



Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2022

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

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:
`icd2022-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2022-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 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung





Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGVS
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgvs.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Albert
Vorname *	Jörg
Straße *	Auerbachstraße 110
PLZ *	70376
Ort *	Stuttgart
E-Mail *	joerg.albert@rbk.de
Telefon *	0711/8101-3406

Einräumung der Nutzungsrechte

- * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 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 Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.





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 *

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

Akut-auf-chronisches Leberversagen

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 BfArM 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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Neuaufnahme von folgendem Kode:

K72.2 Akut-auf-chronisches Leberversagen

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.

Akut-auf-chronisches Leberversagen (acute-on-chronic liver failure, ACLF) entsteht auf dem Boden einer bekannten Leberzirrhose und stellt ein eigenständiges Syndrom mit hoher Kurzzeitmortalität dar. Als zentraler pathophysiologischer Mechanismus wird eine systemisch getriggerte Immunantwort mit nachfolgender Immunparalyse bei Patienten mit Leberzirrhose mit folgendem Organ-/Multi-Organversagen angenommen. Das klinische Bild ist durch die akute Dekompensation mit Entwicklung von Organdysfunktion und -versagen definiert, zum einen der chronisch erkrankten Leber, aber auch der extrahepatischen Organe (z. B. Niere, Lunge, Kreislauf, Gerinnung, Gehirn, etc.).

Das Management des ACLF ist bisher unspezifisch. Intensivmedizinische Therapiekonzepte mit anti-inflammatorischen Therapien, Organersatzverfahren (Beatmung, Dialyse, auch Plasmaseparation und artifizielle Supportsysteme zum Bridging bis zur Lebertransplantation) und die Lebertransplantation sind die verfolgten therapeutischen Konzepte.

In der Terminologie, Definition und Behandlung ist das ACLF von der „einfachen“ dekompensierten Leberzirrhose zu unterscheiden. Bei der akuten Dekompensation der Leberzirrhose kommt es zur definierten Dekompensation zum Beispiel mit Aszites, Varizenblutung, spontanbakterieller Peritonitis. Die Rekompensation dieser definierten Dekompensation ist das Ziel der Therapie. In diesem Zusammenhang erscheint das ACLF als komplexe Systemerkrankung, die ohne intensivmedizinische Maßnahmen mit einer sehr hohen Letalität assoziiert ist. Entsprechend sollte sich über einen eigenständigen ICD Code kodiert werden können.

Hintergrund

Die Leberzirrhose als Endstadium aller chronischen Lebererkrankungen ist mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität assoziiert. In Industrieländern leiden 0,27–0,46% der Gesamtbevölkerung an einer Leberzirrhose. In der Europäischen Union entspricht das etwa 1,3–2,3 Millionen Menschen. Im Jahr 2010 war eine Leberzirrhose weltweit für 1.029.042 Todesfälle verantwortlich (ca. 2% der Gesamt mortalität). Die altersstandardisierte Mortalität der Leberzirrhose lag bei 10% in Westeuropa, bei 18% in Zentraleuropa und bei 20% in Osteuropa.

Die akute klinische Verschlechterung der Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung definiert sowohl für das Management als auch für die Prognose einen kritischen Zeitraum. Die akute Dekompensation ist durch die Entwicklung von Aszites, Ikterus, einer Varizenblutung, einer akuten Episode der hepatischen Enzephalopathie und/oder eine akute bakterielle Infektion definiert.

Das akut-auf-chronische Leberversagen (acute-on-chronic liver failure, ACLF) ist eine besondere Form der Dekompensation mit der zusätzlichen Entwicklung von Multiorgandysfunktionen/-versagen und hoher Mortalität (28-Tage- und 3-Monats- Mortalität: 32% bzw. 51%). Somit kann das ACLF als Syndrom, das sich während einer Leberzirrhose entwickelt und durch akute Dekompensation (AD), Organversagen und hohe Mortalität charakterisiert ist, beschrieben werden.

Das ACLF verlangt eine intensivmedizinische Betreuung und ist dadurch eine deutliche wirtschaftliche Belastung der medizinischen Versorgungssysteme. Schätzungen zufolge werden 800.000 Patienten eine AD und 320.000 Patienten ein ACLF entwickeln. Bei diesen Patienten ist vor allem das ACLF ein wichtiger Kostenfaktor, welcher im Vergleich zu einer „normalen“ Leberzirrhose mit einer hohen Sterblichkeit einhergeht.

Seit der ersten Publikation zur Charakterisierung des ACLF liegen inzwischen mehr als 800 wissenschaftliche Veröffentlichungen vor, die dieses Syndrom aus unterschiedlichen Blickwinkeln beschreiben. Vor allem scheint dieses Syndrom von der Ätiologie abhängig zu sein und wird daher von den verschiedenen Fachgesellschaften (European Association for the Study of the Liver, EASL; Asian



Pacific Association for the Study of the Liver, APASL; American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD) unterschiedlich definiert. Die Gemeinsamkeiten im Konzept des ACLF sind eine akute Verschlechterung des Patienten mit nachfolgender stationärer Aufnahme und 1.) hepatischer und extrahepatischer Organdysfunktion/Organversagen, 2.) systemischer Inflammation und 3.) einer hohen 28-Tage-Mortalität.

Das ACLF tritt in ca. 30% der stationären Patienten mit einer Leberzirrhose auf. Es erkranken jüngere Patienten und in ca. 40% der Patienten ist das ACLF eine erste Dekompensation. Damit ist dieses Syndrom klinisch hochrelevant und eine der schwerwiegendsten Komplikationen der Leberzirrhose.

Literatur

Thierry Gustot, Richard Moreau; Acute-on-chronic liver failure vs. traditional acute decompensation of cirrhosis; J Hepatol 2018; doi: 10.1016/j.jhep.2018.08.024.

Vicente Arroyo, Richard Moreau, Rajiv Jalan; Acute-on-Chronic Liver Failure; N Engl J Med. 2020; doi: 10.1056/NEJMra1914900.

Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, Francoz C, Mookerjee RP, Trebicka J, et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis.

J Hepatol. 2018;69(2):406–60.

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.**

siehe 6a



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.)

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

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)