



Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2022

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:
`icd2022-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2022-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 2021** 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 unter: www.dimdi.de – Datenschutzerklärung





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 *	keine
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Herrn Dr. med.
Name *	Streit
Vorname *	Stefan
Straße *	Frankfurter-Str. 82
PLZ *	51065
Ort *	Köln
E-Mail *	stefan.streit@op-info.de
Telefon *	0221/93980089

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. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie 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 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. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie 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 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. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Informationelle Erkrankung, Wirkung von Information auf Krankheit und Gesundheit

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:

Es gibt keine Fachgesellschaft für diese Fragestellung.

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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Die schon bestehenden Kategorie:

Z91.- Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert

Exkl: Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren (Z57); Exposition gegenüber Verunreinigung oder andere Probleme mit Bezug auf die physikalische Umwelt (Z58); Missbrauch einer psychotropen Substanz in der Eigenanamnese (Z86.4)

sollte um die codierbare Diagnose: Informationelle Erkrankung Z91.2-

Wirkung von Information auf Krankheit und Gesundheit
erweitert werden.

Deshalb empfehle ich folgende Unterkategorien in den ICD-Katalog aufzunehmen:

Z91.2- informationelle Erkrankung, Wirkung von Information auf Krankheit und Gesundheit

Exkl: Informationen mit Ursprung aus dem Bewusstsein wie z.B. Angst (F41.-) oder Halluzinationen (R44.-); primäre Beeinträchtigung durch die krankhafte Bewertung von Informationen, wie z.B. Zwang (F42.-) oder Phobie (F40.-) und die krankmachende Wirkung von Information aus sozialer Interaktion, wie z.B. Mobbing oder Stalking (Z60)

Z91.20 Signal nach Kontakt-Tracing/Tracking für ein erhöhtes Ansteckungsrisiko durch einen viralen, bakteriellen, mykologischen oder parasitären Erreger z.B. durch die Corona-Warn-App



Z91.21 Signal für eine Gesundheitsstörung aus einem elektronischem Gerät zur Überwachung von Körperzuständen (z.B. telemetrische Waage oder EKG o.ä.)

Z91.22 Prognose eines erhöhtes Erkrankungsrisikos, als Ergebnis der Verarbeitung von Gesundheitsdaten in einem Algorithmus

Z91.23 ungewollt öffentlich gewordene Gesundheitsdaten der ärztlichen Dokumentation

Z91.24 korrekturbedürftige Gesundheitsdaten in der ärztlichen Dokumentation

Z91.25 strittige Gesundheitsdaten in der ärztlichen Dokumentation

Z91.26 fehlender Zugriff auf Gesundheitsdaten in der ärztlichen Dokumentation

Z91.27 ungewollt öffentlich gewordene Gesundheitsdaten aus nichtärztlichen Quellen

Z91.28 sonstige, näher bezeichnete informationelle Erkrankung

Z91.29 informationelle Erkrankung, nicht näher bezeichnet

Außerdem ist die Erweiterung der Codegruppe Y40-Y84 (Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung) um die Codierung vorübergehender oder dauerhafter Folgezustände nach Diagnosen der Gruppe Z91.2- erforderlich. Dazu schlage ich die Aufnahme folgender Codierungen in den ICD-Katalog vor:

Y83.1 Komplikationen der Behandlung in Folge von Diagnosen Z91.2-

Y83.2 vorübergehender Teilhabeverluste in Folge von Diagnosen Z91.2-

Y83.3 dauerhafte Versehrtheit in Folge von Diagnosen Z91.2-

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.

Das Corona-Warn-App-Signal stellt den Prototyp der informationellen Erkrankung (1) da. Im Gegensatz zur konkreten Exposition mit einem pathogenen Agens, verursacht dabei allein das Vorhandensein von Information Krankheit. Auf Grund des App-Signals kann deshalb z.B. die Arbeitstätigkeit nicht angetreten werden. Trotz der weitreichenden alltagspraktischen und sozialrechtliche Folgen im Behandlungsprozess von Patienten kennt der ICD-Katalog bisher keine Möglichkeit die Wirkung von Information auf Krankheit und Gesundheit abzubilden.

Informationen können Krankheit und Gesundheit von Menschen befördern.(2) Wenn Informationen über einen Menschen dessen Entscheidungen, sein Verhalten, seine soziale Teilhabe, seinen Zugriff auf Ressourcen oder seinen Lebenslauf in einer Weise verändern, dass er selbst nicht mehr in der Lage wäre dies zu verhindern, dann ist er informationell erkrankt. Informationelle Erkrankung kann verursacht werden durch ungewollt öffentlich gewordene Informationen, falsche, strittige Informationen und/oder fehlende Informationen.

Im Zusammenhang mit der Digitalisierung in der Medizin werden zukünftig häufiger Zustände entstehen, bei denen Information das Leben von Menschen vorübergehend, also krankheitsartig verändert. Darüber hinaus kommt die dauerhafte, informationelle Versehrtheit über den sozialen Teilhabeverlust einer Behinderung gleich. Aus diesem Grund schlage ich vor, die informationelle Erkrankung in der ICD-Klassifikation als neu zu schaffenden Diagnosegruppe Z91.2- zu codieren. Für Folgezustände im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Ereignissen der Diagnosegruppe Z91.2, bedarf es einer Erweiterung der Diagnosegruppe Y83.-!.

Quellen:

1 <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2020/oktober-2020/informationelle-krankheit-nach-corona-warn-app-alarm>

2 https://institut-fuer-sozialstrategie.de/wp-content/uploads/2021/01/geso_ifs_nov-18_streit_gesundheitsdateneigentumsbegriff.pdf

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.**

Das Vorhandensein, das Nichtvorhandensein, die Integrität von Informationen, sowie die Wahrung der Vertraulichkeit hat erheblichen Einfluß auf Kosten bei der medizinischen Behandlung. Die gegenwärtige Kodierpraxis kennt diese Sachverhalte nicht und führt deshalb zu einer unzureichenden Registrierung der Kosten von ambulanten und stationären Behandlungen. Durch eine Kodierung der informationellen Erkrankung erhöht sich die Reliabilität der DRG-Kalkulation. Zusätzliche Krankenhaustage bei fehlenden Informationen über Implantate, Vorinterventionen und über kritische Begleiterkrankungen verzögern planbare Interventionen und erhöhen die Komplikationsrate bei Notfallbehandlungen, sowie die Behandlungskosten durch vermeidbare Doppeluntersuchungen. In Zukunft stellen falsche, als falsch angesehene, fehlende oder unvollständige Datensätze einen eigenständigen Konsultationsanlass von Ärzten da. Neben der kurativen, analogen Behandlung des Patienten selbst, ist mit dem Erfordernis einer kurativen Behandlung seiner informationellen Erkrankung zu rechnen. Dazu kommt es, weil der Abweichung zwischen analogem Patientenzustand und dessen digitalem Abbild, zunehmend ein eigenständiger Krankheitswert zukommt. Falsche, als falsch angesehene, fehlende oder unvollständige Datensätze beeinflussen zukünftig mehr als heute Therapieentscheidungen und versicherungs-mathematische Prognosebeurteilung. Die Moderation zwischen dem digitalem Datensatz und analogem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand verbraucht zusätzliche Arztarbeitszeit und es werden Leitlinien erforderlich sein.

Kompromittierte Datensätze können sowohl bei ärztlichen Entscheidungen, als auch beim automatisierten Einsatz von Algorithmen zur digital-gestützten Entscheidungsfindung und auch bei analogen Entscheidungseingriffen zur Vermeidung kritischer Fehleinschätzungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz, zu Behandlungsfehlern führen. In gleicher Weise stellt das ungewollte Öffentlichwerden von digitalisierten Behandlungs- und Persönlichkeitsdaten ein neues Haftungsrisiko da. In diesem Kontext geht das schädigende Potential digital-vernetzte Datensätze weit über einen analog-lokalisierten Verstoß gegen die Schweigepflicht hinaus. Medizinische Daten bleiben für viele Jahre, ggf. ein Leben lang, möglicherweise über Generationen hinweg bedeutsam, deshalb ist es in manchen Fällen unmöglich, deren ungewolltes Öffentlichwerden ungeschehen zu machen. Aus diesen Gründen führen Ansprüche auf Korrektur, auf Vervollständigung, auf Moderation von strittigen Datensätzen, sowie ungewollt öffentliche Daten zu neuen, zusätzlichen Kosten und Haftungsrisiken. Da es sich hier um eine völlig neue Problemstellung handelt, können keine validen Schätzungen zu den erwarteten Kosten gemacht. Es ist davon auszugehen, dass diese Kosten proportional mit der Sekundärverwertung von medizinischen Behandlungsdaten ansteigen werden. Der Marktwert eines einzelnen medizinischen Datenbankeintrags wird konservativ auf ca. 400 US-Dollar geschätzt. (1) Die EU-Kommission ging bereits für 2020 von einem Datenwirtschaftsumsatz in der EU von 643 Milliarden Euro aus und rechnet zukünftig mit einem jährlichen Wachstum von 7%. (2)

Quellen:

1 <https://www.ibm.com/security/data-breach>

2 https://ec.europa.eu/germany/news/europ%C3%A4ische-datenwirtschaft-eu-kommission-stellt-konzept-f%C3%BCr-daten-binnenmarkt-vor_de



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 nicht absehbar

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

aktuell nicht absehbar

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

keine