

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2012

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 Formulardaten 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 *	Wissenschaftliches Institut der AOK
Offizielles Kürzel der Organisation *	WIdO
Internetadresse der Organisation *	http://www.wido.de
Anrede (inkl. Titel) *	Hr.
Name *	Günster
Vorname *	Christian
Straße *	Rosenthaler Str. 31
PLZ *	10178
Ort *	Berlin
E-Mail *	christian.guenster@wido.bv.aok.de
Telefon *	030 34646-2128

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Initiative Qualitätsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	IQM
Internetadresse der Organisation *	http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Zacher
Vorname *	Josef
Straße *	Friedrichstrasse 166
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	josef.zacher@helios-kliniken.de
Telefon *	+ 49 309401052300

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

AOK-BV,
GKV-SV

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) *

Einführung eines Zusatzkennzeichens für "bei Aufnahme vorhanden"

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)

Einführung eines Zusatzkennzeichens zur Kennzeichnung von bei Krankenhausaufnahme vorhandenen Diagnosen, insbesondere des Dekubitus (L89). Das Zusatzkennzeichen kann folgende Ausprägungen annehmen:

J bei Aufnahme vorhanden

N bei Aufnahme nicht vorhanden

U unbekannt ob bei Aufnahme vorhanden

Das Zusatzkennzeichen ist verpflichtend bei der Kodierung eines Dekubitus und weiterer im ICD-Katalog besonders gekennzeichneten Diagnosen anzugeben. Die Liste der neben dem Dekubitus besonders gekennzeichneten Diagnosen ist unter der Zielsetzung zu erarbeiten, dass ein Auftreten der Diagnose nach Krankenhausaufnahme für die Behandlungsqualität von Bedeutung ist.

In den Metadaten zur ICD-10-GM ist die Kennzeichnungspflicht für "Bei Aufnahme vorhanden" vorzugeben.

Die Differenzierung des bei Aufnahme bestehenden Dekubitus-Grades durch einen Zusatzschlüssel analog zu U69.00 ist nicht möglich, da ansonsten Zusatzschlüssel für verschiedene Diagnosetiefen (Stelligkeit) vorgehalten werden müssten.

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 Unterscheidung von im Krankenhaus erworbenen gegenüber bereits bei Aufnahme bestehenden Krankheitszuständen ist bei ausgewählten Diagnosen für die Qualitätssicherung relevant. Bisher ist eine solche Unterscheidung nur bei Pneumonien (mittels der U69.00) möglich.

Der Vorschlag geht u.a. auf umfangreiche Erfahrungen der Analyse von Routinedaten für medizinisch relevante Endpunkte in den USA zurück (vgl. Pine et al. Enhancement of Claims Data to Improve Risk Adjustment of Hospital Mortality. JAMA 297(1): 71-76. 2007), die dort zur Einführung eines "present on admission"-Indikators (POA-Indikator) durch Medicare geführt haben.

Desweiteren kann diese Zusatzkennzeichnung die derzeit parallel im §137-QS-Verfahren durchgeführte Erhebung des Dekubitusstatus im Modul DEK ersetzen und somit durch Routinedaten den Erhebungsaufwand mittelbar vermindern und zur Plausibilisierung der erhobenen Daten verwendet werden. Auch für nosokomiale Infektionen stellt die Zusatzkennzeichnung eine wertvolle Information für die Zwecke der Qualitätssicherung dar.

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).

Betroffen sind hier alle Behandlungsfälle mit einer besonders gekennzeichneten Diagnose. Insbesondere betroffen sind alle Fälle mit einem Dekubitus, so dass hiermit eine Vollerhebung der Fälle mit Dekubitus im stationären Behandlungsverlauf durchgeführt werden kann.

Die Erarbeitung der Diagnosen, bei denen Zusatzkennzeichnung verpflichtend ist, soll unter sorgfältiger Abwägung von Informationsgewinn und Dokumentationsaufwand erfolgen. Für chronische Diagnosen ist die Zusatzkennzeichnung nicht erforderlich.

Die Verwendung eines POA Indikators wird dabei zu einer besseren Abbildung von medizinischen Schweregraden und zu einer Verbesserung der anfallenden Krankenhauskosten (Kalkulationsverbesserung) führen.

Darüber hinaus soll die Verwendung von POA-Indikatoren für ausgewählte Diagnosen Anreize zur Fehlkodierung vermeiden und eine bessere medizinische und ökonomisch sinnvolle Kodierung gefördert werden.

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.)

Der Zeitpunkt des Auftretens ausgewählter Diagnosen ist für die Qualitätssicherung Qualitätsanalysen äusserst relevant. POA-Indikatoren stellen die Basis für eine qualitätsrelevante Analyse, da so potentielle Komplikationen während der Behandlung von vorbestehenden Risikokonstellationen differenziert werden können. Eine sektorenübergreifende Qualitätsanalyse würde ebenfalls erleichtert und ein sinnvoller Abgleich von Abrechnungsdaten mit weiteren qualitätsrelevanten Datenquellen ermöglicht. In der Konsequenz können in diesem Fall im aktuellen Modul DEK dadurch Doppeldokumentation zumindest zum Teil vermieden werden. In der Vergütung könnte das Auftreten von Diagnosen nach Krankenhausaufnahme besser berücksichtigt werden.

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

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

Wir schlagen das Einrichten einer Arbeitsgruppe - an der sich die Antragsteller gerne aktiv beteiligen - vor, die eine Liste von Diagnosen erstellt, für die verpflichtende Kodierung eines POA-Indikators sinnvoll ist.

Der Vorschlag wurde in Rücksprache mit dem AQUA-Institut und dem GKV-Spitzenverband erarbeitet.