

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

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

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

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

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

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|--|
| Name | Borchelt |
| Vorname | Markus |
| Titel | Dr. med. |
| Adresse | DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG c/o Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH Reinickendorfer Str. 61 |
| PLZ | 13347 |
| Ort | Berlin |
| E-Mail-Adresse | markus.borchelt@charite.de |
| Telefon | 030 / 450-578858 |
| Telefax | 030 / 450-553947 |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

GERIATRIE

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

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

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

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

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

R54 Gebrechlichkeit (Frailty)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur:

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

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

Ja

Nein

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

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

Ja

Nein

Begründung:

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

- Standard
- Etabliert
- In der Evaluation
- Experimentell
- Unbekannt

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

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

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

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

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

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

Begriffe wie

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

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