

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2011

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):

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

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

Beispiel: icd-diabetesmellitus-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, 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 *	Bundesverband klinischer Diabeteseinrichtungen
Offizielles Kürzel der Organisation *	BVKD
Internetadresse der Organisation *	BVKD.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dipl.-Btrw., MBA
Name *	Lemmer
Vorname *	Luitgard
Straße *	Kirchberg 21
PLZ *	37431
Ort *	Bad Lauterberg
E-Mail *	Lemmer@Diabeteszentrum.de
Telefon *	05524-81-212

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Diabeteszentrum Bad Lauterberg
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	info@Diabeteszentrum.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Nauck
Vorname *	Michael
Straße *	Kirchberg 21
PLZ *	37431
Ort *	Bad Lauterberg
E-Mail *	Nauck@Diabeteszentrum.de
Telefon *	05524-81-218

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

BVKD

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

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

kennzeichnung der icd I79.8 als sterndiagnose bei diabetes mellitus-bvdk

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)

Vorschlag:

Ergänzung eines * -Codes bei ICD I79.8 (Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) für die Abbildung von Koronaren Herzerkrankungen bei Diabetes mellitus als Hauptdiagnose

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 7b genannten Fragen.

Zur Zeit kann die ICD I79.8 (sonstige Erkrankung der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) bei der Hauptdiagnose Diabetes mellitus nicht als Manifestation/Komplikation des Diabetes mellitus verschlüsselt werden. Dies hat zur Folge, dass koronare Herzkrankheiten (KHK) nicht als Manifestation/Komplikation des Diabetes mellitus verschlüsselt werden können. Jedoch stellen koronare Herzkrankheiten eine sehr häufige Komplikation des Diabetes mellitus dar. Dies wird durch internationale Studien eindrucksvoll bewiesen.

Ein Typ 2 Diabetes (ICD 10 E11.xx) geht mit einer deutlich erhöhten Häufung der Diagnose und von Komplikationen einer koronaren Herzkrankheit (ICD 10: I79.8) einher. Das Risiko ist so deutlich erhöht, dass es Postinfarkt-Patienten und ihrem Wiederholungsrisiko entspricht (1, 2). Das Risiko erhöht sich um so mehr, je unkontrolliert erhöht die Blutzucker- bzw. die HbA1c-Werte der Patienten gewesen sind (3, 4). Dies ist nicht Folge einer Anhäufung von klassischen Risikofaktoren, (arterieller Hypertonus, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus), sondern das Risiko erhöht sich allein durch das Vorliegen der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 weiterhin um den Faktor 2-4 (5). Die

Assoziation zwischen Typ 2-Diabetes mellitus und KHK ist so eng, dass sich in der Mehrzahl der Patienten mit KHK-Komplikationen (Akutes Koronarsyndrom, Betreuung auf einer Intensivstation) Patienten mit Typ 2-Diabetes oder zumindest Vorstufen häufen (6). Diese Häufigkeiten liegen deutlich über dem Erwartungswert für die Allgemeinbevölkerung. Damit ist bewiesen, dass eine koronare Herzkrankheit trotz des ähnlichen Erscheinungsbildes wie bei nicht von Diabetes mellitus betroffenen Menschen, der Häufigkeit nach durch einen Diabetes gefördert bzw. ausgelöst wird, dass dies als Diabetes-Komplikation angesehen werden muss.

Literatur:

1. Haffner SM, Letho S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1998 Jul 23; 339(4):229-34
2. Schramm TK, Gislason GH, Kober L, Rasmussen S, Rasmussen JN, Abildstrom SZ, et al. Diabetes patients requiring glucose-lowering therapy and nondiabetics with a prior myocardial infarction carry the same cardiovascular risk: a population study of 3.3 million people. *Circulation.* 2008 Apr 15; 117(15):1945-54.
3. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Bmj,* 2000 Aug 12;321(7258):402-12
4. Stratton IM, Cull CA, Adler AI, Matthews DR, Neil HA, Holman RR. Additive effects of glycaemia and blood pressure exposure on risk of complications in type 2 diabetes: a prospective observational study (UKPDS 75). *Diabetologia.* 2006 Aug; 49(8):1761-9
5. Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD, Wentworth D. Diabetes, other risk factors, and 12-yr cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Diabetes Care.* 1993 Feb; 16(2): 434-44
6. Norhammar A, Tenerz A, Nilsson G, Hamsten A, Efendic S, Ryden L, et al. Glucose metabolism in patients with acute myocardial infarction and no previous diagnosis of diabetes mellitus: a prospective study. *Lancet.* 2002 Jun 22; 359 (9324): 2140-4

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 -minderaufwand. 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).

1.) Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren in 2008 176.622 Patienten mit Typ 2-Diabetes mellitus in stationärer Behandlung (vgl. statistisches Bundesamt, Krankenhauspatienten). Eine Teilmenge von geschätzt 10%-20% dieser Patientenzahl ist von KHK betroffen. Damit fehlt für eine Anzahl von rd. 18.000 bis 35.000 Patienten die Möglichkeit, die vorliegende KHK als Komplikation des Diabetes mellitus zu verschlüsseln und damit den verbundenen erhöhten Ressourcenverbrauch adäquat abzubilden und in eine höhere DRG zu gelangen.

2.) Der Kostenunterschied beträgt zwischen 0,2 und 0,4 Bewertungsrelationen.

3.) Die Hauptdiagnose Type 2-Diabetes mellitus mit KHK wird zur Zeit mit E11.xx und I79.8 verschlüsselt, wobei die I79.8 keine CCL-Relevanz besitzt.

4.) Kalkulation des Ressourcenverbrauchs bei einer unterlegten Verweildauer von 12 Tagen:

Kosten für Medikation: 108.- €

Kosten diagnostische Untersuchungen: 195.- €

Kosten ärztliches und pflegerisches Personal für die aufwändigere Betreuung und Überwachung der KHK-Patienten gegenüber Patienten ohne KHK: 95.- €

sonstige Sachkosten: 60.- €

Gesamt: 458.- €

- 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.)

Trifft nicht zu, da im Bereich Diabetes mellitus keine externe Qualitätssicherung.

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

Trifft nicht zu, da ausschließlich für die Kodierung bei Hauptdiagnose Diabetes mellitus relevant.

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