

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: *icd-wirbelkoerperfrakturen-musterfrau.doc*, *icd-regorgantxdringlichkeit-mustermann.doc*

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur **ICD-10-GM** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Kompetenzzentrum Geriatrie
Offizielles Kürzel der Organisation *	MDK Nord
Internetadresse der Organisation *	www.kcgeriatrie.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Ziegert
Vorname *	Sibylle
Straße *	Hammersbrookstraße 5
PLZ *	20097
Ort *	Hamburg
E-Mail *	sibylle.ziegert@kcgeriatrie.de
Telefon *	040-25169-494

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

nicht notwendig

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Änderung des Textes von U50.0* und U51.0* durch Streichung der Worte „keine oder“.

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

U50.- Motorische Funktionseinschränkung
 Hinw.: Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabilitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure®).

U50.0- Geringe motorische Funktionseinschränkung
 U50.00 Barthel-Index: 100 Punkte
 U50.01 Motorischer FIM: 85-91 Punkte

U51.- Kognitive Funktionseinschränkung
 Hinw.: Einmalige Kodierung der kognitiven Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabilitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure®, MMSE: Mini Mental State Examination).

U51.0- Leichte kognitive Funktionseinschränkung
 U51.00 Erweiterter Barthel-Index: 70-90 Punkte
 U51.01 Kognitiver FIM: 30-35 Punkte
 U51.02 MMSE: 24-30 Punkte

7. 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 das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7.b genannten Fragen.

Einleitung:

Aus der Begutachtung nach § 17 KHG und § 275 SGB V durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung ist ein Problem der Definition der Fallpauschalen geriatrischer Behandlungsfälle mit Krankheiten und Störungen des Nervensystems ersichtlich geworden. Es betraf in 2006 die Fallpauschale B44B "Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung". Das Problem betrifft im Jahr 2007 analog die erweiterte Splittung der Fallpauschale DRG B44B (Version 2006) in B44C und B44D.

Problembeschreibung:

Die Kodierung einer U50.* generiert gemeinsam mit der OPS-Prozedur 8-550.1 oder 8-550.2 je nach Schweregrad der motorischen Funktionsstörung die Fallpauschalen B44A-D. Kriterium für eine schwere motorische Funktionseinschränkung gemäß DRG B44A/B ist das Vorliegen einer "Nebendiagnose" U50.4* (schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index 20-35 Pkte. oder motorischer FIM 31-42 Pkte.) oder einer "Nebendiagnose" U50.5* (sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index 0-15 Pkte. oder motorischer FIM 13-30 Pkte), siehe TAB-44-2 im Definitionshandbuch.

Überraschenderweise ist in der TAB-B44-1 des Definitionshandbuches zusätzlich noch die "Nebendiagnose" U51.* "Kognitive Funktionseinschränkung" aufgeführt, obwohl aus den Bezeichnungen der DRG B44A/B als auch der DRG B44C/D kein Hinweis auf die Relevanz "kognitiver Funktionseinschränkungen" für eine Zuordnung in die DRG B44* abzulesen ist. Insbesondere ist verwunderlich, dass hier gleich alle Ausprägungen einer U51.* (also "keine/leichte", "mittlere" und "schwere" kognitive Funktionseinschränkung) undifferenziert in gleicher Weise in die DRG B44C/D führen - auch ohne die Kodierung einer motorischen Funktionseinschränkung (U50.*).

Dies bedeutet, dass in die DRG B44* entweder eine zusätzliche U50.* Kodierung führt (dann je nach Ausprägung des 4-Stellers in die DRG B44A/B oder B44C/D) oder aber eine beliebige U51.* Kodierung (dann stets in die DRG B44C/D, nachrangig gegenüber einer U50.*), jeweils vorausgesetzt, es wurde eine OPS 8-550.1 oder 8-550.2 kodiert. Hingegen wird ein gleicher Fall ohne U50.* und ohne U51.* Kodierung in andere in der Regel niedriger bewertete Fallpauschalen der MDC 01 gruppiert. Allein eine beliebige Kodierung der U51.* kann in die DRG B44C/D führen, selbst wenn der Kodierung im Einzelfall das Fehlen einer kognitiven Einschränkung zu Grunde liegt (U51.0*). Im Hinblick auf den objektiven kognitiven Status ist eine solche Verschlüsselung einer U50.* Ziffer also bei jedem Krankenhauspatienten möglich.

Grundsätzlich erscheint die unterschiedliche Handhabung der Kodierung „keine oder leichte Funktionseinschränkungen“ (U51.0*) gegenüber dem Nichtvorliegen einer U51.0* Kodierung in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar.

Hinzu kommt, dass die ICD 10-GM eine Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen ist/sein sollte und sich hieraus für die Kodierung einer U50.0*/U51.0* im Sinne von „keine motorische/kognitive Funktionseinschränkung“ auch ein Widerspruch zu Ziffer D003d[5] der DKR ergibt, die eine Kodierung von Nebendiagnosen nur bei einem Mehraufwand zulässt, der sich bei „keinen“ Funktionseinschränkungen nicht ergeben kann.

Lösungsentwicklung:

Grundsätzlich erscheint der Einbezug kognitiver Funktionseinschränkungen in die Weiterentwicklung des DRG-Systems sinnvoll. Die Schlüsselnummern U50-U 52 werden seit 2004 zur Kalkulation frührehabitativer Komplexpauschalen der MDC 01 eingesetzt, um aufwandsadäquate Schweregrade zu eruieren und im DRG-System abzubilden. Laut den Abschlussberichten des InEK zu den Jahren 2005[1] und 2006[2] sowie dem Gutachten im Auftrag der DKG durch Professor Dr. N. Röder und die DRG-Research-Group[3], eignet sich die Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung besonders

zur Identifikation von Fallschwere im Kalkulationsverfahren. Die Erfassung und Kalkulation von kognitiven Funktionseinschränkungen hat bis 2007 keine entsprechenden Fallschweregrade und damit notwendige DRG-Splittings ergeben. In Anlehnung an den australischen Casemix im Bereich der Geriatrie und Frührehabilitation und das AN-SNAP (Australian National Sub-Acute and Non-Acute Patient Classification System)[4] erscheinen die Erfassung motorischer und kognitiver Leistungseinschränkungen geeignet, um Fallschwere in Klassifikationssystemen abzubilden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems zur Kalkulation von Fallpauschalen wird daher postuliert, dass die Abbildung der kognitiven Funktionseinschränkung zur notwendigen Differenzierung beitragen kann.

Ziel unseres Vorschlages ist die Herstellung der Systemlogik unter Berücksichtigung der DKR bei minimaler Änderung der Textierung der Ziffern zwecks Erhalts weitestmöglicher Vergleichbarkeit der Kalkulationsgrundlagen im zeitlichen Verlauf der Fallpauschalenentwicklung.

Diesen Kriterien entspricht eine einfache Lösung, die lediglich die Streichung der Worte „keine oder“ in den Textlegenden der U50.0* und der U51.0* erfordert. Die nun einer „geringen motorischen“ (U50.0*) oder „leichten kognitiven“ (U51.0*) entsprechenden Summenscores der vorgesehenen Assessmentinstrumente werden unverändert beibehalten.

Dies steht auch nicht im Widerspruch zum bisherigen Aussagegehalt der hinterlegten Assessmentinstrumente, da sich diese nur auf definierte, instrumentenabhängige, funktionelle Teilbereiche beziehen und auch die volle Punktzahl[6,7,8,9] leichte motorische/kognitive Defizite in den jeweiligen Funktionsbereichen nicht ausschließt.

Zugleich stellt diese Textierung auch auf der Ebene der ICD bereits sicher, dass nur tatsächlich bestehende Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme dokumentiert werden.

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 (neue 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 minder)aufwand. 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.

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Ist ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich ?

Ja. Zur Verbesserung der ICD-Systemlogik und Verminderung von differenten Eingruppierungen von Patienten ohne kognitive Funktionseinschränkung in Abhängigkeit einer U51.0* Kodierung.

I

c. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

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

8. **Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)