

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 Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	(DGVS)
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	http://www.dgvs.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Schepp
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Englschalkinger Strasse 77
PLZ *	81925
Ort *	München
E-Mail *	gastroenterologie.kb@klinikum-muenchen.de
Telefon *	089 9270 2060(1)

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)

- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. (DGHO)
- Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
- Bundesverband Geriatrie e.V.
- Infektliga e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)
- Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

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 ICD A04.7 – Enterokolitis durch clostridium difficile

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)

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 ohne Organkomplikationen

A04.71 Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Organkomplikationen

Toxisches Megakolon

Hinw.: Evtl. vorliegende akute, infektionsbedingt aufgetretene Insuffizienzen oder Versagen anderer Organe sind gesondert zu kodieren

A04.79 Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet

VORSCHLAG 2: Neuaufnahme von Schlüsselnummern

Neuaufnahme von U69.4-! Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der Spezifizierung von Infektionen

Neue Schlüsselnummern:

U69.40! Rekurrente Infektion

Hinw.: Die Schlüsselnummer dient der Spezifizierung einer Infektion als rekurrente Infektion. Die jeweiligen Zeiträume, in denen eine wieder aufgetretene Infektion als rekurrent zu bezeichnen ist, richten sich nach den Empfehlungen des RKI oder anderer allgemein anerkannter Definitionen.

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.

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-Kode 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.

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 anitkörperbasierte Therapie). Das RKI beschreibt darüber hinaus das zunehmende Auftreten des so genannten Ribotyps 027 als eine Ursache für die Zunahme schwerer Verläufe.

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
5. oder Nachweis des Ribotyps 027

Nachdem die Schwere der Verlaufsform sowie eine rekurrente Infektion mit erhöhten Behandlungskosten einhergehen, die Kriterien des RKI jedoch primär epidemiologischer Natur sind, wurde in einer Fachdiskussion im DIMDI am 28.11.2014 das Vorhandensein von Organkomplikationen (analog der Klassifikation des SIRS – ICD-10 GM R65.-!) als praktikable und klassifikatorisch stimmige Variante angesehen, um die Schwere des Verlaufs zu beschreiben. Um rekurrente Infektionen zu beschreiben, sollte ein allgemeiner Sekundärkode eingeführt werden, der zum Primärschlüssel zusätzlich kodiert werden kann. Diese Variante wurde in der o.g. Fachdiskussion als Konsens angesehen.

Optional kann das Auftreten der Infektion im Krankenhaus evtl. ein Kriterium sein, an dem sich höhere Kosten festmachen lassen (siehe 7.b) und es wird ein weiterer allgemeiner Sekundärschlüssel beantragt, um eine im Krankenhaus aufgetretene Infektion kennzeichnen zu können.

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.

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, so sollten ca. 25.000 Fälle zukünftig zusätzlich die sekundäre Schlüsselnummer U69.40! tragen.

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].

Eine Aufteilung der Fälle auf die neuen Codes A04.70, A04.71 und A04.79 kann nicht sicher geschätzt werden, da keine Untersuchung zu Organkomplikationen durchgeführt wurde.

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, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation 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?**

Grundsätzlich kann die vorgeschlagene Differenzierung auch im ambulanten Bereich angewendet werden, insbesondere die Kennzeichnung einer rekurrenten Infektion kann dort Eingang finden.

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

Die vorgeschlagenen Änderungen stellen eine Überarbeitung des bereits 2014 für 2015 eingereichten Vorschlags dar und schließen das Ergebnis der Fachdiskussion im DIMDI am 28.11.2014 ein. Die beantragenden Fachgesellschaften sind daher zuversichtlich, dass der Vorschlag in der hier vorgelegten Formulierung umgesetzt wird.

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