

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 *	Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DOGAB e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Rosseau
Vorname *	Simone
Straße *	Charité Campus Mitte, CC12-Medizinische Klinik m.S. Infektiologie und Pneumologie, Charitéplatz 1
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	simone.rosseau@digab.de
Telefon *	0171 5461189

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGP e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.pneumologie.de
Anrede (inkl. Titel)	Dr.
Name	Rosseau
Vorname	Simone
Straße	Charité Campus Mitte, CC12-Medizinische Klinik m.S. Infektiologie und Pneumologie, Charitéplatz 1
PLZ	10117
Ort	Berlin
E-Mail	simone.rosseau@digab.de
Telefon	0171 5461189

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

Respiratorische Insuffizienz und Folgezustände

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.

DIGAB, DGP, VPK, KBV; der DIVI wurde der Antrag im Januar 2016 zur Prüfung übermittelt (Geschäftsstelle, Generalsekretär), bis zur Einreichungsfrist liegt noch keine Stellungnahme vor

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)

J96.– Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

Exkl.: Atemnot beim Neugeborenen (P22.–)

Atemnotsyndrom des Erwachsenen (J80.–)

Atemstillstand (R09.2)

Herz-Lungen-Versagen (R09.2)

Respiratorische Insuffizienz nach medizinischen Maßnahmen (J95.–)

J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

Hinw.: Bei einer vorbestehenden oder sich im Verlauf entwickelnden chronischen respiratorischen Insuffizienz ist eine Schlüsselnummer aus J96.1- zusätzlich anzugeben.

J96.00 Typ I [hypoxisch]

J96.01 Typ II [hyperkapnisch]

J96.09 Typ nicht näher bezeichnet

J96.1- Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

Hinw.: Soll eine häusliche Langzeit-Sauerstofftherapie und/oder eine häusliche Beatmungstherapie angegeben werden, sind die zutreffenden Schlüsselnummern aus Z99.- zusätzlich anzugeben.

J96.10 Typ I [hypoxisch]

J96.11 Typ II [hyperkapnisch]

J96.19 Typ nicht näher bezeichnet

J96.9- Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet

J96.99 Typ nicht näher bezeichnet

- Z99.– Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert
Hinw.: Eine langzeitige Abhängigkeit besteht nach mindestens drei vollendeten Monaten, oder wenn eine Langzeit-Therapie mit unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln bei Beginn der Therapie für drei vollendete Monate oder mehr geplant ist.
- Z99.0- Langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator
Inkl.: Geräte zum Sekretmanagement und zur Unterstützung des Hustenstoßes
- Z99.00 Langzeitige Abhängigkeit von einem Absauggerät
- Z99.01 Langzeitige Abhängigkeit von einem In-/Exsufflator (Hustenunterstützungsgerät)
- Z99.08 Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen Geräten zum Sekretmanagement
Oszillierende Verfahren zur Sekretmobilisation
- Z99.09 Langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator, nicht näher bezeichnet
Geräte zum Sekretmanagement, o.n.A.
- Z99.1- Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator
Langzeitige Abhängigkeit vom Beatmungsgerät
- Z99.10 Langzeitige nicht-invasive Beatmungstherapie, intermittierend bis zu 16 Stunden pro Tag
- Z99.11 Langzeitige nicht-invasive Beatmungstherapie, intermittierend mehr als 16 Stunden pro Tag
oder kontinuierlich
- Z99.12 Langzeitige nicht-invasive Beatmungstherapie, ohne nähere Angabe
- Z99.13 Langzeitige invasive Beatmungstherapie, intermittierend bis zu 16 Stunden pro Tag
- Z99.14 Langzeitige invasive Beatmungstherapie, intermittierend mehr als 16 Stunden pro Tag
oder kontinuierlich
- Z99.15 Langzeitige invasive Beatmungstherapie, ohne nähere Angabe
- Z99.19 Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator, nicht näher bezeichnet
Langzeitige Beatmungstherapie, o.n.A.
- Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz
Langzeitdialyse bei Niereninsuffizienz
- Z99.3 Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl
- Z99.4 Langzeitige Abhängigkeit vom Kunstherz
- Z99.8- Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten
oder Hilfsmitteln
- Z99.80 Langzeitige Sauerstoff-Therapie
- Z99.89 Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten
oder Hilfsmitteln
- Z99.9 Langzeitige Abhängigkeit von einem nicht näher bezeichneten unterstützenden Apparat,
medizinischen Gerät oder Hilfsmittel

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.

Neben einer akuten respiratorischen Insuffizienz kann es auch zu einer akut-auf-chronischen respiratorischen Insuffizienz bei Patienten mit vorbestehender z.B. pulmonaler oder neuromuskulärer Grunderkrankung kommen. Darüber hinaus kann nach einer akuten respiratorischen Insuffizienz und längerer Intensivtherapie auch eine chronische respiratorische Insuffizienz z.B. wegen Muskelschwäche oder beatmungsinduziertem Lungenschaden persistieren. Die Codes für die akute respiratorische Insuffizienz (J96.0-) wurden daher mit einem neuen Hinweis zu einer ggf. kombinierten Kodierung versehen.

Die chronische respiratorische Insuffizienz (J96.1-) erfordert unter Umständen eine Dauertherapie mit Sauerstoff, Beatmung und/oder Sekretmanagement bzw. Hustenunterstützung, die in der Klinik oder auch im ambulanten Bereich eingeleitet oder optimiert werden muss. Leben mit medizintechnischem Unterstützungsbedarf ist somit als Folgezustand bei der Diagnose einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) zu betrachten.

Die Codes Z99.- wurden daher um die Hilfsmittel für Langzeit-Therapien bei chronischer respiratorischer Insuffizienz erweitert. Der Kodierhinweis zur langzeitigen Abhängigkeit wurde um einen Passus für die Einleitung einer Langzeit-Therapie ergänzt, damit diese auch in den ersten drei Monaten nach Beginn kodiert werden kann.

Sauerstoffgabe, nicht-invasive Beatmung, invasive Beatmung und spezifische Methoden zum Sekretmanagement bzw. zur Hustenunterstützung wurden voneinander abgegrenzt, da sie unabhängig voneinander und einzeln zum Einsatz kommen können. Bei der langzeitigen häuslichen maschinellen Beatmung werden zusätzlich die intermittierende, nicht lebenserhaltende Therapie von bis zu 16h pro Tag, und die lebenserhaltende Beatmung von mehr als 16h pro Tag bzw. die kontinuierliche Beatmung voneinander unterschieden, da bei mehr als 16h Beatmung pro Tag nach dem Medizinproduktegesetz zwei Geräte vorgehalten werden müssen.

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.**

Patienten mit chronischer respiratorischer Insuffizienz und Langzeitfolgen wie Sauerstofftherapie, häusliche Beatmung oder Sekretretention haben einen hohen Betreuungsaufwand. Akutbehandlungskosten in der Klinik und auch Folgekosten im ambulanten Bereich sind durch medizinischen Behandlungsbedarf, Heil- und Hilfsmittelverbrauch, sowie Pflegeaufwand hoch. Bislang sind aufgrund fehlender Kodiermöglichkeiten die Fallzahlen nicht genau ermittelbar.

Ziel der neuen Kodierhinweise zu J96.- und die Kombination mit neuen ICD-Ziffern unter Z99.- ist daher sowohl die Erfassung der Häufigkeit von chronischer respiratorischer Insuffizienz mit hohem langfristigen Therapieaufwand, als auch die noch genauere Differenzierung von Schweregraden der chronischen respiratorischen Insuffizienz zur Verbesserung der Fallkostenkalkulation.

Auch im ambulanten Bereich können Patienten mit hohem Betreuungsaufwand, sowie Heil-, Hilfsmittel- und Pflegebedarf mit den vorgeschlagenen ICD-Ziffern besser abgebildet werden.

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.)

Durch die neuen ICD-Ziffern wird eine Voraussetzung zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung geschaffen, und zwar sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Sektor, sowie für das Entlassungsmanagement der Kliniken. Die Patienten mit den ICD-Ziffern J96.- und Z99.- sind schwerkranke Risikopatienten mit hohem Behandlungsbedarf. Eine externe Qualitätssicherung im Bereich der Intensiv- und Beatmungsmedizin, ebenso wie in der außerklinischen Beatmung wäre angebracht, ist aber bislang noch nicht umgesetzt.

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

Der Vorschlag ist relevant für die Intensivmedizin, die außerklinische Beatmung, die Pneumologie, die Neurologie, die Pädiatrie, die Geriatrie, die Palliativmedizin, die Rehabilitationsmedizin und die Querschnittszentren

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)