

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

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!

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

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

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

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

Beispiel: ops-komplexe-fruehreha-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).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und 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.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

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) BAG Geriatrie (2) DGG (3) DGGG
 (1)www.bag-geriatrie.de

Internetadresse der Organisation * (2)www.dgggeriatrie.de
 (3)www.dggg-online.de

Anrede (inkl. Titel) * (1) Herr Prof. Dr. (2) Herr Dr. (3) Frau Dr.

Name * (1) Lüttje (2) Meisel (3) Meyer

Vorname * (1) Dieter (2) Michael (3) Ann-Kathrin

Straße * (1) BAG Geschäftsstelle Reinickendorfer Str. 61
 (2) DGG Geschäftsstelle Winzerstraße 9
 (3) DGGG Geschäftsstelle Seumestr. 8

PLZ * (1) 13347 (2) 65207 (3) 10245

Ort * (1) Berlin (2) Wiesbaden (3) Berlin

E-Mail * dieter.luetjtje@bag-geriatrie.de (2)MMeisel@dkd-dessau.de (3)
 ann.meyer@asklepios.com

Telefon * (1) 0541/ 405 - 7201 (2) 0340 /6502-2120 (3) 040/1818 83 -1661

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Offizielles Kürzel der Organisation * BAG Geriatrie

Internetadresse der Organisation * www.bag-geriatrie.de

Anrede (inkl. Titel) * Frau

Name * Wittrich

Vorname * Anke

Straße * Reinickendorfer Straße 61

PLZ * 13347

Ort * Berlin

E-Mail * anke.wittrich@bag-geriatrie.de

Telefon * 030/ 339 88 78 - 26

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
 Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Anpassung d. Vorjahresvorschlages zu 1-772 an Forderungen aus d Verfahren 2008

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)

1-78 Weitere komplexe Funktionsuntersuchungen

1-781 Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Standardisiertes Basisassessment in mindestens 5 Bereichen (z.B. Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Affekt, Kognition und soziale Situation)
- Standardisiertes Sturzrisikoassessment
- Erweiterte strukturierte Sturzanamnese (vorheriges Mobilitätsniveau, Sturzhergang, extrinsische und intrinsische Faktoren, Begleitsymptome, prädisponierende Erkrankungen, Medikamente, körperliche und psychische Sturzfolgen)
- Daraus resultierende weiterführende 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

Im Vorschlagsverfahren 2008 war der von den geriatrischen Fachgesellschaften gemachte Vorschlag zu OPS1-772 von seiten des DIMDI etwas umformuliert weitgehend in der o.a. Form in das weitere Vorschlagsverfahren eingebracht worden (email von Dr. Krause an Dr. Luettje vom 6.3.2007), im weiteren Verfahren dann aber gescheitert. Von Seiten der DKG geltend gemacht worden war, dass auch in anderen als geriatrischen Abteilungen Sturzdiagnostik erfolgt. Dazu war eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie eingeholt worden und es erging die Aufforderung an die Antragsteller im Folgejahr das vorgehen mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie abzustimmen.

Im obigen Vorschlag ist der damals von DIMDI umgesetzte Text übernommen worden. Neu ist lediglich die Streichung des Wortes "geriatrisches" vor Basisassessment um dem Einspruch der DKG Rechnung zu tragen, das auch andere Fachgebiete Sturzdiagnostik und Sturzevaluation durchführen. Um deutlich zu machen, das von Seiten der Geriatrie hier Offenheit besteht, wird mit obigem Vorschlag auch angeboten, den Code "Sturzrisikoassessment und Sturzevaluation" nicht mehr in die Gruppe der 1-77 Geriatrische Funktionsuntersuchungen, sondern einer eigenen Gruppe 1-78 zuzuordnen, auch wenn weiterhin davon auszugehen ist, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten, die es betrifft geriatrische Patienten sind.

Desweiteren war im VV2008 angeregt worden, den Text mit der deutschen Gesellschaft für

Neurologie abzustimmen. Dies ist geschehen. Von dieser Gesellschaft wurde ein Interesse an einem gemeinsamen Vorschlag verneint (E-mail von Prof. Ferber vom 21.1.2008).

Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass die Fachgesellschaften bestimmter Organsysteme natürlich auch Sturzpatienten behandeln, aber hier meist im Kontext der fachspezifischen Erkrankung. Beispielsweise bekommt eine Neurologische Abteilung einen verunfallten Parkinson - Patienten zur Parkinson-Neueinstellung, die selbstverständlich auch eine Sturzprotektion beinhaltet. Ebenso erhält der Kardiologe einen synkoptierten Pat. ggf. gezielt zur Schrittmacheranlage.

Das spezifische am geriatrischen Sturzpatienten ist aber seine Multimorbidität mit komplexen Sturzursachen, bei denen *rege l h a f t* insbesondere aus den chirurgischen Abteilungen Patienten mit unbekanntem bzw. multifaktoriellen Sturzursachen weiterverlegt werden, die einer komplexen Diagnostik und Therapie bedürfen. Dieses Patientenkontext (Anteil von ~ 23 % primär verunfallter Pat. in der Geriatrie (GEMIDAS-Daten 2006, und Gemidas-Pro Daten 2007) unterscheidet sich relevant von einem bereits für ein Organsystem vorselektiertes auch stürzendes Patientenkontext.

Von daher benötigen die o.a. geriatrischen Fachgesellschaften den Code zur Abbildung ihrer Tätigkeit, verbinden damit aber auch einen Qualitätsanspruch. Wenn andere Fachgesellschaften für ihren Bereich die Notwendigkeit einer solchen Kodierung nicht sehen, darf das u.E. nicht dazu führen, die Einführung zu verhindern.

Mit Übernahme in den amtlichen Katalog ist u.E. nur der o.a. differenzierte Vorschlag sinnvoll, da eine Kalkulation auf der Basis des bisherigen zu Platzhalterzwecken eingeführten optionalen aber zu allgemeinen Codes "Sturzdiagnostik und Sturzevaluation" nicht sinnvoll erscheint und den Qualitätsansprüchen einer differenzierten Sturzdiagnostik und Therapie nicht gerecht wird.

Inhaltlich sind die Grundlagen in den Vorjahresvorschlägen gelegt worden, weshalb diese leicht gekürzt im Anhang beigefügt werden.

Anhang 1: Inhaltliche Begründung gemäß dem Vorjahresvorschlag:

Mit der Einführung der optionalen OPS 1-772 wurde im OPS 2007 erstmals die Möglichkeit geschaffen, 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 insbesondere bei älteren Menschen 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 in 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 Sturz-anamnese 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 2:

Da dieser Vorschlag im Kontext des Vorschlages aus dem Verfahren 2007 zu sehen ist, nachfolgend auszugsweise wesentliche Aussagen aus diesem:

(Rezidivierende) Stürze stellen insbesondere bei älteren Patienten 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 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 Therapeuten Gruppen 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)
- 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

s. Punkt f.

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. 25% 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)

