

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

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.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Nitschke
Vorname *	Roland
Straße *	J 5
PLZ *	68159
Ort *	Mannheim
E-Mail *	Roland.Nitschke@zi-mannheim.de
Telefon *	0621/17031016

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Verband der Universitätsklinik Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	VUD
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.uniklinika.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Pöhlmann
Vorname *	Iris
Straße *	Alt-Moabit 96
PLZ *	10559
Ort *	Berlin
E-Mail *	poehlmann@uniklinika.de
Telefon *	030/394051712

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

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Differenzierung F32/F33 nach episodischer & chronischer Verlaufsform der Depression

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Änderung von Klassentiteln 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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

F32.- Depressive Episode

F33.- Rezidivierende depressive Störung

Es wird vorgeschlagen, in Analogie zur DSM-Klassifikation innerhalb der PEPP PA04 der affektiven Störungen ein kontinuierliches Bestehen depressiver Symptomatik mit einer Dauer von mindestens 2 Jahren als PEPP-Splitkriterium zu definieren. Das entsprechende Kriterium zur Einteilung in die ressourcenverbrauchsabhängige Splitkategorie PA04B oder PA04C sollte lauten „chronischer Verlauf einer Depression mit Symptompersistenz über mindestens 2 Jahre“. Es wäre hierbei zu ermitteln, ob eine dieser beiden Splitkategorien geeignet ist, den tatsächlichen Ressourcenverbrauch abzubilden.

Als Basis der Kodierung dieser Information besteht generell der Bedarf nach Abbildung im ICD-10-GM Katalog, der auch als positive Anregung zur ICD-11 Entwicklung dienen könnte.

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 die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Problembeschreibung:

Alle bislang veröffentlichten PEPP-Systemversionen sehen keine Differenzierung episodisch remittierender und chronischer bzw. therapieresistenter Verlaufstypen der unipolaren Depression vor. Es ist jedoch empirisch belegt, dass einerseits circa 20% der unipolaren Depressionen chronisch verlaufen (Keller 1984, 1992, 1992) und die Behandlung chronischer Verläufe mit einem höheren Aufwand verbunden ist, da in dieser Erkrankungsgruppe u.a. ein signifikant höheres Maß an psychosozialen Komplikationen vorliegt. Es ist davon auszugehen, dass die Behandlung dieses per definitionem schon bei Aufnahme als therapierefraktär klassifizierbaren Erkrankungstyps mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden ist, der zudem über einen längeren Zeitraum erforderlich ist als bei episodisch remittierenden Depressionen. Darüber hinaus lässt sich annehmen, dass in Kliniken mit einem entsprechenden Behandlungsschwerpunkt und breitem Diagnostik- und Interventionsangebot ein erhöhter Anteil dieser Fälle behandelt wird, der in der bisherigen Einteilung der Splits A,B,C innerhalb der Basis-PEPP PA04 nicht berücksichtigt wird. Chronische bzw. therapieresistente Verläufe bei Patienten unter 66 Jahren würden bisher gemeinsam mit episodischen Verläufen unter der Splitkategorie A kodiert, was dem deutlich erhöhten Aufwand für die Behandlung chronisch Erkrankter, insbesondere in ihrem sozialen Funktionsniveau sozial stark beeinträchtigter Patienten widerspricht.

Ohne Vorliegen eines für die Kalkulation geeigneten ICD-Kodes als potentielles kostentrennendes Merkmal kann das InEK den zuvor erläuterten Sachverhalt nicht überprüfen.

Begründung:

Die unipolare Depression ist eine der beiden in der Psychiatrie am häufigsten stationär behandelten Erkrankungen. Die Differenzierung betrifft somit eine große Gruppe stationär behandelter Fälle. Die nationale S3 Versorgungsleitlinie unipolare Depression nimmt zur Behandlungsplanung eine Differenzierung episodischer und chronischer Verläufe vor. In den empirisch validierten DSM IV und DSM 5 Klassifikationen psychischer Störungen wird ebenfalls eine Klassifikation in chronische vs. episodische Verläufe bei Depressionen vorgenommen. Es zeigt sich als chronische Verlaufsformen eine vorbestehende Dysthymie, d.h. eine leichtere Form der Depression, auf die sich eine schwere Episode aufsetzt und eine kontinuierliche schwere Depression ohne episodische Rückbildung.

Bei vorbestehender Dysthymie zeigt sich ein höherer Grad anderer psychischer Erkrankungen der DSM IV Achse I (Holm-Denoma, Berlim, Fleck, & Joiner, 2006) und II (Garyfallos et al., 1999; Pepper, Klei, Anderson, Riso, Ouimette, & Lizardi, 1995), ausgeprägtere Suizidalität (Holm-Denoma, et al., 2006; Klein, Taylor et al., 1988; Klein et al., 2000) und stärkere funktionelle Einschränkungen (Evans, Cloitre, Kocsis, & Gniwesch, 1995; Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995).

Dasselbe trifft auf die dauerhaft chronische Ausprägung schwerer depressiver Episoden zu: Es zeigen sich beispielsweise eine höhere Komorbidität mit Angststörungen (Gilmer et al., 2005; Klein et al., 2004), ausgeprägtere Suizidalität (Garvey et al., 1986; Gilmer et al., 2005) und stärkere funktionelle Einschränkungen (Gilmer et al., 2005) als Patienten mit episodischer schwerer Depression. Zur Klassifikation des Verlaufs unipolarer depressiver Störungen besteht in der ICD- 10 Klassifikation lediglich die Möglichkeit zwischen dem Auftreten einer einzigen – d.h. der ersten (F32.) - und mehr als einer Episode (F33) zu unterscheiden. Eine Unterscheidung eines episodisch remittierenden und eines chronischen Verlaufs ist nicht möglich, eine prinzipiell vorstellbare Kodierung einer vorbestehende Dysthymie und einer aktuellen Depressiven Episode ist ausgeschlossen, die spezifische Kodierung einer dauerhaften schweren Symptomatik ist prinzipiell nicht möglich. Insofern besteht auch Bedarf nach Änderung der ICD-Kodierungs-Systematik.

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.

- c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

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

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