

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.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pulmologie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin)
Internetadresse der Organisation *	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Professor Dr. med.
Name *	Pfeifer
Vorname *	Michael
Straße *	Ludwigstr.
PLZ *	93093
Ort *	Donaustauf
E-Mail *	michael.pfeifer@klinik.uni-regensburg.de
Telefon *	09403 80215

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)

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) *

Neue Klassifizierung der Pulmonalen Hypertonie ; Änderung I27.-

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)

Es wird vorgeschlagen, den bestehenden Code I.27.- wie folgt zu ändern:

I27.0 Pulmonale Arterielle Hypertonie

I27.01 Idiopathisch (IPAH)

I27.02 Familiär (FPAH)

I27.03 Assoziiert mit (APAH)

- Kollagenosen

- Kongenitalen systemisch-pulmonalen Shuntvitien

- Portale Hypertension

- HIV-Infektion

- Drogen / Medikamente

- Andere (Schilddrüsenerkrankungen, Glykogenspeicherkrankheiten, M.Gaucher, hereditäre Teleangiektasie, Hämoglobinopathien, myeloproliferative Erkrankungen; Splenektomie)

I27.04 Assoziiert mit signifikanter venöser / kapillärer Beteiligung

- Pulmonale venookklusive Erkrankung (PVOD)

- Pulmonal kapilläre Hämangiomatose

I27.05 Persistierende pulmonale Hypertonie der Neugeborenen

I27.1 Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung

I27.11 Linksatriale oder linksventrikuläre Erkrankungen

I27.12 Linksseitige Klappenerkrankungen

I27.2 Pulmonale Hypertonie assoziiert mit Hypoxie

I27.21 Chronisch obstruktive Lungenkrankheit

I27.22 Interstitielle Lungenkrankheit

I27.23 Schlafapnoesyndrom

I27.24 Erkrankungen mit alveolärer Hypoventilation

I27.25 Höhenbewohner

I27.26 Pulmonale Entwicklungsstörungen

I27.3 Pulmonale Hypertonie aufgrund chronischer thrombotischer und/oder embolischer Erkrankungen

- I27.31 Thromboembolie der proximalen Lungenarterien
- I27.32 Obstruktion der distalen Lungenarterien
- I27.33 Lungenembolie (Tumor, Parasiten, Fremdkörper)

I27.4 Sonstiges

Sarkoidose, Histiozytosis X, Lymphangioliomyomatose, Gefäßkompression von außen (Lymphknoten, Tumor, fibrosierende Mediastinitis)

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 Klassifikation und Nomenklatur der Pulmonalen Hypertonie (PH) wurde im Jahr 2003 auf der Dritten Weltkonferenz für PH in Venedig grundlegend revidiert. Insbesondere die pulmonal arterielle Hypertonie wurde von anderen Formen der PH abgegrenzt und weiter in 5 Subklassen unterteilt.

Eine korrekte Diagnosestellung und eine präzise Klassifikation sind entscheidend für die Planung eines gezielten Therapieverfahrens.

Die o.g. Einteilung ersetzt die Evian-Klassifikation aus dem Jahre 1998. Die vorhandene ICD Codierung I27.0 Primäre Pulmonale Hypertonie und I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie entspricht somit nicht mehr der aktuellen, korrekten medizinischen Diagnostik.

Eine korrekte und dem Aufwand entsprechende Abbildung der mit der Diagnosestellung und damit verbundenen Therapie eingeleiteten Behandlung ist aktuell nicht möglich.

- 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).

Mit dem Code I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie lassen sich Patienten mit pulmonaler arterieller Hypertonie nur undifferenziert und nicht der korrekten Diagnosestellung entsprechend verschlüsseln. Dies gilt ebenso für alle anderen Formen der Pulmonalen Hypertonie, die bislang über den Code I27.2- Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie verschlüsselbar sind.

Beides erlaubt somit keine korrekte Abbildung der medizinisch korrekten Diagnosestellung.

Im aktuellen G-DRG System werden diese Patienten überwiegend in den Fallgruppen A63Z, A69Z, F46A, F46B, F49A, F49B, F49C, F49D, F49E,

F49F, F75A, F75B, F75C, F75D eingruppiert. Eine gemäß den aktuellen Diagnose- und Therapieleitlinien entsprechenden Behandlungsschritte finden nach dieser Groupierung keine dem Aufwand adäquate Abbildung.

- 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?**

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