
Die sozialmedizinische Begutachtung von Krankenhausbehandlungen in geriatrischen Fachabteilungen

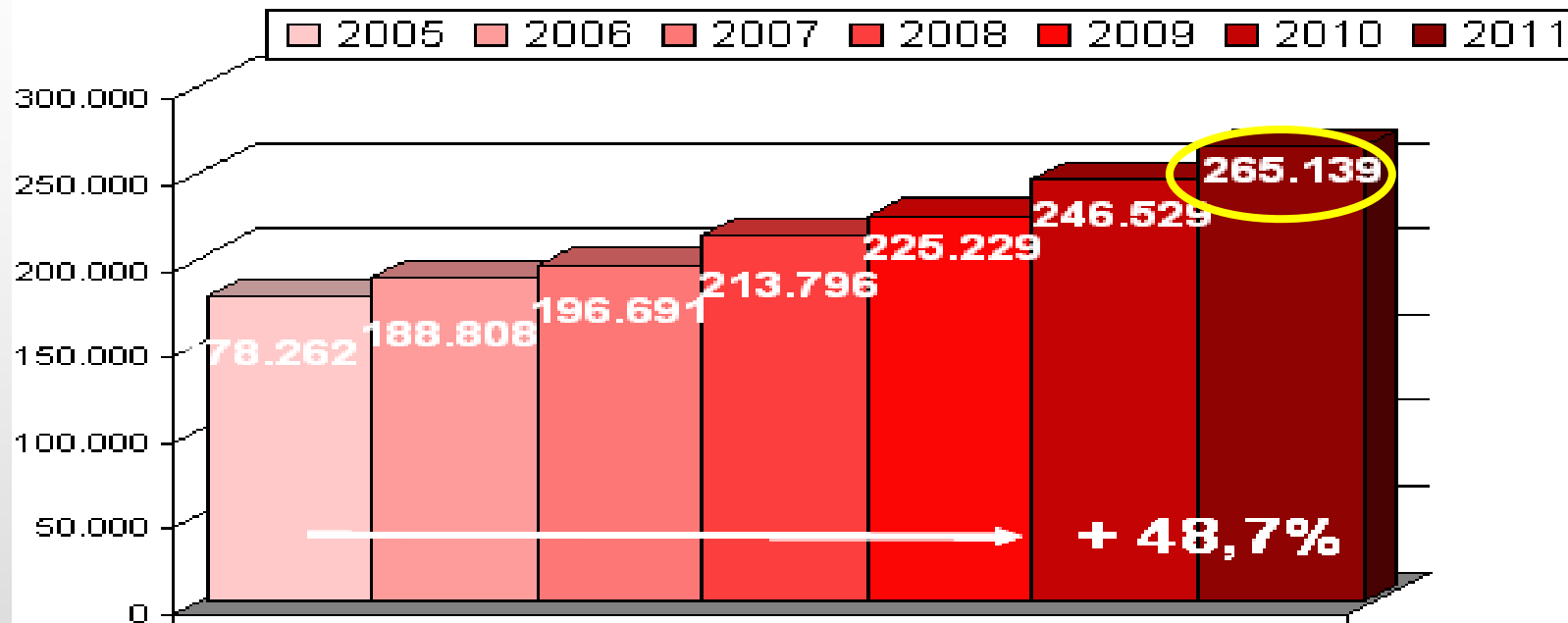
Session „Sozialmedizin meets Geriatrie“

25. Deutscher Geriatriekongress der DGG in Hof
14. September 2013

Friedemann Ernst



Sozialmedizinische Begutachtung geriatrischer Krankenhausfälle nach § 275 SGB V



**vollstationäre Krankenhausfälle in
geriatrischen Fachabteilungen
(Quelle: Statist. Bundesamt)**

im Jahr 2011: 12,4% (Quelle: medinfoweb 2012)

d.h. ca. 32.000 geriatrische Krankenhausfälle



Sozialmedizinische Begutachtung geriatrischer Krankenhaufälle nach § 275 SGB V

Hauptprüfanlass geriatrischer Behandlungsfälle:	
Richtigkeit der Kodierung	34%
Dauer der stationären Behandlung	32%
Notwendigkeit der stationären Aufnahme	22%
Sonstiger Anlass zu stationären Leistungen	12%

(Quelle: KCG 2012)



Sozialmedizinische Begutachtung geriatrischer Krankenhaufälle nach § 275 SGB V

- ❖ Kompetenz-Centren in der MDK-Gemeinschaft halten besondere Expertise z.B. auch zum Themenkomplex Geriatrie bereit (KC Geriatrie beim MDK-Nord in Hamburg)
- ❖ Diese stellen durch ein umfassendes Bildungs- und Wissensmanagement eine bundesweit einheitliche geriatrische Begutachtungsbasis sicher
- ❖ Im Bereich geriatrischer Sozialmedizin leistet die MDK-Gemeinschaft hierdurch einen Beitrag zur zweckmäßigen und wirtschaftlichen geriatrischen Versorgung



Zielgruppe geriatricspezifischer Leistungserbringung:

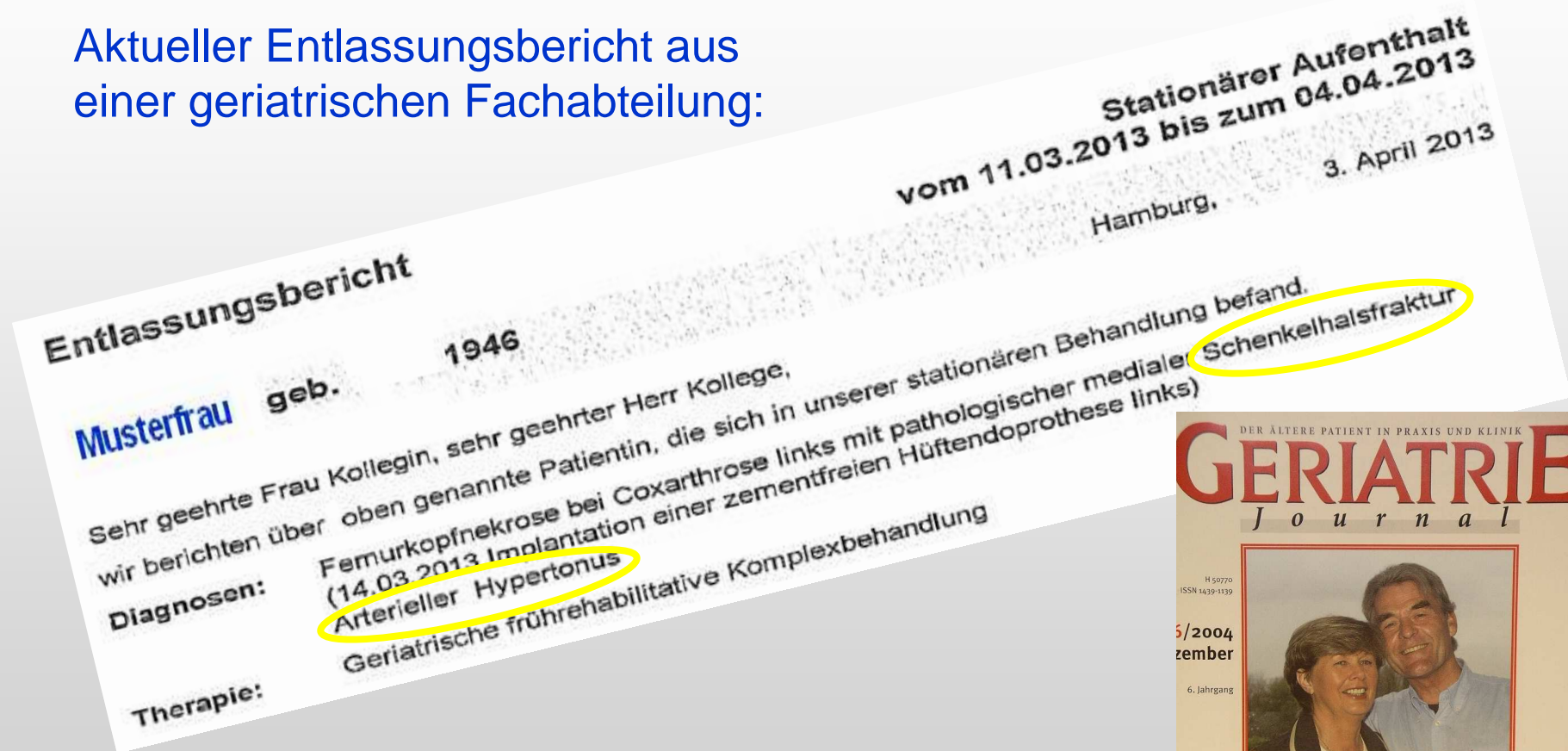
Die sozialmedizinisch über den Versorgungsbereich Rehabilitation hinaus relevante Definition des geriatrischen Patienten in der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ umfasst zwei wesentliche Identifikationskriterien:

- **geriatrietypische Multimorbidität und**
- **höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter)**



geriatrietypisch multimorbider Patient ?

Aktueller Entlassungsbericht aus
einer geriatrischen Fachabteilung:



stationär akutgeriatriische versus stationär geriatrisch-rehabilitative Versorgung



- ❖ in einigen Bundesländern (z.B. Hamburg, Bremen, Hessen, Thüringen) nahezu ausschließlich im Krankenhaus nach §39 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §108/§109 SGB V
- ❖ in anderen Bundesländern (z.B. Niedersachsen, Bayern, Baden-Württemberg, Saarland) zusätzlich, teils auch überwiegend in Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V mit Versorgungsvertrag nach §111 SGB V

Quelle: Weißbuch Geriatrie Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) 2. Aufl. 2010

Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

- ❖ Bestand stationärer geriatrischer Behandlungsbedarf (initial und im Verlauf) oder wäre eine niedrigere Versorgungsstufe bzw. ein anderer Versorgungssektor ausreichend und zweckmäßig gewesen?
- ❖ Bei der sozialmedizinischen Abgrenzung zu anderen geriatrischen Versorgungsangeboten werden regionalspezifische Versorgungskonzeptionen berücksichtigt
- ❖ Medizinische Abgrenzungskriterien bspw. in Niedersachsen und Sachsen sowie Schleswig-Holstein



Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

- ❖ Eine Verlegung in die Geriatrie kann dann erfolgen, wenn die medizinischen Leistungen beendet sind, die ausschließlich in der verlegenden Fachabteilung erbracht werden können
- ❖ Bei vorliegender Indikation sind frührehabilitative Behandlungsleistungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt einzuleiten
- ❖ Bei interner Verlegung: Überschreitung der OGVD medizinisch begründet?

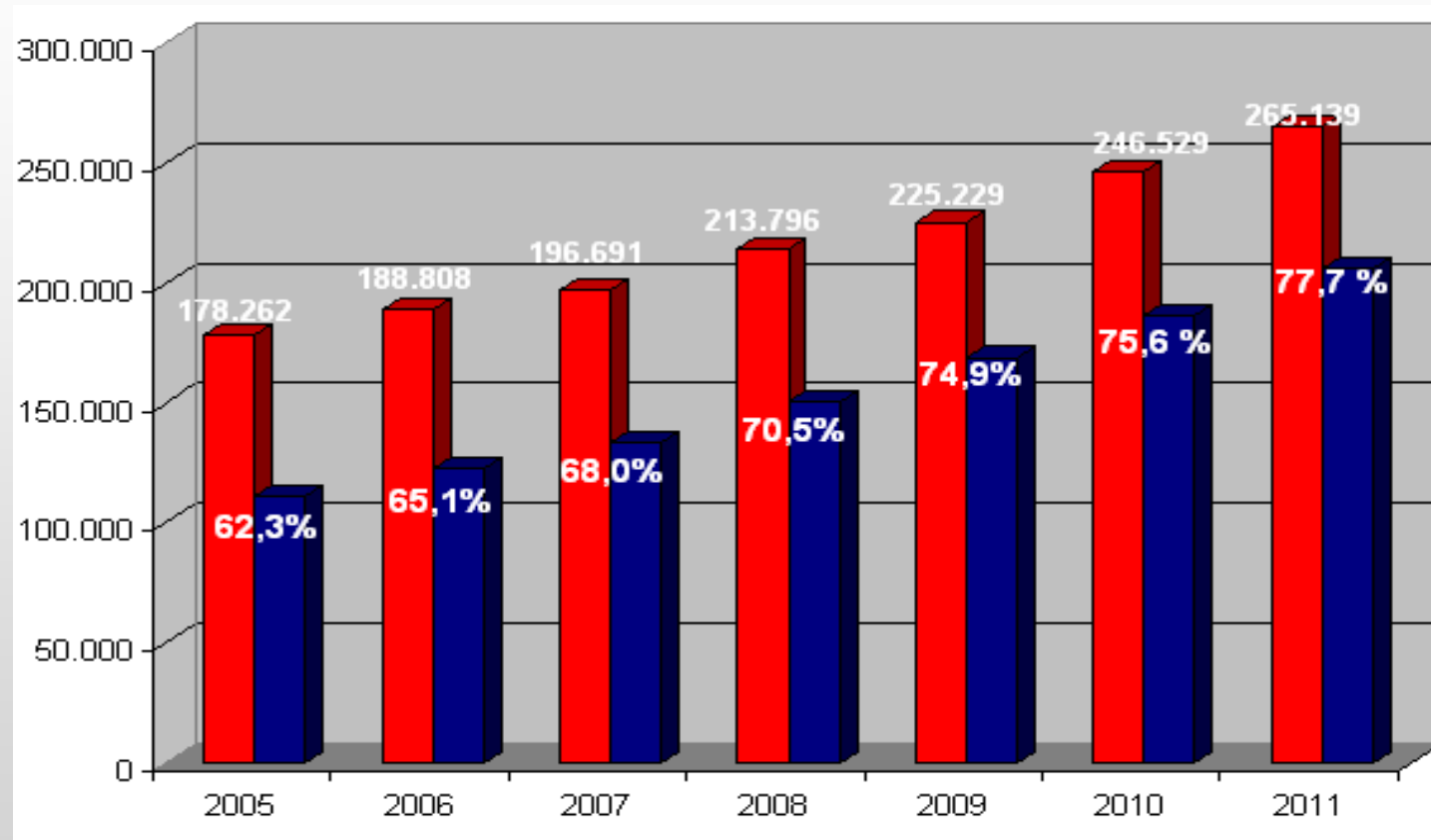


Notwendigkeit und Dauer der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V

- ❖ Die Versorgung durch geriatrische Krankenhausstrukturen erfolgt zu ca. 30 % durch externe Verlegungen in die Geriatrie
- ❖ Bei externer Verlegung: Erreichen der MVD medizinisch begründet?
- ❖ Bei externer Verlegung entspricht die Hauptdiagnose in der Geriatrie überwiegend der Hauptdiagnose des abverlegenden Hauses



Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) gemäß OPS-Kode 8-550*



- Vollstationäre Krankenhaufälle in geriatrischen Fachabteilungen
- davon: Anteil mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) gemäß OPS-Kode 8-550*

- ❖ Geriatrische Frührehabilitation ist in erster Linie gekennzeichnet durch die erkennbare Notwendigkeit einer mehrdimensionalen, interdisziplinären Behandlung (teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei verschiedenen Therapiebereichen nebst aktivierend-therapeutischer Pflege)
- ❖ Die Durchführung einer geriatrischen Frührehabilitation ist sozialgesetzlich an stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V gebunden
- ❖ „An die absehbare akutmedizinische Stabilität geriatrischer Patienten sind vor der Entlassung bzw. externen Verlegung im Rahmen geriatrischer Krankenhausbehandlung besonders hohe Anforderungen zu stellen“ (Tuschen-Papier ; BMG 2004)



KC Geriatrie - Auslegungshinweise zum OPS-Kode 8-550* - Version 2013 -

Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung mit Beteiligung aller Berufsgruppen im Hinblick auf die individuell erreichten Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele (...)

7	wöchentliche Teambesprechung einschließlich der Behandlungsleitung und Dokumentation	Schriftliche Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung im Hinblick auf die individuell erreichten Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele unter obligater und dokumentierter Teilnahme der unter Nr. 4 genannten Behandlungsleitung. Der Umfang der Dokumentation hat sich an dem Ziel, den Rehabilitationsprozess transparent und die <u>therapeutisch-rehabilitativen</u> Maßnahmen plausibel zu machen zu orientieren. Hierzu sollten die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen erkennbar sein. Die ausschließliche Verwendung vorgefertigter Auswahllisten ist in der Regel nicht ausreichend.
---	--	---

Die Beiträge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen sollten erkennbar sein

Die Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung an den wöchentlichen Teambesprechungen muss dokumentiert sein.

(Download unter: www.kcgeriatrie.de)

Kodierung von Funktionseinschränkungen ICD-Kodes U50.* , U51.* , U52.*

Barthel-Index??

		TREPPENSTEIGEN	
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
	Gehhilfen	5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
	nicht gehfähig	0	erfüllt „5“ nicht
An- und Auskleiden	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehr. Stufen)		Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)		Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen
Stuhlgang	Ständig kontinent		Gelegentlich inkontinent, maximal 1x/Woche
	Ständig kontinent, ggf. unabhängig		Gelegentlich inkontinent, max. 1x / Woche
Urinkontrolle	Ständig kontinent		Häufiger / ständig inkontinent
	Ständig kontinent, ggf. unabhängig		Häufiger / ständig inkontinent

Note: A yellow circle highlights 'Treppensteigen' in the original image, with an arrow pointing to the '10' score level in the table above.

Kodierung von Funktionseinschränkungen ICD-Kodes U50.* , U51.* , U52.*

Barthel-Index??

TREPPENSTEIGEN	
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
0	erfüllt „5“ nicht

Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren
 Unat. Geh. Hilf.

nicht selbständig b. ... kann aber
 Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren

❖ ICD-10-GM:

„Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren“

❖ Das **Hamburger Manual** ist verbindlicher Einstufungsstandard für den **Barthel-Index** gemäß den ICD-Kodes U50.* ab Version 2005

(Download unter: www.kcgeriatrie.de)

Urinkontrolle
 Ständig kontinent, ggf. unabhängig
 Gelegentlich inkontinent, max. 1x / inkontinent

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich danke den Mitarbeitern des Kompetenz-Centrums Geriatrie

*Hr. Dr. Norbert Lübke und
Hr. Dr. Matthias Meinck*

*für unsere gemeinsam geführten Diskurse in dieser Thematik und ihre
fachlichen Anregungen in vielen Einzelaspekten.*

Dr. med. Friedemann Ernst
Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord
Tel: 040/25169 -1153
friedemann.ernst@kcgeriatrie.de

