

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 Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Stürze stellen – insbesondere in der Geriatrie – sehr häufige Behandlungsanlässe und/oder gravierende Ereignisse im Sinne von Komplikationen des Behandlungsverlaufs 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 und muss daher einen Behandler zur Einleitung geeigneter und gezielter präventiver Maßnahmen veranlassen.

Bislang erlaubt die ICD-10-GM keine differenzierte Abbildung von Sturzpatienten, da es einerseits nur einen einzelnen, unspezifischen Code hierfür gibt (R29.81 Stürze unbekannter Ursache), und andererseits die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) zugleich vorschreiben, dass sowohl bei bekannter Sturzursache als auch bei bekannter Sturzfolge (Fraktur, sonstige Verletzung, Sturzangst etc.) der Code nicht verwendet werden darf. Dies ist für die Versorgung hierzulande nicht sachgerecht (siehe detaillierte Begründung in Abschnitt 9), weder aus der Perspektive der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, noch aus der Perspektive der aufwandsgerechten, fallpauschalierten Finanzierung des Behandlungsaufwands. Es wird daher der nachstehende Vorschlag zur differenzierten Abbildung von Stürzen unabhängig von bekannten Ursachen und/oder Folgen eingebracht:

Es sollte ein eigenständig differenzierbarer ICD-Kode für Stürze aufgenommen werden (Vorschlag: R29.7-). Dem Code sollte eine Sturzdefinition als Hinweistext zugeordnet werden. Die Differenzierung an fünfter Position sollte nach Schwere der Sturzfolge(n) vorgenommen werden. Kodierfähig sollten sowohl Sturzereignisse sein, die im aktuellen Behandlungsverlauf als Komplikation auftreten, als auch solche der unmittelbar vorausgegangenen Vorgeschichte, die die Diagnostik, den Behandlungsablauf und/oder die zu veranlassenden sturzpräventiven Maßnahmen maßgeblich beeinflussen. **Die Kodierrichtlinie 1803a ist konsekutiv ersatzlos zu streichen oder entsprechend anzupassen.** Dem nachstehenden Vorschlag zur Umsetzung dieser Vorgaben liegen nationale und internationale Expertenstandards und Leitlinien zugrunde, die am Ende von Abschnitt 9 sowie in Abschnitt 10 vollständig zitiert sind.

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

R29.7- Stürze

Hinw.: Ein Sturz ist jedes plötzliche, unbeabsichtigte und unkontrollierte Herunterfallen/-gleiten des Körpers aus dem Liegen, Sitzen oder Stehen auf eine tiefere Ebene; hierbei sind im Behandlungsverlauf auftretende Stürze sowie bis zu 12 Monate zurückliegende, mit der aktuellen Behandlung in Zusammenhang stehende oder deren Ablauf maßgeblich beeinflussende, wiederholte oder mit Verletzungen einhergegangene Stürze zu kodieren, unabhängig davon, ob eine Sturzursache oder Sturzfolge bekannt ist; ein einzelner folgenlos gebliebener Sturz ist nicht zu kodieren

R29.71 Sturz oder Stürze mit Fraktur

Hinw.: Fraktur(en) sind zusätzlich zu kodieren

R29.72 Sturz oder Stürze mit sonstiger Verletzung

Hinw.: Verletzung(en) sind zusätzlich zu kodieren

R29.73 Sturz oder Stürze ohne Verletzung mit Intervention

Hinw.: Intervention(en) sind ggf. zusätzlich nach OPS zu kodieren

R29.74 Rezidivierende Stürze ohne Verletzung und ohne Intervention

R29.79 Rezidivierende Stürze ohne nähere Angaben

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

Die bisherigen Kodiermöglichkeiten und Kodierrichtlinien für Stürze müssen als höchst unzureichend eingestuft werden, da sie gerade dann, wenn eine Kodierung aus unterschiedlichster Perspektive (hierunter vor allem die der Informationsweitergabe zur Prävention, der Qualitätssicherung, und der Ökonomie) besonders notwendig wäre, nicht vorgenommen werden darf.

Dass Stürze bislang zumeist nicht kodierbar sind, muss aus patientenorientierter Sicht als bedenklich eingestuft werden, da demzufolge diese – gerade bei geriatrischen Patienten – äußerst wichtige Information zumeist nicht unter den Behandlungsdiagnosen erscheint. Die Diagnosen stellen aber immer noch den zentralen, zusammenfassenden und damit schnellsten Informationsaustausch zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten (z.B. Krankenhausarzt und Hausarzt) dar.

Aus dem Vorliegen einer „typischerweise“ oder „häufig“ mit Stürzen einhergehenden Erkrankung wie etwa dem Parkinson-Syndrom oder einer Hemiplegie kann keinesfalls das tatsächliche Vorliegen oder Auftreten von Stürzen abgeleitet werden. Umgekehrt kann bei Vorliegen von Stürzen auch nicht auf eine einzelne ursächliche Erkrankung rückgeschlossen werden, insbesondere nicht bei geriatrischen, multimorbiden Patienten. Ein Parkinson-Patient mit rezidivierenden Stürzen unterscheidet sich jedoch maßgeblich von einem Parkinson-Patient ohne Sturzsyndrom. Rezidivierende Stürze oder Stürze mit schwerwiegenderen Verletzungen stellen ein eigenständiges medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Problem dar, dem gesondert präventiv und interventionell begegnet werden muss. In der Geriatrie kommt noch hinzu, dass die Veranlassung einer fachspezifischen geriatrischen Diagnostik einschließlich Assessment und Therapie im Krankenhaus relativ häufig aufgrund von „rezidivierenden Stürzen“ erfolgt. Geriatrisch tätige Ärzte sehen sich dann zumeist gezwungen, auf andere Diagnosen auszuweichen, da mögliche Sturzursachen und/oder –folgen zumeist identifiziert werden können.

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

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

Ja

Nein

Begründung: Stürze führen zu erhöhtem Ressourcenverbrauch (verlängerte Verweildauer, gezielte präventive Maßnahmen, erhöhter diagnostischer Bedarf); Stürze treten insbesondere bei geriatrischen Patienten gehäuft auf, sodass spezialisierte Leistungserbringer einen oft überproportionalen Aufwand haben, der sich auch hinsichtlich struktureller Maßnahmen (Treppehäuser, Flure, Klingeln, Personalbesetzung etc.) auswirkt. Aufgrund des fallbezogen pauschalierenden Entgeltsystems muss das erhöhte Risiko fallbezogen schlüssig dokumentierbar sein, um eine sachgerechte Kalkulation zu ermöglichen.

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

Ja

Nein

Begründung: Patientensicherheit und Risikomanagement stellen wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung dar. Sowohl aus Patientensicht als auch aus Sicht der Leistungserbringer ist die Vermeidung von Stürzen im Verlauf sowie das Ergreifen und die Umsetzung von präventiven Maßnahmen unmittelbar relevant im Hinblick auf Ergebnisqualität. Beispielhaft umgesetzt wird dies bereits im Rahmen des Modellprojekts „GEMIDAS-QM: Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung“ (<http://www.gemidas-qm.de/>), seit Februar 2005 liegt hierzu auch der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) vor (<http://www.dnqp.de/ExpertenstandardSturz.pdf>). Ohne eine schlüssige und vollständige Dokumentation von Stürzen laufen diese Bemühungen perspektivisch ins Leere, da Sturzpatienten nicht identifiziert werden können.

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)

Weiterführende Literatur:

- Wood BH, Bilclough JA, Bowron A, Walker RW. **Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002 Jun;72(6):721-5.
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. **Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies.** *BMJ.* 1997 Oct 25;315(7115):1049-53.
- Coker E, Oliver D. **Evaluation of the STRATIFY falls prediction tool on a geriatric unit.** *Outcomes Manag.* 2003 Jan-Mar;7(1):8-14; quiz 15-6.
- Papaioannou A, Parkinson W, Cook R, Ferko N, Coker E, Adachi JD. **Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting.** *BMC Med.* 2004 Jan 21;2(1):1.
- Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. **Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review.** *Age Ageing.* 2004 Mar;33(2):122-30.
- Oliver D. **Prevention of falls in hospital inpatients: agendas for research and practice.** *Age Ageing.* 2004 Jul;33(4):328-30.
- Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D. **Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial.** *Age Ageing.* 2004 Jul;33(4):390-5.
- Haines TP, Bennell KL, Osborne RH, Hill KD. **Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial.** *BMJ.* 2004 Mar 20;328(7441):676.