

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017

### 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 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:  
*icd2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: icd2017-diabetesmellitus-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** 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](mailto: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](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**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 der personenbezogenen Daten

- 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 damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

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) *	Herr Dr. med.
Name *	Charitaras
Vorname *	Andreas
Straße *	Bozener Straße 35
PLZ *	42659
Ort *	Solingen
E-Mail *	tonfoudoc[at]gmx.de
Telefon *	0212-2473452

### 2. Ansprechpartner (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

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

### 3. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

P74.0 | Azidose – metabolisch – neonatal – infolge Proteinzufuhr

### 4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \*

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten

### 5. 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)

Variante 1:

P74.0Azidose – metabolisch – neonatal – renal – infolge Proteinzufuhr

Exkl.: Azidose – metabolisch – neonatal – nicht renal und infolge Proteinzufuhr (E87.2)

Variante 2:

P74.0Metabolische Spätazidose beim Neugeborenen

Exkl.: Azidose – metabolisch – neonatal – nicht renal und infolge Proteinzufuhr (E87.2)

### 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.

Die Verschlüsselung der behandlungsbehafteten Azidose beim Neugeborenen (Tag 1 bis 28) gestaltet sich schwierig. Der durch den Schlüssel P74.0 dargestellte Zustand der metabolischen Spätazidose bei Neugeborenen ist selten. Er ist wie folgt definiert bzw. beschrieben (Zitat aus Maier RF: Kapitel 8. Nierenkrankheiten. . In: Maier RF, Obladen M (Hrsg.): Neugeborenenintensivmedizin – Evidenz und Erfahrung. 2011. 8. Auflage. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York. ISBN 978-3-642-01068-2. S. 297.):

„Eine hohe Proteinzufuhr erhöht die Säurebelastung und kann bei Frühgeborenen zur späten metabolischen Azidose führen. Letzere unterscheidet sich von der frühen Azidose dieser Kinder, die durch mangelnde Bikarbonatrückresorption im proximalen Tubulus entsteht.“

Zu diesem Zustand wird im angloamerikanischen Schrifttum folgendes dokumentiert (Zitat aus Macrae Dell K: Chapter 44. Fluid, Electolytes, and Acid-Base Homeostasis. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh

MC (Hrsg.): Fanaroff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicine. 2015. 10. Auflage. Band 1. Elsevier Saunders. Philadelphia, PA, USA. ISBN 978-1-4557-5617-9. S. 627.):

“In 1964, Kildeberg<sup>31</sup> first used the term late metabolic acidosis of prematurity to describe a group of otherwise healthy premature infants 1 to 3 weeks old who were characterized by mild to moderate acidosis and decreased growth. All infants were receiving cow milk formula, which provided 3 to 4 g of protein per kilogram of body weight per day.<sup>65</sup> Net acid excretion was increased in these infants compared with the normal control group. This observation suggests that excessive protein content of cow milk formula results in endogenous acid production beyond the excretory capacity of the premature kidney, which is limited by urinary bicarbonate losses and reduced phosphate excretion.“

„Kalthoff and colleagues<sup>28</sup> also described renal net acid secretion in infants with low birth weight and examined the effect of bicarbonate supplementation. When randomly assigned to control or bicarbonate therapy groups, infants in the control group who had a persistent urine pH less than 5.4 for 7 days showed a significant decrease in weight gain and a tendency toward decreased nitrogen assimilation. In recent years late metabolic acidosis is less common, which may reflect increased human milk intake and alterations of the composition of formulas for preterm infants. When metabolic acidosis occurs, it is often self-limited and resolves with further renal maturation. Studies suggest that alkali therapy may not benefit growth in this situation.<sup>57</sup>“

Im Bereich der ICD-10-GM mit dem Kennbuchstaben „P“ gibt es keine weiteren Schlüssel für azidotische Zustände entsprechend denen, wie sie bei Neugeborenen erheblich häufiger vorkommen als die metabolische Spätazidose: respiratorische Azidose, metabolische Azidose (mit und ohne Hyperlaktatämie), gemischte Azidose.

Hilfsweise kann unter Verweis auf die DKR SKR 1602 der Schlüssel E87.2 verwendet werden. Diese Verwendung setzt aber die Detailkenntnis der DKR SKR 1602 voraus. Diese Detailkenntnis funktioniert bei der vorliegenden Schlüsselbezeichnung nicht ohne weiteres.

Einfacher und weniger fehlerhäufig wäre eine Klarstellung im Bereich der ICD-10-GM selbst. Diese kann auf zwei Weisen erfolgen. Variante 1 ist die Umstellung des Schlüsseltextes zur Klarstellung. Beispielsweise: Azidose – metabolisch – neonatal – infolge Proteinzufuhr. Dieser Text klarifiziert im Vergleich zum vorliegenden Schlüsseltext den Typ der Azidose sowie deren Pathomechanismus (streng genommen renal infolge Proteinzufuhr). Variante 2 wäre die Ergänzung des Schlüssels um einen Hinweis, dass andere Azidoseformen mit dem Schlüssel E87.2 anzugeben sind. Diese Option ist sehr gut im Falle der neonatalen Diarrhöe infektiösen Ursprungs ohne Erregernachweis (A09.9) bereits umgesetzt worden.

Für Leistungserbringer und Kostenträger tritt eine Verbesserung ein, weil unbotmäßige Spielräume für Interpretationen und Fehlkodierungen minimiert werden, idealtypisch entfallen.

**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.**

Keine Relevanz im Sinne einer okkulten Verschiebung von bewerteten zu unbewerteten Diagnosen oder umgekehrt. Relevanz dahingehend, dass durch eine verbesserte Trennschärfe die Darstellungsqualität der Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften verbessert werden soll. Verbesserung der für die Leistungsdarstellung genutzten Sekundärdaten durch Auflösung von Uneindeutigkeit bzw. Trennschärfenerhöhung.

**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.)

Keine direkte. Indirekt Verbesserung der Datenqualität für EQS NEO bezogen auf die Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften sowie deren Plausibilisierung gegen die Daten der EQS NEO (größtes gemessenes Basendefizit in den ersten 12 Lebensstunden). Bei Kodierung von E87.2 muss nach DKR SKR 1602 i. V. m. DKR AKR D003 eine Beeinflussung des Behandlung und Betreuung des Patienten stattgefunden haben.

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

Verbesserung der für die administrative Epidemiologie (Auswertungen des Statistischen Bundesamtes und der Statistischen Landesämter) genutzten Sekundärdaten durch Auflösung von Uneindeutigkeit bzw. Trennschärfenerhöhung.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

**Hinweis:**

Dieser Vorschlag wurde ausschließlich als Privatperson in Freizeit unter Nutzung ausschließlich privater Mittel aus öffentlich zugänglichen Informationen frei von Entgelten und Sachleistungen oder Versprechen derer erstellt. Ein Auftrag einer natürlichen oder juristischen Person außer meiner eigenen gegen Entgelt oder Sachleistungen liegt und lag nicht vor. Der Autor und Urheber des Vorschlags ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.