

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 *	Deutsche Gesellschaft für klinisches Kodieren e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGKK e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.dgkkev.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Ehlebracht
Vorname *	Michael
Straße *	Krähenweg 30
PLZ *	22459
Ort *	Hamburg
E-Mail *	info@dgkkev.de
Telefon *	+49 40 55565920

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation
(sofern vorhanden) *
Internetadresse der Organisation
(sofern vorhanden) *
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 liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Differenzierung der stabilen Angina pectoris

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)

Beantrag wird die Neuaufnahme folgenden ICD-Schlüssels:

I20.6 Stabile Angina pectoris

Hinw.:

Die Symptome der stabilen Angina pectoris lassen sich durch eine medikamentöse Therapie bessern.

I20.61

CCS 0 keine Einschränkung der körperlichen Aktivität

I20.62

CCS I leichte Einschränkung der körperlichen Aktivität

I20.63

CCS II deutliche Einschränkung der körperlichen Aktivität

I20.64

CCS III Angina pectoris schon bei leichter körperlicher Belastung oder bereits in Ruhe

I20.65

CCS IV Angina pectoris bei jeder körperlichen Belastung oder bereits in Ruhe

I20.7 Chronische stabile Angina pectoris

Hinw.: Chronischer Zustand (mehr als 3 Monate) der weder durch medikamentöse Therapie, noch durch Angioplastie oder Bypassoperation kontrolliert werden kann.

I20.71

CCS II deutliche Einschränkung der körperlichen Aktivität

I20.72

CCS III Angina pectoris schon bei leichter körperlicher Belastung oder bereits in Ruhe

I20.73

CCS IV Angina pectoris bei jeder körperlichen Belastung oder bereits in Ruhe

Streichung eines Inklusivums:

I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris

Inkl. Stabile Angina pectoris

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.

Die stationäre Morbiditätsziffer der ischämischen Herzkrankheit hat nach einem Höchstwert im Jahr 2000 kontinuierlich abgenommen (660.047 stationäre Fälle im Jahr 2011). Trotz hochgerechneter 857.688 Linksherzkatheter-Untersuchungen und 328.654 perkutanen Koronarinterventionen (1) bleibt die Therapie der Angina pectoris jedoch eine medizinische Herausforderung. Dieses liegt darin begründet, dass ein Teil der Patienten trotz erfolgter (teils mehrfacher) Revaskularisation unter weiterhin starken, kontinuierlichen Beschwerden leiden, die für eine medikamentöse Therapie nicht zugänglich sind.

Patienten mit chronisch stabiler Angina pectoris zeichnen sich durch eine, mit bisheriger medikamentöser und interventioneller Behandlung, nicht kontrollierbarer Symptomatik aus.

Die European Society of Cardiology (ESC) definiert diese Sonderform der stabilen Angina pectoris als einen chronischen Zustand (> 3 Monate), der durch die Koronarinsuffizienz bedingten Angina pectoris, der weder durch medikamentöse Therapie, noch durch Angioplastie oder Bypassoperation kontrolliert werden kann (2).

Bei Patienten mit chronischer refraktären Angina pectoris resultieren Einschränkungen im Bereich von Beruf und Freizeitaktivitäten. Die Lebensqualität ist erheblich reduziert und die Patienten werden häufig stationär aufgenommen, ohne dass ihnen geholfen werden kann.

Die Studiengruppe für die Behandlung von refraktärer Angina pectoris in der ESC betont die

dringliche Notwendigkeit der systematischen Evaluation der epidemiologischen Daten der refraktären Angina pectoris, um die Krankheitslast und die Anforderungen an das Gesundheitssystem besser einschätzen zu können (2).

Vor diesem Hintergrund wird eine Differenzierung der stabilen Angina pectoris vorgeschlagen. Dies soll einerseits zu einer Abgrenzung der bedeutenden Anzahl chronisch-refraktären Patienten, welche derzeit undefiniert in verschiedenen Unterklassifikationen der Angina Pectoris codiert werden, beitragen. Andererseits soll hierdurch die Möglichkeit einer epidemiologischen Auswertung geschaffen werden, auf deren Grundlage eine gezielte Behandlungsplanung und -optimierung durch Akteure des Gesundheitswesens stattfinden kann.

(1) Deutscher Herzbericht 2013, S. 66

(2) Mannheimer C. et al., The problem of chronic refractory angina; report from the ESC Joint Study Group on the treatment of refractory Angina. Eur Heart J 2002; 23: 355-370

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.

Aufgrund eines fehlenden eindeutigen Schlüssels für die chronische stabile Angina pectoris ist nur eine Fallzahlschätzung möglich. Daten von Herzkatheterlaboren zeigen auf, dass für 6% bis 12% der Patienten, die wegen ischämischer Beschwerden einen Herzkatheter erhalten, eine herkömmliche Revaskularisation nicht in Frage kommt (3).

Die Lebenszeitprävalenz von Angina pectoris bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren wird in der DEGS1 auf ca. 8 % geschätzt. Die Wahrscheinlichkeit dieser liegt bei Männern ca. doppelt so hoch wie bei Frauen (10,4 % und 5,7 %) (4). Die European Society of Cardiology schätzt, dass die refraktäre Angina pectoris 5-10 % der Patienten mit Angina pectoris ausmacht (5).

Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen für das Jahr 2013 47.259 vollstationäre Fälle von Angina pectoris (I20.8). Hieraus ergeben sich geschätzte 2.363 bis 4.726 Fälle refraktärer Angina pectoris in diesem Jahr (6).

Mittlerweile wurden erste Therapieverfahren, welche gezielt auf die Behandlung der refraktären Angina pectoris ausgerichtet sind, eingeführt. Diese sind derzeit signifikant teurer als bisherige Verfahren. Eine Differenzierung der Behandlungsmethoden mittels der Indikation ist daher notwendig, um die Kosten transparent zu gestalten und Adjustierungen durch das InEK zu ermöglichen.

Behandlungskosten der refraktären Angina pectoris können bislang nicht von denen bisheriger Behandlungskosten abgegrenzt werden. Eine zukünftige Differenzierung innovativer Verfahren zur Behandlung der refraktären Angina pectoris würde eine bedeutende Erleichterung der Evaluation der Kostendaten und der zukünftigen Anpassung des Entgeltsystems bedeuten.

(3) Williams B. et al., Patients with coronary artery disease not amenable to traditional revascularization: prevalence and 3-year mortality. Catheter Cardiovasc Interv. 2010; 75: 886-91

(4) Mannheimer C. et al., The problem of chronic refractory angina; report from the ESC Joint

Study Group on the treatment of refractory Angina. Eur Heart J 2002; 23: 355-370

(5) Gößwald A et al, Bundesgesundheitsblatt 2013, Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). 56:650–655

(6) Destatis (2013), Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und –patienten 2013

- 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)**