

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an [vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto: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

***icd-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 25 Zeichen sein.

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

**Beispiele:** icd-wirbelkoerperfrakturen-musterfrau.doc, icd-regorgantxdringlichkeit-mustermann.doc

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur **ICD-10-GM** 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](http://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.

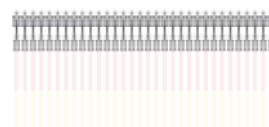
Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)).

### 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



## 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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation \* BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH  
Offizielles Kürzel der Organisation \* BQS  
Internetadresse der Organisation \* [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dr. med.  
Name \* Döbler  
Vorname \* Klaus  
Straße \* Kanzlerstr. 4  
PLZ \* 40472  
Ort \* Düsseldorf  
E-Mail \* [klaus.doebler@bqs-online.de](mailto:klaus.doebler@bqs-online.de)  
Telefon \* +49 211 280729 0

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \* BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH  
Offizielles Kürzel der Organisation \* BQS  
Internetadresse der Organisation \* [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)  
Anrede (inkl. Titel) \* Herr Dipl.-Inform. Med.  
Name \* Fischer  
Vorname \* Burkhard  
Straße \* Kanzlerstr. 4  
PLZ \* 40472  
Ort \* Düsseldorf  
E-Mail \* +49 211 280729 0  
Telefon \* [burkhard.fischer@bqs-online.de](mailto:burkhard.fischer@bqs-online.de)

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

Der Vorschlag wurde in einer Sitzung am 24.08.2006 erarbeitet, an der Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) teilgenommen haben. Die anwesenden BQS-Fachgruppenmitglieder wurden gebeten dieses Ergebnis mit den jeweiligen Fachgesellschaften abzustimmen.

Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP): Zustimmung zum Vorschlag liegt vor.

Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM): Zustimmung zum Vorschlag steht noch aus, wird aber kurzfristig erwartet.

#### 4. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Zusatzcode zur Abgrenzung der „Ambulant erworbenen Pneumonie“

#### 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)

Beantragt wird die Einführung eines Zusatzcodes (z.B. U90.1!) für die „im Krankenhaus erworbene Pneumonie“ lt. der u.g. Definition. Dieser Code sollte nur im Zusammenhang mit einem weiteren ICD-Kode für die Pneumonie verschlüsselt werden können. Dadurch soll eine Differenzierung zwischen der ambulant erworbenen Pneumonie und der im Krankenhaus erworbenen Pneumonie ermöglicht werden.

Definition: „Im Krankenhaus erworbene Pneumonie“

„Als Krankenhaus werden in dieser Definition alle nach §108 SGB V zugelassenen Einrichtungen verstanden.

Unter einer im Krankenhaus erworbenen Pneumonie versteht man eine Pneumonie, deren Symptome und Befunde nach CDC-Kriterien frühestens 48 Std. nach Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten. Eingeschlossen sind auch Pneumonien, die sich innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung aus einem Krankenhaus manifestieren.

Definition Pneumonie nach CDC-Kriterien:

"Röntgenuntersuchung des Thorax weist ein neues oder progressives und persistierendes Infiltrat, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss auf

und mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Fieber (> 38° C) ohne andere mögliche Ursachen
- Leukopenie (< 4000 Leukozyten) oder Leukozytose (> 12000 Leukozyten)
- Für Erwachsene > 70 Jahre: veränderter mentaler Status, der keine anderen Ursachen haben kann (pneumoniebedingte Desorientierung)

und mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums
- neu aufgetretener oder verschlimmter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe
- Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche
- Verschlechterung des Gasaustausches ( $PaO_2/FiO_2 \leq 240$ ), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit

Dieser Kode gilt nur im Zusammenhang mit einer weiteren Pneumonekodierung durch die jeweiligen ICD-Kodes."

(Quelle: eigene Übersetzung (BQS) der CDC-Kriterien unter der Internetadresse:  
<http://www.cdc.gov/ncidod/hip/NNIS/members/pneumonia/Final/PneumoCriteriaV1.pdf>  
 und weitere deutsche Übersetzung unter  
<http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/boschnakow-anett-2002-04-19/HTML/boschnakow-ch2.html>)

Der Zusatzkode soll insbesondere Anwendung finden bei folgenden Diagnosen, da diese die Einschlussdiagnosen für die QS-Dokumentation Pneumonie darstellen.

ICD-Kode	Beschreibung	ICD-Kodes
A48.1	Legionellose mit Pneumonie	
B01.2	Varizellen-Pneumonie	
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	
J12.0	Pneumonie durch Adenoviren	
J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	
J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren	
J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	
J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet	
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas	
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken	
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli	
J15.6	Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien	
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie	
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie	

Eine erweiterte Anwendung auf alle ICD-Kodes für Pneumonie wird nicht konkret beantragt, könnte aber sinnvoll sein, um die Pneumonie generell abgrenzen zu können (vgl. Liste des DIMDI: Anlage 1).

Eine Kennzeichnung der o.a. Pneumonie-Kodes mit dem Hinweis, dass im Krankenhaus erworbene Pneumonien mit dem Zusatzkode zu versehen sind, wäre für die Kodierpraxis hilfreich.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

- a. **Problembeschreibung** (inkl. Begründung von Vorschlägen die primär „klassifikatorisch“ motiviert sind, z.B. inhaltliche oder strukturelle Vorschläge) \*

Bei Vorschlägen die primär klassifikatorisch motiviert sind, sind grundsätzlich auch die Auswirkungen auf das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7.b genannten Fragen.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

- Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen („aktuell“ vs. „neu“) voraussichtlich betroffen?
- Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- Mittels welcher Schlüsselnummernkombinationen (ICD/OPS) werden die im Vorschlag genannten Fallgruppen aktuell verschlüsselt?
- **Benennen Sie die maßgeblichen Kostenpositionen (inkl. ihres Betrags) zum ggf. geltend gemachten Behandlungsmehr(oder minder)aufwand. Stellen Sie diese auch gegenüber den bisher zur Verfügung stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.**

**Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.**

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Der Vorschlag dient der Qualitätssicherung und ist primär nicht von Relevanz für das Entgeltsystem.

**c. 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.)

Die BQS-Fachgruppe Pneumonie beantragt die Differenzierung von ICD-Kodes von Pneumonien zwischen ambulant und "im Krankenhaus erworbenen Pneumonien" zu ermöglichen. Die Änderung soll für den ICD-10-GM ab 01.01.2008 gültig werden.

Der Vorschlag dient zur Abgrenzung des QS-Leistungsbereichs "Ambulant erworbene Pneumonie". Er soll die bisherigen Abgrenzungskriterien ablösen, die den Nachteil haben, dass sie nur mit DRG-Fallpauschalen abgerechnete Fälle mit der Hauptdiagnose Pneumonie erfassen. Wiederaufnahmen von im Krankenhaus erworbenen Pneumonien können nicht ausgeschlossen werden, zumindest dann nicht, wenn die Grenzverweildauer des vorausgegangenen Krankenhausaufenthaltes überschritten ist. Weiterhin können Behandlungen, die nicht mit DRGs abgerechnet werden, derzeit nicht eingeschlossen werden.

In deutschen Krankenhäusern werden jährlich ca. 225.000 Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie behandelt (<http://www.bqs-outcome.de/2005/ergebnisse/leistungsbereiche/pneumonie/vollstaendigkeit/sheet002.htm>). Für die Qualitätssicherung von Pneumonien ist die Differenzierung erforderlich, da sowohl die Behandlungsregimes wie auch die Prognose der Erkrankungen sich erheblich unterscheiden. Qualitätsziele, Anforderungen an Risikoadjustierungsverfahren und die Festlegung von Referenzbereichen müssen daher für ambulant erworbene und nosokomial erworbene Pneumonien unterschiedlich erfolgen. Die derzeitige Systematik des ICD-10-GM lässt diese erforderliche Unterscheidung nicht zu.

Der Antrag der BQS zur Differenzierung der ICD-Kodes wird von den Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in der BQS-Fachgruppe Pneumonie ausdrücklich unterstützt, da die vorgeschlagene Einteilung einen international üblichen wissenschaftlichen Standard abbildet. Am 28.06.2005 wurde eine deutsche S-3-Leitlinie zu ambulant erworbenen Pneumonien veröffentlicht (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/082-001.htm>), die die Notwendigkeit einer Differenzierung unterstreicht.

**d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant?**

Der Vorschlag bezieht sich spezifisch auf Pneumonien. Diese Begrenzung hat gegenüber einem generellen ZusatzKODE "im Krankenhaus erworben" den Vorteil, dass sich der ZusatzKODE eindeutig auf eine Pneumonie bezieht. Ein genereller ZusatzKODE "im Krankenhaus erworben" würde sich z.B. auch auf Dekubitalulzera beziehen lassen und hätte den Nachteil, dass bei einem Pneumoniepatienten mit Dekubitusulkus nicht differenziert werden kann, ob die Pneumonie, das Ulkus oder beides im Krankenhaus erworben sind.

Die ebenfalls diskutierte Variante eines ZusatzKENNZEICHENS hätte ebenfalls den Vorteil einer eindeutigen Zuordnung zur gekennzeichneten Diagnose, aber den Nachteil, dass alle IT-Systeme im Krankenhaus und bei den Krankenkassen auf die Handhabung des Zusatzkennzeichens umgestellt werden müssten. Bisher wird im stationären Bereich nur die Seitenlokalisation verwendet. Die ICD kennt anders als der OPS keine Verpflichtung, bestimmte Codes zu kennzeichnen.

Die im letzten Jahr beantragte Variante der Erweiterung bestimmter Codes um eine 5. Stelle zur Differenzierung zwischen ambulant und im Krankenhaus erworbenen Pneumonien war aus Gründen der weiteren Pflege der Klassifikation verworfen worden. So ist es eher Zufall, dass alle Pneumoniecodes derzeit maximal 4-stellig sind. Die Erweiterung stünde auch anderen inhaltlichen Änderungen, bei denen auf die 5. Stelle zurückgegriffen werden muss im Wege.

**8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)**