

Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten 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 Formulare Datei

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-komplexeodefruehreha-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, 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).

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 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
 (2) sieber@klinikum-nuernberg.de
 (3) 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
 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
 [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 (STRATI-FY) 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 (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 Stürzhäufigkeit 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

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.