

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 Formulardaten 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) *

Einbeziehung des Schweregrades der Rechtsherzinsuffizienz (analog Linksherzinsuff.)

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)

I50.0- Rechtsherzinsuffizienz

I50.02 Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden, NYHA-Stadium I

I50.03 Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA-Stadium II

I50.04 Mit Beschwerden bei leichterer Belastung, NYHA-Stadium III

I50.05 Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV

I50.09 Rechtsherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet

Die oben genannten Angaben der NYHA-Stadien beziehen sich auf die primäre und die sekundäre Rechtsherzinsuffizienz (ICD-10 I50.00 und I50.01). Ausschlaggebend ist bei der Einschätzung und Darstellung der Erkrankung vor allem der Schweregrad der Herzinsuffizienz. Deren Ursache wird in der Regel durch eine weitere Schlüsselnummer angegeben.

Durch die schon vorhandene Besetzung der Ziffern I50.00 und I50.01 ist eine Einteilung parallel zur Linksherzinsuffizienz (I50.1-) leider nicht möglich. Auch müssen zur Abbildung einer Rechtsherzinsuffizienz mit Angabe des Schweregrads u.U. 2 Ziffern aus I50.0-herangezogen werden. Eine Alternative wäre möglicherweise eine Zusatzziffer (Ausruheziffer) zu I50.00 und I50.01 mit den 4 Schweregraden.

I50.71! Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden, NYHA Stadium I

I50.72! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA –Stadium II

I50.73! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung, NYHA –Stadium III

I50.74! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV

I50.79! nicht näher bezeichnet

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.

Der Schweregrad der Rechtsherzinsuffizienz wird in der gültigen ICD-Klassifikation nicht berücksichtigt. Die geltende Systematik unterscheidet nur zwischen primärer und sekundärer Rechtsherzinsuffizienz. Diese Einteilung ist für eine adäquate Abbildung der Erkrankung im DRG –System nicht sinnvoll, da für den Aufwand während eines stationären Aufenthaltes der Schweregrad wichtiger ist als die Ursache. Die Ursache soll durch die Angabe einer weiteren Schlüsselnummer erfolgen.

Eine Kodierung analog zur NYHA-Einteilung der Linksherzinsuffizienz ist für die differenzierte Abbildung der Rechtsherzinsuffizienz notwendig. Nur durch die Unterscheidung der Schweregrade der Rechtsherzinsuffizienz ergibt sich die Möglichkeit den Behandlungsaufwand des Patienten sachgerecht darzustellen, da der diagnostische und therapeutische Aufwand mit dem Schweregrad der Erkrankung korreliert.

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 vorgeschlagene Weiterentwicklung führt nicht zu einer Veränderung der Fallzahlen, sondern zu einer besseren Differenzierung der Behandlungsfälle, da die bisher nur in primär und sekundär eingruppierte Rechtsherzinsuffizienz zusätzlich nach Schweregrad unterschieden werden kann. Die Ursache der Rechtsherzinsuffizienz soll gemäß der Hinweise im ICD-10-GM bereits durch eine weitere Schlüsselnummer abgebildet werden.

Die Rechtsherzinsuffizienz ist relevant für ausgeprägte chronische Lungenkrankheiten, Linksherzinsuffizienz, Herzvitien, Herzklappenfehler, die verschiedenen Formen der pulmonalen Hypertonie (I27.-), Kardiomyopathien.

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 2016;37(1):67-119.

McLaughlin et al. CHEST 2013;143(2):324-332.

Shkiri M et al. Rev Esp Cardiol. 2010;63(4):451-71.