

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 *	Wissenschaftliches Institut der AOK
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	WIdO
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	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 *
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) *

Einführung eines Kennzeichens "bei Aufnahme vorhanden" bei kard. Schock u.a. ICD

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)

Einführung eines Zusatzkennzeichens zur Kennzeichnung von bei Krankenhausaufnahme vorliegendem kardiogenen Schock (R57.0) und anderen Diagnosen. 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 kardiogenen Schocks sowie Vorhofflimmern (I48.0, I48.1, I48.2), Hemiparese und Hemiplegie (G81), Dysphasie und Aphasie (R47.0), Somnolenz, Sopor, Koma (R40), akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert (J96.0) anzugeben.

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 Zusatzkennzeichnung kann eine derzeit parallel im §137-QS-Verfahrens durchgeführte Erfassung des Schocks im Modul 21/3 ersetzen und somit durch Routinedaten den Erhebungsaufwand dort vermindern bzw. die derzeit parallel erfassten Daten im QS-Verfahren plausibilisieren. Aus medizinischer Sicht stellen der kardiogene Schock und Vorhofflimmern eine wesentlich die Prognose eines Herzinfarktes beeinflussende Größe dar (Jabre et al. Circulation.2011; 123: 1587-1593). Analoges gilt für die weiteren Diagnosen in Bezug auf Schlaganfall und andere Erkrankungen. Insofern kann diese Zusatzinformation unmittelbar zur Risikoadjustierung in Routinedatenverfahren zur Qualitätsmessung benutzt werden.

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 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.

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.

Betroffen sind hier alle Behandlungsfälle mit einer der aufgeführten Diagnosen.

Durch das einzuführende Zusatzkennzeichen werden die Gruppe der Patienten mit bei Aufnahme vorliegendem kardiogenem Schock von der im weiteren Behandlungsverlauf aufgetretenem Schock unterscheidbar. Die Unterscheidung kann neben der Aufwandsreduktion für die QS-Verfahren potentiell mehr Vergütungsgerechtigkeit schaffen, da sie in der Berechnung der Bewertungsrelationen kostentrennend wirken kann (Kalkulationsverbesserung).

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.)

Der Zeitpunkt des Auftretens ausgewählter Diagnosen ist für die Qualitätssicherung und für 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.

Das vorgesehene, universelle Zusatzkennzeichen schafft die Voraussetzung bei weiteren Diagnosen, deren Erfassung Teil eines verpflichtenden QS-Verfahrens des G-BA ist, die Kodierung als "bei Aufnahme vorhanden" zu ermöglichen.

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

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