



## ICD-10-GM 2026

# Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2026

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 Formulardaten 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:  
**icd2026-kurzbezeichnungdesinhalts.docx**; **kurzbezeichnungdesinhalts** sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.  
**Beispiel: icd2026-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 2025** an [vorschlagsverfahren@bfarm.de](mailto: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](mailto: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](http://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 unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) - Datenschutzerklärung.



## ICD-10-GM 2026

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

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation *	Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kinderdiabetologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKL
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.uniklinikum-leipzig.de/">https://www.uniklinikum-leipzig.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	PD Dr. med.
Name *	Kapellen
Vorname *	Thomas
Straße *	Liebigstrasse 20
PLZ *	04103
Ort *	Leipzig
E-Mail *	thomas.kapellen@medizin.uni-leipzig.de
Telefon *	03419726577

### Einräumung der Nutzungsrechte

\* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher 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 willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## ICD-10-GM 2026

### 2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
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 willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
- Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.  
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## ICD-10-GM 2026

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

**Kurzbeschreibung**

Kodierungsmöglichkeit für präsymptomatischen Diabetes mellitus Typ 1 im Stadium 1/2

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhaken.)

- 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:

**Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung**

**5. Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen\***

(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)

**Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags**

Ich schlage die Ergänzung der Kodermöglichkeiten für die ICD Ziffer E 10 Diabetes mellitus Typ 1 vor.  
In 2022 hat man sich auf eine neue Stadieneinteilung des Typ 1 Diabetes geeinigt und statt Prädiabetes die Stadien 1 (mindestens 2 Antikörper gegen Inselzellen, Normoglykämie) und Stadium 2 (mindestens 2 Antikörper gegen Inselzellen und Dysglykämie) sowie das Stadium 3 als klinisch bzw laborchemisch manifesten Diabetes Typ 1 zu definieren.

Diese Stadieneinteilung lässt sich alleine mit dem derzeit verfügbaren Code E10.90 für Typ 1 Diabetes ohne Komplikationen nicht abbilden bzw differenzieren.

Auch die Klassifikation R73 für gestörte Glukosetoleranz bildet nicht wirklich die Situation der Stadien 1 und 2 ab, da nicht spezifiziert wird das es sich um ein frühstadium des typ 1 Diabetes handelt.

In den USA wurde zur besseren Abbildbarkeit auch für die mögliche Abrechnung von Diagnostik und Therapien, die für die Stadien 1 und 2 vorgesehen sind, eine zusätzliche Kodierung im ICD-10-CM eingeführt:

E10.A1 für Stadium 1, E10.A2 für Stadium 2 und E10.A0 für Stadium nicht klassifizierbar.



## ICD-10-GM 2026

### 6. Problembeschreibung und weitere Angaben \*

#### 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.

#### Problembeschreibung

Nach aktueller Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter (AWMF057 – 016) ist der Typ-1-Diabetes charakterisiert durch 3 Stadien: Stadium 1: multiple ( $\geq 2$ ) diabetes assoziierte Autoantikörper, normale Blutzuckerwerte, keine klinischen Symptome; Stadium 2: multiple ( $\geq 2$ ) diabetes-assoziierte Autoantikörper, erhöhte Blutzuckerwerte (Dysglykämie definiert als erhöhte Nüchtern-Plasmaglukose (100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)), und/oder 2-h Plasmaglukose 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l) im oralen Glukosetoleranztest (OGTT), und/oder HbA1c 5,7-6,4% (39-47 mmol/mol) oder Anstieg HbA1c  $\geq 10\%$ ), keine klinischen Symptome; Stadium 3: diabetes-assoziierte Autoantikörper, erhöhte Blutzuckerwerte (Hyperglykämie), klinische Symptome; [American Diabetes Association (ADA) 2022]. Die Mehrheit der Kinder mit multiplen ( $\geq 2$ ) diabetes-assozierten-Autoantikörpern entwickelt, unabhängig von der Familienanamnese innerhalb von 10 Jahren, einen klinischen Typ-1-Diabetes (annähernd 100 % nach 20 Jahren); im Vergleich zu ~15% von den Kindern mit nur einem diabetes assoziiertem Autoantikörper [Krischer 2021 EK IIb; Ziegler 2013 EK IIb; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-016>]

In Deutschland finden mittlerweile in vielen Regionen flächendeckende Screenings zur Detektion von diabetes assoziierten Antikörpern bei Kindern statt (Bayern, Sachsen, Niedersachsen, Hamburg, Schleswig Holstein). In der Folge wird bei immer mehr Kindern ein Typ 1 Diabetes im Stadium 1 oder 2 diagnostiziert. Es gibt Konsens über die Nachverfolgung und klinische Kontrolle solcher Patienten und damit z.B. auch der Vermeidung von Manifestation in diabetischer Ketoazidose (schwere, potentiell lebensbedrohliche Stoffwechselentgleisung)(Diabetes Care. 2024 Aug 1;47(8):1276-1298. doi: 10.2337/dc24-0042) Ausserdem stehen mittlerweile zugelassene Therapien für Stadium 2 (Teplizumab) ausserhalb der EU zur Verfügung. Weitere Substanzen zur Verhinderung des Übergangs in Stadium 3 werden in klinische Studien derzeit überprüft. Es ist also zu erwarten das in näherer Zukunft Immuntherapeutische Optionen zur Verzögerung des Auftretens eines klinischen Diabetes mit Insulinbedarf zur Verfügung stehen werden. Dann muss es auch möglich sein (abrechnungsrelevant) diese Stadien entsprechend im ICD 10 zu klassifizieren.

#### 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



## ICD-10-GM 2026

stehenden ICD-/OPS-Schlüsselnummernkombinationen dar.

Sollten Ihnen keine genauen Daten bekannt sein, bitten wir um eine plausible Schätzung.

### Relevanz Entgeltsysteme

Abrechnungsrelevant wird die neue Klassifikation im Rahmen der Weiterbetreuung nach Consensus Leitlinien (regelmäßige HbA1c Bestimmung, oGTT follow up usw.) und bei möglichen therapeutischen Optionen zur Vermeidung der klinischen Manifestation mit Bedarf der Insulintherapie (s.o.)

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.)

### Relevanz Qualitätssicherung

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

### Relevanz andere Anwendungsbereiche

Da es sich im Vorschlag um zusätzliche Ziffern unter E10. handelt wird die übrige Klassifikation der Diabetesformen nicht berührt.

7. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen)

### Sonstiges