

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2019

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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: *icd2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2019-diabetesmellitus.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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, 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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern der ICD-10-GM alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und med. Onkologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGHO
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgho.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Haag
Vorname *	Cornelie
Straße *	Fetscherstr. 74
PLZ *	01307
Ort *	Dresden
E-Mail *	Cornelie.Haag@uniklinikum-dresden.de
Telefon *	0351-4584594

Einräumung der Nutzungsrechte *

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

2. Ansprechpartner/-in (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 *

Erklärung zum Datenschutz *

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Neuer Kode zur Erfassung der Organfunktionseinschränkung (SOFA-Score)

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die Sepsis wird seit 2016 analog einer Konsensuskonferenz (Sepsis 3) nicht mehr mit den SIRS-, sondern mit SOFA-Kriterien (Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment) erfasst (Details siehe unten). Generell etabliert sich der Score in der Intensivmedizin. Er kann bisher nicht kodiert werden. Der Antrag der DGHO soll diese Lücke schliessen. Aufgrund der Bedeutung des SIRS in der DRG-Kalkulation für die Sepsis wird die parallele Kodierung des SIRS weiterhin erforderlich sein.

Variante 1:

U56 Änderung der Organfunktionseinschränkung nach dem SOFA-Score

Hinweis: Falls zutreffend sollte zusätzlich ein SIRS-Kode R65.-! angegeben werden

Hinweis: kodiert wird der maximal erreichte Wert nach Abzug des Ausgangswertes, der auf einer vorbestehenden Organdysfunktion beruht.

U56.0 SOFA-Score: 0 Punkte

U56.1 SOFA-Score: 1 Punkt

U56.2 SOFA-Score: 2 Punkte

U56.3 SOFA-Score: 3 Punkte

U56.4 SOFA-Score: 4 Punkte

U56.5 SOFA-Score: 5 -6 Punkte

U56.6 SOFA-Score: 7-8 Punkte

U56.7 SOFA-Score: 9-10 Punkte

U56.8 SOFA-Score: 11 und mehr Punkte

U56.9 SOFA-Score: nicht näher bez.

Vorgeschlagene Ergänzung bei R65.-!

Hinweis: Zusätzlich sollte ein SOFA-Score (U56.-) erstellt werden

Variante 2:

U56 Organfunktionseinschränkung (SOFA-Score)

Hinweis: Falls zutreffend, sollte zusätzlich ein SIRS-Kode aus R65.-! angegeben werden.

U56.0- SOFA-Score 0 bis 9 Punkte

U56.00 SOFA-Score: 0 Punkte

U56.01 SOFA-Score: 1 Punkt

U56.02 SOFA-Score: 2 Punkte

U56.03 SOFA-Score: 3 Punkte

U56.04 SOFA-Score: 4 Punkte

U56.05 SOFA-Score: 5 Punkte

U56.06 SOFA-Score: 6 Punkte

U56.07 SOFA-Score: 7 Punkte

U56.08 SOFA-Score: 8 Punkte

U56.09 SOFA-Score: 9 Punkte

U56.1- SOFA-Score: 10 bis 19 Punkte

U56.10 SOFA-Score: 10 Punkte

U56.11 SOFA-Score: 11 Punkte

U56.12 SOFA-Score: 12 Punkte

U56.13 SOFA-Score: 13 Punkte

U56.14 SOFA-Score: 14 Punkte

U56.15 SOFA-Score: 15 Punkte

U56.16 SOFA-Score: 16 Punkte

U56.17 SOFA-Score: 17 Punkte

U56.18 SOFA-Score: 18 Punkte

U56.19 SOFA-Score: 19 Punkte

U56.2- SOFA-Score: 20 bis 29 Punkte

U56.20 SOFA-Score: 20 Punkte

U56.21 SOFA-Score: 21 Punkte

U56.22 SOFA-Score: 22 Punkte

U56.23 SOFA-Score: 23 Punkte

U56.24 SOFA-Score: 24 Punkte

U56.99 SOFA-Score nicht näher bezeichnet

Vorgeschlagene Ergänzung bei R65.-!

Hinweis: Zusätzlich sollte ein SOFA-Score (U56.-) erstellt werden.

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 SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) -Score (Vincent JL, Moreno R, Takala J et al (1996) Intensive Care Med 22:707–710) hat sich in den letzten Jahren zur synoptischen Beurteilung von Intensivpatienten durchgesetzt. Es setzt sich aus mehreren Laborparametern und klinischen Parametern wie Blutdruck, PaO₂/FiO₂ und der Beeinträchtigung des Bewußtseinszustand (Glasgow-Coma-Score) zusammen, die die Funktion lebenswichtiger Organsysteme abbilden.

2016 wurden die dritten internationalen Consensusdefinitionen für Sepsis und septischen Schock (Sepsis 3) (Singer et al: JAMA February 23, 2016 Volume 315, Number 8) veröffentlicht, die die Veränderung des SOFA-Scores infolge einer Infektion als eine neue Definition der Sepsis heranziehen und die SIRS-Kriterien ablösen sollen.

In der Literatur wird seither diese neue Definition der Sepsis diskutiert, Nachteile und Vorteile unter verschiedenen Aspekten kritisch beleuchtet. (Deutsches Ärzteblatt Jg. 114 Heft 29–30 24. Juli 2017, Der Anaesthesist 8 · 2017 66:614–621) Prospektive Studien sind erforderlich, die Etablierung der Sepsis-3-Definitionen erfolgte mit retrospektiven Daten.

Unabhängig der Definition der Sepsis wird der SOFA-Score auch für Intensivpatienten mit anderen Erkrankungen als der Sepsis herangezogen (akute Pankreatitis, Lebererkrankungen, allgemeiner Prognoseindex für Intensivpatienten, Prognose nach Reanimation usw.) und überprüft, ob er anderen Scores überlegen ist.

Bisher sind in dem ICD-Katalog zur Erfassung der Fallschwere bei Sepsis oder anderen kritisch kranken Patienten nur die SIRS-Kriterien aufgeführt (R65.-), die die inflammatorische Reaktion des Körpers abbildet, nicht jedoch synoptisch die wesentlichen Organfunktionseinschränkungen erfassen. Andere Scores zur Erfassung der Funktionseinschränkung von mehreren Organen gleichzeitig sind im ICD nicht aufgeführt.

Der SOFA-Score etabliert sich derzeit als Standard in der Intensivmedizin, um die Schwere der Erkrankung abzubilden. Er sollte deshalb auch im ICD erfassbar sein. Es ist zu erwarten, dass sich neben der Definition der Sepsis auch die Schwere der Erkrankungen von anderen Intensivpatienten und somit auch der Ressourcenverbrauch in diesem Score spiegeln. Die Veränderung des SOFA-Scores ist höchstwahrscheinlich der bessere Parameter als der Absolutwert, da bei einer bestehenden Grundkrankheit schon vor dem akuten Ereignis der SOFA-Score größer Null ist, nur bei einem bisher gesunden Patient kann als Ausgangswert Null angenommen werden. Es ist zu erwarten, dass der SOFA-Score bei einem Intensivpatienten daher auch mehrmals während eines Aufenthaltes ermittelt wird. Variante 2 des Vorschlags würde es erlauben, die verschiedenen Verläufe und die Schwere des Krankheitsbildes zu kodieren, allerdings ist bei einem ICD-Kode ohne Datum der zeitliche Verlauf nicht zu entnehmen. Zudem kann ein Punktwert im Verlauf eines Aufenthaltes mehrmals vorkommen, eine Diagnose kann jedoch nur einmal eingegeben werden. Bei Variante 1 wird nur der Anstieg des Scores kodiert, damit ist die Schwere des Krankheitsbildes (akute und chronische Veränderungen) nicht erfassbar und eine einfache Übertragung aus einer elektronischen Patientenakte ins Abrechnungsmodul ist wohl ebenfalls nicht möglich. Der Vorteil ist jedoch, dass nur eine Diagnose einzugeben ist. Daher sollte aus der Überschrift die Veränderung hervorgehen. Die Fachgesellschaft DGHO bevorzugt aus den o.g. genannten Gründen die Variante 1.

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.**

Mit der Kodierung des SOFA-Scores könnte voraussichtlich eine bessere Erfassung von Patienten mit Sepsis erreicht werden, die im DRG-System an vielen Stellen entscheidenden Einfluss hat. Nur wenn der Score als ICD-Kode analog des SIRS-Kode erfasst werden kann, kann dies mit den entsprechenden Kostendaten aus den Kalkulationshäusern auch nachgewiesen werden.

Eine Sepsis wird derzeit neben den Codes für die Erreger (z.B. A41.0 Sepsis durch *Staphylococcus aureus*) mit einem Code aus R65.-! Systemisches inflammatorisches Responsesystem (SIRS) erfasst. Allerdings kann nach der derzeitigen Definition der Sepsis nur dann diese kodiert werden, wenn entweder ein Organversagen vorliegt oder mindestens 2 Blutkulturen abgenommen werden. Wenn diese zweimalige Abnahme von Blutkulturen nicht erfolgt ist (aus welchen Gründen auch immer) kann eine Sepsis derzeit nicht verschlüsselt werden, auch wenn das klinische Erscheinungsbild und alle anderen Parameter für das Vorliegen einer Sepsis sprechen und auch eine Infektion aus anderen Proben nachgewiesen ist.

Daher ist zu vermuten, dass in den Daten für die Kalkulation der DRG Fälle enthalten sind, bei denen eine Sepsis vorliegt, die aber nach den derzeitigen Kriterien nicht kodiert werden kann. Ebenso könnten Fälle enthalten sein, die zwar die formalen Sepsis- Kriterien erfüllen, aber keine Sepsis im gängigen medizinischen Sinne sind. Mit der Berücksichtigung des SOFA-Scores infolge einer Infektion könnten auch die Sepsis-Fälle erfasst werden, die bisher nicht im DRG-System zum Tragen kamen. Die Sepsis als HD führt in die MDC 18B. Zudem hat die Sepsis in vielen DRG einen hohen CCL-Wert und ist in einigen DRG als komplizierende Diagnosen relevant ist für die Gruppierung innerhalb einer Basis-DRG z.B. R61. Gleiches gilt für den SIRS-Kode.

Die Kosten einer Sepsis sind hoch: hoher Personaleinsatz, in der Regel Aufenthalt auf einer Intensivstation bzw. Überwachungsstation, hohe Medikamentenkosten und ein hoher Ressourcenverbrauch an apparativen Untersuchung außerhalb einer regulären Dienstzeit, da die auslösende Ursache so schnell als möglich diagnostiziert werden muss. Zudem führt eine Sepsis in häufig zu einem längeren Aufenthalt als ein unkomplizierter Infekt.

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 zutreffend

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

nicht bekannt

7. **Sonstiges**
(z.B. Kommentare, Anregungen)

Literatur:

The Third international Consensus Definitions for Sepsis (Sepsis -3) JAMA February 23, 2016 Volume 315, Number 8

Deutsches Ärzteblatt Jg. 114 Heft 29–30 24. Juli 2017,

Der Anaesthetist 8 · 2017 66:614–621