

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2015

### 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](mailto:vorschlagsverfahren@dimdi.de). Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

#### Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)) abgestimmt werden.

### 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](mailto: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 Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGVS
Internetadresse der Organisation *	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Schepp
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Engschalkingerstr. 77
PLZ *	81925
Ort *	München
E-Mail *	wolfgang.schepp@klinikum-muenchen.de
Telefon *	+49 89 92702060

### 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)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO)  
Bund Deutscher Internisten (BDI)  
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)  
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)  
Bundesverband Geriatrie e.V.  
Infektlogia e.V.

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) \*

Differenzierung ICD-10-GM-Kode A04.7

## 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 1: Differenzierung

Es wird vorgeschlagen, den ICD-10-GM-Kode A04.7 "Enterokolitis durch Clostridium difficile", wie folgt mit einer fünften Stelle zu differenzieren.

A04.7- Enterokolitis durch Clostridium difficile

Lebensmittelvergiftung durch Clostridium difficile

Pseudomembranöse Kolitis

A04.70 Enterokolitis durch Clostridium difficile, schwere Verlaufsform mit rezurrenter Infektion

Hinw.: Die rezurrenente Infektion erfüllt für sich alleine die Definition der schweren Verlaufsform. Eine Infektion mit Clostridium difficile wird als rezurrent (Rückfall) bezeichnet, wenn sie bis zu 60 Tagen nach einer vorherigen Episode einer Infektion mit Clostridium difficile auftritt. Die jeweiligen Definitionen des RKI sind zu beachten

A04.71 Enterokolitis durch Clostridium difficile, schwere Verlaufsform ohne rezurrenente Infektion

Hinw.: Schwere Verlaufsformen liegen vor, wenn eines der u.g. Kriterien erfüllt ist (angelehnt an aktuelle Definition des Robert Instituts):

- Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen,
- chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation

oder einer refraktären Kolitis

oder Nachweis des Ribotyps 027. Der Nachweis von Ribotyp 027 ist mittels U80.8! gesondert / zusätzlich zu kodieren

A04.74 Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht schwere Verlaufsform

A04.79 Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet

### VORSCHLAG 2: Neuaufnahme von Schlüsselnummern

Dazu: Änderung der Überschrift im Kapitel U80-U85 wie folgt: Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika und/oder besonderer Virulenz

Änderung der ICD-Gruppe U80.-! wie folgt: Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen und/oder besonderer Virulenz, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern

Neue Schlüsselnummer:

U80.8! Clostridium difficile mit Ribotyp 027 oder 078

## 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.

Infektionen mit *Clostridium difficile* stellen ein zunehmendes Problem für Krankenhäuser dar. So wurden 2012 nach Aussagen des Statistischen Bundesamts 102.346 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose entsprechend dem ICD-10-GM-Code A04.7 in Deutschen Krankenhäusern behandelt. 2009 lag die Zahl noch bei 75.274 Fällen. Infektionen mit *c.diff* treten in den allermeisten Fällen als *clostridium difficile* assoziierte Diarrhoen (CDAD) auf, die schwere Verlaufsform ist die pseudomembranöse Kolitis. Allgemein spricht man von *clostridium difficile* assoziierter Infektion (CDAI). Fast immer sind CDAI mit dem vorherigen Einsatz von Antibiotika verbunden. Eine besondere Rolle spielen hier die Cephalosporine der dritten Generation sowie Clindamycin und die Fluorchinolone Ciprofloxacin und Levofloxacin. Diese Antibiotika sind seit mehreren Jahren als Generika verfügbar und werden im ambulanten Bereich sehr häufig verschrieben. Dementsprechend oft werden Patienten mit einer CDAI stationär behandlungsbedürftig und es fallen neben den komplexen Isolationsmaßnahmen weitere kostenintensive Maßnahmen im Krankenhaus an, die nicht ursächlich durch die Krankenhausbehandlung bedingt sind. Die klinischen Maßnahmen (z.B. spezifische Antibiotikatherapie) sowie auch die Meldepflicht nach §11, Abs. 1 IfSG sind von der Schwere des Verlaufs abhängig. Das Robert-Koch-Institut (RKI) beschreibt in seinem infektiologischen Bulletin 25/2013 [1] die Kriterien für den schweren Verlauf:

1. Notwendigkeit einer Wiederaufnahme aufgrund einer rekurrenten Infektion,
2. Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen,
3. chirurgischer Eingriff (Kolektomie) aufgrund eines Megakolon, einer Perforation oder einer refraktären Kolitis,
4. Tod < 30 Tage nach Diagnosestellung und CDI als Ursache oder zum Tode beitragende Erkrankung

oder Nachweis des Ribotyps 027

Darüber hinaus ist bekannt, dass ca. 20-30% der Patienten innerhalb von 14-60 Tagen eine rekurrende Infektion erleiden [2]. Lt. RKI werden 2 CDAI-Episoden, die innerhalb von 60 Tagen auftreten als rekurrent bezeichnet. Die Therapie rekurrenter Infektion ist seit 2012 um eine weitere antibiotische Option erweitert worden. Darüber hinaus werden für rekurrente Infektionen und andere schwere Verlaufsformen (z.B. die pseudomembranöse Kolitis) derzeit andere - nicht antibiotikabasierte - Therapieformen intensiv erprobt (wie z.B. die Stuhltransplantation oder antikörperbasierte Therapie). Das RKI beschreibt darüber hinaus das zunehmende Auftreten des so genannten Ribotyps 027 als eine Ursache für die Zunahme schwerer Verläufe.

Nachdem sowohl schwere Verlaufsformen als auch neue Therapien mit erhöhten Kosten einhergehen (siehe dazu auch 7b) erscheint die Differenzierung des bestehenden ICD-10-GM-Kodes A04.7 sowie die Aufnahme einer Schlüsselnummer zur Beschreibung des Ribotyps 027 bzw. 078 (der Ribotyp 078 ist derzeit in Deutschland noch äußerst selten, sollte aber schon mit aufgenommen werden) angezeigt. Die Möglichkeit, das Vorhandensein besonders virulenter Ribotypen zu kodieren ist auch deswegen wichtig, da diese Ribotypen bisher nur in bestimmten Bundesländern auftreten, jedoch häufig mit schweren Krankheitsverläufen und einer hohen Sterblichkeit einhergehen.

Klassifikatorischer Hinweis: Dem Grunde sind die vom RKI beschriebenen Kriterien für eine schwere Verlaufsform so eindeutig und im Rahmen der Kodierung eines Krankenhausaufenthaltes sehr leicht bestimmbar, dass eine Resteklasse "nicht näher bezeichnet" unnötig ist. Da bei der Differenzierung von ICD-Kodes jedoch eine Überleitung bisheriger Schlüssel möglich sein muss, wurde der Code A04.79 in diesen Vorschlag mit aufgenommen.

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

- o Wie viele Fälle sind in den jeweiligen Fallgruppen ('aktuell' vs. 'neu') voraussichtlich betroffen?
- o Wie groß ist der Kostenunterschied zwischen den aktuellen Fallgruppen und den neuen Fallgruppen (neue Schlüsselnummern)?
- o 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).

Nach Auskunft des statistischen Bundesamtes wurden 2012 insgesamt 102.346 Fälle mit der Haupt- oder Nebendiagnose A04.7 in Krankenhäusern, die nach DRG abrechnen und dem Anwendungsbereich des §1 KHEntgG unterliegen, behandelt [5]

Geht man davon aus, dass in der Literatur von 20-30% rekurrierenden Infektionen [2] gesprochen wird und berücksichtigt, dass insbesondere das Alter sowie die Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) Risikofaktoren sowohl für eine rezidivierende Infektion als auch eine andere schwere Verlaufsform sind, so kann man wohl davon ausgehen, dass die bisherigen 102.346 Fälle (eine korrekte Kodierung vorausgesetzt), wie folgt verteilt werden:

A04.70 25%

A04.71 40%

A04.74 35%

A04.79 0%

die Häufigkeit des Ribotyps 027 liegt bei (den an das RKI via Gesundheitsamt gemeldeten Isolaten) 2012 bei 282 Fällen. allerdings wird die Typisierung auch noch nicht regelmäßig vorgenommen.

Die Kostenunterschiede können nicht sicher geschätzt werden, da die Trennung der Fallgruppen heute noch nicht möglich ist. auf Basis der Benchmarkingdaten der DGVS, wo derzeit §21-Daten plus Kostendaten aus 41 Krankenhäusern vorliegen wurde eine matched-pair Analyse von Fällen aus 37 Häusern aus dem Jahr 2012 mit und ohne CDI vorgenommen. Die Einzelheiten der Analyse sind derzeit zur Publikation eingereicht.

Es wurden Fälle mit Hauptdiagnose, der Nebendiagnose oder Wiederaufnahmen mit Haupt-/oder Nebendiagnose CDI analysiert.

Fälle mit CDI als Hauptdiagnose: 817

Fälle mit CDI als Nebendiagnose: 1.840

Fälle mit CDI UND Wiederaufnahme: 110

Hat ein Patient CDI als Hauptdiagnose, so kann man von einer eher ambulant erworbenen Infektion und - als grobe Annahme - einem nicht so schweren Verlauf ausgehen. Diese Annahme ist - wegen fehlender Differenzierung - nicht ideal, eine bessere liegt jedoch nicht vor. Fälle mit der Hauptdiagnose CDI tragen mittlere Fallkosten von € 4.132.-, Fälle mit der Nebendiagnose CDI im Mittel € 19.381.-.

Die mittleren Kosten der wiedergekehrten Fälle mit CDI liegen bei € 20.755.- im Vergleich zu € 13.101.- bei Wiederkehrer-Fällen ohne CDI.

wie oben beschrieben, werden die Fälle derzeit mit dem ICD-10-GM-Kode A04.7, ohne weitere Möglichkeit der Differenzierung, verschlüsselt.

Die gezeigten deutlichen Kostenunterschiede korrelieren stark mit einer deutlich längeren Krankenhausverweildauer, Isolierung und Intensivstationsaufenthalt. Die genauen Beträge in den jeweiligen Kostenstellengruppen wurden nicht ermittelt. Falls gewünscht, kann dies nachgereicht werden. Hübner et al zeigen Mehrkosten von > € 5.000.- und in einer Analyse von Vonberg et al. werden sogar Mehrkosten von > € 7.000.- gezeigt [3,4].

Aufgrund der deutlichen Kostenunterschiede erscheint die Differenzierung / Neuaufnahme von Schlüsselnummern gerechtfertigt.

Parallel zu diesem Antrag wird ein Antrag zur Neuaufnahme von Schlüsselnummern in den OPS gestellt, der es künftig erlauben soll, den spezifischen Aufwand der Komplextherapie von Infektionen mit Clostridium difficile zu beschreiben.

- c. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.)

Derzeit nicht, da Infektionen mit *Clostridium difficile* noch nicht Gegenstand der externen QS sind.

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

Die Differenzierung im Kapitel U80-U85 ist eher eine Hilfskonstruktion, da *Clostridium difficile* natürlicherweise gegen bestimmte Antibiotika resistent ist und die Virulenz der Ribotypen 027 und 078 nicht auf Antibiotikaresistenz gründet. Ggf. kann überlegt werden, ob das Phänomen der besonderen Virulenz auch in anderer Weise abgebildet werden kann.

Darüber hinaus erscheint - gerade im Bereich der Infektiologie - die Differenzierung nach "ambulant erworben" oder "nosokomial", bei aller gebotenen vorsicht vor falschen Ursachenketten als ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung von Kosten und somit für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Gleiches gilt für die Bewertung einer Erkrankung als "rekurrent" oder "Rezidiv". ggf. können hier durch allgemeine Zusatzcodes Lösungen geschaffen werden.

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

Literatur in diesem Antrag:

- 1 Robert Koch-Institut (2013): Epidemiologisches Bulletin 25/2013 (25), zuletzt geprüft am 03.01.2014
- 2 Bassetti, Matteo; Villa, Giovanni; Pecori, Davide; Arzese, Alessandra; Wilcox, Mark (2012): Epidemiology, diagnosis and treatment of *Clostridium difficile* infection. In: Expert Rev Anti Infect Ther 10 (12), S. 1405–1423. DOI: 10.1586/eri.12.135
- 3 Hübner, C.; Hübner, N.-O.; Muhr, M.; Claus, F.; Leesch, H.; Kramer, A.; Fleßa, S. (2013): Kostenanalyse der stationär behandelten *Clostridium-difficile*-assoziierten Diarrhö (CDAD). In: Ge-sundh ökon Qual manag 18 (02), S. 80–85. DOI: 10.1055/s-0032-1330635
- 4 Vonberg, R.-P.; Reichardt, C.; Behnke, M.; Schwab, F.; Zindler, S.; Gastmeier, P. (2008): Costs of nosocomial *Clostridium difficile*-associated diarrhoea. In: Journal of Hospital Infection 70 (1), S. 15–20. DOI: 10.1016/j.jhin.2008.05.004
- 5 Individualanalyse des DeStatis auf Anfrage der Antragssteller, kann auf Wunsch zugesandt werden, Copyright: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2013