

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2023

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:
`icd2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2023-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 2022** 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 auf unseren Internetseiten.

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 *	ePA-CC GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	epaCC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.epa-cc.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Hunstein
Vorname *	Dirk
Straße *	Bernhard-May-Str. 58J
PLZ *	65203
Ort *	Wiesbaden
E-Mail *	dirk.hunstein@epc-cc.de
Telefon *	+49 611 93 10 627

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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Erweiterung der U50.- und U51.- um ein weiteres pflegerisches Assessment

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:

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Erweiterung der U50.- Motorische Funktionseinschränkung
U50.0 - Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung
U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte
U50.01 Motorischer FIM: 85-91 Punkte
> U50.02 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 39-40 Punkte
U50.1 - Leichte motorische Funktionseinschränkung
U50.10 Barthel-Index: 80-95 Punkte
U50.11 Motorischer FIM: 69-84 Punkte
> U50.12 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 33-38 Punkte
U50.2 - Mittlere motorische Funktionseinschränkung
U50.20 Barthel-Index: 60-75 Punkte
U50.21 Motorischer FIM: 59-68 Punkte
> U50.22 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 31-32 Punkte
U50.3 - Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung
U50.30 Barthel-Index: 40-55 Punkte
U50.31 Motorischer FIM: 43-58 Punkte
> U50.32 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 29-30 Punkte

U50.4 - Schwere motorische Funktionseinschränkung
 U50.40 Barthel-Index: 20-35 Punkte
 U50.41 Motorischer FIM: 31-42 Punkte
 > U50.42 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 21-28 Punkte
 U50.5 - Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung
 U50.50 Barthel-Index: 0-15 Punkte
 U50.51 Motorischer FIM: 13-30 Punkte
 > U50.52 epaAC SelbstpflegeIndex (epaSPI): 10-20 Punkte

Erweiterung der U51. - Kognitive Funktionseinschränkung
 U51.0 - Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung
 U51.00 Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte
 U51.01 Kognitiver FIM: 30-35 Punkte
 U51.02 MMSE: 24-30 Punkte
 > U51.03 epaAC KognitionsIndex (epaKOGNI): 21-24 Punkte
 U51.1 - Mittlere kognitive Funktionseinschränkung
 U51.10 Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Punkte
 U51.11 Kognitiver FIM: 11-29 Punkte
 U51.12 MMSE: 17-23 Punkte
 > U51.13 epaAC KognitionsIndex (epaKOGNI): 10-20 Punkte
 U51.2 - Schwere kognitive Funktionseinschränkung
 U51.20 Erweiterter Barthel-Index: 0-15 Punkte
 U51.21 Kognitiver FIM: 5-10 Punkte
 U51.22 MMSE: 0-16 Punkte
 > U51.23 epaAC KognitionsIndex (epaKOGNI): 6-9 Punkte

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.

- 1.: Grundsätzlich sollten Instrumente, die vergleichbare Konzepte messen, zu vergleichbaren Ergebnissen führen - auch wenn im Detail Unterschiede in der Beschreibung (Operationalisierung) bestehen. Diese Annahme wird durch Studienergebnisse (z. B. Suter-Riederer et al., 2014) gestützt.
- 2.: Grundsätzlich sollten Pflegefachpersonen von Doppeldokumentation durch die Erhebung vergleichbarer Konzepte mittels unterschiedlicher Instrumenten entlastet werden, um Ressourcen zu schonen und unnötige Bürokratie zu vermeiden.
- 3.: Das standardisierte Basisassessment epaAC ist das im deutschsprachigen Raum am häufigsten genutzte pflegerische Assessmentinstrument (über 50% der Klinikbetten in Deutschland, über 50% der Universitätskliniken). Mit dem epaAC wird der pflegerrelevante Gesundheitszustand von Menschen gemessen und pflegerrelevante Beeinträchtigungen ausgewiesen. In seiner Konstruktion ist er dem Barthel-Index, dem erweiterten Barthel-Index und dem FIM vergleichbar, d.h. einzelne Items werden skaliert gemessen und am Ende Summenscores gebildet.

4.: In einer multizentrischen Studie (epaBRIDGE), die in zwei deutschen Unikliniken und einem Schwerpunktkrankenhaus durchgeführt wurde, konnte die Äquivalenz der Punktwerte des epaAC und der Summenscores des epaSPI (Selbstpflegeindex des epaAC) sowie des epaKOGNI (kognitiver Index des epaAC) mit dem Barthel-Index (ICD-10-GM) und dem erweiterten Barthel-Index (ICD-10-GM-2018) nachgewiesen werden.

Der epaSPI kann dem Barthel-Index mit einer erklärten Varianz von 86,9%; die Items des epaKOGNI dem Summscore des erweiterten Barthel-Index (ICD-10-GM) mit einer erklärten Varianz von 82,0% gegenübergestellt werden.

5.: Daraus wird gefolgert, dass es eine hohe Passung der Instrumente gibt: Der Summscore epaSPI des epaAC kann den Stufen der U50.- (ICD-10-GM) des Barthel-Index äquivalent zugeordnet werden. Der Summscore epaKOGNI kann den Stufen der U51.- (ICD-10-GM) des erweiterten Barthel äquivalent zugeordnet werden.

Da die Daten des epaAC als Teil der Pflegeprozessdokumentation während der (täglichen) pflegerischen Routinedokumentation ohnehin anfallen, wird gefolgert, dass es sowohl effektiv als auch effizient wäre, die Summenscores epaSPI resp. epaKOGNI alternativ zu den Summenscores Barthel-Index resp. des erweiterten Barthel-Index (ICD-10-GM) resp. dem FIM zur Abbildung der ICD-10-GM Codes U50.- und U51.- zu verwenden.

Das Basisassessment epaAC mit den beiden Indizes epaSPI und epaKOGNI ist in Papierform kostenfrei verfügbar.

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 Aufnahme der Indizes epaSPI und epaKOGNI aus dem Basisassessment epaAC zu den bereits etablierten Erhebungsinstrumenten wird aufgrund der Ergebnisäquivalenz keine wesentliche Veränderung der Kodierzahlen in den jeweiligen Gruppen erwartet. Allenfalls durch die höhere Dokumentationsqualität könnten weitere Fälle identifiziert 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.)

Das epaSYSTEM erleichtert den pflegerischen Alltag, in dem wenig Zeit für Dokumentation zur Verfügung steht. Es ist so angelegt, dass Zusatz- oder Doppeldokumentation vermieden werden („Collect Once, Use Many“). In der (täglichen) pflegerischen Routinedokumentation mit den epaINSTRUMENTEN ist bspw. enthalten:

- integrierte Indikatoren zum Nachweis pflegesensitiver Ergebnisqualität,
- verbesserte Übersicht und Erhöhung der Patientensicherheit durch automatische Ausleitung von Fall- und Risikoprofilen,
- Möglichkeit der Ansteuerung aller Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege),
- Möglichkeit der Ableitung der Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung nach §137 SGB V (Qualitätsindikator Dekubitus) im Hintergrund
- einheitliche Fachsprache über alle Versorgungsbereiche hinweg und damit Potenzial für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung,
- Ableitung von ICD- und OPS-Codes,

Die Daten des epaSYSTEMs können auch im Sinne eines NMDS (Nursing Minimum Data Set) für die Gesundheitsberichterstattung verwendet werden.

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

- Basis für ein bundeseinheitliches Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument,
- Möglichkeit für die pflege- und aufwandssensitive Adjustierung von Personaluntergrenzen oder Pflegepersonalquotienten durch eine Fallschwerebeurteilung mittels des epaSPI.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

VORHERSAGE DES PFLEGEAUFWANDS: Mit dem epaSPI und/ oder dem epaKOGNI aus dem epaAC können Zustandsgruppen von Patienten mit schweren funktionalen und/oder kognitiven Beeinträchtigungen gebildet werden. Anhand des epaSPI, der als wichtigster Prädiktor identifiziert wurde, kann vorhergesagt werden, ob ein Patient einen höheren oder niedrigeren pflegerischen Aufwand während seines Aufenthaltes in der Klinik haben wird. Näheres hierzu in den Anlagen zum Antrag.

BASIS FÜR PERSONALBEMESSUNG: Auf der Grundlage von Patientenzustandsdaten aus der Routinedokumentation mit epaAC lassen sich aufwandssensitive Prädiktoren ableiten, welche zur Prädiktion des Pflegeaufwands genutzt werden können. Daher sollten solche Informationen bei der Entwicklung eines bundeseinheitlichen, bedarfsorientierten Personalbemessungsinstrumentes berücksichtigt werden.