

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 Entgeltssysteme 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.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation
Offizielles Kürzel der Organisation *	DAG-KBT
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	Dr
Name *	Haag
Vorname *	Cornelie
Straße *	Fetscherstr. 74
PLZ *	01307
Ort *	Dresden
E-Mail *	Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de
Telefon *	0351-4584194

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

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

DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie)

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) *

Kodes für die chronische GVHD angepaßt an die gültige Klassifikation

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)

Anpassung der Codes für die chronische Graft-versus-Host-Krankheit an die gültige, internationale Klassifizierung, die die bisherige Einteilung abgelöst hat.

bisherige Codes, die gestrichen werden sollten

T86.03 Chronische Graft-versus-host-Krankheit, begrenzte Form

T86.04 Chronische Graft-versus-host-Krankheit, ausgeprägte Form

neue Codes

T86.05 chronische Graft-versus-host-Krankheit, milde Form

T86.06 chronische Graft-versus-host-Krankheit, moderate Form

T86.07 chronische Graft-versus-host-Krankheit, schwere Form

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.

Die chronische GVHD ist eine schwere Komplikation, die nach einer allogenen Stammzelltransplantation auftreten kann. Das Krankheitsbild kann wenig ausgeprägt sein, so dass es nur zu einer geringeren Beeinträchtigung des Patienten kommt, aber auch schwere Verlaufsformen annehmen, die letztendlich auch zum Tode führen können. Dabei können mehrere Organe (Haut, Lunge, Leber, Gastrointestinaltrakt, Mund, Augen, Gelenke u.a.) beteiligt sein in jeweils unterschiedlichen Schweregraden. Eine erste Einteilung in begrenzte und ausgeprägte Form der chronischen GVHD erfolgte auf der Basis von Beobachtungen von nur wenigen Patienten in den 80er Jahren. In den letzten Jahren hat sich auf der Basis langjähriger Erfahrung ein Konsensus gebildet zur Schweregradeinteilung der chronischen GVHD, der international inzwischen anerkannt ist. (NIH-Konsensus Biol. Blood Marrow Trans. 11:945-955(2005)) und jetzt im klinischen Alltag Anwendung findet.

Eine Überführung der alten Klassifikation in die neue Schweregradeinteilung ist nicht möglich.

Die exakten Definitionen sind in der o.g. Literaturstelle zu finden. Dort werden für jedes Organ die verschiedenen Ausprägungen der Erkrankung definiert. Aus der Zahl der befallenen Organe und

der Ausprägung der Erkrankung an den Organen wird dann die Einteilung in die o.g. 3 Schweregrade vorgenommen.

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).

Alle Fälle, bei denen die chronische GVHD (T86.03 und T86.04) bisher als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert wurde. Als Hauptdiagnose (2008 mit 352 Fällen) wird die GVHD in der A61Z gruppiert, die bisher keine Aufspaltung erfahren hatte. Ein Grund könnte sein, dass die bisherige Klassifikation nicht der klinischen Realität entspricht und somit auch die Kostenunterschiede nicht erkennbar waren.

Da die neue Einteilung der GVHD deutlich abweicht von der bisherigen, ist es nicht möglich zu sagen, wie hoch die Fallzahl ist, die nun von der T86.03 in die T86.05 und T86.06 fällt und welche Fälle der T84.04 in der Zukunft nun mit T86.06 oder T86.07 kodiert werden. Daher ist eine Kostenanalyse auch nicht möglich. Vielmehr ist zu hoffen, dass sich die neuen Codes als Trenner in den betroffenen DRGs zeigen

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.)

nicht relevant

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

nicht relevant

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