

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2016

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge 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 DOC-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):
icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc
kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
namedesverantwortlichen sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.
Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc
4. Senden Sie Ihren Vorschlag/Ihre Vorschläge unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2015** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de)

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die 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 und die Vorschläge nicht mehr fristgerecht bearbeitet werden können.

Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet. Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM zu.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.
- Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unsere Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

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 *	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	DGGG
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	www.dggg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Beckmann
Vorname *	Matthias W.
Straße *	Universitätsstraße 21-23
PLZ *	91054
Ort *	Erlangen
E-Mail *	fk-direktion@uk-erlangen.de
Telefon *	09131-85-33451

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) *	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) *	drg.uni-muenster.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Fiori
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Domagkstraße 20
PLZ *	48129
Ort *	Münster
E-Mail *	wolfgang.fiori@ukmuenster.de
Telefon *	0251-83-52021

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

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen seitens der beteiligten Fachgesellschaften über die Unterstützung des Antrags vor.

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

Differenzierung der Blutungen in der Geburtshilfe nach Schweregrad

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Änderung von Klassentiteln 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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Einführung einer 5.Stelle für ICD-Kodes, die eine Blutung in der Geburtshilfe beschreiben:

.0 Ohne Gabe von Blutprodukten/Gerinnungsfaktoren

.1 Mit Gabe von Blutprodukten/Gerinnungsfaktoren

.9 Nicht näher bezeichnet

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

Blutungen in der Geburtshilfe – insbesondere bei Gerinnungsstörungen – können erhebliche Kosten und lange Verweildauern verursachen. Andererseits kommt es bei jeder Entbindung zu einer „Blutung“. Auch geringfügige prä- oder postpartale Blutungen sind nicht selten. Damit ist eine Vielzahl der Codes für Blutungen inhaltleer, weil sie nicht nur für die Beschreibung einer Pathologie, sondern auch für die Beschreibung der Normalität genutzt werden können. Es bedarf daher einer Differenzierung, die es ermöglicht, klinisch relevante Blutungsereignisse von klinische unbedeutenden und im Rahmen der Entbindung gewöhnlichen Blutungsmengen zu unterscheiden.

In der ICD-10-GM existieren für Blutungen in der Geburtshilfe folgende Codes:

- O00-O08 Schwangerschaft mit abortivem Ausgang, mit 4. Stelle „.1“ oder „.6“
- O20.8/9 Sonstige/n.n.bez. Blutung in der Frühschwangerschaft
- O44.10/.11 Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung
- O45.0 Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung (zumindest aufgrund von In- und Exklusiva der ICD-10-GM vermutlich auch für die Blutung zu nutzen)
- O46.- Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert
- O67.- Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert
- O69.4 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Vasa praevia
- O72.- Postpartale Blutung

Alle oben genannten ICD-Kodes mit Ausnahme der Kombinationsschlüsselnummern aus O44.1- sind 4-Steller. Es erscheint daher möglich und sinnvoll das Ausmaß der Blutung i.S. eines Schweregrads mit in die Codes aufzunehmen, um diese zukünftig zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nutzen zu können. Bezüglich der Kombinationsschlüsselnummern aus O44.1- bedarf es einer eigenen Lösung (ggf. über Zusatzkode oder weiterer Differenzierung auf 5-Stellerebene). In Bezug auf die ICD-Kodes O45.0 und O69.4 sollte überdacht werden, ob die Blutung nicht durch einen zusätzlichen passenden Kode aus O46.- und O72.- angezeigt werden sollte. Hierdurch könnte der Komplexitätsgrad der Klassifikation niedrig gehalten und eine höhere Kodierqualität erzielt werden, zumal den wenigsten Anwendern die Tatsache, dass es sich um Kombinationsschlüsselnummern handelt, geläufig sein dürfte (geht aus der Textbezeichnung alleine nicht hervor).

Als Differenzierungsmerkmal des Schweregrads der Blutung wird die Gabe von Blutprodukten und/oder Gerinnungsfaktoren vorgeschlagen. Diese sollte näher operationalisiert und auf die OPS der Klassen (8-800, 8-801, 8-810, 8-812.5 ff.) eingeschränkt 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 -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 Ausmaß der Blutung ist für keinen der o.g. Codes operationalisiert. ICD-Kodes wie beispielsweise O67.8/9 (Sonstige/n.n.bez. intrapartale Blutung) wirken im G-DRG-System bei Entbindungen schweregradsteigernd und können kaum als „belastbare Attribute“ gelten, da es unter einer Entbindung immer zu „Blutungen“ kommt.

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wäre es daher sinnvoll, zwischen unbedeutenden und auch für den Ressourcenaufwand sehr relevanten Blutungen unterscheiden zu können. Im Hinblick auf die Abbildung im G-DRG-System wird bewusst von der DGGG mit der Transfusionsbedürftigkeit ein sehr gravierendes Merkmal vorgeschlagen, damit entsprechende Codes zukünftig auch als Kostentrenner genutzt werden können. Der DGGG ist bewusst, dass es sich um eine Form der redundanten Dokumentation handelt, da entsprechende Information prinzipiell auch über den OPS vorliegt. Da jedoch – vermutlich auch perspektivisch – ausschließlich Diagnosen zur Abbildung des Schweregrads für die Geburtshilfe im G-DRG-System eingesetzt werden (und ein Teil der Codes bereits schweregradsteigernd wirkt), erscheint eine Differenzierung auf ICD-Ebene notwendig. Die DGGG ist auch für eine andere Form der Differenzierung offen. Diese sollte jedoch die Dokumentation und Kodierung nicht aufwendiger machen. Eine Differenzierung nach dem (niedrigsten) Hämoglobinwert beispielsweise dürfte weniger trennscharf und deutlich aufwendiger zu kodieren sein, da für die Kodierung der Laborkumulativbefund herangezogen werden müsste. Es dürfte auch schwer sein, einen Konsens über sinnvolle Hb-Grenzwerte zu finden, zumal Schwangere häufig bereits unter einer Anämie leiden, die nicht durch Blutungsereignisse hervorgerufen wurde.

Sofern weiterhin keine Mehrfachklassifizierung nach der ICD-10-GM oder DKR 1510 erfolgen soll, sollte darauf geachtet werden, dass ggf. Codes in Anlage 7 der FPV mit aufgenommen werden, damit die Abrechnung von Zusatzentgelten durch die Anwendung der ICD-10-GM nicht unterlaufen wird.

- 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.)

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

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