



ICD-10-GM 2026

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation *	Bundesverband Geriatrie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BV Geriatrie
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bv-geriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Kappes
Vorname *	Jessica
Straße *	Reinickendorfer Straße 61
PLZ *	13347
Ort *	Berlin
E-Mail *	jessica.kappes@bv-geriatrie.de
Telefon *	+49 (0) 30 3398876-26

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



ICD-10-GM 2026

Bitte beachten Sie: Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Kurzbeschreibung

Therapierelevante geriatrische Funktionseinschränkungen

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhaken.)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

Dieser Vorschlag wurde innerhalb der DRG-Fachgruppe Geriatrie fachlich abgestimmt und inhaltlich festgelegt. Die DRG-Fachgruppe Geriatrie wird gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG).

5. Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

U51.- Kognitive Funktionseinschränkung

U51.0- Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung

U51.00 Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte

U51.01 Kognitiver FIM: 30-35 Punkte

U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

U51.03 MoCA: ≥ 17 Punkte

U51.1- Mittlere kognitive Funktionseinschränkung

U51.10 Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte

U51.11 Kognitiver FIM: 11-29 Punkte

U51.12 MMSE: 17-23 Punkte

U51.13 MoCA: 9-16 Punkte



ICD-10-GM 2026

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

U51.2- Schwere kognitive Funktionseinschränkung

U51.20 Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte

U51.21 Kognitiver FIM: 5-10 Punkte

U51.22 MMSE: 0-16 Punkte

U51.23 MoCA: 0-8 Punkte

U53.- Mobilitätseinschränkung (neu)

Einmalige Kodierung der Mobilitätseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

U53.0- Keine oder geringe Mobilitätseinschränkung

U53.00 Charité Mobility Index (CHARMI): 9-10 Punkte

U53.01 De Morton Mobility Index (DEMMI): 57-100 Punkte

U53.02 Short Physical Performance Battery (SPPB): 7-12 Punkte

U53.03 Timed Up and Go (TUG): < 18 Sekunden

U53.1- Leichte Mobilitätseinschränkung

U53.10 Charité Mobility Index (CHARMI): 6-8 Punkte

U53.11 De Morton Mobility Index (DEMMI): 39-53 Punkte

U53.12 Short Physical Performance Battery (SPPB): 3-6 Punkte

U53.13 Timed Up and Go (TUG): 18-33 Sekunden

U53.2- Mittelschwere Mobilitätseinschränkung

U53.20 Charité Mobility Index (CHARMI): 5 Punkte

U53.21 De Morton Mobility Index (DEMMI): 33-36

U53.22 Short Physical Performance Battery (SPPB): 1-2 Punkte

U53.23 Timed Up and Go (TUG): >33 Sekunden

U53.3- Schwere Mobilitätseinschränkung

U53.30 Charité Mobility Index (CHARMI): 0-4 Punkte

U53.31 De Morton Mobility Index (DEMMI): 0-30 Punkte

U53.32 Short Physical Performance Battery (SPPB): 0 Punkte

U53.33 Timed Up and Go (TUG): Durchführung nicht möglich

U54.- Emotionale Funktionseinschränkung (neu)

Einmalige Kodierung der emotionalen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren.

U54.0- Keine emotionale Funktionseinschränkung



ICD-10-GM 2026

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

- U50.01 Depression im Alter-Skala (DIA-S): 0-3 Punkte
- U50.02 Geriatrische Depressionsskala (GDS-15): 0-5 Punkte
- U50.03 Geriatrische Depressionsskala (GDS-5): 0-1 Punkte
- U50.04 2-Fragen Test nach Whooley: 0 Punkte

- U54.1- Emotionale Funktionseinschränkung
- U50.01 Depression im Alter-Skala (DIA-S): ≥ 4 Punkte
- U50.02 Geriatrische Depressionsskala (GDS-15): ≥ 6 Punkte
- U50.03 Geriatrische Depressionsskala (GDS-5): ≥ 2 Punkte
- U50.04 2-Fragen Test nach Whooley: ≥ 1 Punkte

6. Problembeschreibung und weitere Angaben *

a. Problembeschreibung (inkl. Begründung von Vorschlägen, die primär 'klassifikatorisch' motiviert sind, z. B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) *

Bei Vorschlägen, die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter b genannten Fragen.

Problembeschreibung

In Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis belegen die Autorinnen und Autoren (Denkinger et al., 2024), dass das kalendarische Alter zwar der einfachste, aber niemals der beste Faktor für Fallentscheidungen in der Medizin ist. Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, ältere Menschen mit dem Ziel der Diagnose und Therapiesteuerung prognostisch einzuschätzen. Dies kann defizitorientiert unter den Stichworten Vulnerabilität oder Frailty oder ressourcenorientiert unter den Stichworten intrinsischer Kapazitäten oder Resilienz erfolgen und sowohl phänotypische Ansätze v. a. über das geriatrische Assessment, aber auch über biologische, grundlegende Ansätze erfolgen. Ohne eine umfassende Erhebung und strukturierte Einordnung zentraler phänotypischer und zunehmend auch biologischer Parameter kann gute Medizin und Pflege für ältere Menschen nicht gelingen. In den letzten Jahrzehnten hat die Geriatrie hierfür passende Verfahren und Therapieoptionen entwickelt sowie bereitgestellt und sich damit unter dem Stichwort der Komplexitätsmedizin neu definiert.

Die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin erfordert einen primär reduktionistischen Denkansatz. Für diesen wiederum ist eine Strukturierung des geriatrischen Profils mit Hilfe der geriatrischen Merkmalskomplexe und des geriatrischen Basisassessments notwendig. Die Kombination aus klinischer Fallentscheidung mit Assessmentbasierten und strukturierten Informationen aus den vorliegenden geriatrischen Merkmalskomplexen und Funktionseinschränkungen ermöglicht eine ganzheitliche Medizin im bio-psycho-sozialen und patientenorientierten Sinne. Auch bei der Definition des Behandlungsziels ist eine Berücksichtigung von Komplexität und Nichtlinearität elementar. Angelehnt an die Betrachtung komplexer Systeme aus der Quantenmechanik und der Chemie können Menschen mit unterschiedlichen, sich gegenseitig beeinflussenden Erkrankungen oder Syndromen neue Stufen einer Homöostase und Stabilität erreichen, die teilweise weit von einer Restitutio ad integrum entfernt, absolut individuell, aber dennoch stabil sind. Diese Beobachtungen haben Ferrucci und Kollegen bereits 2008 beschrieben und weiterentwickelt (Ferrucci et al., 2008, 2017). Das Konzept der geriatrischen Komplexitätsmedizin geht davon aus, dass geriatrische Patientinnen und Patienten für die Planung von Diagnostik, Behandlung und Prognose nur dann ausreichend eingeschätzt und im Sinne von Choosing Wisley gut versorgt sein können, wenn der Ansatz multidimensional erfolgt.



ICD-10-GM 2026

Problembeschreibung

Vor diesem Hintergrund werden zwei entsprechende Vorschläge zur Weiterentwicklung der ICD-10-GM Version 2026 zur verbesserten Abbildung des komplexen geriatrischen Krankheitsbildes – bestehend aus den geriatrischen Merkmalskomplexen und sowie den mehrdimensionalen funktionellen Einschränkungen – im Sinne der geriatrischen Komplexitätsmedizin eingebracht.

Vorschlag: Verankerung der therapierelevanten geriatrischen Funktionseinschränkungen als Ergebnis des standardisierten geriatrischen Assessments

Der multidimensionale geriatrische Behandlungsansatz ermöglicht es, geriatrische Patientinnen und Patienten mit erhöhter Vulnerabilität zu identifizieren, spezifisch behandelbare Funktionseinschränkungen aufzudecken und auf dieser Grundlage verbesserte Therapiemaßnahmen und -prognosen ableiten zu können. Das standardisierte geriatrische Basisassessment bildet dabei ein Kernelement dieses multidimensionalen Behandlungsansatzes. Das geriatrische Screening und Basisassessment bilden sich innerhalb des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) bereits in dem Kapitel „Funktionstest“ ab. Konkret stehen heute die Ziffern 1-770 „Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment“ und 1-771 „Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)“ für die Leistungsabbildung zur Verfügung.

Die Diagnostik und Therapie setzen jedoch an dem Outcome der verschiedenen Dimensionen der funktionalen Gesundheit an. Das Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 - U99)“ bildet mit dem spezifischen Unterkapitel „Funktionseinschränkungen (U50-U52)“ bereits die zwei Dimensionen „Selbsthilfefähigkeit“ und „Kognition“ des geriatrischen Basisassessments spezifisch im Outcome ab. Neben den in den ICD-Kodes U50.- und U51.- genannten Instrumenten sind inzwischen viele weitere verfügbar, die einen passgenaueren Einsatz ermöglichen oder zusätzliche Dimensionen in das Assessment einbeziehen. Eine Bewertung von deren Relevanz, Anwendbarkeit und Testökonomie sowie differenzierte Empfehlungen für den Einsatz dieser Instrumente erfolgt in der S1-Leitlinie zum Geriatrischen Assessment der Stufe 2 (AWMF-Register-Nr. 084-002LG). Bei der Zusammenstellung von Assessment-Instrumenten zu einem auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnittenen Assessment muss es das Ziel sein, im individuellen Fall möglichst viel therapeutisch nutzbaren Erkenntnis-gewinn auf möglichst ressourcenschonende Weise zu erreichen.

Zur verbesserten Abbildung der geriatrispezifischen Funktionseinschränkungen in der ICD-10-GM wird daher vorgeschlagen, in dem Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00 - U99)“ unter dem Subkapitel U50-U52 „Funktionseinschränkung“ in Analogie zum OPS 1-771 und im Einklang mit der S1-Leitlinie zum Geriatrischen Assessment der Stufe 2 zwei neue ICD-Kodes zur Abbildung der Dimensionen Mobilität und Emotion einzuführen und den bestehenden ICD-Kode U51.- „Kognitive Funktionseinschränkung“ um das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) zu ergänzen.

U51.- Kognitive Funktionseinschränkung

Das MoCA wurde in Kanada als schnell durchzuführender Test entwickelt und evaluiert. Im Bereich leichter kognitiver Einschränkungen und leichter Demenzsyndrome ist das MoCA sensitiver als die Mini Mental State Examination (MMSE). Es wurde weltweit bei verschiedenen neurokognitiven Erkrankungen untersucht, die Literatur ist gemäß der S1-Leitlinie zum Geriatrischen Assessment der Stufe 2 sehr umfangreich. Es liegen Versionen in zahlreichen Sprachen vor, auch in Deutsch. Testformular und Manual auf Deutsch können auf der offiziellen MoCA-Internetseite kostenlos heruntergeladen werden (von Fachpersonal nach unkomplizierter kostenloser Registrierung). Als etabliertes, standardisiertes Assessment ist das Outcome nach Erhebung des MoCA neben dem MMSE in der U51.- zu ergänzen. Die Überleitungstabelle zur strukturierten Klassifikation der Ergebnisse in leichte, mittlere und schwere kognitive Funktionseinschränkungen basiert auf den Ergebnissen von (Fasnacht et al., 2022).



ICD-10-GM 2026

Problembeschreibung

U53.- Mobilitätseinschränkung (neu)

Ein wesentliches Merkmal geriatrischer Patientinnen und Patienten ist das Vorliegen von Beeinträchtigungen der Selbsthilfefähigkeit, der Selbstversorgung, und der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens. Dementsprechend weisen geriatrische Patientinnen und Patienten bei Aufnahme erhebliche Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit auf, welche über die ICD U50.- abbildbar sind (Van Balen et al., 2019; Gaßmann et al., 2022). Diese Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit stehen häufig im Zusammenhang mit einer deutlich eingeschränkten Mobilität. So ist die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme in die Geriatrie nicht in der Lage selbstständig aus dem Sitzen in den Stand zu kommen ggf. mit Gehhilfe, zu gehen, sich zu drehen und sich selbstständig hinzusetzen. (Benzinger et al., 2013). Betrachtet man die Krankheitsbilder, die am häufigsten zu einer Einweisung in die Geriatrie führen, so sind dies Frakturen – insbesondere des proximalen Femur, der Lendenwirbelsäule, Gangstörungen sowie Kox- und Gonarthrosen. Die Dimensionen Selbstversorgung und Mobilität stellen damit Kernbereiche des multidimensionalen geriatrischen Behandlungskonzeptes dar und müssen im Outcome innerhalb der ICD-10 umfassend abgebildet werden.

Eine verbandsinterne Umfrage (n: 206) hat ergeben, dass im Bereich der Mobilität der Timed Up and Go (TUG) – 89,3 %, der De Morton Mobility Index (DEMMI) - 24,3 %, der Charité Mobility Index (CHARMI) – 17 % sowie die Short Physical Performance Battery (SPPB) - 6,3 % zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten zählen.

Unter fachlicher Einbindung der in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) verankerten AG Assessment, wird vorgeschlagen das Outcome dieser Instrumente in dem neuen ICD-Kode U53.- Mobilitätseinschränkung spezifisch darzustellen und nach geringer, leichter, mittelschwerer sowie schwerer Mobilitätseinschränkung zu differenzieren.

Der TUG ist der gebräuchlichste Mobilitätstest in der Geriatrie und spielt daher nicht nur für die Erhebung des aktuellen Status, sondern auch für die Langzeitbeobachtung eine wichtige Rolle. Das Ergebnis ist von Muskelkraft, Gelenkfunktion und Gleichgewicht abhängig. Der Test beurteilt die Fähigkeit zu selbstständigem Aufstehen und Gehen auf Zimmerebene. Sofern Gehhilfsmittel eingesetzt werden, sind diese zu dokumentieren. Im Setting stationärer geriatrischer Therapie ist der Anteil an Patientinnen und Patienten, die den TUG in unter 15 Sekunden absolvieren und keine klinischen oder anamnestischen Hinweise auf eine Gangstörung oder ein erhöhtes Sturzrisiko zeigen, niedrig – bei allen anderen reicht ein solches der Stufe 2a entsprechendes Assessment nicht aus, sondern sollte je nach Schweregrad und vermuteter Störung durch weitere Assessmentinstrumente ergänzt oder ersetzt werden (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Der DEMMI wurde erstmals 2008 publiziert. Mittels Rasch Analyse wurden 15 Items identifiziert, um die Mobilität bei älteren Personen zu beurteilen. Geprüft werden einfachere bis komplexere Bewegungsabläufe in fünf Subkategorien (Bett, Stuhl, statisches Gleichgewicht, Gehen und dynamisches Gleichgewicht). Der Summenscore wird anhand einer Tabelle in den DEMMI-Score (0-100 Punkte) konvertiert. Der Test wurde im Krankenhaus/Akutspital, in der Rehabilitation und bei zu Hause lebenden Menschen untersucht und validiert, auch die deutsche Übersetzung ist validiert (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Der CHARMI wurde über mehrere Jahre entwickelt und validiert. Die Anwendung ist einfach und ohne zusätzlichen Aufwand im Rahmen der regulären Physiotherapie zu erheben. CHAR-MI orientiert sich am ICF-Konzept, indem nicht Mobilitätsdefizite, sondern der beste selbstständig erreichbare Grad an Mobilität dargestellt werden. In einer Rang-Skala von 0 bis 10 sind Mobilitätsitems zusammengefasst und hierarchisch sortiert von kompletter Immobilität (0) bis zur vollen Mobilität (10). Das Assessment kann für klinische und akademische Anwendungen kostenfrei verwendet werden (Liebl et. al, 2016).

Die SPPB gewinnt im geriatrischen Assessment immer mehr an Bedeutung. Zum einen deckt die SPPB die wichtigen motorischen Bereiche Gleichgewicht, Kraft und Gehgeschwindigkeit ab, zum anderen ist diese Testbatterie in großen epidemiologischen Studien eingesetzt worden und dadurch sind genügend Datensätze zum Vergleich vorhanden. Sie benötigt keinen großen Geräteaufwand und lässt sich leicht durchführen. Die SPPB ist hoch prädiktiv für negative Gesundheitseffekte und hoch sensitiv für Veränderungen und lässt sich damit auch gut in Interventionsstudien einsetzen. Bei Personen, die keine 10



ICD-10-GM 2026

Problembeschreibung

Sekunden frei mit geschlossenen Füßen („side by side“) stehen können, ist der Bodeneffekt erreicht. Die SPPB ist eine der wichtigsten international angewandten Testbatterien. Die European Medicine Agency (EMA) hat sie als für medizinische Studien und auch zur Erfassung von Sarkopenie und Frailty geeignet anerkannt (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Die Überleitung zwischen den Assessmentinstrumenten erfolgt auf Basis der MobiTest-Studie, welche sich gegenwärtig im Publikationsprozess befindet. Diese prospektive Beobachtungsstudie untersucht die Vergleichbarkeit und die psychometrischen Eigenschaften der vier Mobilitätstests (CHARMI, DEMMI, SPPB, TUG) bei geriatrischen Patientinnen und Patienten (≥ 70 Jahre). Ziel ist es, eine Grundlage für die bessere Vergleichbarkeit von Mobilitätsergebnissen zwischen Einrichtungen zu ermöglichen und die prädiktive Validität dieser Assessments zu evaluieren. Über sechs Monate wurden insgesamt 97 Patientinnen und Patienten in der Akutgeriatrie bzw. ambulanten/stationären geriatrischen Rehabilitation rekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte an drei Zeitpunkten: T1 innerhalb von vier Tagen nach Aufnahme, T2 zeitnah vor Entlassung und T3 als telefonische Katamnese im vierten Monat nach Entlassung. Neben soziodemografischen und klinischen Daten wurden die genannten Mobilitätstests erhoben. Zur statistischen Analyse kommt u. a. eine Äquiperzentil-Untersuchung (Test Equating) zum Einsatz, um die unterschiedlichen Testskalen (z. B. Sekunden beim TUG oder Punkte beim DEMMI) auf einer vergleichbaren Skala abzubilden. Die Güte der Umrechnungen wird mittels Korrelationstests und definierter Fehlergrenzen bewertet. Mit den 97 Patientinnen und Patienten zu zwei Erhebungszeitpunkten (T1, T2) ergeben sich, nach Dropouts, 177 Datensätze für die Äquivalenzanalyse. Die Skalen von CHARMI, DEMMI, SPPB und TUG konnten nebeneinandergestellt werden und zeigen bei Umrechnung eine gute Korrelation. Durch Bodeneffekte einzelner Skalen (z.B. TUG) können nicht für jeden Skalenabschnitt aller Tests äquivalente Werte beschrieben werden. Die MobiTest-Studie demonstriert einen praxisnahen Ansatz, um unterschiedliche Mobilitätstests in der Geriatrie zu vergleichen und ineinander umzurechnen. Langfristig können die Erkenntnisse zu einer Standardisierung der Mobilitätsmessung beitragen und fördern außerdem die Harmonisierung der Mobilitätsdaten aus unterschiedlichen geriatrischen Einrichtungen.

U54.- Emotionale Funktionseinschränkung (neu)

Mehr als die Hälfte depressiver Episoden tritt erstmals im höheren Lebensalter auf. Die Punktprävalenz für eine depressive Episode wird für die Altersgruppe der über 75-Jährigen mit 4,6-9,3% und für die über 85-Jährigen mit 27% angegeben. Für Pflegebedürftige liegt die Punktprävalenz bei 12,4 bis 14,4%. Im höheren Lebensalter spielen subsyndromale Depressionen eine besondere Rolle. Für die Feststellung einer depressiven Episode bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sind altersadäquate Instrumente erforderlich, da alte depressive Menschen seltener suizidale Gedanken oder Dysphorie, sondern häufiger Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit oder körperliche Symptome beklagen (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Eine verbandsinterne Umfrage (n: 206) hat ergeben, dass im Bereich der Emotion die Geriatrische Depressionsskala (GDS) – 85,0%, die Depression im Alter-Skala (DIA-S) - 22,8 % sowie der 2-Fragen Test nach Whooley 3,4 % zu den am häufigsten verwendeten Instrumenten zählen.

Unter fachlicher Einbindung der in der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) verankerten AG Assessment, wird vorgeschlagen das Outcome dieser Instrumente in dem neuen ICD-Kode U54.- Emotionale Funktionseinschränkung spezifisch darzustellen und nach dem Vorliegen einer emotionalen Funktionseinschränkung zu differenzieren.

Die GDS ist eine klinische Selbstbeurteilungsskala. Die am häufigsten verwendete Form mit 15 Items (GDS 15) wurde ohne Qualitätsverlust aus einer ursprünglich 30 Item umfassenden Version entwickelt. Die einzelnen Items sind dichotomisiert mit ja oder nein zu beantworten. Je mehr Punkte erreicht werden, umso wahrscheinlicher liegt eine depressive Episode vor. Der Cut-off liegt bei 5/6 Punkten. Um den Zeitaufwand für die Durchführung der GDS zu reduzieren und so die Akzeptanz für deren Anwendung zu erhöhen, wurden weitere verkürzte Versionen entwickelt. Beim Assessment der Stimmung geriatrischer Patientinnen und Patienten bietet es sich an, bei Personen ohne klinischen/anamnestischen Hinweis auf Depression die GDS-5 unter Verwendung der Items 1, 4, 8, 9 und 12 der GDS-15 einzusetzen (Stufe 2a). Bei



ICD-10-GM 2026

Problembeschreibung

maximal einem Punkt ist keine weitere Untersuchung notwendig, ansonsten sollte die GDS-15 komplett erhoben (Stufe 2b) werden, um den Anteil falsch positiver Ergebnisse zu reduzieren (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Der 2-Fragen Test nach Whooley dient dem Assessment der Stufe 2a. Er erfasst zwei Hauptkriterien und wird in der S3-Leitlinie Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression als zeitökonomisches Verfahren zum Erfassen einer Depression bei Menschen mit Risikofaktoren empfohlen (S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 084-002LG).

Die Überleitung zwischen den Assessmentinstrumenten erfolgt auf Basis der Grenzwerte nach nach Sheikh und Yesavage (GDS), Heidenblut und Zank (DIA-S) und Whooley.

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

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (mit den vorgeschlagenen neuen Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr- oder -minderaufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.
Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.

Relevanz Entgeltsysteme

Es handelt sich um einen Vorschlag mit Relevanz für die Entgeltsysteme. Auch ist die vorgeschlagene Klassifikationsstruktur kompatibel mit den Vorgaben der WHO.

Funktionseinschränkungen beeinträchtigen die Fähigkeit einer Person, alltägliche Aktivitäten auszuführen. Diese Einschränkungen sind oft Folge von chronischen Erkrankungen, Verletzungen oder degenerativen Prozessen und betreffen sowohl körperliche als auch kognitive Funktionen. Funktionseinschränkungen beeinflussen das Patientenmanagement damit sowohl im Rahmen der therapeutischen als auch der diagnostischen Maßnahmen und führen – je nach Ausprägung – zu einem erhöhten Betreuungs-, Pflege bzw. Überwachungsaufwand im Sinne der DKR003u.

Mit Hilfe der neuen Kodestruktur kann das komplexe Krankheitsbild geriatrischer Patientinnen und Patienten perspektivisch besser im DRG-System abgebildet werden. Mittels der neuen Kodestruktur können die Behandlungsfälle unter Umständen einer höheren Komplexitätsstufe zugeordnet werden. Insbesondere können auf dieser Grundlage perspektivisch weitere Kostentrenner definiert und die CCL-Klassifikation verfeinert werden. Bereits heute besitzen die ICD-Kodes U50.- und U51.- eine Erlösrelevanz und werden insbesondere zur Bestimmung bzw. Differenzierung des Ressourcenverbrauchs innerhalb der Basis-DRG B44 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ herangezogen. Die DRG B44 wurde gemäß der InEK-Datenlieferung 2023 im Datenjahr 64.454-mal abgerechnet. Die DRG B44B „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung“ ist aktuell mit einem Fallerlös bei mittlerer Verweildauer von 10.202,21 € (aDRG + Pflege-Erlös) im Entgeltsystem hinterlegt. Die B44C „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung“ ist bei mittlerer Verweildauer hingegen mit einem Fallerlös von 8.454,60 € (aDRG + Pflege-Erlös) im Entgeltsystem hinterlegt. Daraus ergibt sich ein Kostenunterschied aufgrund der schwere der kognitiven bzw. motorischen Funktionseinschränkung von 1.747,61 €.



ICD-10-GM 2026

Relevanz Entgeltsysteme

Gemäß der InEK-Datenlieferung 2023 wurden im Datenjahr 325.895 Fälle mit dem spezifischen Fachabteilungsschlüssel 0200 abgerechnet, sodass die neuen ICD-Kodes auf diese Datenmenge gerichtet sind. Insgesamt wurden die bestehenden U-Kodes U50.- und U51.- 541.830 mal kodiert. Da unter Verwendung des InEK Datenbrowsers jedoch kein Fallbezug hergestellt werden kann, wurde zur Abschätzung der Relevanz zusätzlich eine Datenanalyse mit Hilfe einer GemidasPro Datenauswertung (n: 989 Datensätze) durchgeführt. Im Ergebnis zeigt sich, dass 73,61 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine Funktionseinschränkung gemäß U50.- bzw. U51.- aufweisen. 26,39 % der Fällen weisen keine Funktionseinschränkung auf und lassen sich heute nicht differenziert im DRG-System darstellen. Mit Hilfe der neuen U-Kodes zur Abbildung der therapielevanten geriatrischen Funktionseinschränkungen können potenziell ca. 26,39 % der geriatrischen Behandlungsfälle erstmalig differenziert hinsichtlich Ihrer Funktionseinschränkung dargestellt und hinsichtlich Ihres funktionsorientierten Ressourcenaufwandes abgebildet werden. Die restlichen 73,61 % der Behandlungsfälle können in der Komplexität Ihrer Funktionseinschränkungen verbessert abgebildet werden.

Dass eine differenzierte Evaluation, die die Komplexität der geriatrischen Patientinnen und Patienten berücksichtigt und die funktionellen Einschränkungen über Assessments abbildet, für Patientinnen und Patienten Vorteile bringt und dazu kosteneffektiv ist, konnte bereits 1980 von Rubenstein und Kollegen mit der Landmark-Studie gezeigt werden (Rubenstein et al., 1984).

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Relevanz Qualitätssicherung

Die Ergebnisse des geriatrischen Assessments dienen unterschiedlichen Zwecken. Zum einen bildet der über das Assessment beschriebene funktionelle Zustand die Grundlage für die Planung der funktionsorientierten und in der Regel multidisziplinären Intervention. Zum zweiten ermöglicht die wiederholte Durchführung von Assessments eine Verlaufsbeobachtung, die z. B. der Objektivierung des Erfolgs der Intervention dient, aber auch der Beschreibung von Weiterbestehenden funktionellen Einschränkungen, die in der weiteren Versorgung berücksichtigt werden müssen. Drittens erlauben viele Aussagen aus dem geriatrischen Assessment diagnoseunabhängig eine Einschätzung der Prognose. Für viele Parameter des geriatrischen Assessments zeigt sich eine prognostische Bedeutung in Bezug auf den Verlust der Selbstversorgung, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und der Mortalität (Braun et. al. 2022).

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant? *

Relevanz andere Anwendungsbereiche

7. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen)

Sonstiges

Anlage: Konzept zur Abbildung der geriatrischen Komplexitätsmedizin inkl. Datenanalyse

(1) Denkinger, Polidori (2024): Der Geriatrische Patient und seine Prognose. In Bauer, Beckler, Denkinger (Hrg.): Geriatrie - Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis. (1. Auflage). Kohlhammer. Stuttgart. S. 15-19

(2) Ferrucci, Fabbri, Walston (2017): Frailty. In Halter, Ouslander, Studenski, High, Asthana, Supiano, Ritchie (Hrg.). Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology (7. Auflage). McGraw-Hill Education



ICD-10-GM 2026

Sonstiges

- (3) Ferrucci, Giallauria, Schlessinger (2008): Mapping the road to resilience - Novel math for the study of frailty. *Mechanisms of Ageing and Development*. 129(11). S. 677-679
- (4) Krupp (2025): S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline. AWMF-Register-Nr. 084-002LG
- (5) Fasnacht, Wueest, Berres, Thomann, Krumm, Gutbrod, Steiner, Goettel, Monsch (2022): Conversion between the Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental Status Examination. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1–11
- (6) Liebl ME, Elmer N, Schroeder I, Schwedtke C, Baack A, Reishauer A. (2016) Introduction of the Charité Mobility Index (CHARMI) – A Novel Clinical Mobility Assessment for Acute Care Rehabilitation. *PLOS ONE* 11(12): e0169010
- (7) MobiTest-Studie. Im Publikationsprozess
- (8) Sheikh, R.L. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- (9) Heidenblut S, Zank S (2009) Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie - Die "Depression-im-Alter-Skala" (DIA-S). *Z Gerontol Geriatr* 43:170-176
- (10) Whooley MA, Avins AL, Miranda J et al. (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 12:439-445
- (11) Rubenstein, Josephson, Wieland (1984): Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *The New England Journal of Medicine*. 311(26). S. 1664-1670
- (12) Braun, Thiel, Peter (2022): Association of clinical outcome assessments of mobility capacity and incident disability in community-dwelling older adults - a systematic review and meta analysis. *Ageing research reviews*, 81
- (13) Burkhardt und Maetzler (2024): Altern, Multimorbidität und Funktionalität. In Bauer, Becker, Denkinger (Hrg.): *Geriatrie - Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis*. (1. Auflage). Kohlhammer. Stuttgart. S. 15-19
- (14) Borchelt et. al (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie Version V1.3. S. 6
- (15) Kompetenz-Centrum Geriatrie (2012): Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM Version 2008/2009