



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 *	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@epa-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 (epaSFI): 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 (epaSFI): 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.

Grundsätzlich sollten Instrumente, die vergleichbare Konzepte messen, zu vergleichbaren Ergebnissen führen - auch wenn im Detail Unterschiede in der Beschreibung (Operationalisierung) bestehen. Dieser Grundsatz findet sich in den Definitionen der U50.-/U51.-Codes wieder. Dort werden bereits heute verschiedene Instrumente aufgeführt.

Jedes System zur Messung motorischer und kognitiver Fähigkeiten und Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt den spezifischen Kontext des Beitrags der jeweiligen Berufsgruppe für die Gesundheitsversorgung. Auch wenn der Fokus der jeweiligen Messung sehr spezifisch sein kann, gibt es Überschneidungsbereiche. Die Gleichsetzung dieser Bereiche bei nachgewiesener Äquivalenz fördert die Datensparsamkeit und die interdisziplinäre Vergleichbarkeit.



Die Basis-Assessments epaAC, epaKIDS, epaPSYC und epaLTC des epaSYSTEMS messen den pflegerelevanten Gesundheitszustand, darunter auch motorische und kognitive Fähigkeiten und Funktionseinschränkungen, ausgedrückt durch die Summenscores epaSPI und epaKOGNI.

Die Basis-Assessments des epaSYSTEMS haben sich im deutschsprachigen Raum als De-facto-Standard für die Pflegedokumentation durchgesetzt: In Deutschland wird die Pflegedokumentation für über 60% aller Krankenhausbetten mit dem epaSYSTEM durchgeführt.

In einer multizentrischen Studie (epaBRIDGE), die an zwei deutschen Universitätskliniken und einem Schwerpunktkrankenhaus durchgeführt wurde, wurde 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.

Daraus ergibt sich eine hohe Übereinstimmung der Instrumente. Der Summenscore epaSPI kann den Stufen der U50.- (ICD-10-GM) des Barthel-Index äquivalent zugeordnet werden. Der Summenscore 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 Routedokumentation ohnehin anfallen, wäre es sowohl effektiv als auch effizient, die Summenscores epaSPI resp. epaKOGNI alternativ zu den Summenscores Barthel-Index resp. erweiterter 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 Summenscores epaSPI und epaKOGNI aus dem Basis-Assessment epaAC zu den in U50./U51.- genannten Instrumenten wird aufgrund der Ergebnisäquivalenz keine wesentliche Veränderung der Kodierzahlen in den jeweiligen Gruppen erwartet.

Allenfalls könnten aufgrund der höheren Dokumentationsqualität weitere Fälle identifiziert werden.

Es ist eine Entlastung von Pflegefachpersonen durch Wegfall von Doppeldokumentation durch intelligente Nutzung vorhandener pflegerischer Routedaten zu erwarten. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des (erweiterten) Barthel-Index wird je nach Quelle zwischen 2,5 Minuten (Prosiegel et al., 1996 für den EBI) und 20 Minuten (Finch et al., 2002 für den BI) angegeben. Daraus ergibt sich ein Entlastungspotenzial von 0,28 bis 2,22 Vollzeitäquivalenten je 1.000 Barthel-Einschätzungen.

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 wurde ursprünglich für den Nachweis pflegesensitiver Ergebnisindikatoren entwickelt. Die (tägliche) pflegerische Routedokumentation mit den epaINSTRUMENTEN umfasst daher unter anderem folgende Indikatoren:

- Wiedergewinn von Mobilität
- Verbesserung des Kontinenzstatus
- Neuanlage von Blasendauerkathetern
- durchschnittliche Tragedauer von Blasendauerkathetern
- Dekubitusinzidenz (risikoadjustiert)
- Sturzinzidenz (risikoadjustiert)
- Verbesserung der Symptomkontrolle (z.B. Schmerzen, Übelkeit, Erschöpfung)
- Verlauf der motorischen und kognitiven Fallkomplexität über epaSPI und epaKOGNI

Das epaSYSTEM ist eine interoperable und einheitliche Fachsprache, die über alle Versorgungsbereiche hinweg genutzt wird. Damit hat es Potenzial für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung.

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? ***

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

INTEROPERABILITÄT, die seitens des Gesetzgebers zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen forciert wird (siehe z.B. die Förderrichtlinien zum KHZG), ist in den Datenmodellen der epaCC berücksichtigt. Zur Sicherstellung semantischer Interoperabilität sind die epaINSTRUMENTE auf die Referenzterminologie SNOMED-CT® gemappt; ein FHIR Implementationsleitfaden stellt die syntaktische Interoperabilität sicher.

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

MÖGLICHE BASIS FÜR PERSONALBEMESSUNG: Auf der Grundlage von Patientenzustandsdaten aus der Routinedokumentation mit epaAC können aufwandssensitive Prädiktoren abgeleitet werden, die zur Vorhersage des Pflegeaufwands genutzt werden können. Daher sollten solche Informationen bei der Entwicklung eines bundeseinheitlichen, bedarfsorientierten Personalbemessungsinstrumentes berücksichtigt werden.

ADJUSTIERUNG VON PERSONALUNTERGRENZEN ODER PFLEGEPERSONALQUOTIENTEN durch eine pflege- und aufwandssensitive Fallschwerebeurteilung mit epaSPI und epaKOGNI.