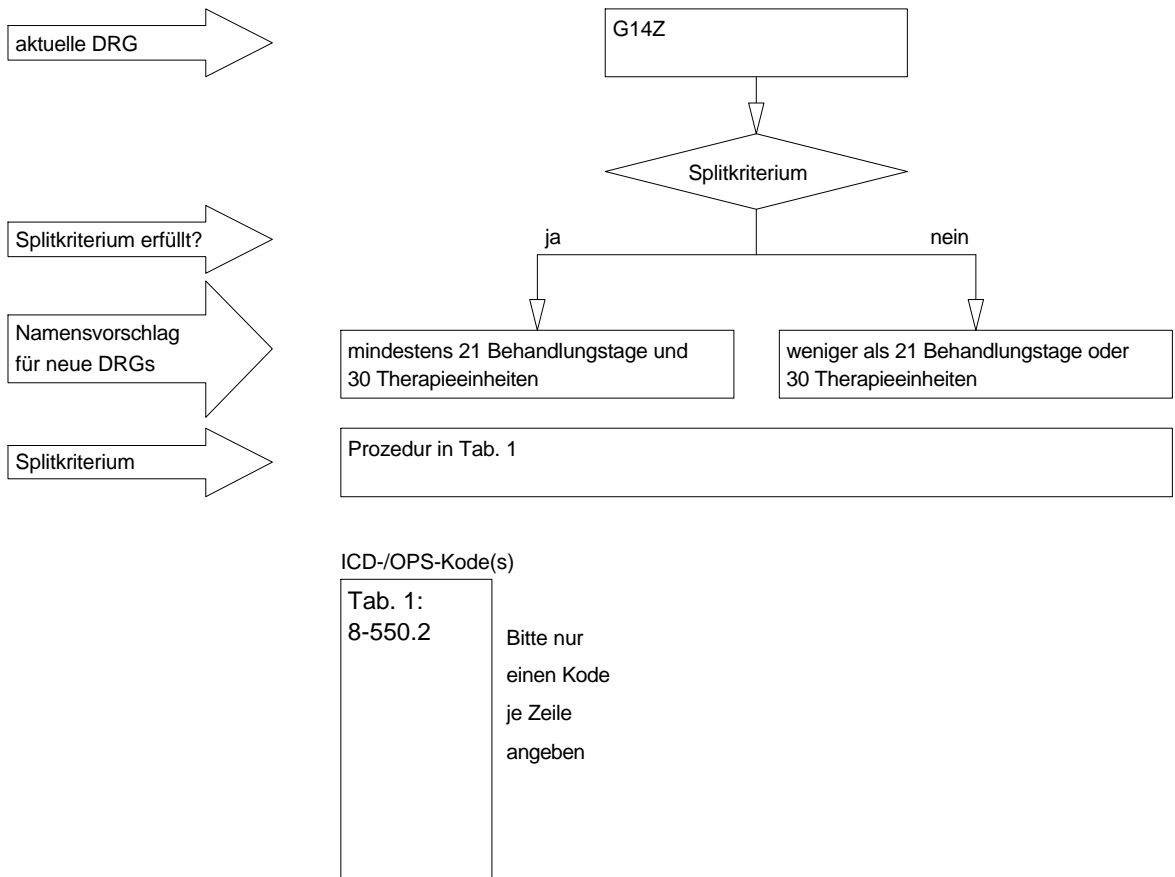
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

G14Z/TAB-G14-1

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

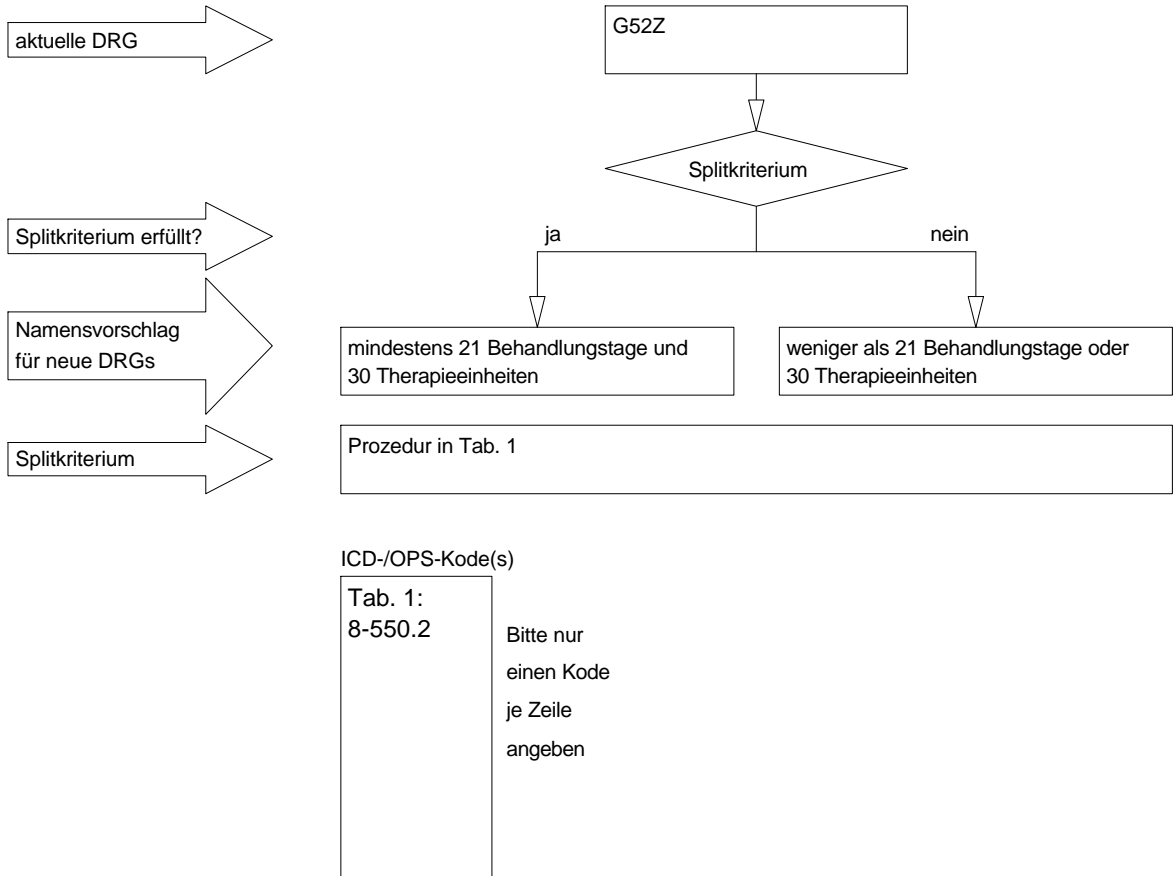
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

G52Z/TAB-G52-1

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

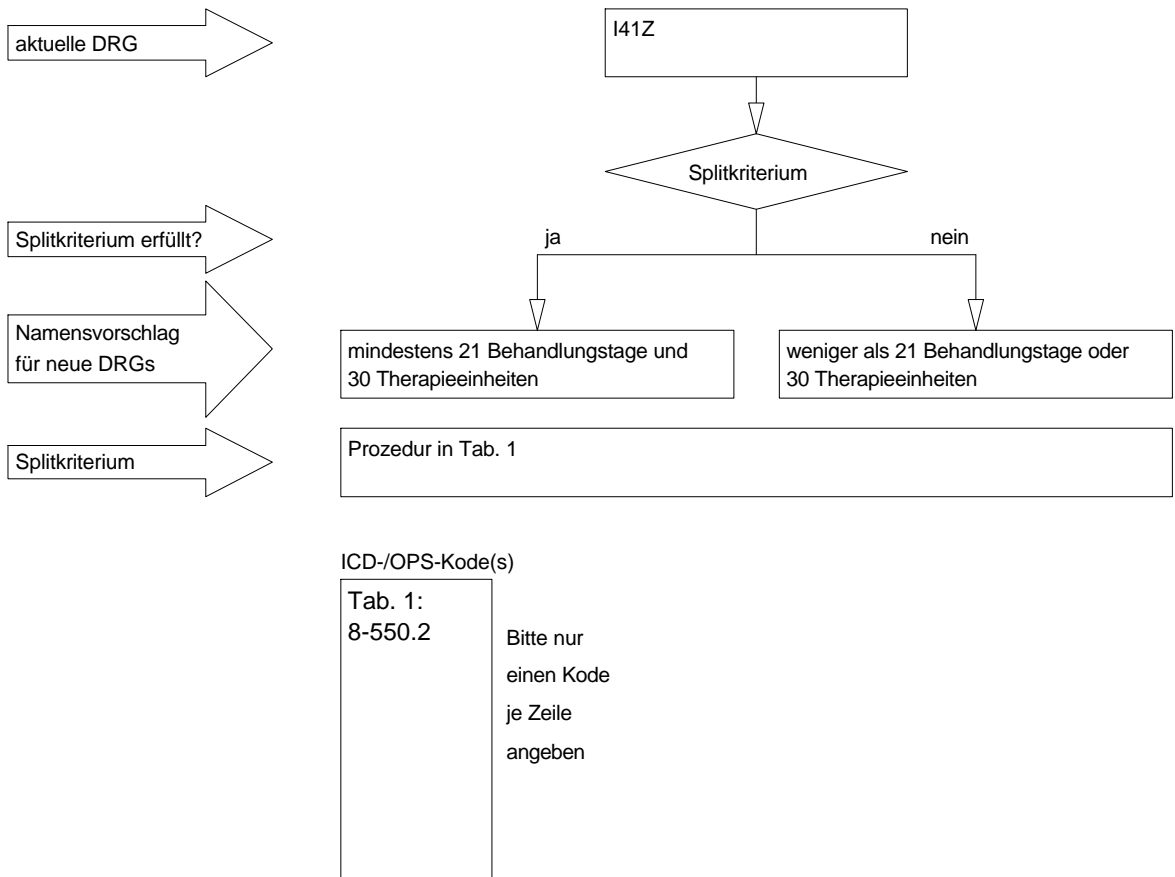
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

I41Z/TAB-I41-1

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

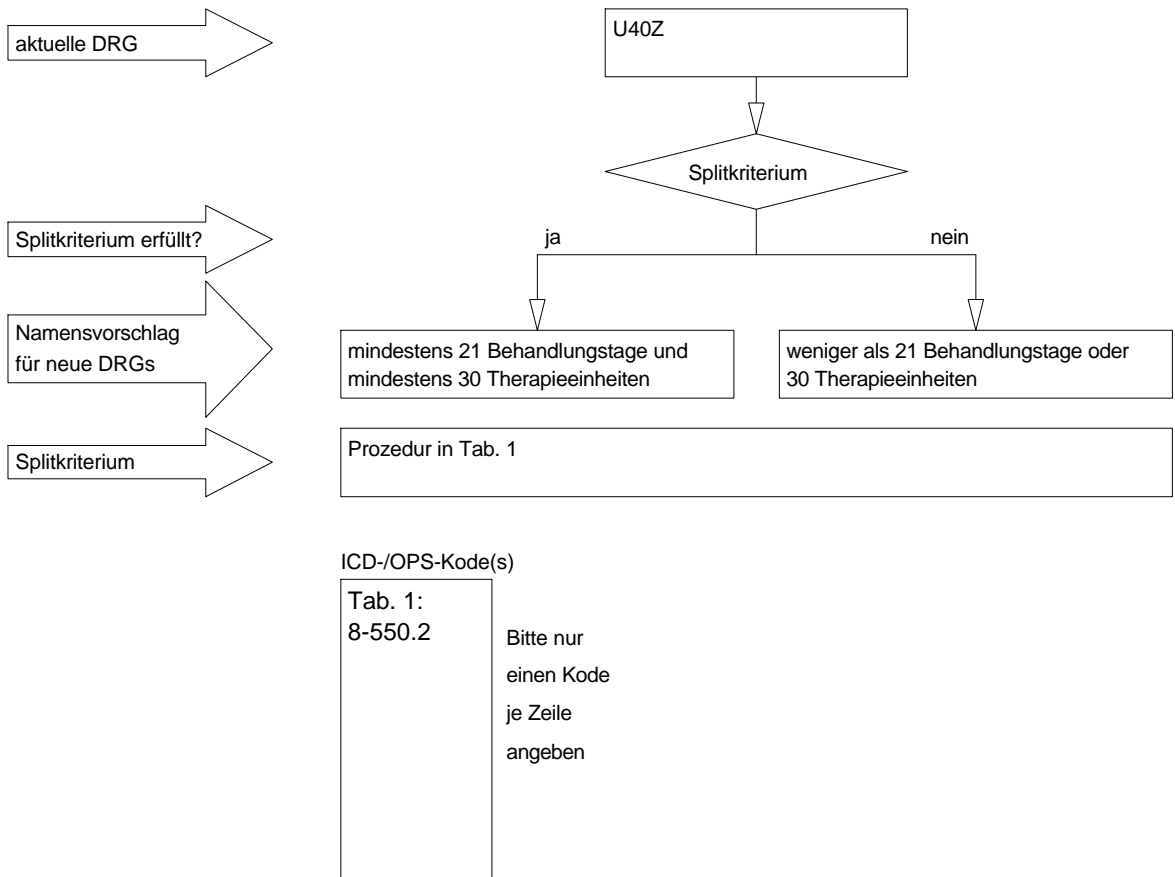
Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

U40Z/TAB-U40-1

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Sowohl die variierende Behandlungsdauer als auch die nach Bedarf und Indikation variierende Zusammensetzung und Intensität der Therapie sind im OPS 8-550 differenziert abgebildet. Diese Differenzierung wurde unter anderem wegen der damit verbundenen Kostenunterschiede in den OPS 8-550 eingeführt.

Bislang wird die unterschiedliche Therapiedauer und -intensität nicht im DRG-System reflektiert.

Die 2005 vorgenommene Abgrenzung der geriatrischen Komplexbehandlung von der Frührehabilitation hat mit Ausnahme nur der MDC 10 in allen MDC zu eigenständigen geriatrischen DRGs geführt. Die einzige davon ausgenommene Basis-DRG ist die K01.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neue Basis-DRG:

K02 - Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung

Begründung:

Die geriatrische Komplexbehandlung unterscheidet sich medizinisch und ökonomisch von der Frührehabilitation. In allen übrigen MDC wurde 2005 eine Homogenisierung erreicht durch die Differenzierung beider Behandlungsformen und Abbildung in jeweils eigenständigen DRGs. Gleiches sollte für die bisherige K01A versucht werden. Es wird in einem zweiten Schritt analog vorgeschlagen, für die neue Basis-DRG "K02" anschließend den OPS 8-550 auf fünfstelliger Ebene als Splittkriterium zu analysieren (s. nachstehend).

Neues Splittkriterium: OPS 8-550.- auf fünfstelliger Ebene (8-550.0 / 8-550.1 / 8-550.2).

Begründung:

Eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 7 Behandlungstagen und mindestens 10 Therapieeinheiten verbraucht weniger Ressourcen, als eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 14 Behandlungstagen und mindestens 20 Therapieeinheiten, die wiederum weniger Ressourcen verbraucht als eine geriatrische Komplexbehandlung mit mindestens 21 Behandlungstagen und mindestens 30 Therapieeinheiten.

Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (I)

I. Aufnahme von ICD-/OPS-Kodes

Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) neu in eine DRG aufgenommen werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.0

Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

DRG/Tabelle - neue Zuordnung

K01A/TAB-K01-3

Detailformblatt ICD-/OPS-Zuordnung ändern (II)

II. Verschieben von ICD-/OPS-Kodes

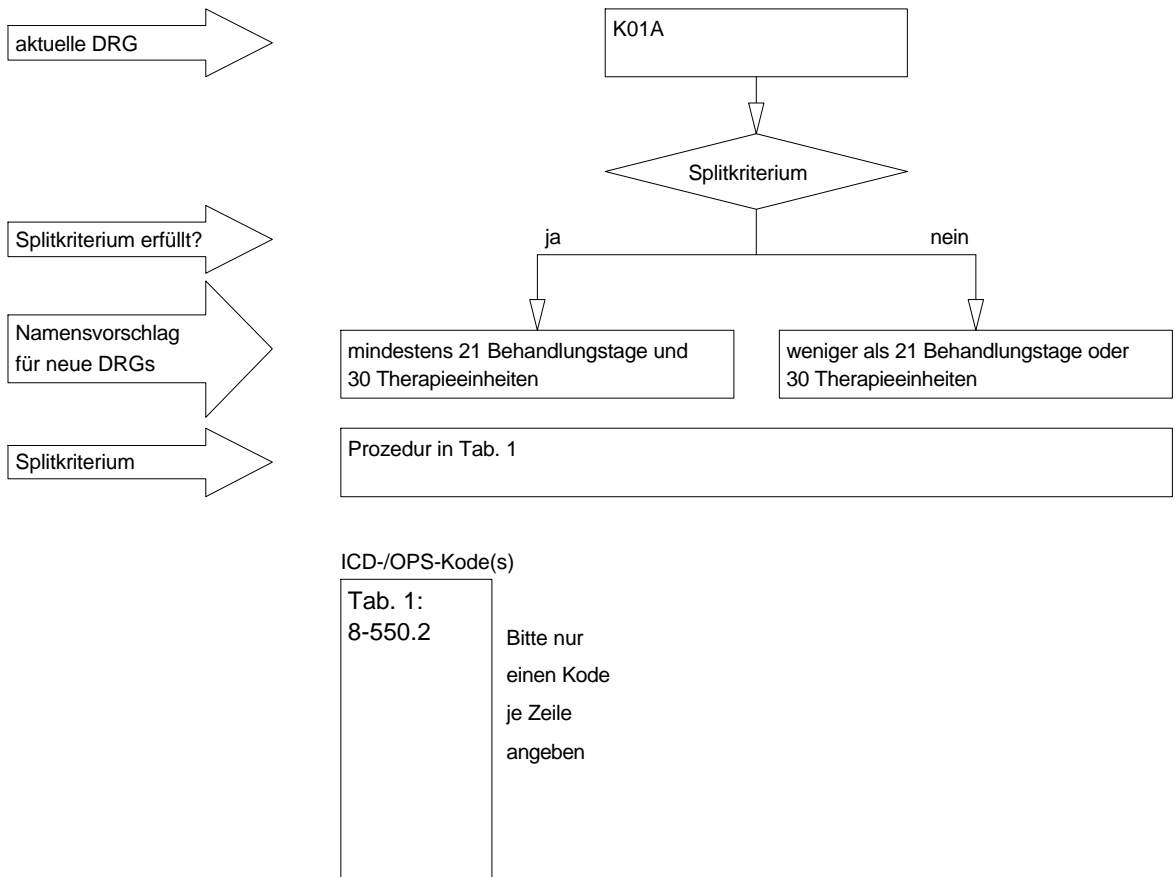
Benennen Sie hier bitte den (die) ICD-/OPS-Kode(s), der (die) von einer DRG in eine andere verschoben werden soll(en).

ICD-/OPS-Kode(s)

8-550.1 8-550.2	Bitte nur einen Kode je Zeile angeben	DRG/Tabelle - bisherige Zuordnung K01A/TAB-K01-3	DRG/Tabelle - neue Zuordnung K02/TAB-K02-1
--------------------	--	---	---

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird je nach funktionellem Status der behandelten Patienten in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Besonders relevante Merkmale des funktionellen Status sind dabei motorisch und kognitive Funktionseinschränkungen, die seit 2004 mit der ICD abgebildet werden können (U50.- und U51.-).

Mehrere Untersuchungen in Australien und den USA haben gezeigt, dass der Aufwand und die Kosten in Abhängigkeit vom funktionellen Aufnahmezustand variieren. Literatur: s. VV2005.

Bislang werden Unterschiede im funktionellen Status im DRG-System jedoch nicht reflektiert.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neues Splittkriterium:

U50.- auf vierstelliger Ebene. Aufgrund der erst 2004 in die ICD-10-GM neu eingeführten Kodierung können valide Aussagen zur ökonomisch sinnvollen Zusammenfassung der verfügbaren 6 Kategorien nicht getroffen werden. Aus klinischer Erfahrung kann jedoch der Kode U50.00 ausgenommen werden. Ggf. ist eine Ausgangsanalyse wie folgt sinnvoll: U50.10/U50.20 vs. U50.30/U50.40 vs. U50.50. Ggf. sind die Kategorien U50.20, U50.30 und U50.40 im Kalkulationsmodell einzeln zu prüfen.

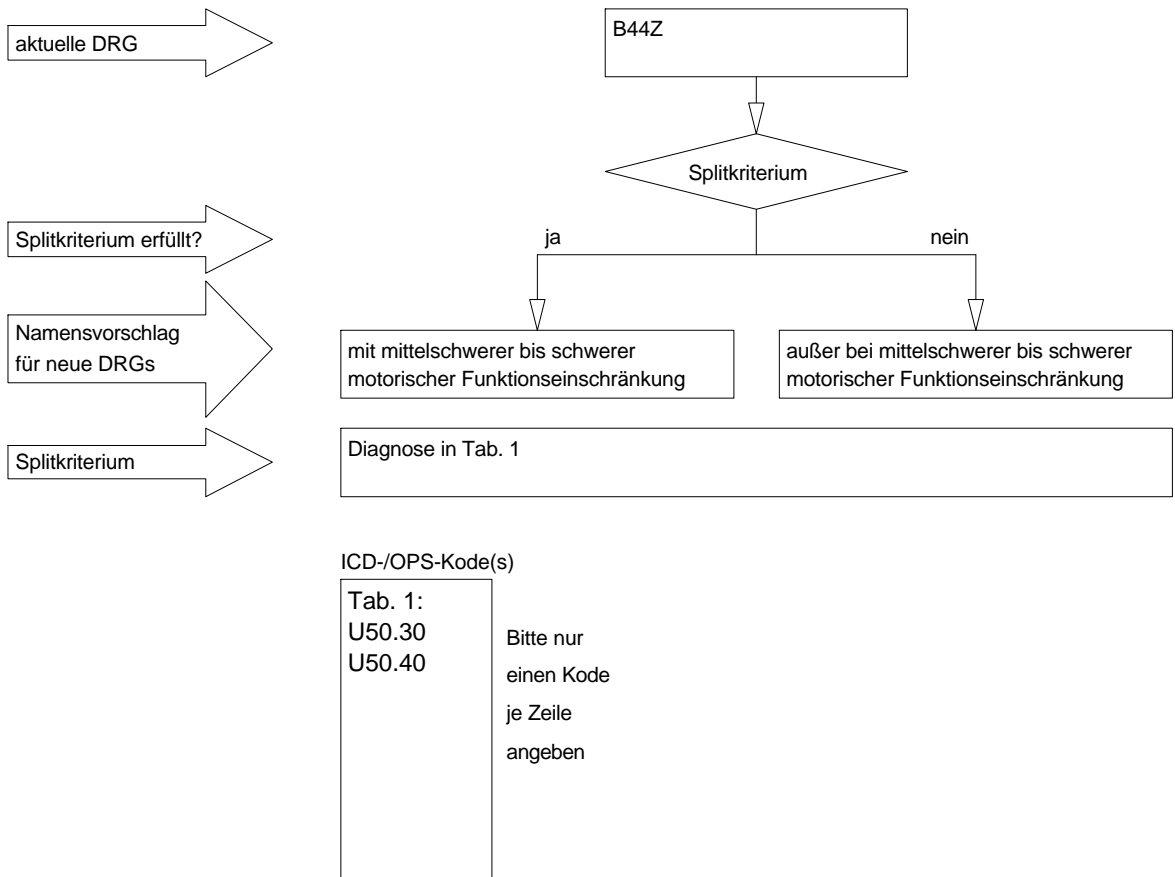
Begründung:

Je gravierender die Selbsthilfefähigkeit eines geriatrischen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt herabgesetzt ist, desto mehr Ressourcen müssen aufgewendet werden, um das Ziel "Entlassung in die eigene Häuslichkeit" zu erreichen. Ein streng linearer Zusammenhang zwischen den Kategorien des Barthel-Index als Maß der Selbsthilfefähigkeit bzw. des "motorischen Status" und den Kosten kann jedoch nicht ohne weiteres unterstellt werden, zumal nicht jede geriatrische Komplexbehandlung auf eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit abzielt. Geriatrische Patienten mit Frailty-Syndrom oder im terminalen Stadium einer Erkrankung weisen oft einen Barthel-Index von nur 0-15 Punkten auf, erhalten aber nur eine Therapie minima. Nach bisherigen klinischen Erfahrungen ist der Aufwand besonders hoch bei geriatrischen Patienten, die mit einem Barthel-Index von 20-35 bzw. von 40 bis 55 Punkten zur Aufnahme kommen.

Es kann nicht von vorneherein ausgeschlossen werden, dass zwischen dem motorischen Aufnahmestatus und den Behandlungskosten ein kurvilinearere Zusammenhang besteht in der Art, dass die mittleren Einschränkungsggrade U50.20 bis U50.40 mit höheren Behandlungskosten verbunden sind, als die Extrema U50.00 (kommt in der Geriatrie fast nicht vor) und U50.50 (darunter viele bettlägerige, chronisch schwerstbeeinträchtigte geriatrische Patienten ohne Behandlungspotenzial).

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern

aktuelle DRG →

Splitkriterium erfüllt? →

Namensvorschlag für neue DRGs →

Splitkriterium →

E42Z

Splitkriterium

ja

nein

mit mittelschwerer bis schwerer motorischer Funktionseinschränkung

außer bei mittelschwerer bis schwerer motorischer Funktionseinschränkung

Diagnose in Tab. 1

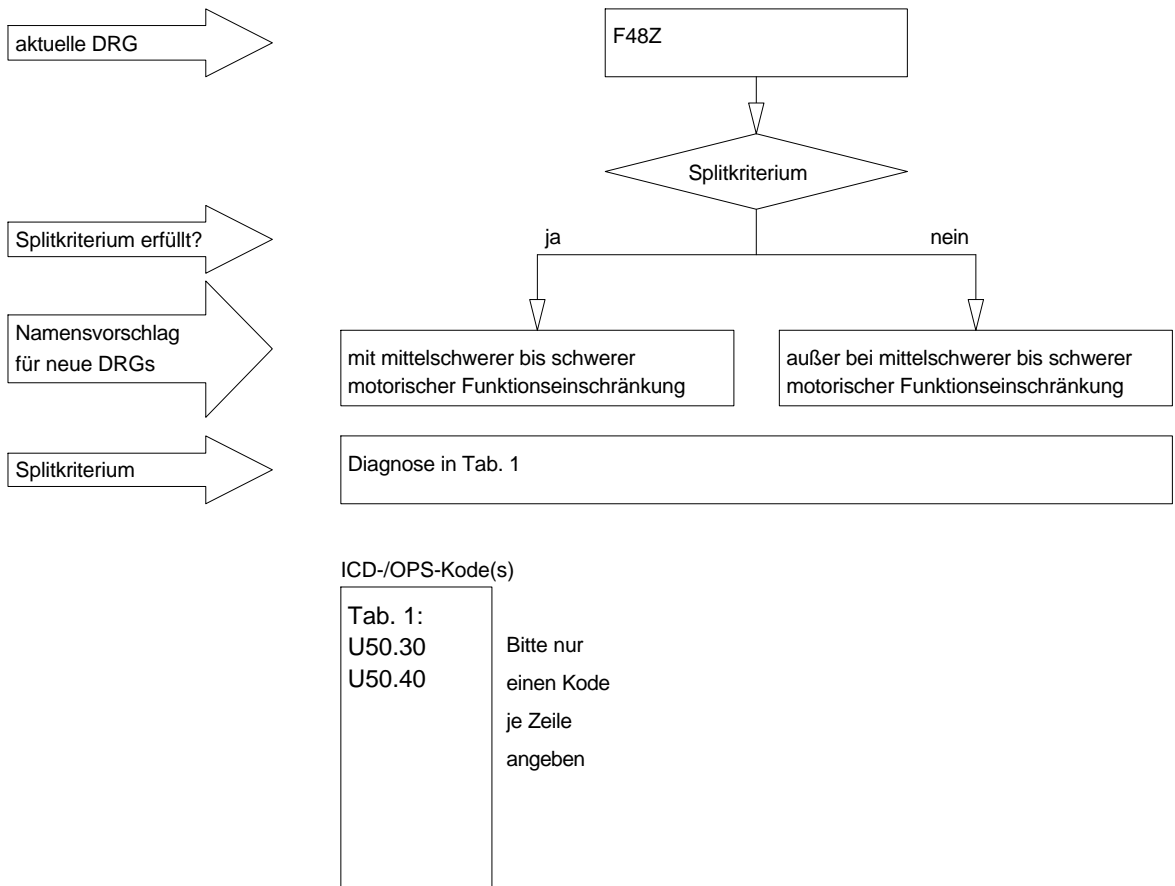
ICD-/OPS-Kode(s)

Tab. 1:
U50.30
U50.40

Bitte nur einen Code je Zeile angeben

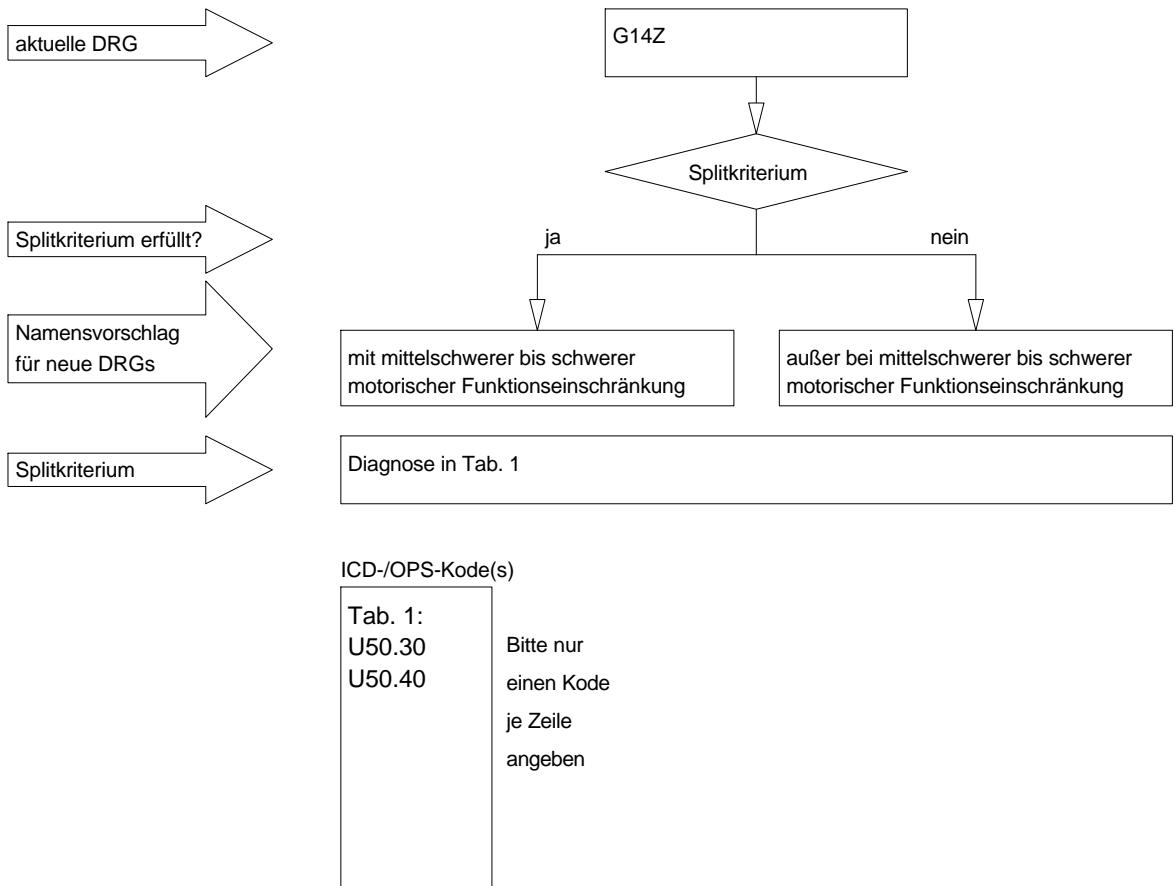
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



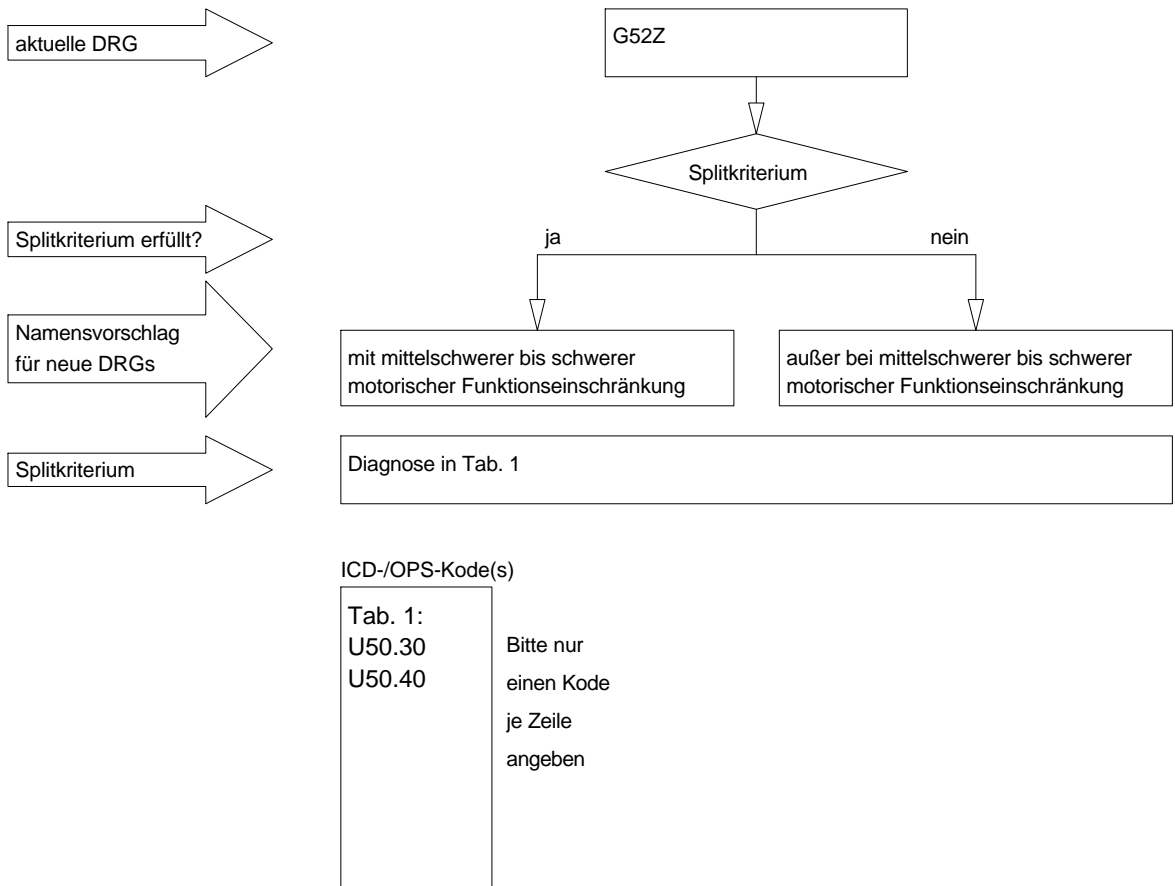
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



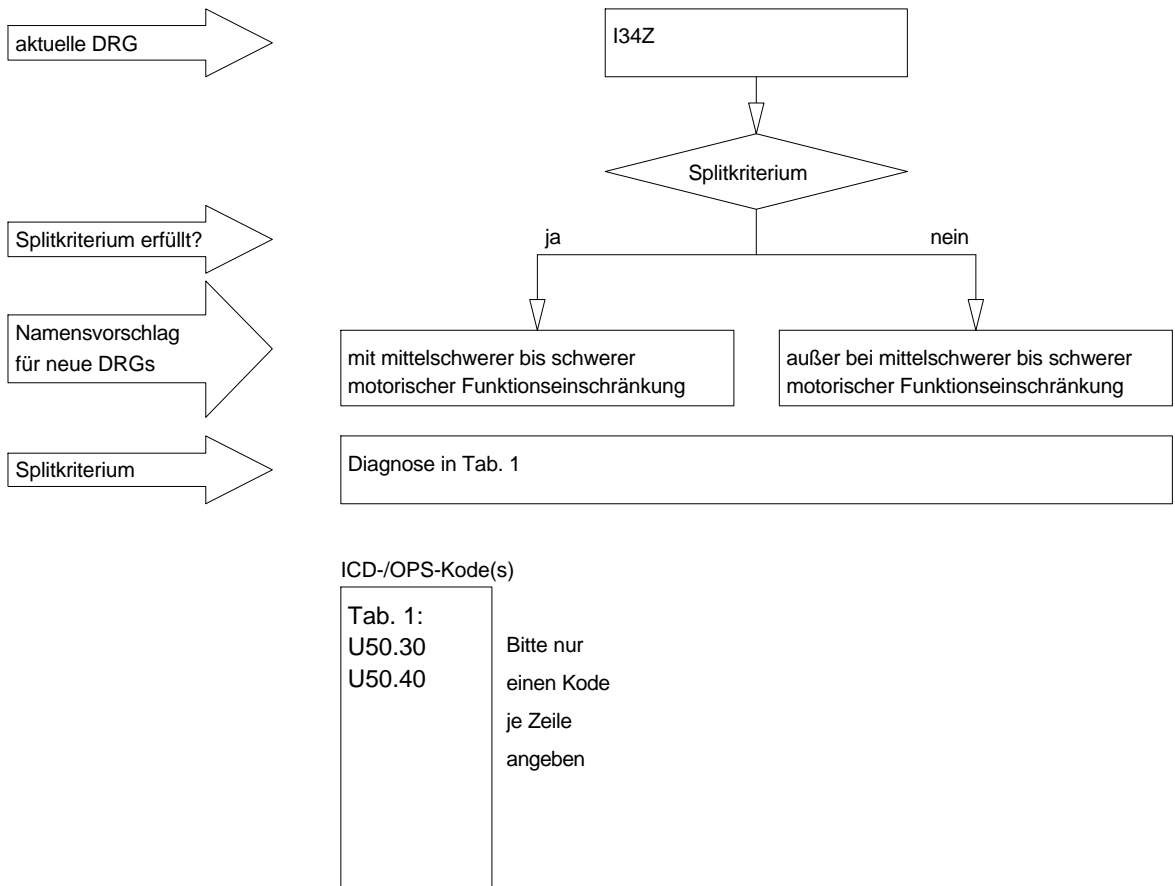
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



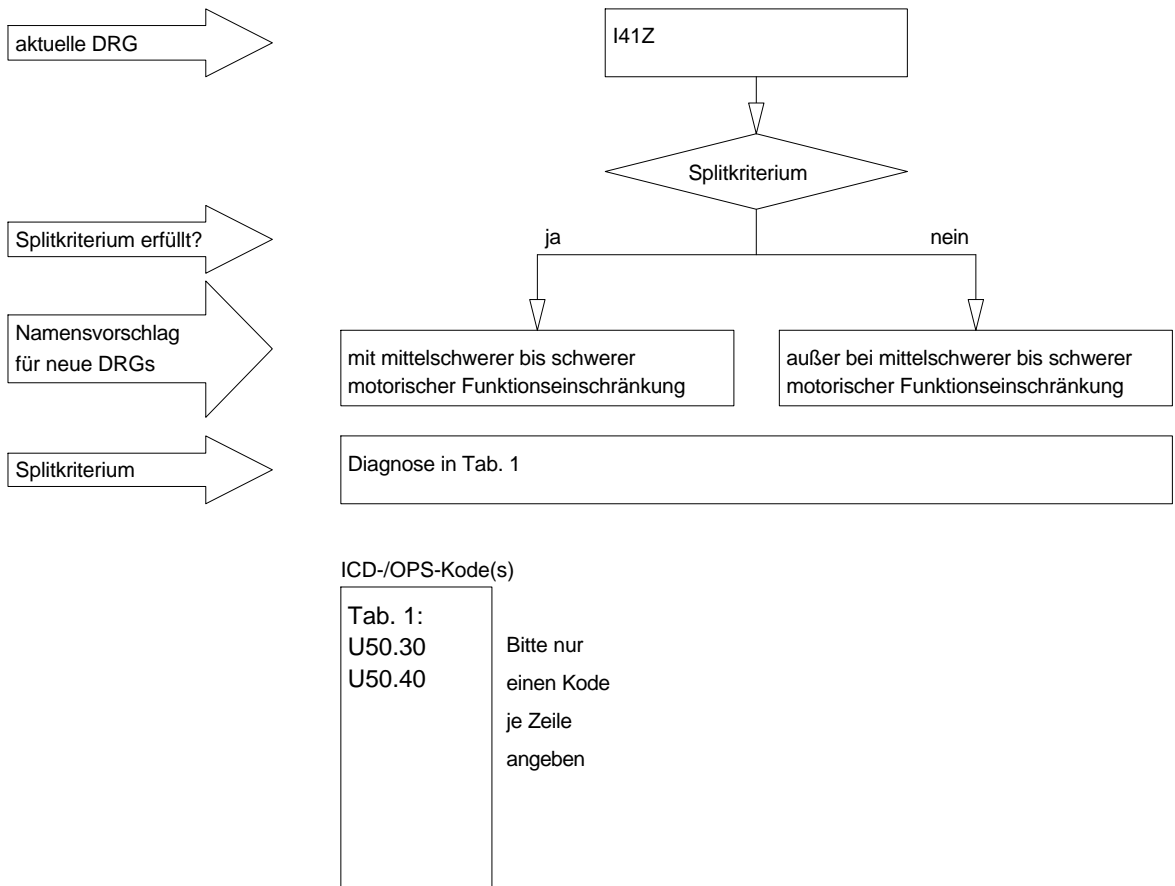
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



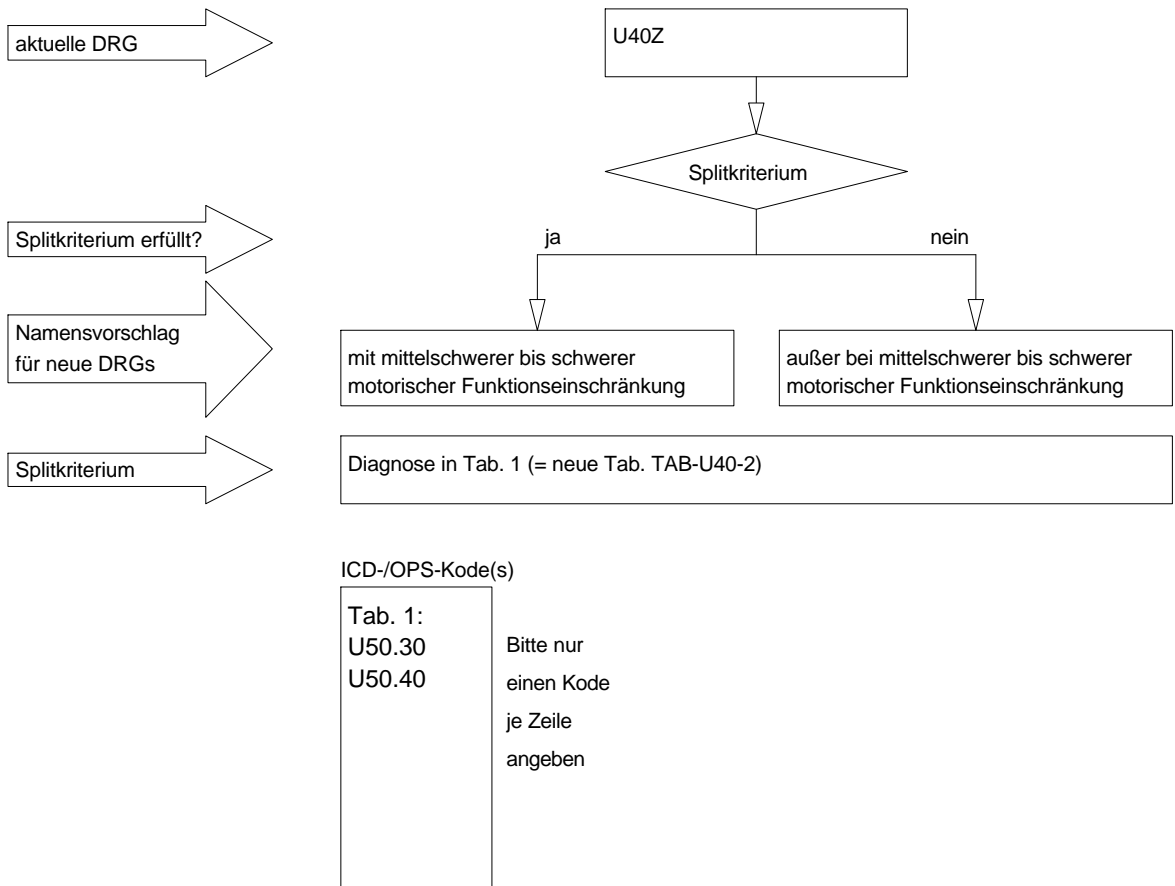
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird je nach funktionellem Status der behandelten Patienten in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Besonders relevante Merkmale des funktionellen Status sind dabei motorisch und kognitive Funktionseinschränkungen, die seit 2004 mit der ICD abgebildet werden können (U50.- und U51.-).

Bislang werden Unterschiede im funktionellen Status im DRG-System jedoch nicht reflektiert.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neues Splittkriterium:

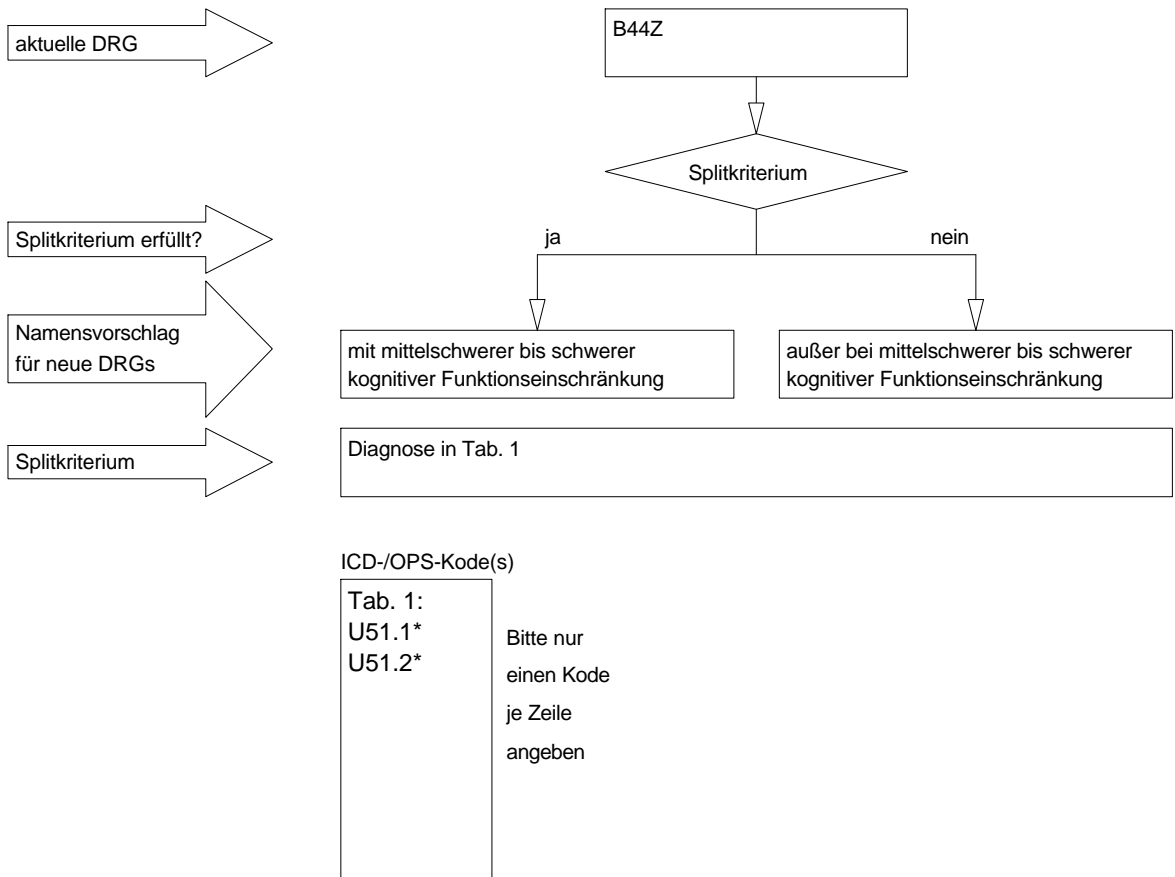
U51.- auf vierstelliger Ebene. Aufgrund der erst 2004 in die ICD-10-GM neu eingeführten Kodierung können valide Aussagen zur ökonomisch sinnvollen Zusammenfassung der verfügbaren 3 Kategorien nicht getroffen werden. Aus klinischer Erfahrung kann jedoch der Kode U51.0- ausgenommen werden.

Begründung:

Je gravierender die kognitive Funktionseinschränkung eines geriatrischen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt ist, desto mehr Ressourcen müssen aufgewendet werden.

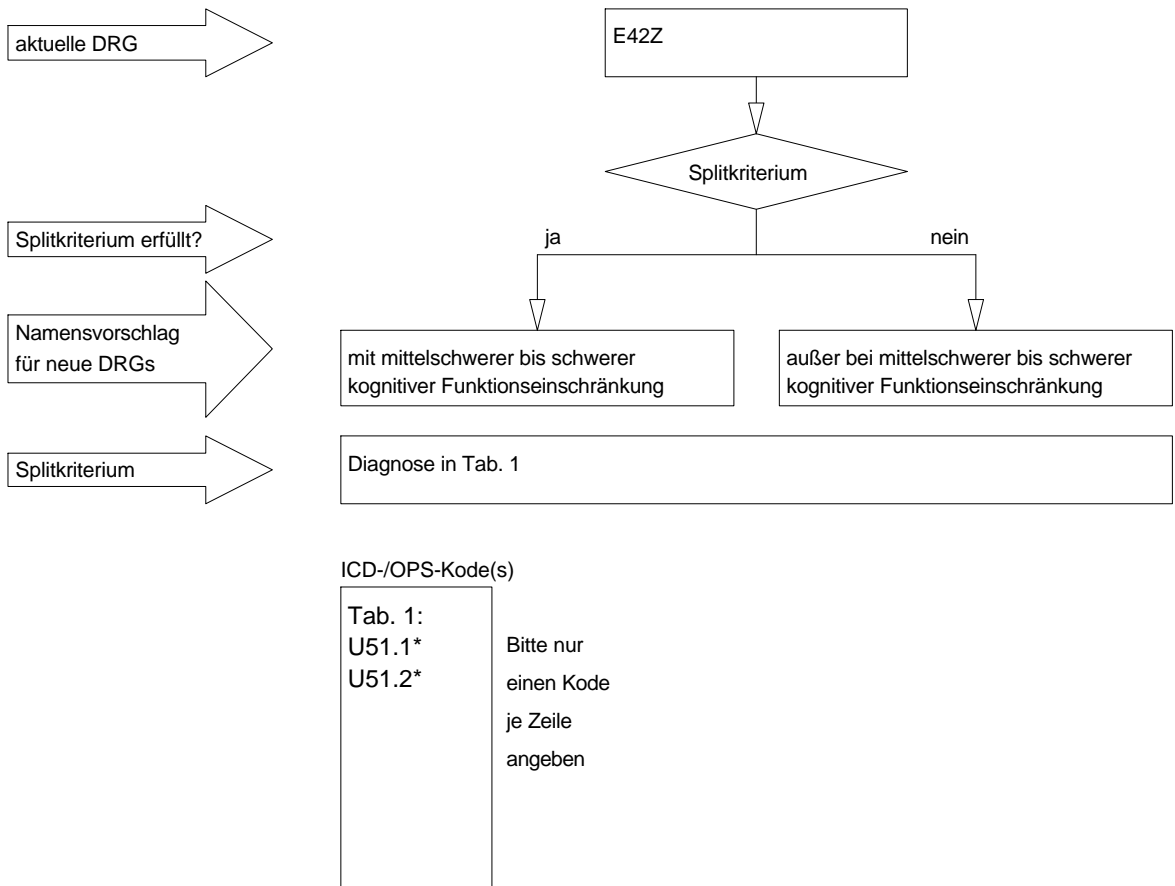
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern

aktuelle DRG →

Splitkriterium erfüllt? →

Namensvorschlag für neue DRGs →

Splitkriterium →

F48Z

Splitkriterium

ja

nein

mit mittelschwerer bis schwerer kognitiver Funktionseinschränkung

außer bei mittelschwerer bis schwerer kognitiver Funktionseinschränkung

Diagnose in Tab. 1

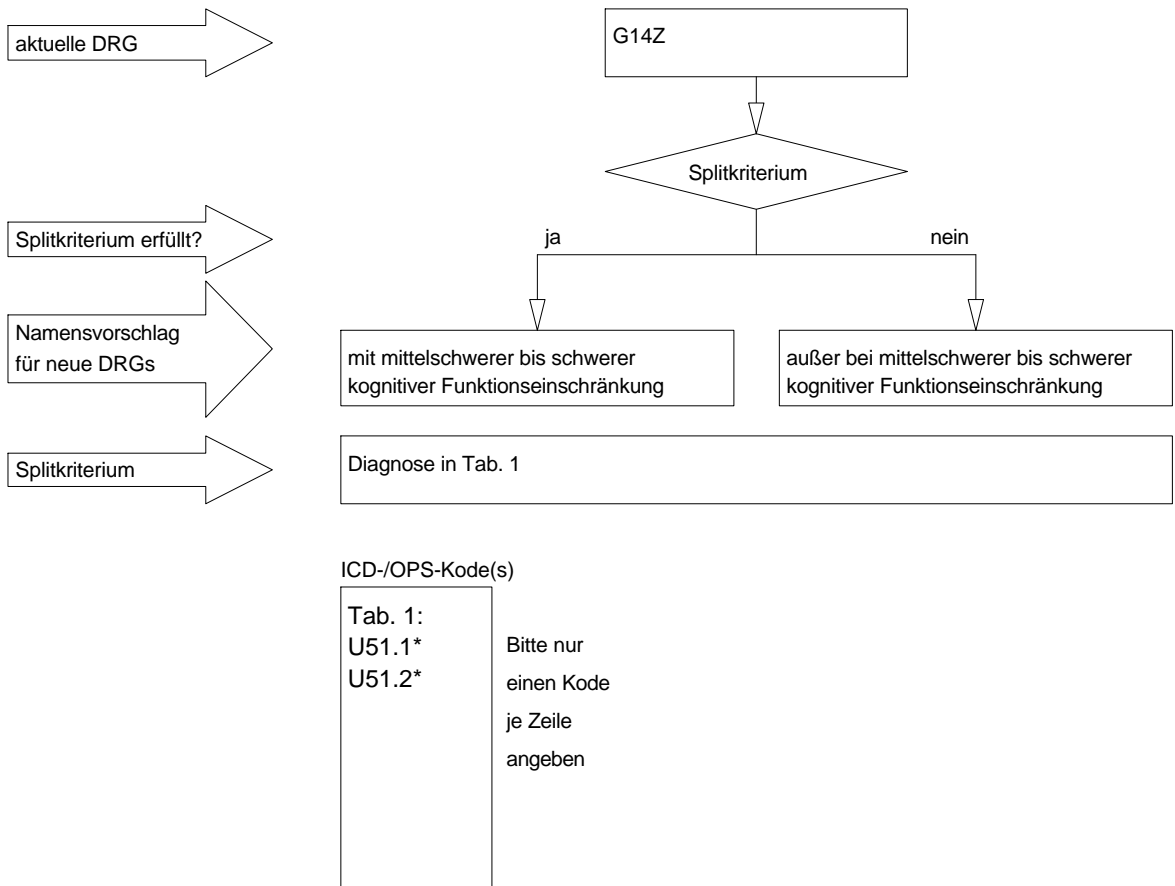
ICD-/OPS-Kode(s)

Tab. 1:
U51.1*
U51.2*

Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern

aktuelle DRG →

Splitkriterium erfüllt? →

Namensvorschlag für neue DRGs →

Splitkriterium →

G52Z

Splitkriterium

ja

nein

mit mittelschwerer bis schwerer kognitiver Funktionseinschränkung

außer bei mittelschwerer bis schwerer kognitiver Funktionseinschränkung

Diagnose in Tab. 1

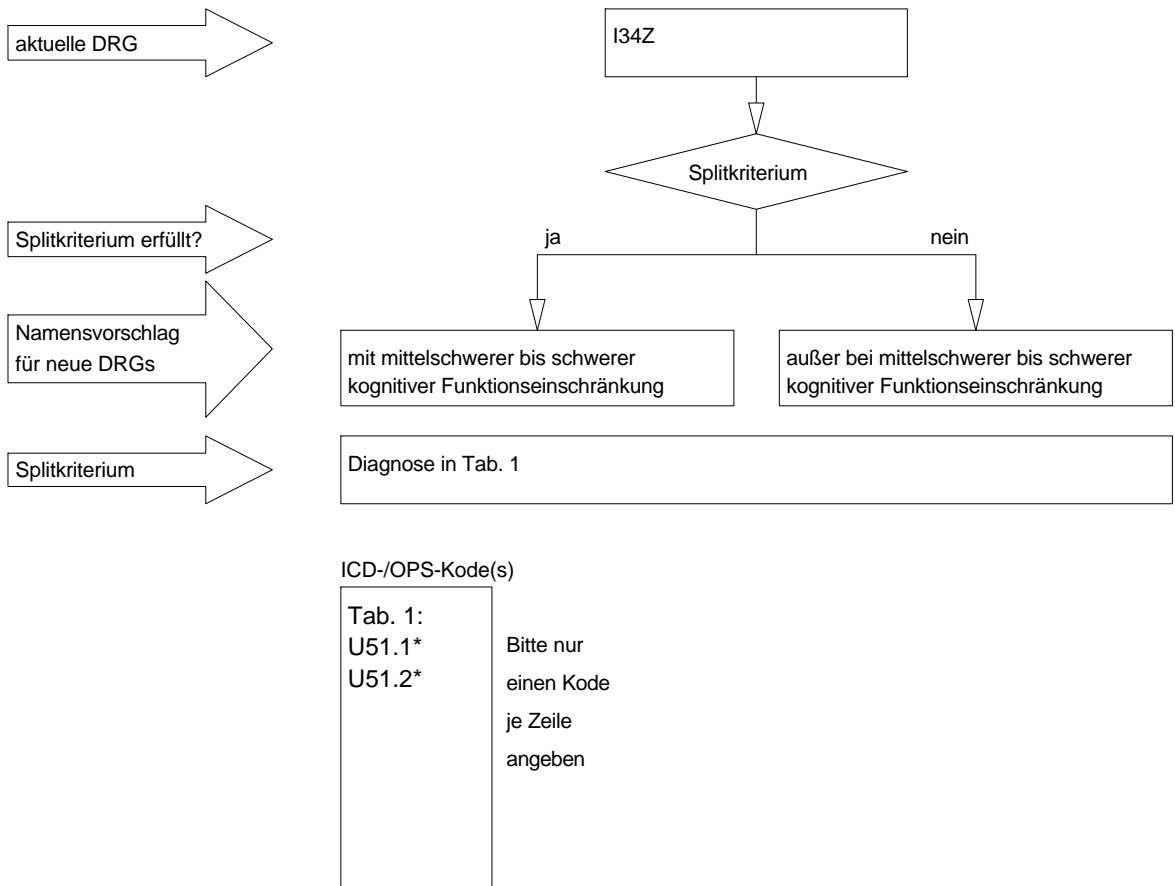
ICD-/OPS-Kode(s)

Tab. 1:
U51.1*
U51.2*

Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

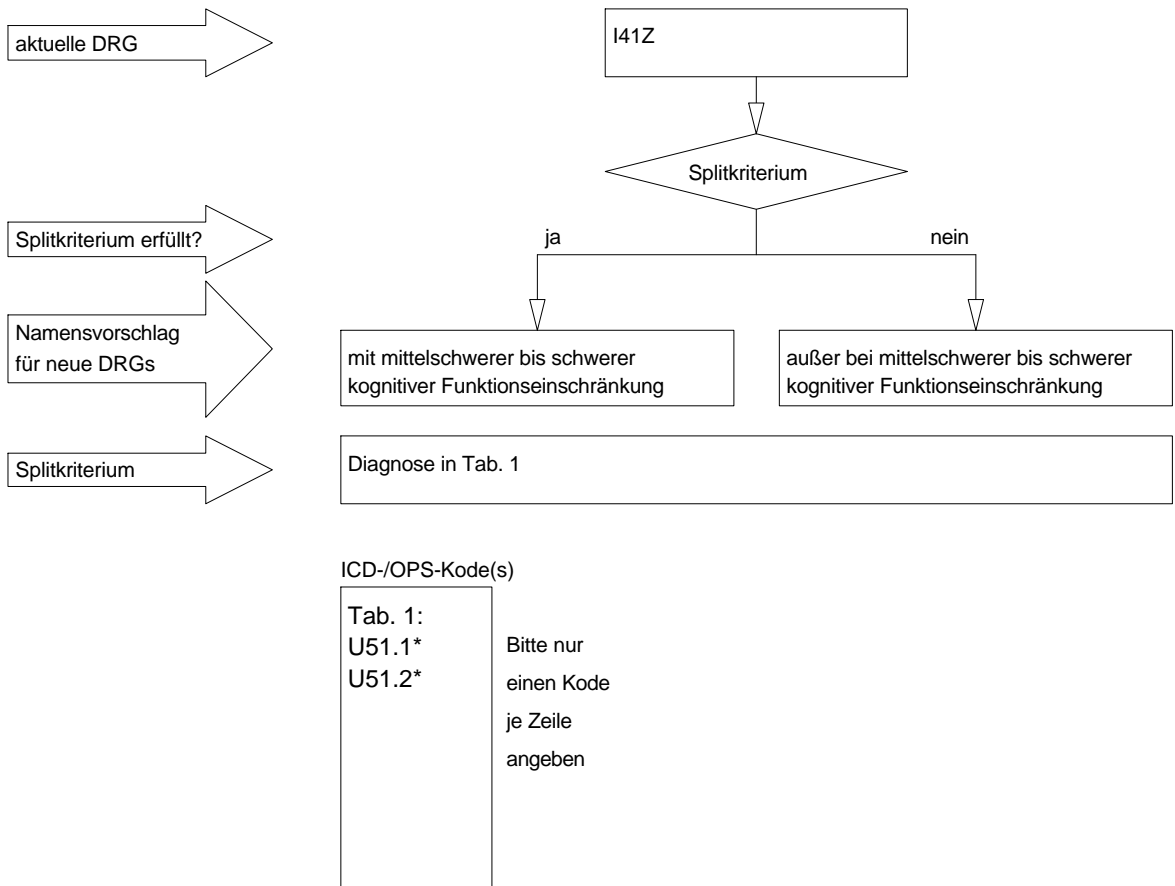
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



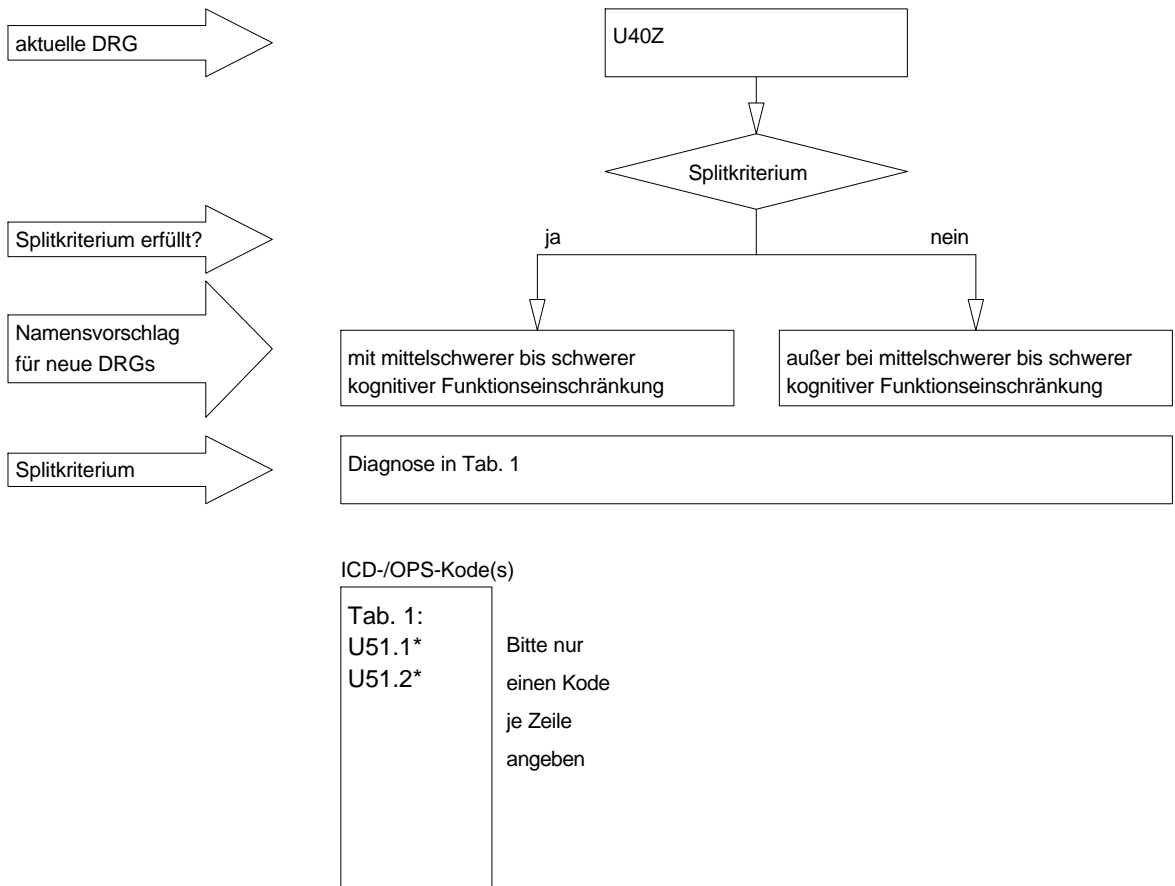
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird je nach funktionellem Status der behandelten Patienten in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Besonders relevante Merkmale des funktionellen Status sind dabei motorisch und kognitive Funktionseinschränkungen, die seit 2004 mit der ICD abgebildet werden können (U50.- und U51.-).

Mehrere Untersuchungen in Australien und den USA haben gezeigt, dass der Aufwand und die Kosten insbesondere in Abhängigkeit vom motorischen Aufnahmezustand variieren. Literatur: s. VV2005.

Bislang werden Unterschiede im funktionellen Status im DRG-System jedoch nicht reflektiert.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neues Splittkriterium:

U50.- oder U51.- auf vierstelliger Ebene. Aufgrund der erst 2004 in die ICD-10-GM neu eingeführten Kodierung können valide Aussagen zur ökonomisch sinnvollen Zusammenfassung der jeweils verfügbaren Kategorien nicht getroffen werden. Aus klinischer Erfahrung können jedoch die Codes U50.00 und U51.1* von der Kalkulationsanalyse ausgenommen werden (Normalstatus). Ggf. ist eine Ausgangsanalyse wie folgt sinnvoll: U50.10/U50.20 vs. U50.30/U50.40 vs. U50.50 bzw. U51.1* vs. U51.2*. Ggf. sind die Kategorien U50.20, U50.30 und U50.40 im Kalkulationsmodell jedoch einzeln zu überprüfen.

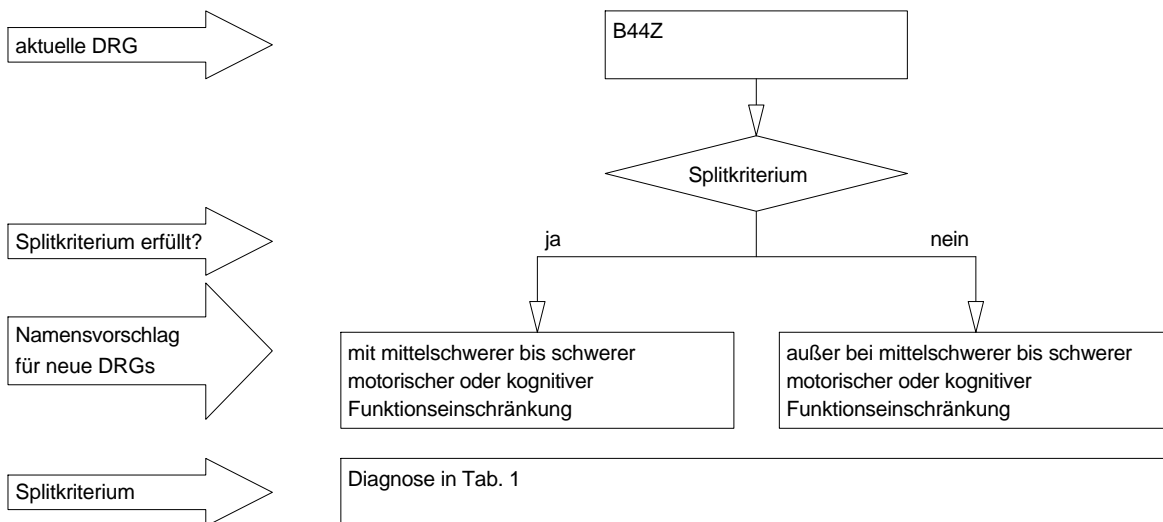
Begründung:

Je gravierender die Selbsthilfefähigkeit eines geriatrischen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt herabgesetzt ist, desto mehr Ressourcen müssen aufgewendet werden, um das Ziel "Entlassung in die eigene Häuslichkeit" oder aber anderweitige Sicherstellung der weiteren Versorgung zu erreichen. Ein streng linearer Zusammenhang zwischen den Kategorien des Barthel-Index als Maß der Selbsthilfefähigkeit bzw. des "motorischen Status" und den Kosten kann jedoch nicht ohne weiteres unterstellt werden, zumal nicht jede geriatrische Komplexbehandlung auf eine Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit abzielt. Geriatrische Patienten mit Frailty-Syndrom oder im terminalen Stadium einer Erkrankung weisen oft einen Barthel-Index von nur 0-15 Punkten auf, erhalten aber nur eine Therapie minima. Nach bisherigen klinischen Erfahrungen ist der Aufwand besonders hoch bei geriatrischen Patienten, die mit einem Barthel-Index von 20-35 bzw. von 40 bis 55 Punkten zur Aufnahme kommen.

Es kann nicht von vorneherein ausgeschlossen werden, dass zwischen dem motorischen Aufnahmestatus und den Behandlungskosten kein linearer, sondern ein kurvilinearere Zusammenhang besteht in der Art, dass die mittleren Einschränkungsggrade U50.20 bis U50.40 mit höheren Behandlungskosten verbunden sind, als die Extrema U50.00 (kommt in der Geriatrie fast nicht vor) und U50.50 (darunter viele bettlägerige, chronisch schwerstbeeinträchtigte geriatrische Patienten ohne Behandlungspotenzial).

Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



ICD-/OPS-Kode(s)

Tab. 1:

U50.30

U50.40

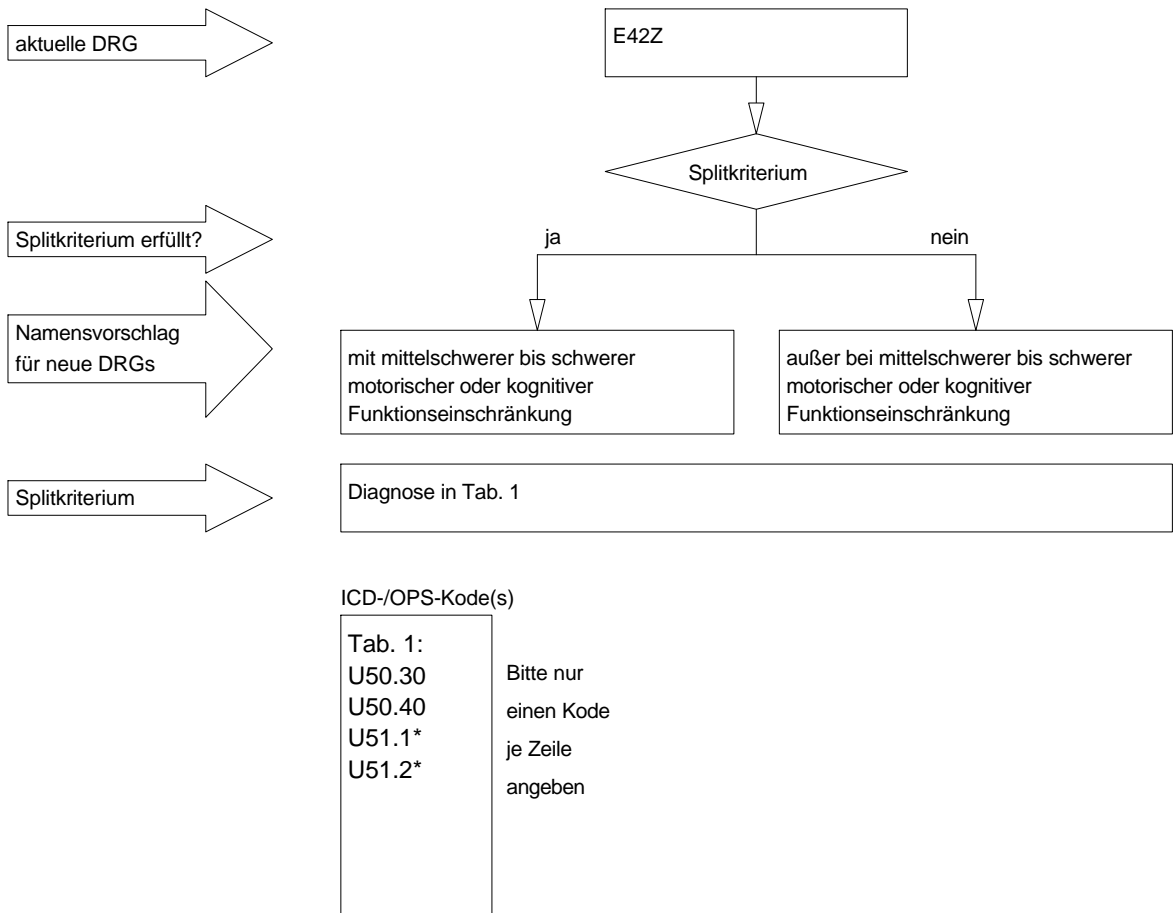
U51.1*

U51.2*

Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

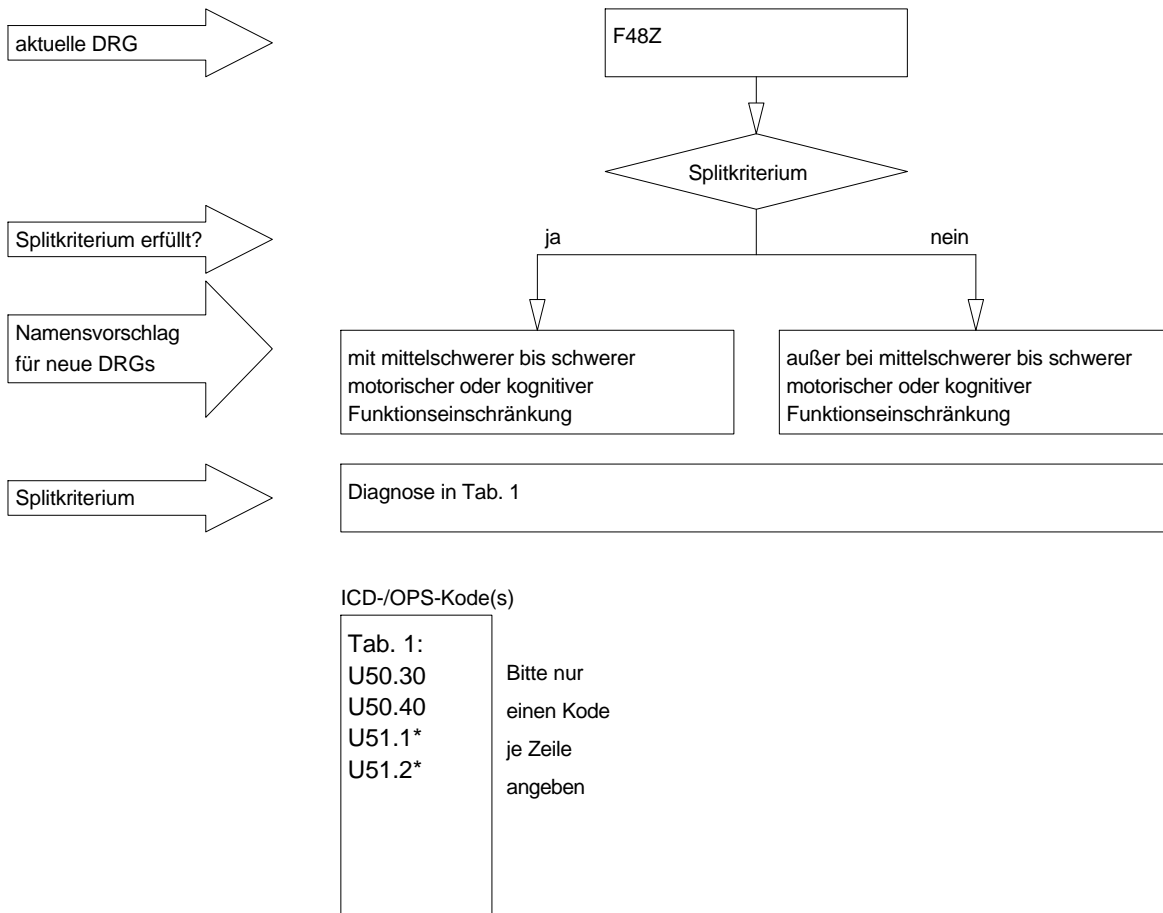
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



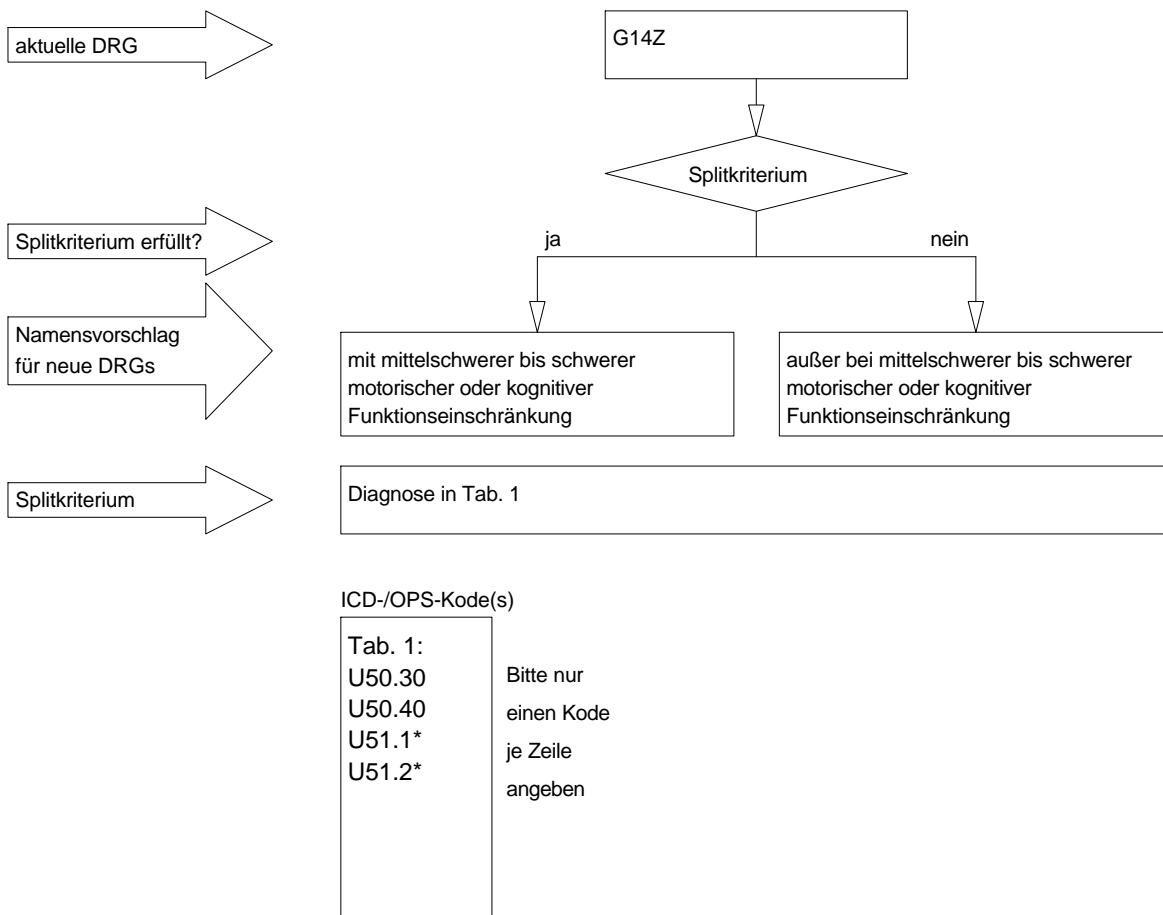
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



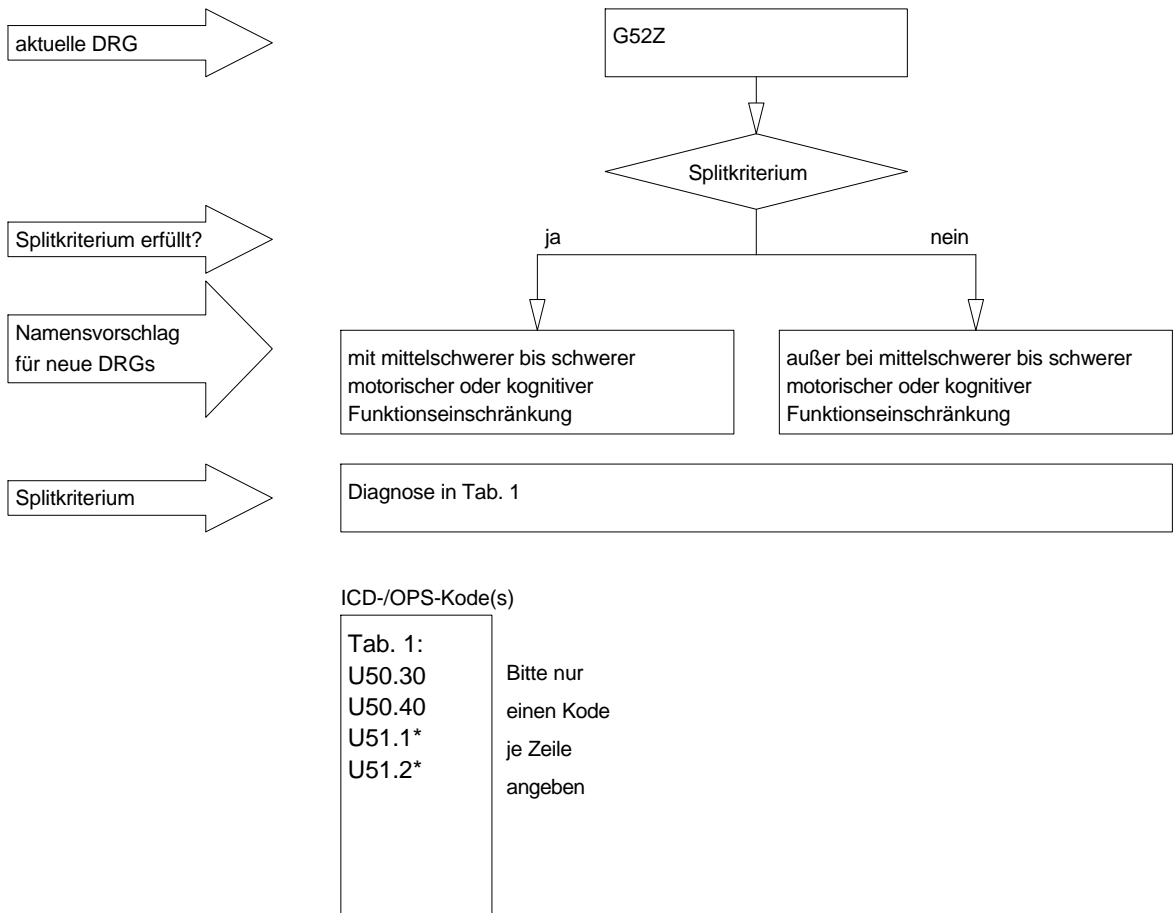
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



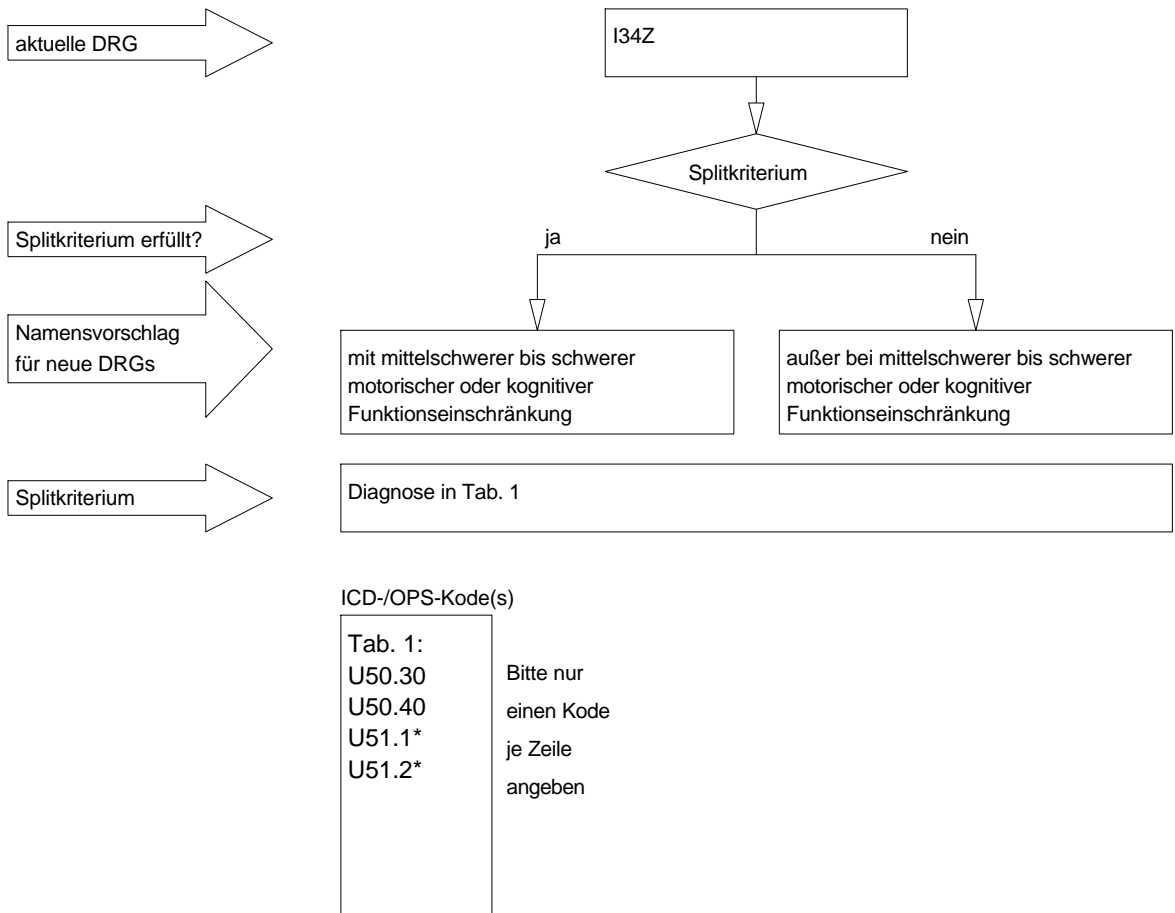
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



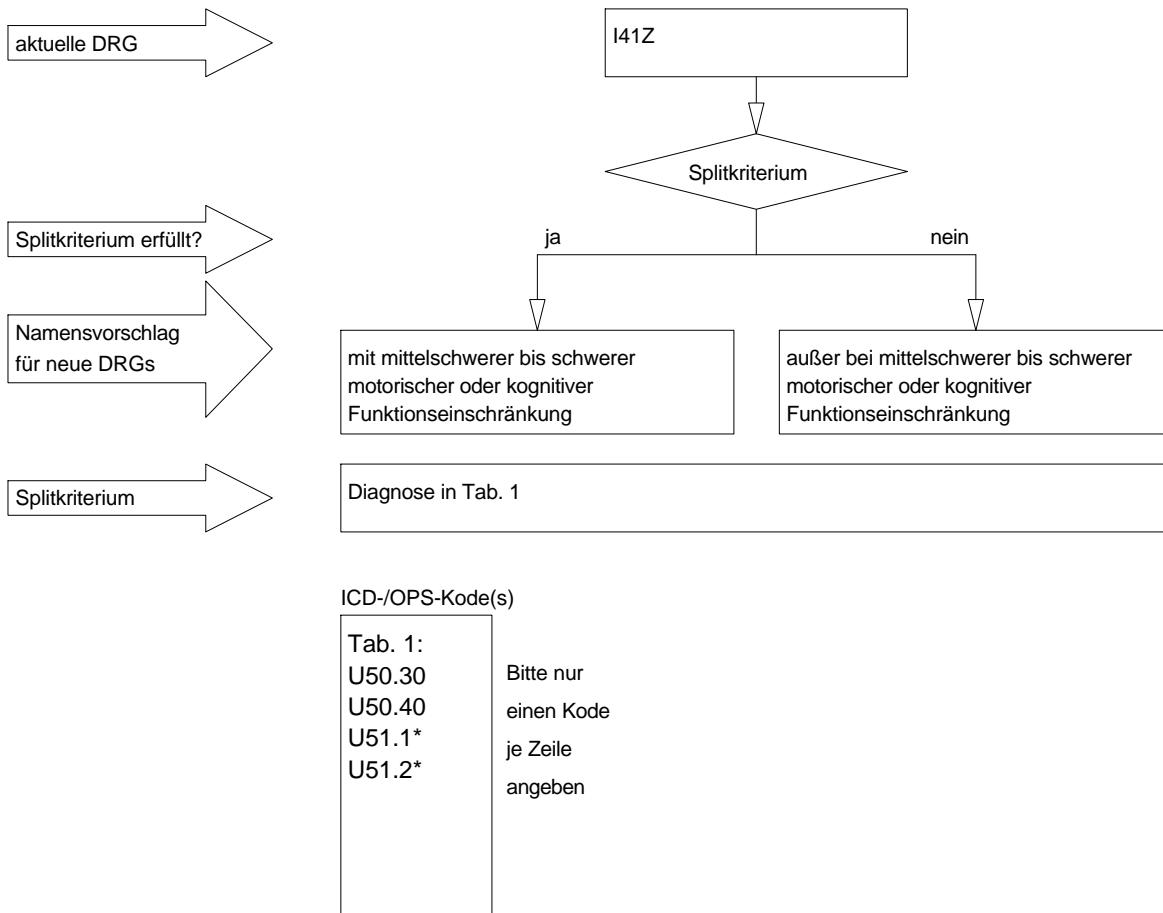
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



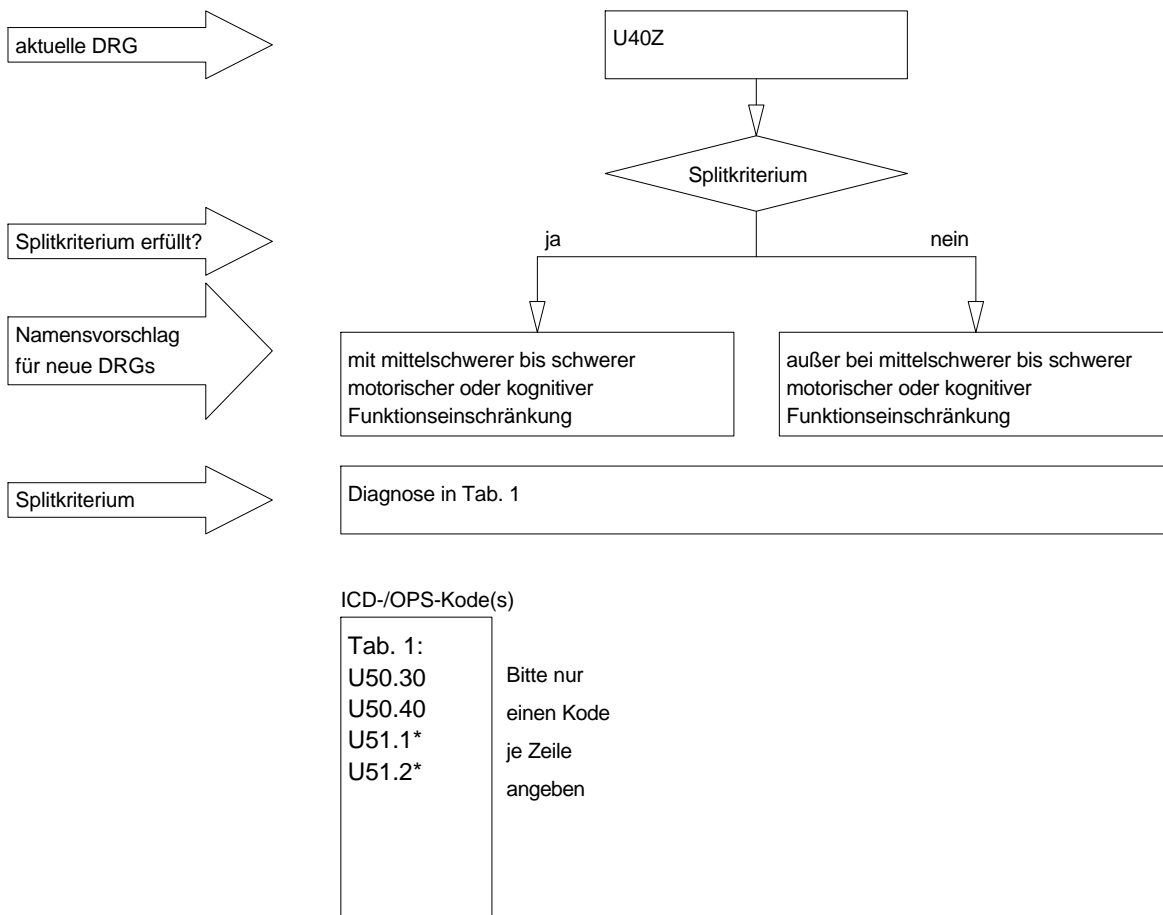
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird vielfach in Kombination mit einem chirurgischen Eingriff durchgeführt. Bislang wird die dabei erbrachte "Doppelleistung" jedoch nur in Abhängigkeit von der Hauptdiagnosen in bestimmten Situationen vergütungsrelevant, nämlich in der MDC 06 (in Form der DRG G14Z Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter ORProzedur) und in der MDC 08 (DRG I34Z Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter ORProzedur).

Weitere besonders häufige und/oder aufwändige Kombinationsleistungen sind:

- kardiochirurgische Eingriffe (Schrittmacherimplantation, Klappenersatz)
- gefäßchirurgische Eingriffe (Amputation)
- mammachirurgische Eingriffe (z.B. Ablatio)
- urologische Eingriffe (z.B. Prostatahyperplasie)

Bei multimorbiden geriatrischen Patienten stellt ein chirurgischer Eingriff immer ein besonderes Risiko und zumeist eine sehr belastende Prozedur dar, die in der Regel deutliche kognitive und/oder motorische Funktionseinschränkungen nach sich zieht (Instabilität geriatrischer Patienten) und damit eine frühpostoperativ einsetzende geriatrische Komplexbehandlung oft erforderlich macht. Diese medizinische Notwendigkeit ist allerdings in der Regel nicht von der Art der Hauptdiagnose abhängig, sondern vielfach allein von der Tatsache eines chirurgischen Eingriffs, insbesondere wenn dieser in Vollnarkose ausgeführt wird.

Bislang werden "bestimmte OR-Prozeduren", die in Kombination mit einer geriatrischen Komplexbehandlung erbracht werden, nur in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose als Kombinationsleistung vergütungsrelevant (in MDC 06 und MDC 08), in allen übrigen Fällen hat die Zusatzleistung der geriatrischen Komplexbehandlung keine Auswirkung auf die Vergütung, zumeist bestimmt allein die chirurgische Prozedur die Eingruppierung. Dies ist nicht sachgerecht und kann auch zu einer Fehlsteuerung geriatrischer Patienten führen (externe Verlegung, Fallsplitting etc.).

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

In jeder MDC sollte in der Grouperabfolge der operativen Partition geprüft werden, ob die bereits definierte Funktion "Bestimmte OR-Prozedur" in Kombination mit der geriatrischen Komplexbehandlung (OPS 8-550) zu einer jeweils eigenen, homogenen Fallgruppe mit signifikanter Verbesserung des R²-Wertes führt.

Ergänzend könnte - falls sich solche Fallgruppen in mehreren MDC tatsächlich als zusätzlich relevant erweisen sollten - geprüft werden, ob diese über mehrere MDC verteilten Fallgruppen ggf. auch zusammengefasst eine homogene Gruppe bilden, sodass evtl. eine einzelne neue, MDC-übergreifende DRG ausreichend sein könnte, die sich in die Prä-MDC-Verarbeitung integrieren ließe.

Begründung:

Die bisherigen Kalkulationen haben gezeigt, dass sich die Kosten einer geriatrischen Komplexbehandlung nur relativ wenig nach Hauptdiagnosekategorie (MDC) und für nahezu alle Hauptdiagnosen einer MDC fast überhaupt nicht unterscheiden. Gleichwohl wurde bereits in der MDC 06 und der MDC 08 nachgewiesen, dass eine chirurgisch-geriatrische Kombinationsleistung zum Teil mit erheblich höheren Kosten verbunden ist, als jede der beiden Leistungen für sich betrachtet. Prinzipiell gilt dieses in anderen MDC ebenso und ist daher zu überprüfen, in einigen MDC sogar vordringlich, hierunter insbesondere:

- MDC 05
- MDC 07
- MDC 04
- MDC 11
- MDC 12
- MDC 13.

Hinweis:

Die Formblätter des Vorschlagsverfahrens sind leider nicht geeignet, den zugehörigen Algorithmus zu illustrieren. Formal geht es darum, den zur Bildung der aktuellen DRGs G14Z und I34Z eingesetzten Algorithmus (Kombination einer "Bestimmten OR-Prozedur" aus TAB-BES-1 mit einer "Geriatrischen Komplexbehandlung" OPS 8-550.-) auf die o.a. MDC zu übertragen.

Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Bei einer chirurgischen Wundbehandlung (Wunddebridement) ist eine ggf. zusätzlich erbrachte geriatrische Komplexbehandlung in der Regel nicht abrechnungsrelevant. Es handelt sich hierbei jedoch um eine Kombinationsleistung, die einen höheren Ressourcenverbrauch nach sich zieht, als jede der beiden Einzelleistungen.

Teilweise ist bei ordnungsgemäßer Dokumentation beider Leistungen auch der Erlös geringer im Vergleich zu einer Dokumentation, die bspw. das Wunddebridement "unterschlägt" -- hier führt dann "Mehr Leistung" zu "Geringerem Erlös" und das sollte im DRG-System grundsätzlich nicht vorkommen (Fehlanreiz).

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

1. Grouperreihenfolge anpassen:

In der Grouperabfolge einer MDC sollte die Reihenfolge der zu prüfenden (Basis-)DRGs grundsätzlich und ausschließlich von deren Relativgewicht bestimmt sein, um den Effekt "Mehr Leistung -- geringerer Erlös" (anstelle von "Mehr Leistung -- mehr Erlös") auszuschließen.

2. Neues Splittkriterium:

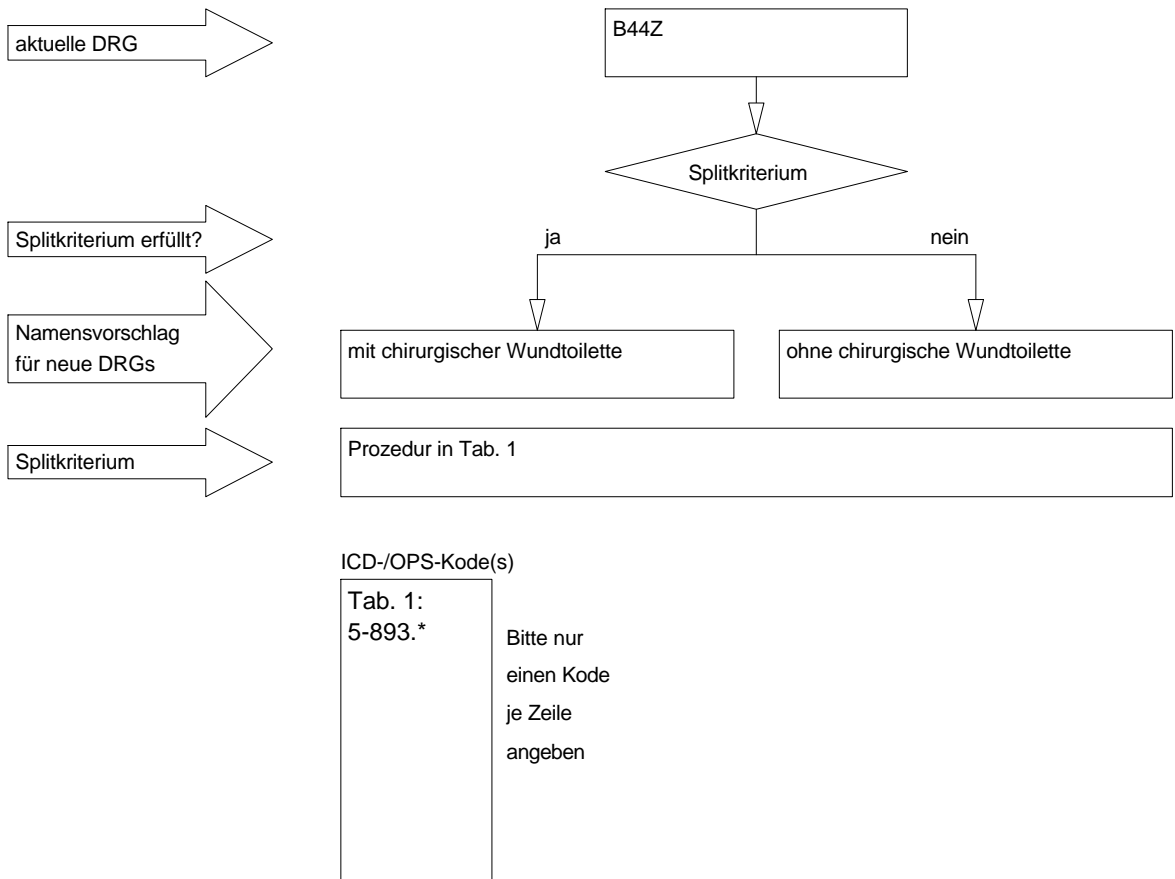
Die zur Geriatrischen Komplexbehandlung gehörende DRG in dieser MDC sollte mit dem Splittkriterium OPS 5-893.- Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] aufwandsgerecht differenziert werden (ggf. in Ergänzung zu weiteren Splittkriterien, s. übrige Vorschläge).

Begründung:

Die regelmäßige chirurgische Wundtoilette als zusätzliche Behandlungsleistung bei geriatrischer Komplexbehandlung stellt einen erhöhten Aufwand dar, der derzeit nicht sachgerecht abgebildet ist. Die fallbezogene Zuordnung der direkten Kosten ist zugleich schwierig, da die chirurgische Wundtoilette bei geriatrischen Patienten zumeist auf Station erfolgt und das Verbrauchsmaterial (spezielles Verbandsmaterial, Sterilgut, Antibiotika, ggf. mikrobiologische Untersuchungen etc.pp.) möglicherweise noch nicht exakt genug zugeordnet wird. Daher wird der Vorschlag erneut eingebracht, obwohl er bereits in den vergangenen Verfahren eingebracht und ergebnislos berechnet wurde.

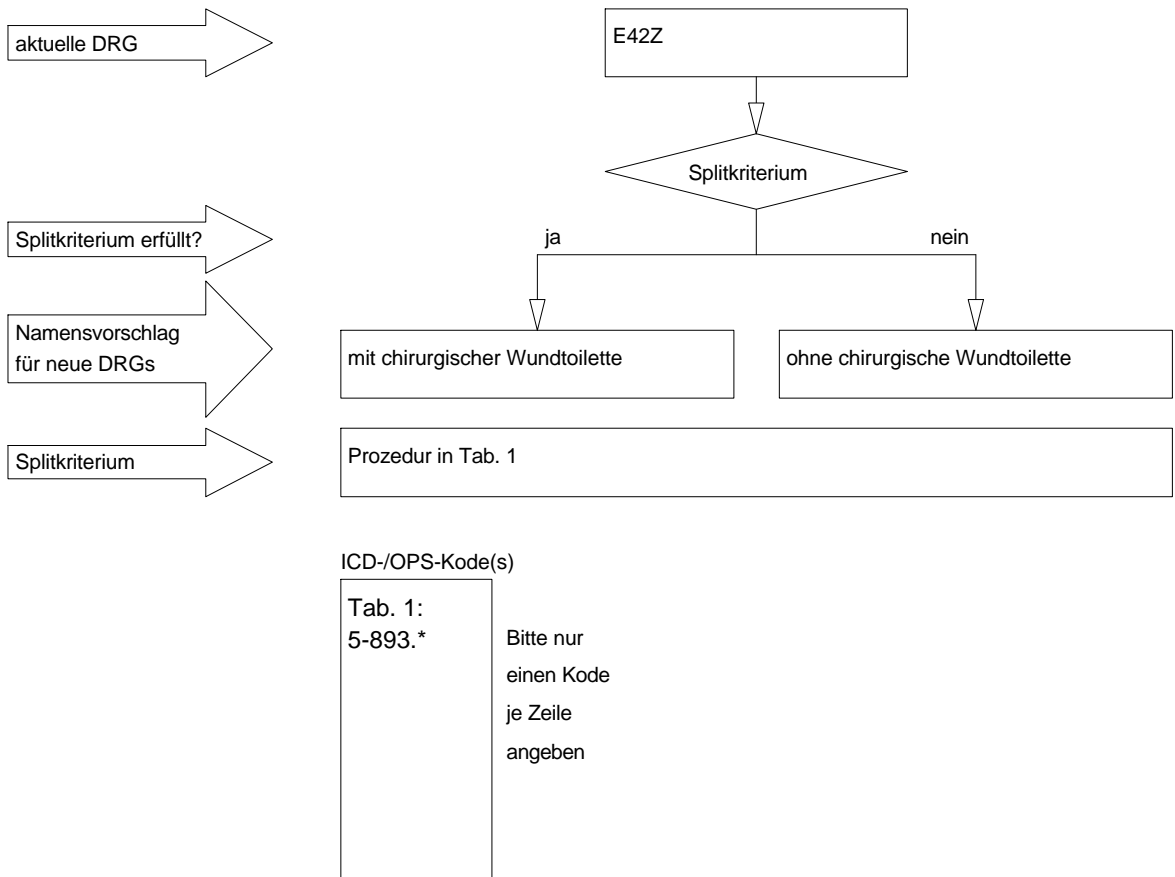
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



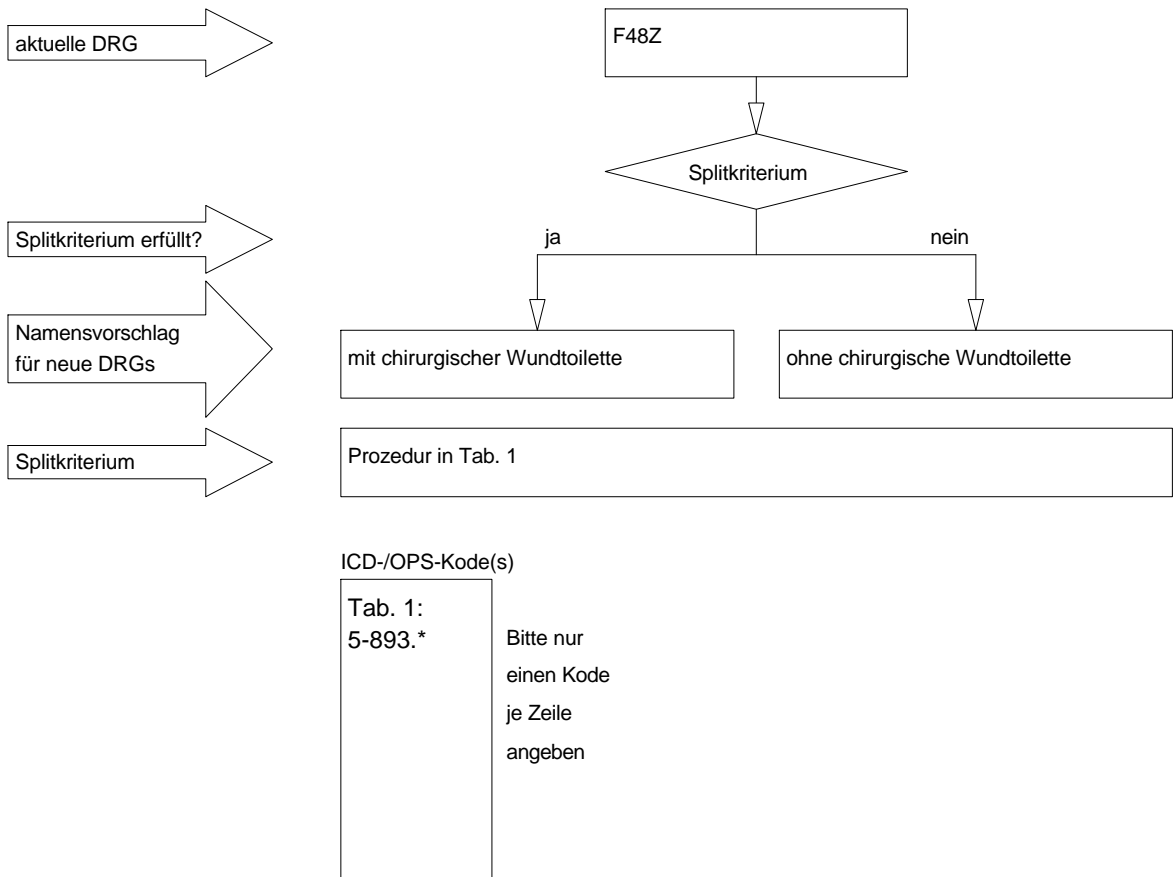
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



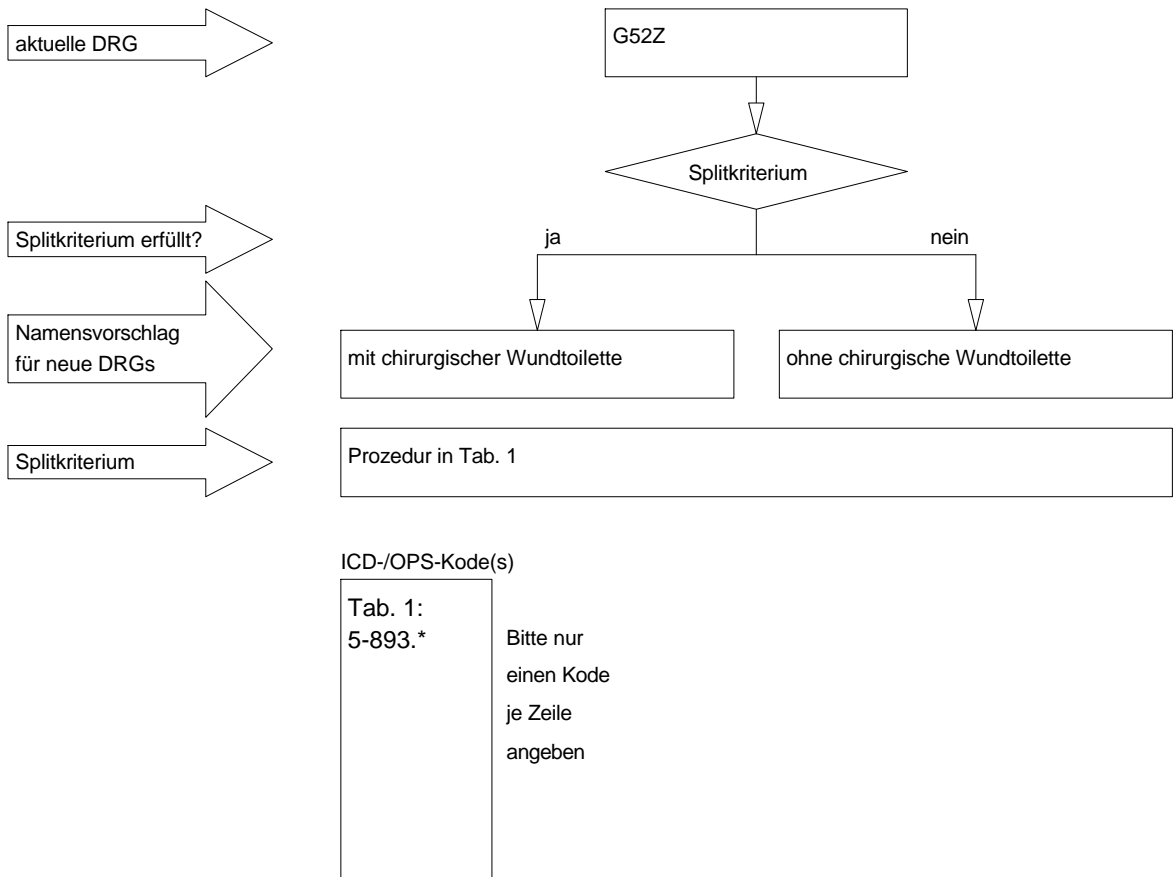
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



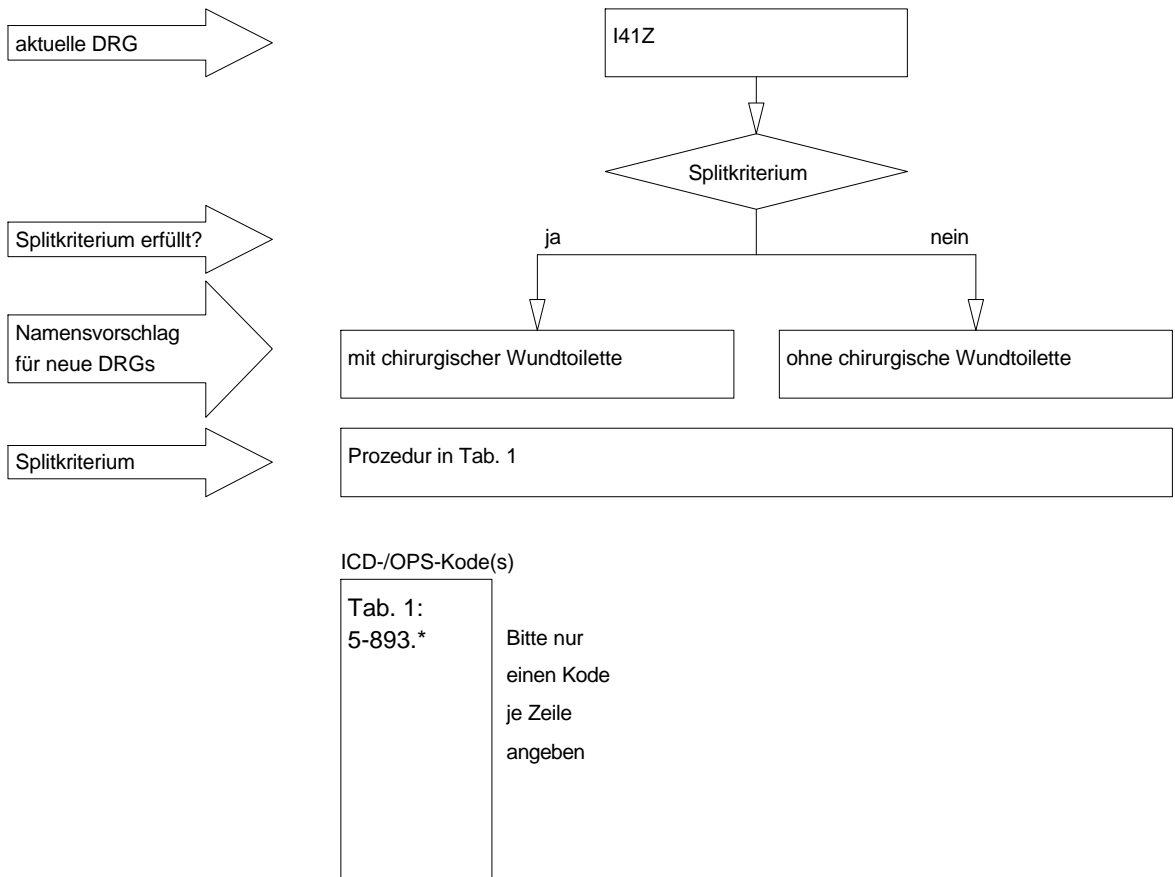
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



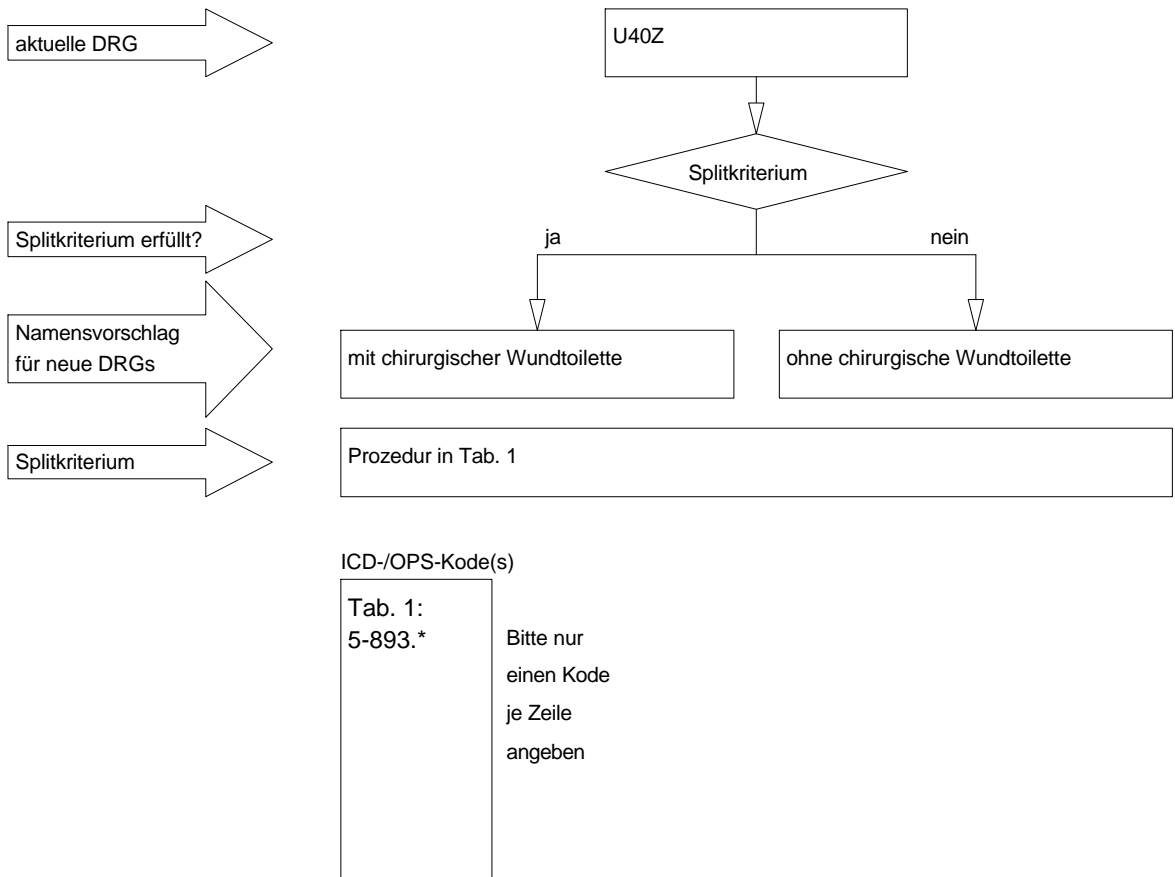
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die geriatrische Komplexbehandlung wird in unterschiedlicher Dauer und Intensität erbracht. Sowohl die variierende Behandlungsdauer als auch die nach Bedarf und Indikation variierende Zusammensetzung und Intensität der Therapie sind im OPS 8-550 differenziert abgebildet. Diese Differenzierung wurde unter anderem wegen der damit verbundenen Kostenunterschiede in den OPS 8-550 eingeführt.

Bislang wird die unterschiedliche Therapiedauer und -intensität nicht im DRG-System reflektiert.

Besonders aufwändig wird eine geriatrische Komplexbehandlung, wenn ein Patient wegen Infektion oder Besiedlung mit einem multiresistenten Keim (MRSA, ORSA, ESBL etc.) isoliert wird, da jede Therapeutengruppe dann zusätzlich die notwendigen Hygienevorschriften einhalten muss, was einen besonders hohen Materialverbrauch nach sich zieht.

In die Komplexbehandlung involvierte Berufsgruppen sind neben Ärzten und Pflegekräften auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen, Sozialpädagogen, Diätassistenten etc.pp., die ggf. mehrmals am Tag mit Schutzkleidung (Einmalartikel bzw. Einmalgebrauch) in Kontakt mit dem Patienten kommen. Hinzu kommt ein erhöhter Laboraufwand (wiederholte Abstrichserien mit Erregernachweis und Resistenzbestimmungen), Einsatz teurer Antibiotika, Isolierung ggf. mit Bettensperrung und verlängerte Verweildauer.

Bislang wird der erhöhte Material- und Zeitaufwand personalintensiver Interventionen bei Patienten mit besonderen Anforderungen an hygienische Maßnahmen nicht sachgerecht abgebildet.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Neues Splittkriterium:

Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern (U80.-!) oder Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika (U81!) und Isolierung als prophylaktische Maßnahme (Z29.0)

Umsetzung:

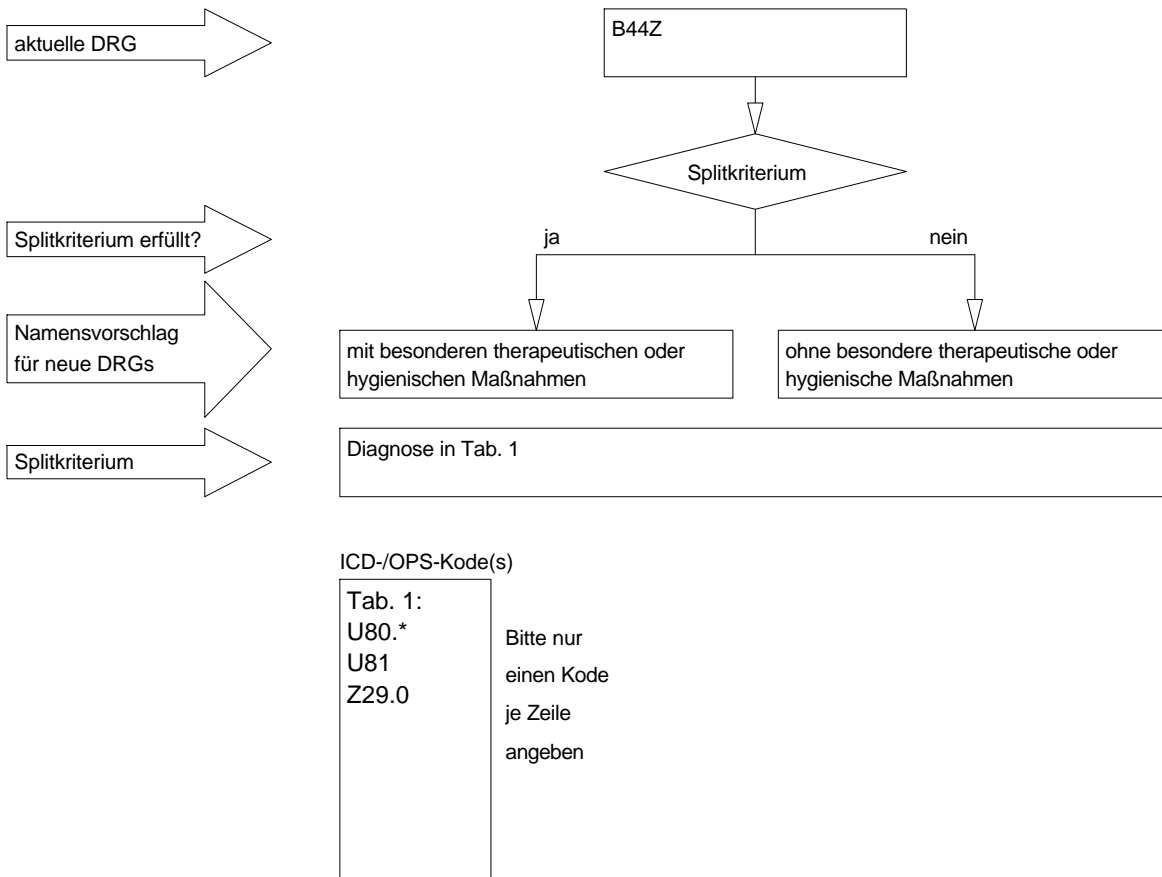
Als zusätzliches Splittkriterium bei geriatrischer Komplexbehandlung ist das Vorliegen von Antibiotikaresistenzen mit Isolierungsmaßnahmen heranzuziehen, um den damit verbundenen besonders erhöhten Aufwand (Materialverbrauch, Behandlungsdauer) sachgerecht abzubilden.

Begründung:

Eine personalintensive geriatrische Komplexbehandlung bei Patienten mit zusätzlicher Erfordernis für besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen ist wesentlich aufwändiger als eine Komplexbehandlung ohne diesen Zusatzaufwand.

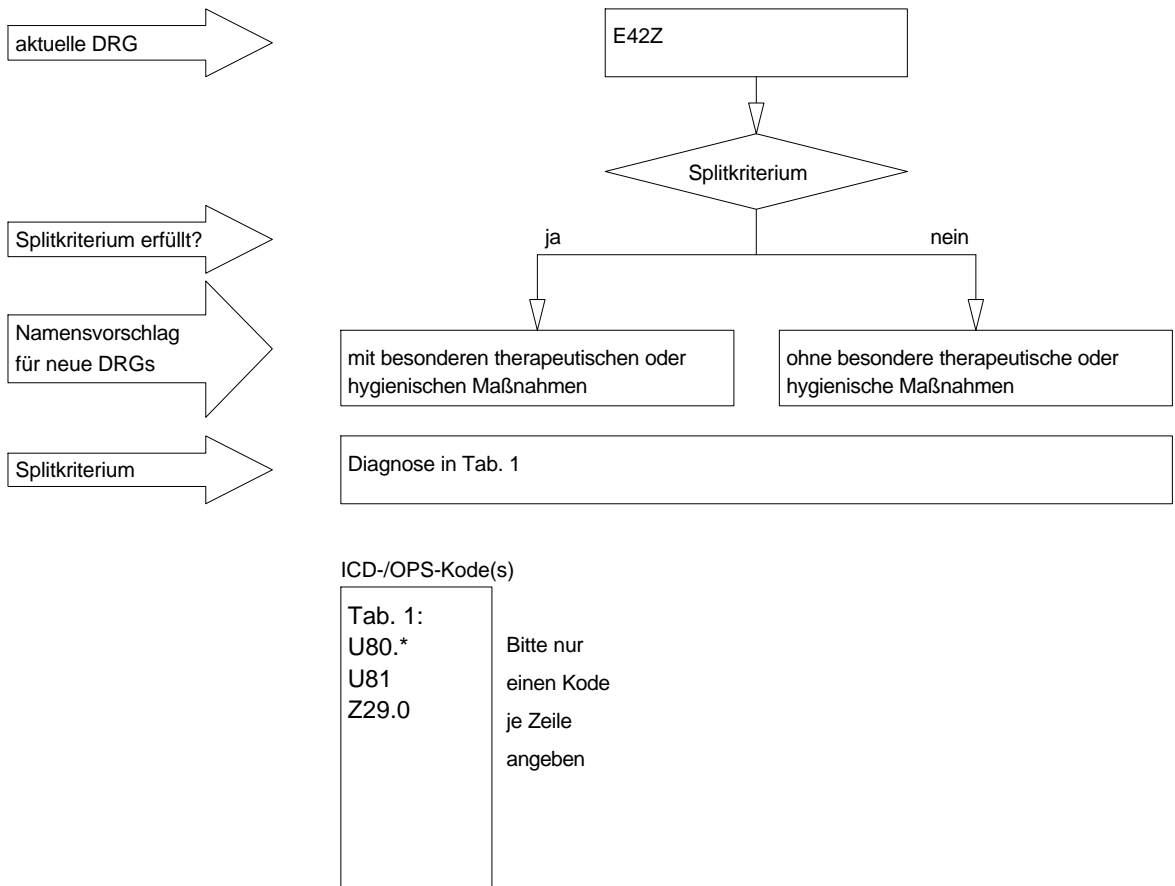
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



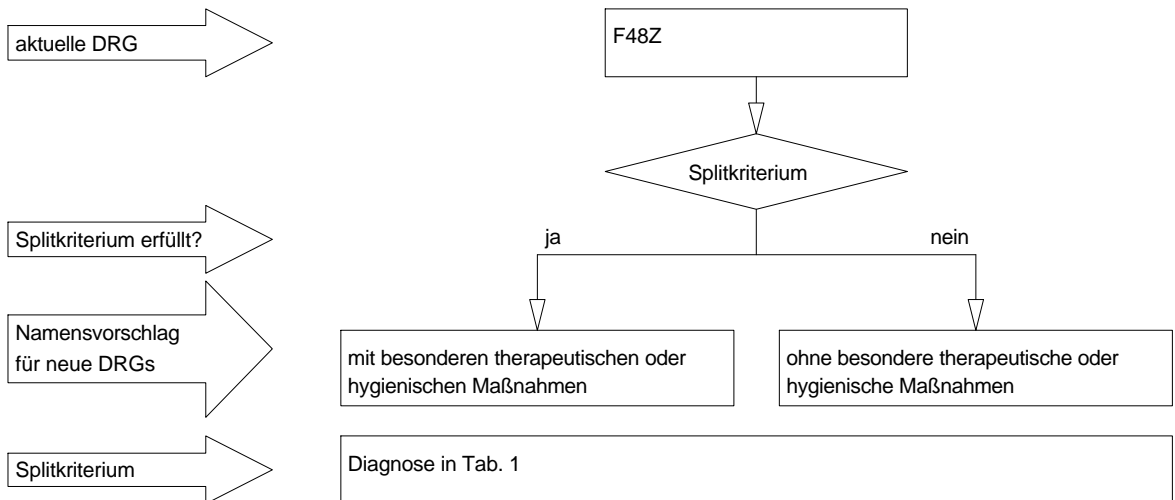
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



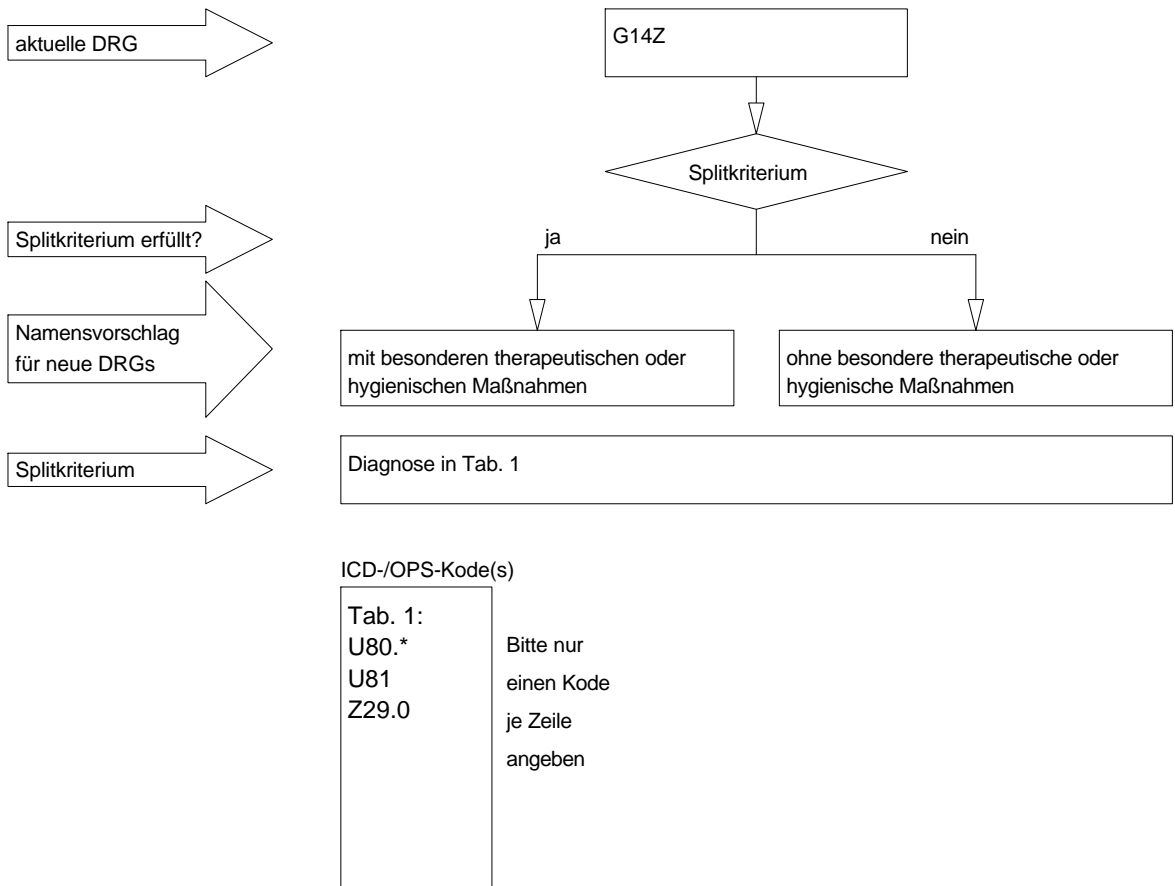
ICD-/OPS-Kode(s)

Tab. 1:
U80.*
U81
Z29.0

Bitte nur
einen Kode
je Zeile
angeben

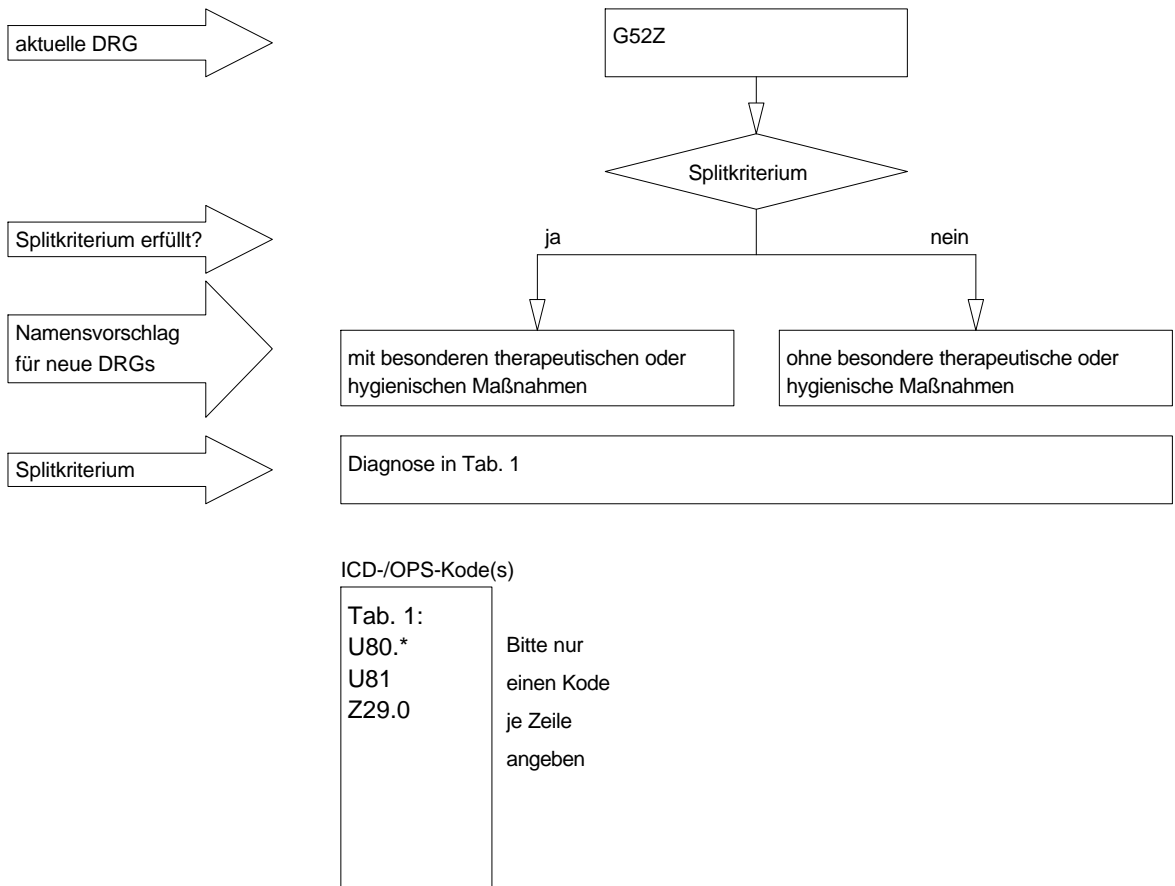
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



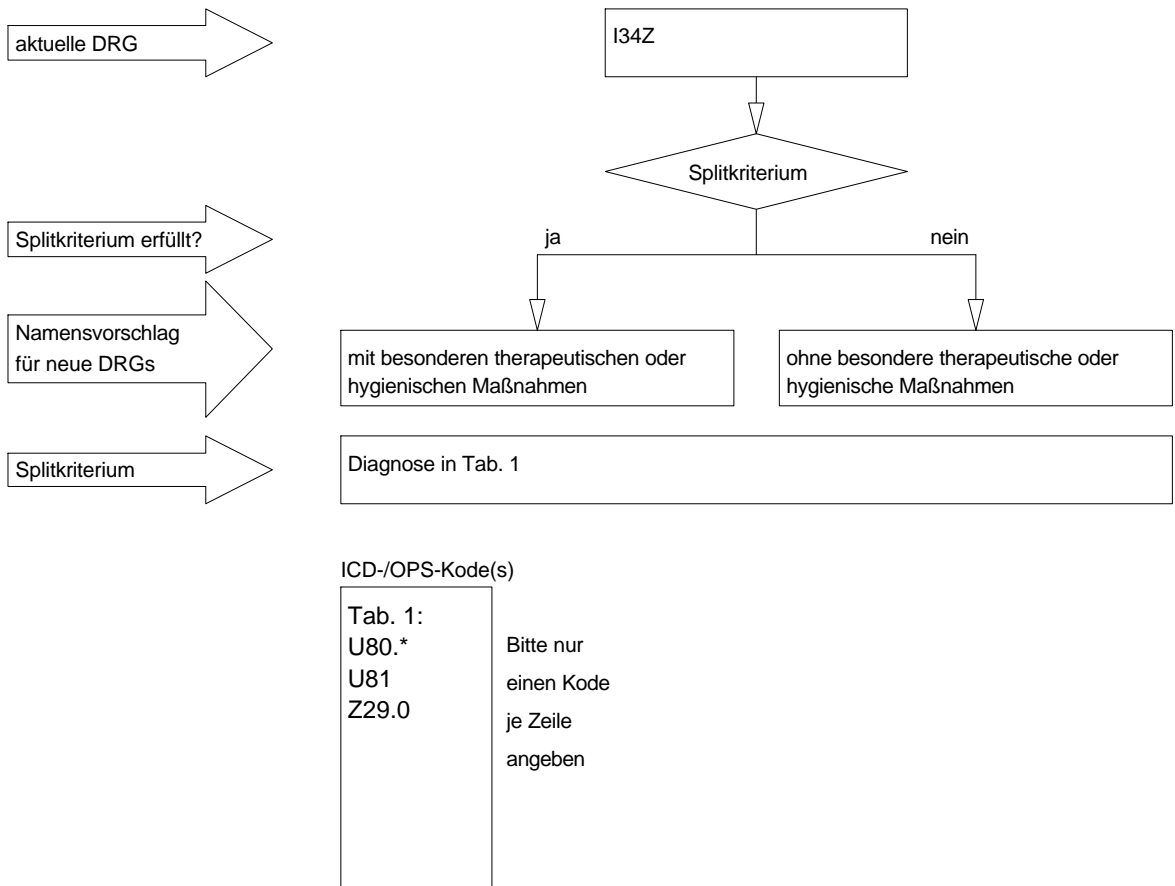
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



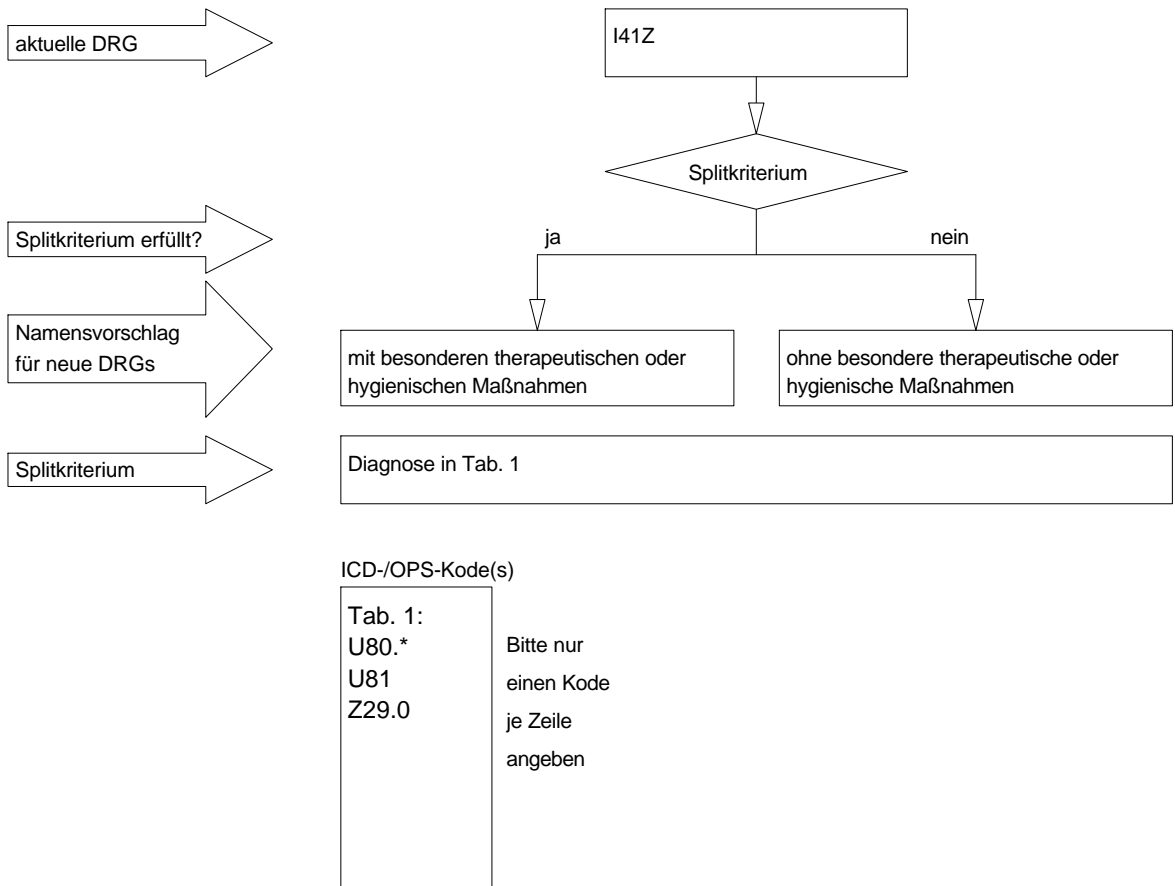
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



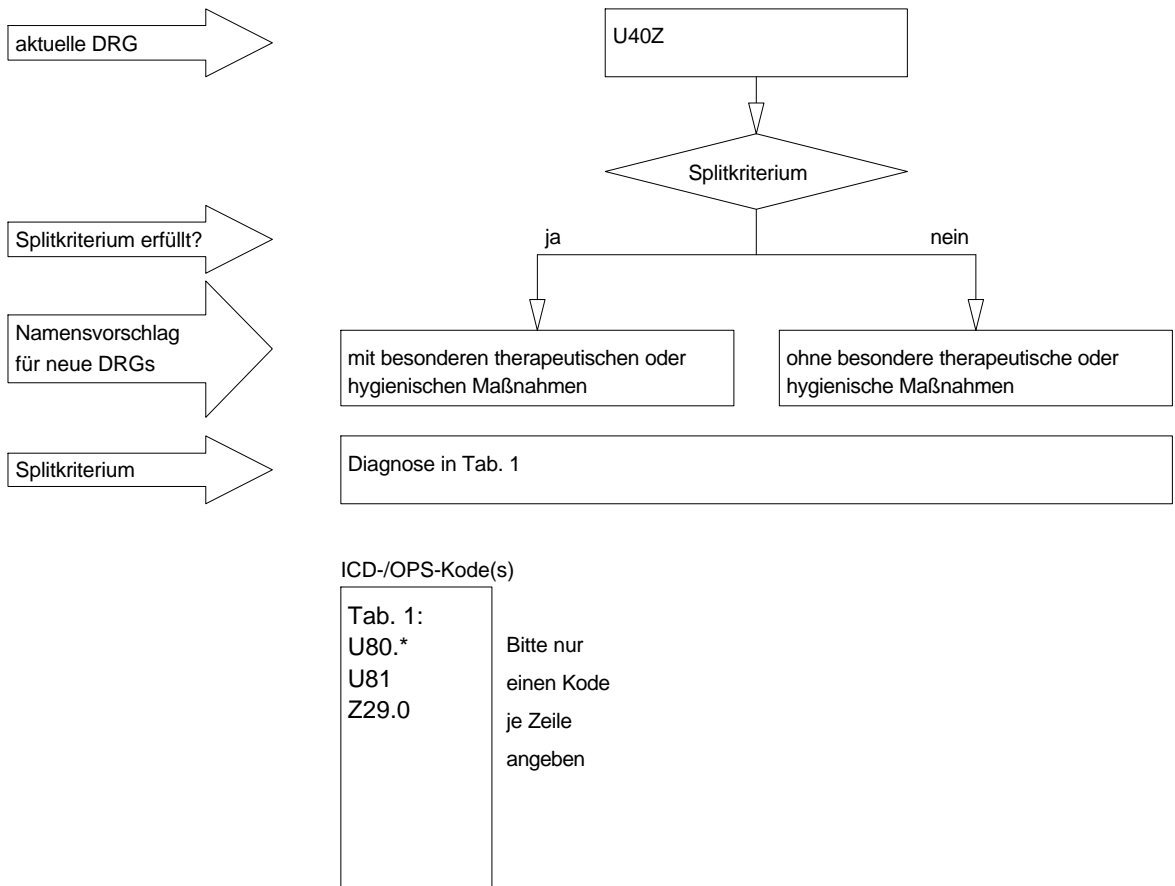
Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (I)

I. DRG mittels einfachem Split ändern



Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

28.02.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Die Fachvertretungen der Geriatrie haben mit großer Freude und Erleichterung zur Kenntnis genommen, dass das InEK mit der Überarbeitung des Kalkulationshandbuchs eine klare Vorgabe zur teilstationären Falldefinition und Fallabbildung in der Kalkulationsstichprobe gemacht hat, und werden ihrerseits alles in ihren Möglichkeiten Stehende dafür tun, dass dies rückwirkend für das Datenjahr 2004 auch umgesetzt werden kann.

Die Fachvertretungen der Geriatrie begrüßen es sehr, dass - kongruent zu den seitens der Geriatrie von Beginn an hierzu eingebrachten Vorschlägen - mit der Definition eine explizite Abkehr von der quartalsbezogenen Falldefinition vorgenommen wurde.

Die Fachvertretungen sehen allerdings die fristgerechte Datenlieferung als sehr problematisch an. Angesichts der Tatsache, dass mit der nun verbindlich vorgeschriebenen tagesbezogenen Falldefinition die Maximalvariante gewählt wurde (aus jedem Behandlungstag muss ein eigener Fall mit eigenem KH-internen-Kennzeichen, eigenem FAB-Aufenthalt, eigenen Diagnosen und Prozeduren und eigenen Entgelten gemacht werden), und im Zusammenhang mit der Tatsache, dass einerseits - nach ersten informellen Rücksprachen - beispielsweise weder SAP noch IKM teilstationäre Daten in der gewünschten Aufbereitung sofort ausgeben können und andererseits zugleich die sich über mehrere Tage erstreckende, intensivierete Therapieleistung einer geriatrischen Tagesklinik dann nicht mehr über den verweildauerbezogenen OPS 8-550 abgebildet werden kann und damit überprüft werden muss, ob und wie sich alternativ das Leistungsgeschehen darstellen lässt, veranlasst die Fachvertretungen, im Wege des Rückspracheverfahrens ein vermutlich auftretendes Problem mit der termingerechten Datenlieferung bis Ende März bzw. April 2005 zu benennen und alternative Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die im zeitlichen Rahmen des Rückspracheverfahrens kurzfristig vertiefend diskutiert werden könnten.

Des Weiteren ist es aufgrund der leider immer noch relativ kleinen Anzahl geriatrischer Fälle in der Kalkulationsstichprobe von besonderer Bedeutung, dass einzelne teilnehmende Krankenhäuser, die ihre teilstationären Fälle nicht mehr fristgerecht gemäß den neuen Vorgaben aufbereiten können, keinesfalls allein aus diesem Grund mitsamt ihren vollstationären Fällen ganz aus der Stichprobe herausfallen. Dies muss aus Sicht der Fachvertretungen sichergestellt sein.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Die kalkulierenden Krankenhäuser sollten ggf. noch einmal explizit auf die Besonderheiten der neuen teilstationären Falldefinition hingewiesen werden, inkl. der Besonderheit, dass diese Definition rückwirkend bereits für das Datenjahr 2004 gilt sowie versehen mit ergänzenden technischen Hinweisen, wie die teilstationären Datensätze in den Dateien FALL, FAB, ICD, OPS, ENTGELTE und KOSTEN genau abgebildet werden sollen.

Ergänzend hierzu halten wir die beiden nachstehend beschriebenen Varianten für äquivalent zur neuen teilstationären Falldefinition und daher für geeignet, den Termindruck zu reduzieren und die Kalkulationsbasis möglicherweise zu vergrößern. Als Voraussetzung für beide nachstehend dargestellten Kalkulationsvarianten wäre nur ergänzend vorzuschreiben, dass

a) für alle teilstationären Aufenthalte eindeutige und ausschließlich teilstationär verwendete Fachabteilungskodes dokumentiert und bei Datenlieferung benannt werden; für die teilstationäre Geriatrie wäre dies bspw. der Kode 0260 oder 0261;

b) alle teilstationären Fälle mit eigener Aufnahme- und dem Aufnahmegrund 03 in der Datei FALL aufgeführt sind.

Den kalkulierenden Krankenhäusern könnte dann eine Wahlmöglichkeit dahingehend eingeräumt werden, teilstationäre Datensätze entweder a) zu einem ggf. etwas späteren Zeitpunkt im neuen Format, oder b) fristgerecht unter oben angegebenen und bestimmten weiteren Voraussetzungen (s. nachstehend) im bisherigen Format zu liefern. Sollte ein Krankenhaus mit angeschlossener Tagesklinik weder a) noch b) kurzfristig realisieren können, dann muss auf jeden Fall gewährleistet werden, dass zumindest die vollstationären Behandlungsfälle in die Kalkulation eingehen können.

Zu Wahlmöglichkeit b):

Für das Erfassungsprogramm zum Geriatrischen Minimum Data Set (GEMIDAS) als Qualitätssicherungsinstrument der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. wurde kürzlich eine Schnittstelle zum Datensatz nach § 21 KHEntgG entwickelt. Dabei konnte ermittelt werden, dass es durchaus bereits jetzt zwei äquivalente, zuverlässige und vollständige Abbildungsmöglichkeiten teilstationärer geriatrischer Fälle im Datensatz nach § 21 KHEntgG gibt:

1.) "SAP-Variante": Fehltage werden über die Datei FAB abgebildet, indem alle kalendarisch direkt aufeinander folgenden Behandlungstage in einem Segment (d.h. einem FAB-Datensatz) zusammengefasst werden (maximal jeweils Montag bis Freitag, ggf. bei zwischenzeitlichen Fehltagen oder Feiertagen auch kürzeres Intervall); durch Aufsummierung der einzelnen Segmente kann dann sowohl die exakte Zahl der Behandlungstage, als auch die exakte kalendarische Lage aller Nicht-Behandlungstage ermittelt werden. Dies entspricht z.B. der aktuellen Darstellungsweise teilstationärer Fälle im Datensatz nach § 21 KHEntgG unter SAP.

2.) "IKM-Variante": Die Darstellung des teilstationären Falls erfolgt innerhalb der Datei FALL durch Angabe der Anzahl aller Fehltage im Feld "Beurlaubungstage"; die Zahl der teilstationären Behandlungstage kann dann aus Aufnahme- und Entlassungsdatum mit Abzug der angegebenen "Beurlaubungstage" exakt ermittelt werden, es lässt sich nur die exakte kalendarische Lage der Nicht-Behandlungstage dann nicht vollständig ermitteln, wenn für den teilstationären Fall nur ein FAB-Datensatz angelegt wird. Dies entspricht zum Beispiel der aktuellen Darstellungsweise teilstationärer Fälle im Datensatz nach § 21 KHEntgG unter IKM.

Formblatt Lösungsbeschreibung - Fortsetzung

Unter den beiden eingangs angegebenen Voraussetzungen lassen sich die kalkulatorisch relevanten Verweildauersegmente aus beiden beschriebenen Daten-Darstellungsweisen ohne großen Aufwand ermitteln, zugleich bliebe die fallbezogene teilstationäre Prozedurendokumentation erhalten. Es könnte zudem die bereits für GEMIDAS fertig entwickelte Schnittstelle aufbereitet werden, um aus beiden Varianten zumindest näherungsweise das geforderte neue Format automatisiert zu generieren. Dabei wäre es auch möglich, dieses Werkzeug dem InEK im Quellcode zu überlassen, etwa um von den Geriatrien im bisherigen Format übermittelte teilstationäre Datensätze zentral einheitlich in das neue Format zu überführen.

Die Fachvertretungen der Geriatrie nutzen aus den vorgenannten Gründen zu dem wichtigen Bereich der teilstationären geriatrischen Versorgung hiermit vorsorglich die Gelegenheit des Rückspracheverfahrens, um mit dem InEK die tatsächlich realisierbaren Optionen kurzfristig vertiefend zu erörtern und eine möglichst breite einheitliche Datenbasis teilstationärer geriatrischer Fälle rückwirkend für 2004 zu realisieren, ohne dass dabei zugleich die dringend benötigte Kalkulationsbasis im vollstationären Bereich gefährdet würde. Letzteres könnte vor dem Hintergrund des diesjährig insgesamt sehr hohen Anforderungsniveaus eine durchaus reale Gefahr sein, insbesondere unter Einbeziehung der gewünschten ergänzenden Datenlieferung im Hinblick auf quasi prospektive Leistungen zum OPS 8-550 nach den Mindestmerkmalen für 2005. Zusammen genommen sehen die Fachvertretungen beides als für die Geriatrie äußerst bedeutsame Aspekte des diesjährigen Kalkulationsverfahrens an, geben jedoch zu bedenken, dass insbesondere geriatrische Fachkliniken de facto vor die Aufgabe gestellt werden, kurzfristig den vollständigen, teilweise mehrere tausend Fälle umfassenden Jahrgang 2004 neu aufbereiten bzw. durcharbeiten zu müssen.

Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

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)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

28.02.2005

Formblatt Problembeschreibung

- immer ausfüllen -

Problembeschreibung (Freitext)

Mit Sorge haben die Fachvertretungen der Geriatrie den Wertverlust des OPS-Kodes 8-551 im letzten Kalkulationsbericht des InEK zur Kenntnis genommen, da im OPS 2004 für die geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550) noch keine geriatrische Qualifikation gefordert war und - nach Einschätzung der Fachvertretungen - im G-DRG-System 2004 zugleich ein gewisser Fehlanreiz zur Verschlüsselung fachfremder Leistungen über diesen Code bestand, insbesondere in der MDC 01 und in der MDC 08 (Abrechnung der DRG B42C bzw. der DRGs I03A, I08A und I08C).

Da dieser Mechanismus durchaus zu einem scheinbaren Wertverlust der geriatrischen Komplexbehandlung im Datenjahr 2004 führen könnte, wird er hier vorsorglich aufgegriffen, um für diesen Fall frühzeitig fachspezifische Lösungsansätze in die Diskussion einzubringen. Die Fachvertretungen der Geriatrie haben innerhalb des Fachbereichs kontinuierlich dafür geworben, das System als ein Lernendes zu begreifen und auf eine entsprechende, sachgerechte Anwendung hingewiesen. Gleichwohl muss immer noch konstatiert und berücksichtigt werden, dass ein ökonomisch relevanter Anteil regelgerecht erbrachter geriatrischer Komplexbehandlungen bislang nicht erlösrelevant wird, aus wirtschaftlicher Sicht also - insbesondere in Kombination mit chirurgischen Leistungen - als quasi "umsonst" erbracht wahrgenommen wird, und dass zugleich im tagtäglichen Abrechnungsgeschehen sehr häufig zu erleben ist, dass seitens der Kostenträger - wo immer im DRG-System möglich - versucht wird, aus erlöstechnischen Gründen eine Herabstufung zu erzielen. In diesen Auseinandersetzungen geht es nahezu ausschließlich um gruppierungsrelevante Diagnosen und Prozeduren. Die Ergebnisse der Kalkulation zum OPS 8-551 im Jahr 2004 geben Anlass zu der Befürchtung, dass dieser doppelte Druck, unter dem die Leistungserbringer stehen, durchaus dazu führen kann, dass nach kurzfristigen, ggf. fachfremden "Notlösungen" gesucht wird, die das System anzubieten scheint. Hierunter fielen 2004 nach Auffassung der Fachvertretungen durchaus auch die vom OPS 8-550 angesteuerten, eingangs erwähnten DRGs. Gerade solche "Ausweichbewegungen" der Kodierung dürfen jedoch nicht durch Folgekalkulationen festgeschrieben werden, insbesondere dann nicht, wenn zwischenzeitlich die fachspezifischen Leistungsdefinitionen grundlegend überarbeitet, konkretisiert und geschärft wurden. Fehlkodierte, nicht-komplexe Fälle, die das Kostengewicht der Komplexbehandlung fälschlich verwässern, sollten daher über geeignete Plausibilisierungsmaßnahmen weitgehend als Ursache ausgeschlossen sein, bevor aus einem ggf. auffälligen Kalkulationsergebnis weitreichendere Konsequenzen gezogen werden.

Die beschriebene Problematik würde das Vertrauen in eine sachgerechte Weiterentwicklung des Systems gerade dann erschüttern, wenn eine Lösung etwa beinhaltet würde, dass auch den vollständig fach-, sach- und regelgerecht arbeitenden Leistungserbringern die einheitlich kalkulierte Abrechnungsgrundlage - wie etwa beim OPS 8-551 geschehen - gleich mit entzogen würde. Die Fachvertretungen der Geriatrie sprechen sich daher für den Fall, dass im Datenjahr 2004 ein "Wertverlust" beim OPS 8-550 vergleichbar dem des OPS 8-551 im Datenjahr 2003 beobachtet werden sollte, vorsorglich gegen eine "Lösung" nach § 6 Abs. 1 KHEntgG aus und schlagen hiermit frühzeitig alternative Kalkulationsvarianten bzw. Plausibilisierungsmaßnahmen vor, die ggf. im Rückspracheverfahren mit dem InEK bei Bedarf weiter zu detaillieren wären.

Formblatt Lösungsbeschreibung

- immer ausfüllen -

Lösungsvorschlag mit Begründung (Freitext)

(Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Im Falle eines unplausiblen Kalkulationsergebnisses zur geriatrischen Komplexbehandlung im Datenjahr 2004 wird vorsorglich vorgeschlagen, dass zunächst detaillierte Plausibilitätsanalysen unter Heranziehung weiterer Fallmerkmale durchgeführt werden, um die Kalkulationsstichprobe ggf. fach- und sachgerecht einschränken zu können.

Geriatrische Komplexbehandlung kann nach Leistungsdefinition nur in einem besonderen Behandlungskontext erfolgen (vgl. Mindestmerkmale in der OPS-Definition). Sie ist dabei auf eine Mindeststrukturqualität angewiesen, um beispielsweise gerade auch die geforderten integrierten Teamleistungen effektiv und effizient erbringen zu können. In der Regel kann und wird die geriatrische Komplexbehandlung daher in größerer Fallzahl bislang nur von geriatrischen Fachabteilungen vollständig gemäß Leistungsdefinition erbracht. Im Falle eines unplausiblen Kalkulationsergebnisses kann daher der Fachabteilungskode nach § 301 SGB V als zusätzliches Einschränkungskriterium für die heranzuziehende Stichprobe (Plausibilisierung geforderter Mindestmerkmale) verwendet werden, dessen gültige Ausprägungen für geriatrische Fachabteilungen nachstehend aufgeführt sind:

Über den FAB-Kode näherungsweise zu plausibilisierende Mindestmerkmale (OPS 2004):

- Rehteam unter fachärztlicher Behandlungsleitung
- Schriftlicher wöchentlicher Behandlungsplan mit Teambesprechung
- Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal

Fachabteilungskodes der vollstationären Geriatrie:

0200
0102
0224
2402

Fachabteilungskodes der teilstationären Geriatrie:

0260
0261

Darüber hinaus können zur Plausibilisierung des geforderten standardisierten Assessments zusätzlich angegebene ICD-Kodes herangezogen werden, die 2004 in die ICD eingeführt wurden und zu jedem tatsächlichen geriatrischen Behandlungsfall angegeben sein müssten:

Über ICD-Kodes teilweise zu plausibilisierende Mindestmerkmale (OPS 2004):

- Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)

ICD-Kodes für stand. Assessment der Selbsthilfefähigkeit und Kognition:

U50.00! bis U50.50! - Barthel-Index

U51.02! bis U51.52! - MMSE

Ggf. auch:

U50.01! bis U50.51! - Motorischer FIM

U51.00! bis U51.50! - Erweiterter Barthel-Index

U51.01! bis U51.51! - Kognitiver FIM

Formblatt Lösungsbeschreibung - Fortsetzung

Auf Basis der Abgrenzungskriterien der Geriatrie besteht darüber hinaus zumindest näherungsweise bzw. grob orientierend eine Möglichkeit zur Plausibilisierung der Indikation "geriatrischer Patient" über das Alter (in der Regel 70 Jahre oder älter), sowie - insbesondere bei Fällen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren - über das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität, die anhand verschiedener ICD-Kodes aus mindestens zwei von 14 vordefinierten Merkmalskomplexen festgestellt werden kann. Eine Aufstellung der 14 Merkmalskomplexe mit zugeordneten ICD-Kodes, aus denen zumindest orientierend das Vorliegen einer geriatritypischen Multimorbidität (mindestens zwei oder mehr Merkmalskomplexe) plausibel gemacht werden kann, ist im Internet auf der Homepage der DRG-Projektgruppe Geriatrie der Fachgesellschaften abrufbar, eine maschinenlesbare Fassung könnte bei Bedarf kurzfristig zur Verfügung gestellt werden.

Die Fachvertretungen der Geriatrie gehen derzeit davon aus, dass sich dieser Vorschlag als überflüssig erweisen wird, bitten jedoch andernfalls um Rücksprache und Durchführung der hier vorsorglich vorgeschlagenen Plausibilisierungsmaßnahmen.

Materialien:

Abgrenzungskriterien der Geriatrie V1.3 (BAG, DGG & DGGG, 2004):

http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

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

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Borchelt
Vorname	Markus
Titel	Dr. med.
Adresse	DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am 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)

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 Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

In Ergänzung zu einem verbliebenen inhaltlichen Vorschlag aus dem Vorschlagsverfahren 2005 werden weitergehend ausschließlich redaktionelle Vorschläge gemacht. **Der wichtigste inhaltliche Vorschlag seitens der Fachgesellschaften besteht darin, keine weitergehenden grundlegenden Definitionsänderungen vorzunehmen, bevor nicht die Kalkulation die im vergangenen Jahr in erheblichem Umfang vorgenommenen Schärfungen der Mindestkriterien sachgerecht reflektiert.** Nachstehend werden zunächst die redaktionellen Vorschläge zur Klarstellung missverständlicher Formulierungen dargestellt, anschließend wird der aus dem letzten Jahr verbliebene inhaltliche Vorschlag zur Integration des Sozialdienstes weitergehend begründet.

Die Geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) ist eine spezialisierte Form der Krankenhausbehandlung von geriatrischen Patienten. Als solche erfolgt sie interdisziplinär unter Einsatz mehrerer Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter sowie weiteren Gruppen wie z.B. Diätassistenten etc.). Diese Leistungen erfolgen, solange Krankenhausbehandlungsbedarf besteht, an jedem Tag des geriatrischen Behandlungsablaufs, wobei sich tagesbezogen Art und Intensität der Behandlung nach dem Status und Bedarf der Patienten richten. Es ist daher jeder Tag ab Leistungsbeginn (der markiert wird durch das geriatrische Assessment) bis Entlassung (oder Verlegung) ein notwendiger Behandlungstag im Sinne der komplexen Leistungsdefinition. Es hat sich in der Anwendung der Leistungskodierung inzwischen erwiesen, dass die seitens der Fachgesellschaften bereits mehrfach kritisierte Formulierung „Behandlungstag“ missverständlich ist und seitens der Kostenträger wiederholt irrtümlich im Sinne von „Therapeutentag“ ausgelegt wird. Es ist ein kennzeichnendes Merkmal der geriatrischen Komplexbehandlung im Krankenhaus, dass gerade noch keine ausreichende medizinische Stabilität für ausschließlich therapeutische Anwendungen besteht, dem auch der explizite Hinweis „Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren“ besonders Rechnung trägt. Da die bisherige Formulierung zu nicht leistungsgerechten Auslegungen und damit zu unnötigen Reibungsverlusten auf beiden Seiten geführt hat, sollte – in Übereinstimmung mit der Auffassung des Kompetenzzentrums Geriatrie (KCG) des MDS in Hamburg – der Begriff „Behandlungstage“ durch den Begriff „Belegungstage“ ersetzt werden.

Des weiteren lautet die Fachbezeichnung in der Musterweiterbildung der Bundesärztekammer „Zusatzweiterbildung Klinische Geriatrie“. Auch hier sollte der Originalterminus Anwendung finden, um Missverständnissen vorzubeugen.

Eine geriatrische Komplexbehandlung ist ohne teamintegrierten Sozialdienst nicht sachgerecht durchführbar. Dies kommt bereits durch die zwischen 2004 und 2005 geschärfte Anforderungen im Bereich des geriatrischen Sozialassessments zum Ausdruck. Ein fundiertes Sozialassessment ist jedoch vielfach erst der Beginn einer in der Regel zeit- und personalaufwändigen sozialdienstlichen Beratungs- und Interventionsleistung, die teamintegriert und patientennah auf Station erfolgt (nicht patientenfern oder rein „konsiliarisch“) und beispielsweise einer ergotherapeutischen Intervention medizinisch und ökonomisch in nichts nach steht. Es wird daher konsequent erneut und auf den vorangegangenen Verfahren aufbauend vorgeschlagen, die Berufsgruppe der Sozialpädagogen/Sozialarbeiter sach- und fachgerecht als Bestandteil des geriatrischen Teams zu berücksichtigen. Eine ausführliche Begründung in Ergänzung zu den bereits vorliegenden Unterlagen wird in Abschnitt 9 gegeben.

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

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzausbildung "Klinische Geriatrie" erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich "Klinische Geriatrie" ausreichend)
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 5 Berufsgruppen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/facio-orale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie, Sozialpädagogen/Sozialarbeiter mit einem Mindestaufwand von 60 Minuten je Berufsgruppe
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Belegungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

8-550.1 Mindestens 14 Belegungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Belegungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

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

Im Rahmen des ersten DRG-Projekts der BAG KGE (2002) wurde zur Leistungsdokumentation ein fachspezifisch erweiterter „Geriatrischer Prozedurenkatalog (OPS-G)“ entwickelt, der mittlerweile in der 3. Überarbeitung vorliegt (http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/OPSG_V2005_Erhebungsbogen_050102.pdf). Dieser Katalog wurde in das Qualitätssicherungsprogramm GEMIDAS integriert und seitdem von insgesamt 14 Krankenhäusern eingesetzt und in bislang 4 KH sogar routinemäßig eingeführt. Der „OPS-G“ erlaubt dabei insbesondere eine differenzierte Erfassung von sozialdienstlichen Explorationen, Beratungen und Interventionen. Auf dieser Datenbasis (N>10.000 Fälle) kann gezeigt werden, dass 70-80% aller geriatrischen Patienten vom teamintegrierten Sozialdienst der Geriatrie exploriert und 50-60% aller geriatrischen Patienten vom Sozialdienst beratend und/oder intervenierend teamintegriert mitbehandelt werden. Bei den Patienten, bei denen eine Beratung und/oder Intervention erfolgte, umfasste der patientenbezogene sozialdienstliche Interventionsaufwand im arithmetischen Mittel (mit relativ großer Streubreite) insgesamt knapp 120 Minuten – ohne Assessment und ohne Teambesprechungen. Für einzelne KH wurden dabei auch Mittelwerte über 200 Minuten dokumentiert. Fallbezogen erreichen einzelne Patienten durchaus Aufwandswerte bis zu 285 Minuten Beratungs- und 565 Minuten Interventionsleistung bzw. einen Gesamtaufwand inklusive Assessment von bis zu 845 Minuten (entspricht umgerechnet 28 Einheiten á 30 Minuten; bei Bedarf können diese Daten im weiteren Verlauf des Vorschlagsverfahrens näher vorgestellt werden). Diese Leistungsdichte des teamintegrierten geriatrischen Sozialdienstes reflektiert den diesbezüglich hohen Bedarf bei geriatrischen Patienten und ist untrennbar mit dem (in die Mindestmerkmale bereits einbezogenen) geriatrischen Sozialassessment und der durchgängigen Einbeziehung des Sozialdienstes in alle Teambesprechungen (gleichfalls in den Mindestmerkmalen bereits enthalten) verbunden. Dementsprechend wird seitens der BAG KGE als ein wesentliches Strukturmerkmal von geriatrischen Einrichtungen auch ein Personalschlüssel im Sozialdienstbereich von 1:40 gefordert (<http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/BroschuereEmpfehlungenFuerDieKGB.pdf>). Dieser Personalschlüssel

entspricht beispielsweise den Anforderungen zur bedarfsgerechten Besetzung mit Logopäden (1:30 bis 1:40) und (Neuro-)Psychologen (1:40 bis 1:50) in geriatrischen Abteilungen. Mittlerweile wurde auch seitens des InEK im Rahmen der Kalkulation die Zuordnung des Sozialdienstes korrigiert, der zur medizinischen Infrastruktur gehört und im überarbeiteten DRG-Daten-Format nach § 21 KHEntgG nunmehr auch der Kostenartengruppe 7 (Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur) zugeordnet ist (http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/DrqKalkHandbuch_Ergaenzung_041222.pdf).

Geriatrische Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen halten eine hohe Personalkapazität im sozialpädagogischen Bereich vor, der geriatrische teamintegrierte Sozialdienst arbeitet ebenso wie die Therapeuten patientennah auf den Stationen und nimmt an den Teambesprechungen aktiv teil. Insofern stellt er derzeit auch bereits ein notwendiges, aber immer noch kein hinreichendes Mindestmerkmal des OPS 8-550 dar. Dies ist keine dauerhaft sachgerechte Konstellation und muss korrigiert werden.

Im Vorschlagsverfahren 2005 hatten die Fachgesellschaften hierzu bereits einen entsprechenden Vorschlag eingebracht und diesen eindeutig und explizit verbunden mit dem Vorschlag zur Zusammenziehung der zuvor getrennt berücksichtigten Therapiearten Physiotherapie und Physikalische Therapie. Es wurde jedoch nur die Zusammenziehung der beiden Therapiearten umgesetzt, nicht aber die Ergänzung des Sozialdienstes als eigenständige signifikante Berufsgruppe. Im Ergebnis wurde dadurch in bestimmten geriatrischen Fallgruppen eine signifikante formale Einschränkung vorgenommen, wann die spezifisch geriatrische Behandlung kodiert als „komplex“ bezeichnet werden „darf“ und wann nicht. Als beispielhaft kann hier die Gruppe der geriatrischen Patienten benannt werden, die der MDC 08 zugeordnet werden. Dabei handelt es sich am häufigsten um Patienten mit einer Fraktur. Diese Patienten benötigen frühzeitig eine teamintegrierte Behandlung mit Physiotherapie und Physikalischer Therapie – 2003 und 2004 war das nach OPS noch „komplex“, seit 2005 ist es das nicht mehr. In dieser Gruppe finden sich in der Geriatrie jedoch vergleichsweise viele Patienten, die sich die Fraktur im Rahmen eines Sturzes zugezogen haben und darunter sind wiederum viele Patienten, die unter einem demenziellen Prozess leiden (einer der Hauptrisikofaktoren im Alter für Stürze). Diese Patienten benötigen aber, da die Kombination Physio- und Physikalische Therapie OPS-technisch nicht mehr „hinreichend“ ist, nun keine „ersatzweise andere Therapie“ durch eine der im OPS 8-550 „gewerteten“ anderen Berufsgruppen, sondern stattdessen weiterhin eine fundierte, fachgerechte sozialdienstliche Intervention, da Ihnen oftmals der Weg in die gewohnte Häuslichkeit nicht ohne Weiteres offen steht, oder eine weitere Versorgung in der vollstationären Pflege unmittelbar organisiert werden muss – zumeist unter enger Einbeziehung der Angehörigen. Wohlgermerkt: Es handelt sich in der Geriatrie hierbei nicht um eine ausgliederungsfähige „Appendix-Leistung“, sondern fachlich ganz unzweifelhaft um einen genuinen und integrierten Bestandteil des teamorientierten, ganzheitlichen Ansatzes geriatrischer Medizin (vgl. hierzu etwa [Expertenkommission der DGG: „Was ist Geriatrie?“](#), sowie auch [Stellungnahme des KCG zum Verfahren 2005](#)), nur nach formalen OPS-Kriterien ist sie das – fälschlicherweise – nicht.

Durch die in der Geriatrie bestehende medizinische Untrennbarkeit der beteiligten Professionen (Ausrichtung und Zielsetzung beispielsweise der Physiotherapie oder Psychotherapie variieren durchaus in Abhängigkeit vom Fallmanagement und Entlassungsziel, dies wird mittels Teambesprechungen implementiert und kontinuierlich evaluiert) in Verbindung mit der bereits erfolgten Teilabbildung des Sozialdienstes im 8-550 (Assessment, Teambesprechungen etc.) ist derzeit keine Möglichkeit einer „anderweitig“ sachgerechten Kalkulation dieser Teilleistung geriatrischer Komplexbehandlung zu erkennen, wenn eine Wertung der ebenfalls interventionell tätigen Berufsgruppe des geriatrischen Sozialdienstes weiterhin unterbleiben sollte. Da die besonderen strukturellen Ressourcen der Geriatrie in den OPS 8-550 bereits eingebracht (Assessment, Teambesprechungen etc.) und zugleich ausschließlich fallbezogen über den OPS refinanziert werden müssen, sollte man – bliebe es bei der bisherigen Konstruktion – gewahr sein, dass das in der Geriatrie notwendige Soziale damit de facto endgültig zur „Restgröße“ erklärt würde und sich Leistungserbringer dem würden anpassen müssen. Insbesondere geriatrischen Patienten mit Fraktur nach Sturz oder mit anderen Erkrankungen des Bewegungsapparates würde eine vorzeitige Entlassung in die Kurz- bzw. Langzeitpflege drohen, wenn sie nicht in das – kodiert technisch vorgegebene, fachlich jedoch nicht begründbare – selektive OPS-Schema gewerteter Berufsgruppen passen und in Folge einer DRG der medizinischen Partition zugeordnet werden. Das Risiko für geriatrische Patienten der MDC 08 ist relativ hoch, da ihnen eine spezifisch neurologische Indikation für logopädische, neuropsychologische oder ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zur Physio-/Physikalischen Therapie vielfach „fehlt“.

Um einer ggf. notwendigen Abgrenzung gegenüber einer stationsfernen, nur auf spezielle Anforderung sporadisch erfolgenden und/oder vorwiegend administrativ orientierten sozialdienstlichen Leistung Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, als Minimalleistung in diesem Sinne einen sozialdienstlichen Mindestaufwand von 60 Minuten vorzugeben und diese Mindestanforderung zugleich auf jede andere therapeutische Berufsgruppe zu übertragen, um klar zu stellen, ab welcher Mindestleistung (nämlich 2 Therapieeinheiten) eine Berufsgruppe als „eingesetzt“ gewertet werden kann. Bezogen auf die oben genannte Stichprobe geriatrischer Patienten bedeutet diese Mindestanforderung beispielsweise, dass über 4.000

der sozialdienstlich evaluierten und beratenen Patienten (>40%) dieses Mindestkriterium nicht erfüllen und somit nicht als „sozialdienstliche Leistung im Rahmen geriatrischer Komplexbehandlung“ gewertet würden. Im Mittel verschiebt sich der sozialdienstliche Durchschnittsaufwand in der verbleibenden Gruppe dadurch bereits auf knapp 155 Minuten. Dies sei hier vorsorglich angemerkt, da ein Verschieben von Mindestanforderungen – zumal im Rahmen komplexer, additiv wirksamer Kriterien – ohne Datengrundlage in den insgesamt resultierenden Effekten nur schwer zuverlässig eingeschätzt werden kann und um zu verdeutlichen, dass eine Mindestanforderung kein Mittel-, sondern ein Schwellenwert ist, unterhalb dessen jegliche sonstige Leistung einer Nichtleistung gleich gesetzt wird.

Der im Verfahren 2005 vorgenommene Eingriff in die Mindestkriterien, der zu einer signifikanten Veränderung der Leistungsdefinition geführt hat, kann nach Auffassung der Fachgesellschaften durch den vorliegenden, fundiert abgewogenen und ausformulierten Vorschlag geheilt werden und eine (weitere) Dissemination geriatrischer Fälle auf nicht-geriatrische DRGs verhindern, allerdings ist hierbei wiederum mit größter Sorgfalt vorzugehen. Der hier eingebrachte Vorschlag geht auf datengestützte Überlegungen zurück und wird ausschließlich in seiner Gesamtheit eingebracht. **Es lassen sich daraus keine „Teile ausgliedern“ und anderweitig kombinieren. Sollten einzelne oder alle Aspekte nicht umsetzbar sein, dann besteht der Vorschlag der Fachgesellschaften darin, keinerlei inhaltliche Änderungen am OPS 8-550 vorzunehmen. Eine Teilumsetzung ist nicht intendiert und wird nicht befürwortet.**

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), Klarheit und Verbindlichkeit im Abrechnungsgeschehen

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

Ja

Nein

Begründung:

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

Standard

Etabliert

In der

Experimentell

Unbekannt

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

Jede Fachabteilung bzw. jedes Fachkrankenhaus für Geriatrie mit entsprechender akutmedizinischer und frührehabilitativer Mindestausstattung; je nach Spezialisierung 30-60% der in diesen Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten (Änderungen der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienscharfung für 2005)

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

Mittlere Fallkosten 5500 bis 7000 Euro (Inlier-Fälle; mittlere Verweildauer 20-25 Tage) (Änderung der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienscharfung für 2005)

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

Da es sich um Krankenhausbehandlung handelt, ist jeder Belegungstag als Behandlungstag aufzufassen, dies muss entsprechend formuliert werden, um unnötigen zusätzlichen Definitionsaufwand und unnötige Reibungsverlusten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu vermeiden.

Im Übrigen wird explizit und mit Nachdruck der Vorschlag gemacht, keine weitergehenden Kriterienschärfungen vorzunehmen. Das InEK hat in der ergänzenden Datenlieferung die spezialisierten Leistungserbringer aufgefordert bzw. gebeten, alle erbrachten Leistungen im Jahr 2004 zusätzlich nach den neuen Kriterien für 2005 einzustufen, was einen erheblichen Aufwand für die Kalkulationshäuser darstellt. Dieser erhöhte Aufwand und die Kalkulation des InEK würden ins Leere laufen, wenn weitere Kriterienschärfungen vorgenommen werden würden. Die Fachgesellschaften gemeinsam sprechen sich daher mit Nachdruck grundsätzlich gegen solche Änderungen aus, sollten diese von anderer Seite in das diesjährige Verfahren eingebracht werden und befürworten aus dem gleichen Grund auch mit Nachdruck eine ökonomische (Vor-)Bewertung des Vorschlags zum Sozialdienst. Sollte dieser ähnlich eingestuft werden müssen, dann verbleiben ausschließlich die hier angeführten redaktionellen Vorschläge.

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

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

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Borchelt
Vorname	Markus
Titel	Dr. med.
Adresse	DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am 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)

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 *

Stürze stellen – insbesondere in der Geriatrie – sehr häufige Behandlungsanlässe und/oder gravierende Ereignisse im Sinne von Komplikationen des Behandlungsverlaufs 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 und muss daher einen Behandler zur Einleitung geeigneter und gezielter präventiver Maßnahmen veranlassen.

Bislang erlaubt die ICD-10-GM keine differenzierte Abbildung von Sturzpatienten, da es einerseits nur einen einzelnen, unspezifischen Code hierfür gibt (R29.81 Stürze unbekannter Ursache), und andererseits die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) zugleich vorschreiben, dass sowohl bei bekannter Sturzursache als auch bei bekannter Sturzfolge (Fraktur, sonstige Verletzung, Sturzangst etc.) der Code nicht verwendet werden darf. Dies ist für die Versorgung hierzulande nicht sachgerecht (siehe detaillierte Begründung in Abschnitt 9), weder aus der Perspektive der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, noch aus der Perspektive der aufwandsgerechten, fallpauschalierten Finanzierung des Behandlungsaufwands. Es wird daher der nachstehende Vorschlag zur differenzierten Abbildung von Stürzen unabhängig von bekannten Ursachen und/oder Folgen eingebracht:

Es sollte ein eigenständig differenzierbarer ICD-Kode für Stürze aufgenommen werden (Vorschlag: R29.7-). Dem Code sollte eine Sturzdefinition als Hinweistext zugeordnet werden. Die Differenzierung an fünfter Position sollte nach Schwere der Sturzfolge(n) vorgenommen werden. Kodierfähig sollten sowohl Sturzereignisse sein, die im aktuellen Behandlungsverlauf als Komplikation auftreten, als auch solche der unmittelbar vorausgegangenen Vorgeschichte, die die Diagnostik, den Behandlungsablauf und/oder die zu veranlassenden sturzpräventiven Maßnahmen maßgeblich beeinflussen. **Die Kodierrichtlinie 1803a ist konsekutiv ersatzlos zu streichen oder entsprechend anzupassen.** Dem nachstehenden Vorschlag zur Umsetzung dieser Vorgaben liegen nationale und internationale Expertenstandards und Leitlinien zugrunde, die am Ende von Abschnitt 9 sowie in Abschnitt 10 vollständig zitiert sind.

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

R29.7- Stürze

Hinw.: Ein Sturz ist jedes plötzliche, unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/-gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene; hierbei sind im Behandlungsverlauf auftretende Stürze sowie bis zu 12 Monate zurückliegende, mit der aktuellen Behandlung in Zusammenhang stehende oder deren Ablauf maßgeblich beeinflussende, wiederholte oder mit Verletzungen einhergegangene Stürze zu kodieren, unabhängig davon, ob eine Sturzursache oder Sturzfolge bekannt ist; ein einzelner folgenlos gebliebener Sturz ist nicht zu kodieren

R29.71 Sturz oder Stürze mit Fraktur

Hinw.: Fraktur(en) sind zusätzlich zu kodieren

R29.72 Sturz oder Stürze mit sonstiger Verletzung

Hinw.: Verletzung(en) sind zusätzlich zu kodieren

R29.73 Sturz oder Stürze ohne Verletzung mit Intervention

Hinw.: Intervention(en) sind ggf. zusätzlich nach OPS zu kodieren

R29.74 Rezidivierende Stürze ohne Verletzung und ohne Intervention

R29.79 Rezidivierende Stürze ohne nähere Angaben

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

Die bisherigen Kodiermöglichkeiten und Kodierrichtlinien für Stürze müssen als höchst unzureichend eingestuft werden, da sie gerade dann, wenn eine Kodierung aus unterschiedlichster Perspektive (hierunter vor allem die der Informationsweitergabe zur Prävention, der Qualitätssicherung, und der Ökonomie) besonders notwendig wäre, nicht vorgenommen werden darf.

Dass Stürze bislang zumeist nicht kodierbar sind, muss aus patientenorientierter Sicht als bedenklich eingestuft werden, da demzufolge diese – gerade bei geriatrischen Patienten – äußerst wichtige Information zumeist nicht unter den Behandlungsdiagnosen erscheint. Die Diagnosen stellen aber immer noch den zentralen, zusammenfassenden und damit schnellsten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten (z.B. Krankenhausarzt und Hausarzt) dar.

Aus dem Vorliegen einer „typischerweise“ oder „häufig“ mit Stürzen einhergehenden Erkrankung wie etwa dem Parkinson-Syndrom oder einer Hemiplegie kann keinesfalls das tatsächliche Vorliegen oder Auftreten von Stürzen abgeleitet werden. Umgekehrt kann bei Vorliegen von Stürzen auch nicht auf eine einzelne ursächliche Erkrankung rückgeschlossen werden, insbesondere nicht bei geriatrischen, multimorbiden Patienten. Ein Parkinson-Patient mit rezidivierenden Stürzen unterscheidet sich jedoch maßgeblich von einem Parkinson-Patient ohne Sturzsyndrom. Rezidivierende Stürze oder Stürze mit schwerwiegenden Verletzungen stellen ein eigenständiges medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Problem dar, dem gesondert präventiv und interventionell begegnet werden muss. In der Geriatrie kommt noch hinzu, dass die Veranlassung einer fachspezifischen geriatrischen Diagnostik einschließlich Assessment und Therapie im Krankenhaus relativ häufig aufgrund von „rezidivierenden Stürzen“ erfolgt. Geriatrisch tätige Ärzte sehen sich dann zumeist gezwungen, auf andere Diagnosen auszuweichen, da mögliche Sturzursachen und/oder –folgen zumeist identifiziert werden können.

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

Nein

Begründung: Stürze führen zu erhöhtem Ressourcenverbrauch (verlängerte Verweildauer, gezielte präventive Maßnahmen, erhöhter diagnostischer Bedarf); Stürze treten insbesondere bei geriatrischen Patienten gehäuft auf, sodass spezialisierte Leistungserbringer einen oft überproportionalen Aufwand haben, der sich auch hinsichtlich struktureller Maßnahmen (Treppehäuser, Flure, Klingeln, Personalbesetzung etc.) auswirkt. Aufgrund des fallbezogen pauschalierenden Entgeltsystems muss das erhöhte Risiko fallbezogen schlüssig dokumentierbar sein, um eine sachgerechte Kalkulation zu ermöglichen.

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

Ja

Nein

Begründung: Patientensicherheit und Risikomanagement stellen wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung dar. Sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht der Leistungserbringer ist die Vermeidung von Stürzen im Verlauf sowie das Ergreifen und die Umsetzung von präventiven Maßnahmen unmittelbar relevant im Hinblick auf Ergebnisqualität. Beispielhaft umgesetzt wird dies bereits im Rahmen des Modellprojekts „GEMIDAS-QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung“ (<http://www.gemidas-qm.de/>), seit Februar 2005 liegt hierzu auch der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vor (<http://www.dnqp.de/ExpertenstandardSturz.pdf>). Ohne eine schlüssige und vollständige Dokumentation von Stürzen laufen diese Bemühungen perspektivisch ins Leere, da Sturzpatienten nicht identifiziert werden können.

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

Standard

Etabliert

In der

Experimentell

Unbekannt

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

Jede Fachabteilung bzw. jedes Fachkrankenhaus für Geriatrie mit entsprechender akutmedizinischer und frührehabitativer Mindestausstattung; je nach Spezialisierung 30-60% der in diesen Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten (Änderungen der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienscharfung für 2005)

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

Mittlere Fallkosten 5500 bis 7000 Euro (Inlier-Fälle; mittlere Verweildauer 20-25 Tage) (Änderung der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienscharfung für 2005)

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

Weiterführende Literatur:

- Wood BH, Bilclough JA, Bowron A, Walker RW. **Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002 Jun;72(6):721-5.
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. **Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies.** *BMJ.* 1997 Oct 25;315(7115):1049-53.
- Coker E, Oliver D. **Evaluation of the STRATIFY falls prediction tool on a geriatric unit.** *Outcomes Manag.* 2003 Jan-Mar;7(1):8-14; quiz 15-6.
- Papaioannou A, Parkinson W, Cook R, Ferko N, Coker E, Adachi JD. **Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting.** *BMC Med.* 2004 Jan 21;2(1):1.
- Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. **Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review.** *Age Ageing.* 2004 Mar;33(2):122-30.
- Oliver D. **Prevention of falls in hospital inpatients: agendas for research and practice.** *Age Ageing.* 2004 Jul;33(4):328-30.
- Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D. **Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial.** *Age Ageing.* 2004 Jul;33(4):390-5.
- Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, Hill KD. **Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial.** *BMJ.* 2004 Mar 20;328(7441):676.

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

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

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Borchelt
Vorname	Markus
Titel	Dr. med.
Adresse	DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am 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)

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 *

„Senilität“ ist keine medizinische Kategorie in der Geriatrie. Der Begriff „Senilität“ wird abgeleitet vom lateinischen senium (Alter), jedoch – beispielsweise nach dem [„Wörterbuch der Sozialpolitik“](#) – „heute ausschließlich abwertend im Sinne von *seniler Verblödung oder neutraler von seniler Demenz gebraucht*“. Im [„Gesundheitswissen der AOK“](#) wird beispielsweise Senilität als Synonym der Demenz bei Alzheimer-Krankheit aufgeführt. Eine fundierte medizinische Definition für „Senilität“ gibt es insofern nicht, umgangssprachlich wird der Begriff fast ausschließlich abwertend gebraucht, fachlich bezieht er sich wohl zumeist – wenn er denn überhaupt angewendet wird (?) – auf mentale Funktionseinbußen im Sinne einer manifesten Demenz oder eines demenziellen Prozesses. Die Angabe einer „senilen Psychose“ (im Sinne einer nicht näher bezeichneten Demenz – F03) ist jedoch explizit als Exklusivum der bisherigen Kategorie „R54 Senilität“ aufgeführt.

Der in der ICD synonym aufgeführte Begriff der „Altersschwäche“ trifft diese Kategorie bereits etwas besser, auch wenn die fixe Kombination mit dem Begriff „Alters-“ gleichfalls eher vermieden werden sollte, nicht nur, weil die Gerontologie vielfache Belege dafür erarbeitet hat, dass das Alter per se weder selbst ein krankhafter Zustand ist, noch unausweichlich zu bestimmten krankhaften Zuständen führt, sondern auch, weil sich in den Begriffskombinationen mit „Alter“ durchaus eine Form der Altersdiskriminierung verbergen kann. Die gleichfalls in der ICD aufgeführten Synonyme „Hohes Alter“ und „Seneszenz“ sind daher aus dieser Kategorie ebenso zu eliminieren wie kombinierte Begriffe mit negativer Alterskonnotation (Senilität, Altersschwäche). Es gibt aus medizinischer Sicht „Senilität“ ebenso wenig wie etwa „Infantilität“.

Stattdessen sollte die Kategorie in „Gebrechlichkeit“ umbenannt und – aufbauend auf der umfangreichen Frailty-Literatur aus dem anglo-amerikanischen Raum – eine nähere Beschreibung mittels Hinweistext hinzugefügt werden, die verdeutlicht, dass es sich hierbei um ein altersassoziiertes Syndrom handelt, das andernorts nicht klassifiziert ist, jedoch für Planung, Durchführung und Überwachung von Diagnostik und Therapie signifikante und spezifische Bedeutung besitzt.

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

R54 Gebrechlichkeit (Frailty)

Hinw.: Gebrechlichkeit ist ein Syndrom, das altersassoziiert auftritt, sich aber nicht allein aus dem Lebensalter ableiten lässt. Gebrechlichkeit ist keine Krankheitsentität, sondern resultiert aus der Kombination des natürlichen Alterungsprozesses mit verschiedenen medizinisch feststellbaren Organ- und Funktionsstörungen, die für sich betrachtet jeweils zumeist keine Diagnose erlauben, in der Kombination jedoch erhöhten diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Aufwand nach sich ziehen. Bei Vorliegen von 3 oder mehr der folgenden Faktoren kann bei Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter ein Frailty-Syndrom vorliegen:

- Unfreiwilliger Gewichtsverlust (>10% in einem Jahr oder >5% in 6 Monaten)
- Objektivierbare Muskelschwäche (z.B. Handkraftmessung)
- Subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch)
- Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung
- Herabgesetzte körperliche Aktivität (hinsichtlich basaler und/oder instrumenteller Alltagsaktivitäten)

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

"Frailty is the special mandate of the geriatrician, or ought to be. The essence of management in frailty is to embrace the complexity of the patients and their needs for care. When we do our jobs well, this is what geriatricians do. We have complex patients (i.e. those with multiple needs, and a multifactorially determined state) on whom we apply a complex intervention (Comprehensive Geriatric Assessment and multidisciplinary care) to achieve a variety of ends. (...)

There is good reason for geriatricians to focus on the frail. In business parlance, it is our chief 'value added'. Specialised geriatric medicine with multidisciplinary care can prevent functional decline and reduce nursing home utilisation for frail older patients in their own homes and in the acute hospital setting."

Rockwood K & Hubbard R (2004). Frailty and the Geriatrician. Age Ageing 33: 429–430

Gebrechlichkeit im Sinne von „Frailty“ ist ein altersassoziiertes Syndrom, das andernorts nicht klassifiziert ist, jedoch evidenzbasiert in der geriatrischen Medizin nachweislich signifikante Bedeutung für diagnostische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen ebenso besitzt wie prädiktive Bedeutung für Mortalität und Pflegebedürftigkeit.

Die bisherige ICD-Kategorie R54 ist unpräzise beschrieben bzw. kann durchaus auch als abwertend oder diskriminierend aufgefasst werden, da weder „hohes Alter“ an sich noch „Senilität“ diagnostische Kategorien sind. Das Problem der korrekten Bezeichnung und Beschreibung dieses ICD-Kodes ist allerdings durchaus nachvollziehbar, da eine völlig einheitliche formale Definition für „Frailty“ oder Gebrechlichkeit auch in der Geriatrie und Gerontologie nach wie vor noch fehlt, obwohl fachlich im Einzelfall das Feststellen des Vorliegens von Gebrechlichkeit zumeist unproblematisch ist, da sie in der Regel selbst-evident ist („experts may disagree on exactly what it is but most people know frailty when they see it“ – J.E. Morley, 2004).

Da sich in den letzten Jahren inzwischen das multidimensionale bzw. syndromale Konzept zur Definition der Gebrechlichkeit im Sinne von „Frailty“ weitgehend durchgesetzt hat (teilweise auch unter dem Begriff der Sarkopenie), sollte die ICD-Kategorie daran angelehnt wie vorgeschlagen umbenannt und spezifischer beschrieben werden.

Literatur:

- Fried L, Tangen C, Walston J, et al. 2001. **Frailty in older adults: evidence for a phenotype.** *J Gerontol Med Sci.* 56A:M146-M156. [[Abstract/Free Full Text](#)]
- Newman AB, Gottdiener JS, Mcburnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, Walston JD, Fried LP; Cardiovascular Health Study Research Group. **Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M158-66. [[Abstract](#)]
- Gillick M (2001). **Pinning down frailty.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M134-5.
- Morley JE (2004). **Frailty: Management and Treatment.** [interMDnet Corporation](#)
- Puts MT, Lips P, Deeg DJ. (2005). **Sex differences in the risk of frailty for mortality independent of disability and chronic diseases.** *J Am Geriatr Soc.* 2005 Jan;53(1):40-7. [[Abstract](#)]
- Mitnitski AB, Mogilner AJ, MacKnight C, Rockwood K. (2002). **The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty index.** *Mech Ageing Dev.* 2002 Sep;123(11):1457-60. [[Abstract](#)]

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

Ja

Nein

Begründung: Gebrechlichkeit im Sinne von Frailty führt zu erhöhtem Ressourcenverbrauch (verlängerte Verweildauer, gezielte diagnostische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen, erhöhter diagnostischer Bedarf); Gebrechlichkeit tritt insbesondere bei geriatrischen Patienten gehäuft auf, sodass spezialisierte Leistungserbringer diesbezüglich einen oft überproportionalen Aufwand haben. Aufgrund des fallbezogen pauschalierenden Entgeltsystem muss das erhöhte Risiko fallbezogen schlüssig dokumentierbar sein, um perspektivisch eine sachgerechte Kalkulation zu ermöglichen.

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**) **ENTFÄLLT**

- Standard
- Etabliert
- In der
- Experimentell
- Unbekannt

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

Jede Fachabteilung bzw. jedes Fachkrankenhaus für Geriatrie mit entsprechender akutmedizinischer und frührehabitativer Mindestausstattung; je nach Spezialisierung 30-60% der in diesen Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten (Änderungen der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienschärfung für 2005)

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

Mittlere Fallkosten 5500 bis 7000 Euro (Inlier-Fälle; mittlere Verweildauer 20-25 Tage) (Änderung der Schätzung gegenüber Vorjahr bedingt durch Mindestkriterienschärfung für 2005)

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

Hinsichtlich der Begrifflichkeit gilt Ähnliches im Übrigen auch für viele der Einträge im Diagnoseschlüssel zum ICD-Kode **F03**:

Begriffe wie

- Altersdemenz, Altersirresein, Alterspsychose, Altersschwachsinn, Altersverwirrtheit, Demenz im Greisenalter, presbyophrone Psychose, Presbyophrenie

stellen keine medizinischen Kategorien dar und könnten durchaus als Ätatismus (oder „Ageismus“ für engl. *ageism* im Sinne von Altersdiskriminierung) aufgefasst werden. Eine Demenz wird nach ihrer Ursache und nach dem Zeitpunkt ihres Beginns klassifiziert. Ein „Altersirresein“ o.ä. gibt es nicht.