

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2024

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:
`icd2024-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2024-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 2023** 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 *	Universitätsklinikum Freiburg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.uniklinik-freiburg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. rer. cur.
Name *	Köberich
Vorname *	Stefan
Straße *	Hugstetter Str. 55
PLZ *	79106
Ort *	Freiburg
E-Mail *	stefan.koeberich@uniklinik-freiburg.de
Telefon *	0761 270 37650

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) *

Aufnahme der "vermuteten, tiefen Gewebeschädigung" als L89.4

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die Kategorisierung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) erfolgt national und international nach der internationalen Klassifikation, die durch die Fachverbände European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) definiert wurde (1). Demnach können sechs Kategorien eines Dekubitus unterschieden werden

Kategorie 1, Kategorie 2, Kategorie 3, Kategorie 4, keiner Kategorie zuordenbar, vermutete tiefe Gewebeschädigung.

Der ICD-10-GM-Katalog bildet jedoch nur die ersten 4 Kategorien ab. Die Kategorien "keiner Kategorie zuordenbar" und "vermutete tiefe Gewebeschädigung" bleiben unberücksichtigt. Die Kategorie "keiner Kategorie zuordenbar" kann unter Verwendung des Kodierhinweis "Kann das Stadium/die Kategorie eines Dekubitalgeschwürs nicht sicher bestimmt werden, ist das niedrigere Stadium/die niedrigere Kategorie zu kodieren." in einer der Kategorie 2-3 überführt werden. Für die Kategorie "vermutete tiefe Gewebeschädigung" gibt es keinen Kodierhinweis"

Es wird vorgeschlagen, die ICD L89. wie folgt zu ergänzen:

L89.4x "vermutete tiefe Gewebeschädigung"

Unberührt von der Veränderungen sollen die bestehenden ICD L89.0x bis L89.3x und L89.9x bleiben.

Literatur:

(1) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. EPUAP/NPIAP/PPPIA.

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.

Verschiedene internationale Studien gehen davon aus, dass bis zu 20% aller erworbenen Dekubitalulzera der Kategorie "vermutete tiefe Gewebeschädigung" zuzuordnen sind (2-4). Zwar können "vermutete tiefe Gewebeschädigungen" im Verlauf ihrer Entwicklung zu offenen Hautulzerationen führen und damit einer der oben genannten und im ICD etablierten Kategorien 2 bis 4 zugeordnet werden, jedoch gibt es Hinweise, dass - je nach Beobachtungszeitraum - bis zu 50% der "vermuteten tiefen Gewebeschädigungen" sich nicht verändern und abheilen (5-7). Eine "vermutete tiefe Gewebeschädigung" geht mit einem erhöhten Pflegeaufwand einher, da durch tertiärprophylaktische Maßnahmen wie Patient*innenumpositionierungen, prophylaktisches Anbringen von mehrlagigen Schaumstoffverbänden ein weiterer Progress der Gewebeschädigung hin zu einem offenen Hautulkus vermieden werden soll. Für Patient*innen stellen diese Art der Gewebeschädigung ein relevantes Gesundheitsproblem dar, da eine "vermutete tiefe Gewebeschädigung" mit Schmerzen einhergehen und sich im Verlauf zu tiefer gehenden Dekubitalulzera entwickeln kann (8).

Ohne Etablierung eines eigenen ICD-Codes für die "vermutete, tiefe Gewebeschädigung" kann es im Versorgungssektor zu Informationsbrüchen kommen, vor allen Dingen dann, wenn ein*e Patient*in aus einem Sektor (z.B. Krankenhaus) mit einer "vermuteten, tiefen Gewebeschädigung" in einen anderen Versorgungssektor (z.B. poststationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung oder Rehabilitationseinrichtung) überführt wird, ohne dass in den entsprechenden Dokumentationen des Erstsektors die "vermutete tiefe Gewebeschädigung" Erwähnung findet und im nachfolgenden Sektor dieser sich zu einem tiefen Dekubitalgeschwür weiter entwickelt. Dieses Informationsdefizit könnte im schlechtesten Falle zu einem Versorgungsdefizit mit entsprechenden Konsequenzen führen.

Literatur:

- (2) Mao, X., & Zhu, L. (2021). Effects of care bundles for patients with pressure ulcers and the impact on self-care efficacy. *American Journal of Translational Research*, 13(3), 1799–1807.
- (3) Bergquist-Beringer, S., Dong, L., He, J., & Dunton, N. (2013). Pressure Ulcers and Prevention Among Acute Care Hospitals in the United States. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(9), 404–414. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(13\)39054-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39054-0)
- (4) Alderden, J., Whitney, J. D., Taylor, S. M., & Zaratkiewicz, S. (2011). Risk Profile Characteristics Associated With Outcomes of Hospital-Acquired Pressure Ulcers: A Retrospective Review. *Critical Care Nurse*, 31(4), 30–43. <https://doi.org/10.4037/ccn2011806>

- (5) Tescher, A. N., Thompson, S. L., McCormack, H. E., Bearden, B. A., Christopherson, M. W., Mielke, C. L., & Sievers, B. A. (2018). A Retrospective, Descriptive Analysis of Hospital-acquired Deep Tissue Injuries. *Ostomy/Wound Management*, 64(11), 30–41.
- (6) Sullivan, R. (2013). A two-year retrospective review of suspected deep tissue injury evolution in adult acute care patients. *Ostomy/Wound Management*, 59(9), 30–39.
- (7) Richbourg, L., Smith, J., & Dunzweiler, S. (2011). Suspected Deep Tissue Injury Evaluated by North Carolina WOC Nurses: A Descriptive Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 38(6), 655–660. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31823429e7>
- (8) Black, J. M., Brindle, C. T., & Honaker, J. S. (2016). Differential diagnosis of suspected deep tissue injury. *International Wound Journal*, 13(4), 531–539. <https://doi.org/10.1111/iwj.12471>

Hinweis: Der Vorschlag wurde dem I

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.**

nicht beurteilbar

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.)

Aktuell werden im Verfahren der ext. QS "Dekubitusprophylaxe" nur Dekubitalulzera der Kategorien 1-4 erfasst. Die Kategorie "keiner Kategorie zuordenbar" wird unter Verwendung des Kodierhinweises "Kann das Stadium/die Kategorie eines Dekubitalgeschwürs nicht sicher bestimmt werden, ist das niedrigere Stadium/die niedrigere Kategorie zu kodieren." in einer der Kategorie 2-3 überführt werden. Die Kategorie "vermutete tiefe Gewebeschädigungen" bleibt unberücksichtigt. Damit wird ein wesentlicher Anteil von Dekubitalulzera in der externen QS nicht bzw. nicht korrekt erfasst.



Internationale Studien gehen davon aus, dass bis zu 20% aller Dekubitalgeschwüre der Kategorien "vermutete tiefe Gewebeschädigung" zuzuordnen sind und hiervon bis zu 50% sich nicht zu einem tiefer gehenden Dekubitalgeschwür mit offener Haut, welches dann wiederum der Kategorie 2 bis 4 zugeordnet werden kann, weiter entwickelt und damit unberücksichtigt bleibt. Ausgehend von den von der externen Qualitätssicherung erfassten Dekubitus des Jahres 2021 (n=60.553) und unter Annahme, dass 10% der Dekubitalulzera nicht erfasst werden, da sie der "vermuteten, tiefen Gewebeschädigung" zuzuordnen sind und sich im Verlauf des Erfassungszeitraumes nicht verändern oder abheilen, kann von einer Nicht-Berücksichtigung von ca. 6728 entstandenen Dekubitalulzera ausgegangen werden.

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

Nicht beurteilbar.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Der Vorschlag wurde dem IQTIG vorgelegt, welches den Antrag in vorliegender Form befürwortet.