

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
icd2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein
namedesverantwortlichen sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen
Beispiel: icd2017-diabetesmellitus-mustermann.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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 der personenbezogenen Daten

- 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 damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

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 *	Dt. Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.dgk.org
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr. med.
Name *	Reinecke
Vorname *	Holger
Straße *	Albert-Schweitzer-Campus 1 Gebäude A1
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	Holger.Reinecke@ukmuenster.de
Telefon *	0251-83-46068

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Zentrum für pulmonale Hypertonie Uniklinik Heidelberg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel)	Prof. Dr. med.
Name	Grünig
Vorname	Ekkehard
Straße	Amalienstraße 5
PLZ	69126
Ort	Heidelberg
E-Mail	ekkehard_gruenig@t-online.de
Telefon	06221/396-8053

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

Sachgerechte Abbildung der Haupt-Diagnosegruppen der pulmonalen Hypertonie

4. **Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? ***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)



Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Eingereicht durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

5. **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)

I27.- sonstige pulmonale Herzkrankheit.

Hinw.: die Einteilung I27.3 bis I27.7 entspricht den 5 Hauptgruppen der Evian/Venedig-Klassifikation (Galiè et al. Eur Heart J 2004;25:2243-2278., Galiè et al. Eur Heart J 2009;30(20):2493-537., Galiè N et al. Eur Heart J 2016;37(1):67-119.)

Neu:

I27.3 pulmonal arterielle Hypertonie

I27.4 Pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankungen

I27.5 Pulmonale Hypertonie bei Erkrankungen des respiratorischen Systems und/oder Hypoxämie

I27.6 Pulmonale Hypertonie infolge chronischer thrombotischer und/ oder embolischer Prozesse

I27.7 PH bei unklaren und multifaktoriellen Ursachen

6. **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 b genannten Fragen.

Die aktuelle Kodierung der pulmonalen Hypertonie ist seit dem Jahre 2003 nicht mehr zeitgemäß. Im Jahr 2003 wurde in der Weltkonferenz für pulmonale Hypertonie in Evian die Klassifikation der Erkrankung in fünf Hauptgruppen beschlossen und in den Leitlinien abgebildet. Die Zielsetzung der Klassifikationsänderung im Jahre 2003 war eine Differenzierung unterschiedlicher Krankheitskategorien, die durch Ähnlichkeiten in pathophysiologischen Mechanismen, klinischer Darstellung und therapeutischen Optionen charakterisiert sind (Galiè et al. 2004).

Die Einteilung der fünf Gruppen hat sich seitdem nicht mehr grundlegend verändert und entspricht immer noch dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse. Sie ist international anerkannt und wird klinisch flächendeckend in der Dokumentation, Diagnostik und Therapie umgesetzt.

Seit der Weltkonferenz 2003 wurden lediglich kleinere Anpassungen der Subgruppen innerhalb der fünf Haupt-Diagnosegruppen vorgenommen.

Diese nun seit 13 Jahren weltweit etablierte Einteilung enthält nicht mehr die Begriffe primäre und sekundäre PH. Vor allem ist diese Einteilung nicht 1:1 in die ICD-10 Einteilung primär/sekundär zu übertragen. Die Einteilung in primäre und sekundäre pulmonale Hypertonie ist nicht mehr leitliniengerecht und wird im klinischen Alltag nicht mehr angewendet.

Anstelle der primären pulmonalen Hypertonie (PPH) wurde die Gruppe eins = pulmonal arterielle Hypertonie etabliert. Diese Gruppe PAH hat die Untergruppe idiopathische pulmonale arterielle Hypertonie, die der früher bezeichneten PPH entspricht. Weitere Untergruppen sind die PAH bei angeborenen Herzfehlern, hereditäre PAH, PAH nach Medikamentenintoxikationen, rheumatische Erkrankungen oder HIV-Erkrankung). Die zweite Gruppe wird als pulmonale Hypertonie bei Linksherzerkrankung, die dritte als pulmonale Hypertonie bei Lungenerkrankung und/oder Hypoxämie definiert. Die chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie, die nach einer stattgehabten Lungenembolie entstehen kann bildet die vierte Gruppe und wird nicht mehr als sekundäre pulmonale Hypertonie bei chronischer Thrombembolie I27.20. bezeichnet In der fünften und letzten Gruppe sind Formen der pulmonalen Hypertonie unklarer oder multifaktorieller Ursachen zusammengefasst. Aus klinischen Gesichtspunkten ist es unerlässlich eine exakte, leitliniengerechte und zeitgerechte Einteilung der verschiedenen Ursachen / Krankheitsentitäten vorzunehmen.

Gemäß der American Heart Association manifestieren sich Patienten ohne Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit in der NYHA-Stadium I. Patienten mit leicht eingeschränkter Belastbarkeit werden Stadium II zugeordnet. Dies sind in der Regel Patienten mit stabiler Erkrankung. Patienten mit mittelgradig eingeschränkter Belastbarkeit werden in Stadium III eingeordnet. Diese Patienten weisen in der Regel sichtbare Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz auf. Patienten mit progressiver Erkrankung, Zeichen der schweren Rechtsherzinsuffizienz oder Rechtsherzversagen werden in die Gruppe III oder IV eingeordnet in Abhängigkeit der Belastungsfähigkeit.

Der Behandlungsaufwand korreliert mit der Schwere der Erkrankung. So ist zum Beispiel eine Behandlung mit bestimmten spezifischen Substanzklassen zur Therapie der pulmonalen Hypertonie, einer Ursache für Rechtsherzinsuffizienz, gemäß Leitlinie erst ab einer NYHA-Stadium III angezeigt (Galiè et al. 2016). Die Kombination und Anzahl spezifischer Medikamente nimmt dabei mit zunehmender NYHA-Stadium zu (McLaughlin et al. 2013). Diese Behandlungen umfassen insbesondere komplexe Darreichungsformen wie die Applikation mit subcutaner oder implantierter Medikamentenpumpe, inhalative Therapie oder intravenöse Therapie. Diese erfordern eine umfangreiche Schulung und Betreuung des Patienten. Analog steigen auch bei anderen Ursachen der Rechtsherzinsuffizienz, die zum Teil ebenso mit inhalativer oder intravenöser Therapie behandelt werden (Shkiri et al. 2010), die Komplexität und der Aufwand der Therapie mit der Erkrankungsschwere.

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 (mit den vorgeschlagenen neuen 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.**

Die aktuell vorhandenen ICD-Kodes erlauben anhand der Nummern I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie, I27.1 Kyphoskotiische Herzkrankheit, I27.20 Chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie, I27.28 sekundäre pulmonale Hypertonie, I27.8 Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten, I27.9 Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet keine Kodierung analog der seit 2003 gültigen, weltweit anerkannten, klinischen Einteilung. Die Einteilung in primäre und sekundäre pulmonale Hypertonie findet in den Leitlinien (Galiè et al. 2004, 2009 und 2016; Grünig 2014) keine Berücksichtigung mehr. Sie stimmt nicht mehr mit den aktuellen Leitlinien überein.

Da die seit 2003 gebräuchliche Einteilung nicht mit den aktuellen ICD-Ziffern zu kodieren ist, ist die Eingruppierung in DRG-Gruppen nicht konsequent und einheitlich möglich und sorgt immer wieder für Unklarheiten zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern bei der Abrechnung der Fallpauschalen.

Die bisher mit ICD I27.0, I27.1, I27.28, I27.8 und I27.9 kodierten Diagnosen sollten entsprechend der gültigen Klassifikation der Erkrankung kodiert werden können. Hierdurch würde sich dann eine leitliniengerechte Umgruppierung der Diagnosen für eine sachgerechte Abbildung der Erkrankung ergeben. Erst mit einer Kodierung mit der aktuell gültigen klinischen Einteilung kann überhaupt überprüft werden, ob und unter welchen Bedingungen Kostenunterschiede zwischen den Gruppen der pulmonalen Hypertonie bestehen.

Bei der pulmonal arteriellen Hypertonie handelt es sich um eine seltene Erkrankung. Die Prävalenz der pulmonal arteriellen Hypertonie in Europa wird auf 15-52/1 Million Einwohner geschätzt. In Deutschland wird mit ca. 3500 Patienten mit einer IPAH gerechnet. Unter Berücksichtigung der anderen Formen aus der Gruppe I (assoziierte Formen, angeborene Herzfehler) liegt diese Zahl ein Vielfaches höher. Berücksichtigt man die anderen Gruppen der Pulmonalen Hypertonie (PH bei Linksherzerkrankungen, PH bei Lungenerkrankungen) handelt es sich um eine sehr häufige Erkrankung, die somit auch aus diesem Grund unbedingt exakt abgebildet werden muss.

In 2014 waren die Zahlen wie folgt (Quelle Browser 2016)

I27.0: 374 als Haupt-, 1750 als Nebendiagnose

I27.20: 222 als Haupt-, 102 als Nebendiagnose

I27.28: 475 als Haupt-, >20.000 als Nebendiagnose

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.)

nicht relevant

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

nicht relevant

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Literatur

Galiè et al. Eur Heart J 2004;25:2243-2278.

Galiè et al. Eur Heart J 2009;30(20):2493-537.

Galiè N et al. Eur Heart J 2016;37(1):67-119.

Grünig, Klose. Dtsch Med Wochenschr 2014;139:S109–S110.