

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	AKKON Hochschule
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.akkon-hochschule.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Pottkämper
Vorname *	Karen
Straße *	Colditzstraße 34-36
PLZ *	12099
Ort *	Berlin
E-Mail *	Karen.Pottkämper@akkon-hochschule.de
Telefon *	030 8092332-40

## Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- ☐ \* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- ☒ Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

**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) \*

Zusatzkennzeichen für „bei Aufnahme vorhanden“ bei der Diagnose L89-

### 4. Mitwirkung der Fachverbände \*

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☒ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände 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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Einführen des Zusatzkennzeichen "bei Aufnahme vorhanden" bei der Diagnose "Dekubitalgeschwür und Druckzone" (ICD Schlüssel L89-). Hierdurch kann eine Differenzierung dahingehend erfolgen, ob das Dekubitalgeschwür bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus bestand. Eine Einschätzung, kann analog der Lokalisierung der OPS erfolgen und soll folgende Ausprägungen erhalten:

00 Bei Aufnahme nicht vorhanden  
 01 bei Aufnahme vorhanden  
 x unbekannt ob Diagnose bei Aufnahme bestand

Bisher kann nur bei der Diagnose "Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie" (ICD-10-GM U69.6-!) angegeben werden, dass die Erkrankung bereits vor Aufnahme erworben wurde. Eine Differenzierung dieser Art, ist für die Kodierung eines außerhalb des Krankenhauses erworbenes Dekubitalgeschwürs allerdings nicht praktikabel.

Perspektivisch wäre eine Ausweitung der Zusatzkennzeichen "bei Aufnahme vorhanden" auch bei anderen Diagnosen bspw. bei Infektionen, Komplikationen oder chronischen Erkrankungen denkbar.

## 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.

Das Dekubitalgeschür ist eine schwerwiegende Komplikation und geht bei dem Betroffenen meist mit einem hohen Leidensdruck einher. Die Dekubitusinzidenz gilt international als ergebnisorientierter Patientensicherheitsindikator. Gerade bei der externen Qualitätssicherung ist die Angabe Dekubitus „bei Aufnahme vorhanden“ relevant, da daraus Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten in dem Krankenhaus ermöglicht werden. Derzeit erfolgt diese Angabe im Rahmen der Qualitätssicherungs-Dokumentation in Form von manuell zu füllende Datenfeldern.

Der G-BA hat bereits im Jahr 2011 das AQUA-Institut beauftragt das QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe auf Abrechnungsdaten umzustellen, um den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer zu reduzieren. Die Umstellung erfolgte zum Jahr 2013. Dennoch müssen die Angaben zum Dekubitus „bei Aufnahme vorhanden“ derzeit von den Leistungserbringern (2018: 1.744; 2017:1.766) manuell in der QS-Dokumentation erfolgen (IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Qualitätsreport 2019. Berlin: IQTIG. ISBN: 978-3-9818131-3-5. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2019\\_2019-09-25.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Qualitaetsreport-2019_2019-09-25.pdf)). Ebenfalls ist dem Qualitätsreport 2019 des IQTIG zu entnehmen, dass 2018 insgesamt 357.572 dokumentierte Dekubitus-Fälle kodiert wurden. Mit Einführung des Zusatzkennzeichens könnte das gesamte QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe ohne zusätzliche Dokumentationsaufwand durchgeführt werden, da alle relevanten Angaben aus den Abrechnungsdaten übernommen werden könnten.

Der Sektor Pflege und die damit verbundenen Leistungen rücken vermehrt in den Fokus der gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit. Insbesondere im Hinblick auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) könnte der Dokumentationsaufwand im Bereich der Pflege mit dieser neuen Zusatzkennzahl deutlich verringert werden.

### 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.**

Betroffen sind Patientinnen und Patienten mit der Diagnose (ICD-GM L89-) eine genaue Bezifferung ist derzeit nicht möglich.

Betrachtet man die Zahlen der Externen stationären Qualitätssicherung aus dem Erfassungsjahr 2018 kann davon ausgegangen werden, dass von den gelieferten QS-Daten bei insgesamt 75.732 Fälle ein Dekubitalgeschwür während des Krankenhausaufenthaltes entstanden ist. Bei 279.462 Fällen lag der Dekubitalgeschwür bereits vor Aufnahme ins Krankenhaus vor. Bei 2.378 Fällen war nicht bekannt, ob das Dekubitalgeschwür bereits vor Aufnahme ins Krankenhaus bestand, oder erst während des Aufenthaltes entstanden ist (IQTIG 2019: Qualitätsreport 2019)

**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.)

Die Einführung des Zusatzkennzeichens „bei Aufnahme vorhanden“ für die ICD-Kodierungen für Dekubitus Grad 2, 3, 4 oder nicht näher bezeichnet (L.89.1, L89.2, L89.3, L89.9) ermöglicht es im Rahmen der externen Qualitätssicherung das QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe vollständig mittels Abrechnungsdaten abzubilden. Das würde dazu führen, dass keine manuelle Dokumentation seitens der Leistungserbringer notwendig ist. Somit fällt die QS-Übermittlung weg, es gibt nur noch einen Datensatz mit inzidenten Dekubitus und die Risikostatistik. Die Dokumentationspflicht im QS-Verfahren Pflege: Dekubitusprophylaxe könnte dann ausschließlich über eine modifizierte Risikostatistik erfolgen, welche für Patienten mit Dekubitus die Angabe „bei Aufnahme vorhanden“ bzw. „nicht bei Aufnahme vorhanden“ enthält, womit zwischen bei Aufnahme bestehenden und stationär erworbenen Dekubitalulcera unterschieden werden kann.

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

Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung würde der Dokumentationsaufwand für das klinisch tätige Personal reduziert werden, da die notwendigen Informationen vollumfänglich aus den Abrechnungsdaten abgeleitet/generiert werden können. Eine genaue Aussage, inwieweit der Vorschlag andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant ist, kann derzeit nicht getroffen werden.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)