

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

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

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

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulardatei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

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

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

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

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplekkodefruehreha-mustermann.doc

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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

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

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

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

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

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

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

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

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

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	DRG-Projektgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG KGE), der Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG-Projektgruppe
Internetadresse der Organisation *	<a href="http://www.bag-geriatrie.de">http://www.bag-geriatrie.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Trögner
Vorname *	Jens
Straße *	Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1
PLZ *	90419
Ort *	Nürnberg
E-Mail *	<a href="mailto:jens.troegner@gibdat.de">jens.troegner@gibdat.de</a>
Telefon *	0175-1618361

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation \*

Internetadresse der Organisation \*

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

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

Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG KGE)  
Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG)  
Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

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

Berücksichtigung Sozialdienst bei geriatrischer Komplexbehandlung

**5. Art der vorgeschlagenen Änderung \***

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

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

OPS 8-550

- Streichung des Zusatzes "; 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"

**7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \***

**a. Problembeschreibung**

Die Ausnahmeregelung bei nicht vorhandener geriatrischer Weiterbildung läuft mit dem Jahr 2007 ab. Sie wird danach nicht mehr benötigt. Die Steichung dient der Kürzung und inhaltlichen Vereinfachung.

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

Kürzung des OPS-Erläuterungstextes und inhaltliche Klarstellung.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Keine zusätzlichen Kosten

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

trifft nicht zu

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

trifft nicht zu

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

nicht relevant für die QS

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

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

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

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

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulardatei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

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

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

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

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplekkodefruehreha-mustermann.doc

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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

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

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

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

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

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

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

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

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

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation \* a)  
 b) Deutsche Vereinigung für Rehabilitation /  
 c) Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen  
 Offizielles Kürzel der Organisation \* DRG-Projektgruppe, DVfR, DVSG  
 Internetadresse der Organisation \* <http://www.bag-geriatrie.de>  
 Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dr. med.  
 Name \* Trögner  
 Vorname \* Jens  
 Straße \* Klinikum Nürnberg, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1  
 PLZ \* 90419  
 Ort \* Nürnberg  
 E-Mail \* [jens.troegner@gibdat.de](mailto:jens.troegner@gibdat.de)  
 Telefon \* 0175-1618361

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \* Deutsche Vereinigung für Rehabilitation  
 Offizielles Kürzel der Organisation \* DVfR  
 Internetadresse der Organisation \* <http://www.dvfr.de>  
 Anrede (inkl. Titel) \* Herr Prof. Dr.med.  
 Name \* Zippel  
 Vorname \* Christian  
 Straße \* Turmstr. 21, Haus M (MEDIAN Klinik Berlin-Mitte)  
 PLZ \* 10559  
 Ort \* Berlin  
 E-Mail \* [ChZippel@t-online.de](mailto:ChZippel@t-online.de)  
 Telefon \* 030/39763002 und 0173/2056541

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

Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatischer Einrichtungen (BAG KGE)  
 Dt. Gesellschaft für Geriatrie (DGG)  
 Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)  
 Dt. Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)  
 Dt. Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)

### 4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Berücksichtigung Sozialdienst bei geriatrischer Komplexbehandlung

### 5. Art der vorgeschlagenen Änderung \*

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

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

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung  
 Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation ( 8-552 ff.)  
 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation ( 8-559 ff.)  
 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung ( 8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich '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 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
- Fakultativ spezifische Leistungen der Sozialarbeit jeweils á mind. 30 Minuten und mit individuellem Protokoll. Maximal 20% der Therapieeinheiten (s.u.) können durch spez. Leistungen der Sozialarbeit ersetzt werden.

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage 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 Behandlungstage 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 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten  
Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten  
von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Sozialarbeit als Querschnittsdisziplin erarbeitet mit dem Patienten während der Behandlungszeit in der Klinik ein auf den Willen des Patienten ausgerichtetes Konzept für eine sozialverträgliche nachstationäre Versorgung, ggf. in Abstimmung mit dem sozialen Umfeld / den Angehörigen. Die am geriatrischen Team beteiligten Berufsgruppen werden in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Juristische, verwaltungstechnische und organisatorische Angelegenheiten, die während des Aufenthalts des Patienten geklärt bzw. beantragt werden und/oder vor der Entlassung genehmigt sein müssen (z.B. Beantragung von Betreuung/Eilbetreuung, Beantragung Pflegeeinstufung, Vorbereitung der häuslichen Infrastruktur auf die Rückkehr, Vorbereitung des Umzugs in vollstationäre Pflegeeinrichtungen / Wohngemeinschaften für Demenzkranke u.a.), können durch Sozialarbeiter besonders professionell und erfolversprechend geklärt bzw. realisiert werden.

Der professionelle Einsatz von Sozialarbeit(ern) muss darum gewährleistet sein.

Durch die OPS-Ziffer 8-550 wird die spezifische geriatrische Behandlung im Akutkrankenhaus beschrieben. Jedoch wird nur ein Teil der Patienten einer geriatrischen Fachabteilung erfasst. Die restlichen Fälle werden über DRGs abgerechnet, die auch in nicht-geriatrischen Fachabteilungen angesteuert werden. Der spezifische geriatrische Behandlungsansatz bleibt bei diesen Patienten völlig unberücksichtigt, wodurch der Mehraufwand einer geriatrischen Fachabteilung nicht abgebildet wird.

Ein besonderes Problem stellen insbesondere Patienten mit psychischen Erkrankungen dar. Hierunter fallen v.a. Patienten mit dementiellen Erkrankungen, Depressionen und Anpassungsstörungen. Häufig führt eine akute Erkrankung (z.B. Infekt) diese Patienten in die akutstationäre Behandlung. Neben der internistischen Therapie hat diese Patientengruppe einen hohen Bedarf zum einen an geriatrischer Komplexbehandlung und gleichzeitig an psychosozialen Interventionen. Besonders aufwändig gestaltet sich häufig die sozialmedizinische Betreuung dieser Patienten. Um eine qualitativ gute und stabile Weiterversorgung zu ermöglichen, geht der notwendige Aufwand weit über das Maß hinaus, das in nicht-geriatrischen Abteilungen angeboten wird. Eine geriatrische Abteilung bedarf in aller Regel erheblich mehr Kapazität an sozialer Arbeit pro Patient als alle anderen Krankenhausabteilungen. Einzige Ausnahme ist erfahrungsgemäß die Psychiatrie, die in der Gerontopsychiatrie letztlich ähnliche Krankheitsbilder behandelt.

Um dieser Patientengruppe gerecht zu werden, ist es notwendig, neben den personalintensiven Therapieleistungen auch spezifische Sonderleistungen der Sozialarbeit in der Geriatrie zu berücksichtigen. Durch unseren Vorschlag wird dem Rechnung getragen, ohne dass die Sozialarbeit als zusätzliche 'Therapeutengruppe' eingeführt wird. Nur spezifische Sonderleistungen, die eine Mindestzeit beanspruchen und per Protokoll nachprüfbar dokumentiert sind, können bis zu einer prozentualen Obergrenze angerechnet werden. Solche Sonderleistungen sind beispielsweise der the-

reapeutische Hausbesuch zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung oder die Durchführung aufwändiger Familiengespräche z.B. bei intrafamiliären Konflikten im Umgang mit dem Betreuungsrecht. Häufig nehmen neben dem Sozialdienst auch weitere Berufsgruppen an Familiengesprächen teil (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten), was zum einen den Stellenwert und zum anderen den hohen personellen Aufwand belegt. Auch aufwändige sozial-rechtliche und sozial-medizinische Beratungen kommen in der Geriatrie vor und gehen über das in nicht-geriatrischen Abteilungen übliche Maß deutlich hinaus.

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

Primäre Ziele dieses Vorschlags sind die Verankerung der Sozialarbeit als essentiellen Bestandteil geriatrischer Behandlung, die Berücksichtigung sozialmedizinischer Besonderheiten insbesondere bei psychisch erkrankten älteren Menschen sowie die leistungsgerechte Weiterentwicklung der OPS-Ziffer 8-550. Der Einbezug der Sozialarbeit als langjährige Forderung der beiden geriatrischen Fachgesellschaften, der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen und des Fachverbände für Rehabilitation und Sozialarbeit im Gesundheitswesen würde die bestehende und zwischenzeitlich bewährte OPS-Ziffer vervollständigen, ohne den bisherigen Inhalt bzw. die bisherige Wertigkeit wesentlich zu verändern.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass der Einsatz von ausgebildeten Sozialarbeitern gefördert wird, was zu einer Professionalisierung und Qualitätsverbesserung der geriatrischen Komplexbehandlung beiträgt. Im Interesse der Qualitätsverbesserung ist es sinnvoll, dass der Einsatz anderer Berufsgruppen, z. B. in Form von Übergangspflege, möglichst auf dafür ausgebildete und vorgesehene professionelle Mitarbeiter übergeht.

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Keine zusätzlichen Kosten

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

Ca. 25 - 30% der geriatrischen Komplexfälle

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

Derzeit werden psychosoziale Leistungen in der akutgeriatrischen Behandlung vom Fallpauschalensystem noch nicht berücksichtigt. Bei bereits in den Behandlungsprozess einbezogener professioneller Sozialarbeit entstehen keine zusätzlichen Kosten, da die Arbeit nur innerhalb der OPS präzisiert wird. Falls noch keine professionelle Sozialarbeit einbezogen ist, muss dies im geriatrischen

schen Procedere entsprechend den geriatrischen DRG's bzw. OPS 8-550 durch Anstellung eines oder mehrerer Sozialarbeiter/innen gewährleistet werden. Dadurch könnten evtl. Mehrkosten entstehen. Allerdings ist bekannt, dass in Krankenhäusern, in denen die Soziale Arbeit bereits durch Fachmitarbeiter der Sozialarbeit geleistet wird, keine erhöhten Kosten vergleichbar zu Einrichtungen anfallen, die (noch) keine Sozialarbeiter angestellt haben. Auch würden Kapazitäten für die unmittelbaren beruflichen Aufgaben in den Einrichtungen frei, wo bislang die Aufgaben der sozialen Arbeit in der geriatrischen Komplexbehandlung von anderen Berufsgruppen bislang übernommen worden sind.

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

Im Rahmen der gegenwärtigen Konzepte zur externen Qualitätssicherung spielt gerade in der Geriatrie die Sozialarbeit eine sehr wichtige Rolle. Alle bekannten Qualitätszertifikate sehen diesbezügliche Einschätzungen und Qualitätsmerkmale vor. Es ist davon auszugehen, dass der Einsatz der entsprechenden Profession (Sozialarbeit) nicht nur einen Qualitätsgewinn darstellt, sondern dies auch in die Zertifikationen zur Qualitätssicherung günstig berücksichtigt wird.

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

## Änderungsvorschlag für den OPS 2008

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

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

### Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulardatei

*ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc*

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

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

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

**Beispiele:** ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplekkodefruehreha-mustermann.doc

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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

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

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

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

### Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

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

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

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

## Hinweis zum Datenschutz

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

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

- Organisation \* (1) Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.  
 (2) Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.  
 (3) Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
- Offizielles Kürzel der Organisation \* (1) BAGKGE (2) DGG (3) DGGG  
 (1) <http://www.bag-geriatrie.de>
- Internetadresse der Organisation \* (2) <http://www.dggeriatrie.de>  
 (3) <http://www.dggg-online.de>
- Anrede (inkl. Titel) \* (1) Herrn Dr.  
 (2) Herrn Prof. Dr.  
 (3) Frau Dr.
- Name \* (1) Lüttje  
 (2) Sieber  
 (3) Meyer
- Vorname \* (1) Dieter  
 (2) Cornel  
 (3) Ann-Kathrin
- Straße \* (1) BAG-Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61  
 (2) DGG-Geschäftsstelle Winzerstrasse 9  
 (3) DGGG-Geschäftsstelle Alte Jakobstr. 77  
 10179 Berlin
- PLZ \* (1) 13347  
 (2) 65207  
 (3) 10179
- Ort \* (1) Berlin  
 (2) Wiesbaden  
 (3) Berlin
- E-Mail \* (1) [dieter.luetkje@bag-geriatrie.de](mailto:dieter.luetkje@bag-geriatrie.de)  
 (2) [sieber@klinikum-nuernberg.de](mailto:sieber@klinikum-nuernberg.de)  
 (3) [ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de](mailto:ann-kathrin.meyer@ak-wandsbek.lbk-hh.de)
- Telefon \* (1) 0541 / 405 - 7201  
 (2) 0911/398-2435  
 (3) 040 181883-1660

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

- Organisation \* DRG-Projektgruppe der BAGKGE, DGG und DGGG

Offizielles Kürzel der Organisation \* -  
Internetadresse der Organisation \* <http://www.bag-geriatrie.de/index.php?page=drg>  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dr.  
Name \* Nemitz  
Vorname \* Gerhard  
Straße \* Klinikum Braunschweig Gliesmaroder Str. 29  
PLZ \* 38106  
Ort \* Braunschweig  
E-Mail \* [g.nemitz@klinikum-braunschweig.de](mailto:g.nemitz@klinikum-braunschweig.de)  
Telefon \* 0531/595-4722, -4787

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

BAGKGE, DGG, DGGG

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

Qualitative Anforderungen für die Anwendung des OPS-Codes 1-772

**5. Art der vorgeschlagenen Änderung \***

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

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

OPS 1-772 Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation

Hinweis:

Der Code darf unter folgenden Bedingungen angewendet werden:

Anwendung eines Behandlungspfades/Algorithmus mit

Durchführung

- eines geriatrisches Basisassessments in mindestens 5 Bereichen (z.B. Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognition, Stimmung, Ernährung, Kontinenz, soziale Situation)

- eines standardisiertes Sturzrisikoassessments,

- einer erweiterten strukturierten Sturzanamnese (vorheriges Mobilitätsniveau, Sturzhergang, extrinsische und intrinsische Faktoren, Begleitsymptome, prädisponierende Erkrankungen, Medikamente, körperliche und psychische Sturzfolgen)

und daraus resultierender weiterführender Diagnostik in mindestens 3 von 7 Körpersystemen (Zentrales und Peripheres Nervensystem, Bewegungsapparat, Vestibularapparat, Herz-Kreislaufsystem, Kognition, Sehfähigkeit) und

mit aus den Ergebnissen abgeleiteter dokumentierter medizinischer, psychosozialer und therapeutischer Intervention.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags \*

### a. Problembeschreibung

Mit der Einführung der optionalen OPS 1-772 wurde im OPS 2007 erstmals die Möglichkeit geschaffen, im Bereich der Geriatrie das weite Problemfeld der Sturzabklärung und sekundären Sturzprävention abzubilden.

Im Vorschlagsverfahren 2007 wurde die Einführung des Codes zum einen damit begründet, dass die Einweisung zur Abklärung von Stürzen/Gangstörungen mit Sturzgefahr eine häufiges Krankheitsbild in der Geriatrie ist. Zum anderen wurde argumentiert, dass Patienten mit gleicher Hauptdiagnose, beispielsweise einer Fraktur, die nur eine Behandlung der Sturzfolge erhalten von jenen unterschieden werden müssen, bei denen auch eine umfassende Abklärung der Sturzursache durchgeführt wird.

Mit der Einführung des Codes 1-772 ist die Möglichkeit dazu grundsätzlich gegeben, allerdings hat dieser Code zunächst nur eine Platzhalterfunktion, da der betriebene bzw. zu betreibende Aufwand nicht hinterlegt ist. Damit können einfache Fälle (beispielsweise nur Anamnese des Sturzhergangs und Verschreibung einer Gehhilfe) nicht von aufwändigen Fällen (differenzierte Abklärung mehrerer Organsysteme, durch Leitlinien oder Behandlungspfad gestützt) unterschieden werden. Bereits im Vorjahresantrag wurde vermerkt, dass es Aufgabe der Geriatrie sein wird, den Aufwand hinter solch einem Code durch Definitionen zu hinterlegen, während der letztjährige Antrag den Zweck hatte "dafür die grundsätzlichen Voraussetzungen" zu schaffen.

Unter Zugrundelegung der unten angeführten nationalen und internationalen Literatur wurde im Benchmarking Projekt GEMIDAS-QM der deutschen Geriatrie für Stürze ein Algorithmus ("Best Practice") entwickelt, der die Sturzdiagnostik und die daraus resultierenden Interventionen beschreibt und anhand dessen die Aufwändigkeit des Verfahrens deutlich wird.

Auch auf europäischer Ebene werden im im EU-geförderten Netzwerk ProFaNE unter leitender Mitbeteiligung deutscher Geriater differenzierte Algorithmen zur Sturzdiagnostik,-prävention erarbeitet. Diese sind für das Jahr 2007 zur Veröffentlichung vorgesehen und können somit in die Anwendung der OPS 1-772 einfließen.

Mit dem an solche Algorithmen angelehnten Vorschlag wird aus der OPS 1-772 statt eines Markercodes für Sturzpatienten ein differenzierter Code für eine aufwändige und Qualitätskriterien unterliegende Diagnostik und Behandlung.

Durch die breit angelegte Basisdiagnostik mit multimodalem Assessment und erweiterter Sturzanamnese einerseits und der Forderung nach gezielter weiterführender Diagnostik im mindestens

3, aber nicht zwingend allen 7 möglichen Organsystemen, die an einem Sturzgeschehen ursächlich beteiligt sein können andererseits wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Diagnostik und Intervention bei einem multifaktoriellen Geschehen sowohl umfassend aber auch ökonomisch ausgerichtet sein muss.

Quellen:

1. Borchelt et al (2005): Modellprojekt Gemidas QM Beste Praxis Sturz Version 5.0

[http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz\\_V20051208i.pdf](http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz_V20051208i.pdf)

[siehe auch unter Punkt 8 des Formulars]

2. Close, J et al (2007) Prevention of Falls Network Europe, Work Package 2: Clinical Assessment and Management <http://www.profane.eu.org/about/workpackage.php?wp=2>

Projektrelevante Literatur - Thema Stürze:

3. Oliver et al. (2004): Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age Ageing*: 2004, 33, 122-130 [Review Instrumente]

4. Papaioannou et al. (2004): Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. *BMC Med.* 2004;2:1 [Instrument]

5. Oliver et al. (1997): Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-1053 [Instrument]

6. Grenier-Sennelier et al. (2002): Designing adverse event prevention programs using quality management methods: the case of falls in hospital. *Int J Qual Health Care* 2002;14(5):419-426 [Prävention]

7. Chang et al. (2004): Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;328:680-686 [Prävention]

8. Haines et al. (2004): Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328(7441):676 [Prävention]+

9. Close, J et al (2007) Prevention of Falls Network Europe, Work Package 2: Clinical Assessment and Management <http://www.profane.eu.org/about/workpackage.php?wp=2>

Projektrelevante Leitlinien/Standards - Thema Stürze:

10. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society (2001): Guideline for the Prevention of Falls. *JAGS* 2001;49:664-672 [Leitlinie Ausland]

11. British Geriatrics Society (2003): THE IMPORTANCE OF VISION IN PREVENTING FALLS. *BGS Compendium*, [http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend\\_index.htm](http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_index.htm) (4.7) [Leitlinie Ausland]

12. AWMF online - Leitlinien Allgemeinmedizin (2004): Ältere Sturzpatienten. AWMF-Leitlinien-Register, Nr. 053/004 [Leitlinie Ambulant]

13. Rubenstein et al. (2004): Detection and Management of Falls and Instability in Vulnerable Elders by Community Physicians. *JAGS* 2004;52(9):1527-1531 [Qualitätsstandards Ausland]

ANHANG:

Da dieser Vorschlag im Kontext des Vorjahresvorschlages zu sehen ist, nachfolgend auszugsweise wesentliche Aussagen aus diesem:

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

implementiert und werden zunehmend standardisiert. ...

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

Es wird Aufgabe der Geriatrie sein, den Aufwand hinter einem solchen Code für Kalkulationszwecke durch Definitionen zu hinterlegen. Der diesjährige (Anm.: VV2007) Antrag soll dafür die grundsätzlichen Voraussetzungen schaffen. Es ist davon auszugehen, dass ein deutlicher Unterschied zu Pat. besteht, bei denen nur Frakturfolgen behandelt werden ohne dass eine wesentliche Ursachenabklärung erfolgt.

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

...

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

Patienten mit Sturzsyndrom bilden eine eigene Patientengruppe in der Geriatrie, die einerseits nur teilweise von der OPS-8-550 abgebildet wird, sich andererseits aber von unfallchirurgischen / orthopädischen oder internistischen Patienten mit monokausaler Krankheitsursache unterscheiden.

Anhang: Stellenwert des Themengebietes Stürze in der Geriatrie

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

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

Literatur:

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)(2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. <http://www.dnqp.de/#Ver%F6ffentlichungen>:
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)(Hrsg.)(2004): DEGAM-Leitlinie Nr. 4: 'Ältere Sturzpatienten'. Omikron publishing. ([http://www.degam.de/leitlinien/leit04\\_sturz.htm](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

**c. Verbreitung des Verfahrens**

- Standard       Etabliert       In der Evaluation  
 Experimentell       Unbekannt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**

Ein orientierender Kostenvergleich auf der Grundlage von Daten des Datenjahrs 2004, die in die Kalkulation beim InEK eingebracht wurden, zeigt, dass insbesondere Fälle ohne OPS 8-550.- und Fälle mit OPS 8-550.2 sich im Hinblick auf das Unterscheidungsmerkmal Stürze (mit und ohne Stürze im Behandlungsverlauf und Hinzuziehung der Zusatzdokumentation des Projekts Gemidas-QM) mit Mehrkosten zwischen 1.500 € und 1.800 € deutlich von den Behandlungskosten bei Patienten ohne Stürze unterscheiden.

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

Evaluationsverfahren in derzeit 23 Kliniken durchgeführt, veröffentlicht, bundesweit einsetzbar. Pat. mit Stürzen betr. ca. 20% aller geriatrischen Patienten.

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

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

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

Für das diesjährige Vorschlagsverfahren nicht relevant

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

Sollte die unter im Abschnitt 7.a unter 1. genannte genannte Quellenangabe, in der das Ergebnis des Benchmarking Projekts Gemidas-QM elektronisch hinterlegt ist, zum Zeitpunkt der Bearbeitung des Vorschlags nicht zugänglich sein, kann sie beim unter 2. genannten Ansprechpartner dieses Vorschlags umgehend als .pdf-Datei angefordert werden. Wegen der formalen Vorgaben des Vorschlagsverfahrens ist sie nicht unaufgefordert beigefügt.