

## 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) \*

P24.\* | Aspirationssyndrome – neonatal | Korrektur + Differenzierung

### 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)

Die Schlüsselklasse P24.\* (Aspirationssyndrome beim Neugeborenen) der ICD-10-GM ist wie folgt zu fassen:

P24.- Aspirationssyndrom – neonatal  
 Inkl.: Pneumonie beim Neugeborenen durch Aspiration  
 P24.0- Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Mekonium [MAS]  
 P24.00Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Mekonium [MAS] – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.01Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Mekonium [MAS] – O2-Therapie bis 24 Stunden  
 P24.19Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Mekonium [MAS] – O2-Therapie unbestimmt  
 P24.1- Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Fruchtwasser oder Schleim  
 P24.10Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Fruchtwasser oder Schleim – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.11Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Fruchtwasser oder Schleim – O2-Therapie bis 24 Stunden  
 P24.19Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Fruchtwasser oder Schleim – O2-Therapie unbestimmt  
 P24.2- Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Blut  
 P24.20Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Blut – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.21Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Blut – O2-Therapie bis 24 Stunden  
 P24.29Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Blut – O2-Therapie unbestimmt  
 P24.3- Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Milch / regurgitierte Nahrung  
 P24.30Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Milch / regurgitierte Nahrung – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.31Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Milch / regurgitierte Nahrung – O2-Therapie bis 24 Stunden  
 P24.39Aspirationssyndrom – neonatal – infolge Milch / regurgitierte Nahrung  
 P24.8- Aspirationssyndrom – neonatal – infolge sonstiger Substanz  
 P24.80Aspirationssyndrom – neonatal – infolge sonstiger Substanz – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.81Aspirationssyndrom – neonatal – infolge sonstiger Substanz – O2-Therapie bis 24 Stunden  
 P24.89Aspirationssyndrom – neonatal – infolge sonstiger Substanz – O2-Therapie unbestimmt  
 P24.9Aspirationssyndrom – neonatal – Substanz?  
 P24.90Aspirationssyndrom – neonatal – Substanz? – O2-Therapie >24 Stunden  
 P24.91Aspirationssyndrom – neonatal – Substanz? – O2-Therapie bis 24 Stunden

P24.99Aspirationssyndrom – neonatal – Substanz? – O2-Therapie unbestimmt

Die Schlüssel leiten 1:1 aus der alten „verfälschenden“ Version über. Die bis dato mittels DKR SKR 1605 mit P22.1 kodierten Aspirationssyndrome leiten auf die Schlüssel P24.[0-9]1. Die bisherigen mittels DKR SKR 1606 mit P24.[0-9] kodierten Aspirationssyndrome leiten auf die Schlüssel P24.[0-9]0.

## 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.

Aspirationssyndrome beim Neugeborenen sind Erkrankungen, die eine hochvariable Ausprägung an Schweregrad und Behandlungsintensität aufweisen. Neben selbstlimierenden Verläufen oder Verläufen mit Notwendigkeit begrenzt intensiver supportiver Therapie sind schwerste und tödliche Verlaufsformen mit Lungenersatzverfahren (ECMO in spezialisierten Zentren) vorkommend.

Die Verschlüsselung der Aspirationssyndrome bei Neugeborenen weist im Gegensatz zur Verschlüsselung von Aspirationssyndromen und Aspirationspneumonien bei Nicht-Neugeborenen im System der Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften eine einzigartige Besonderheit auf, welche durch die DKR SKR 1605 bedingt ist.

P24 Aspirationssyndrome beim Neugeborenen

Inkl.: Pneumonie beim Neugeborenen durch Aspiration

P24.0 Mekoniumaspiration durch das Neugeborene

P24.1 Fruchtwasser- und Schleimaspiration durch das Neugeborene

Aspiration von Liquor (amnii)

P24.2 Blutaspiration durch das Neugeborene

P24.3 Aspiration von Milch und regurgitierter Nahrung durch das Neugeborene

P24.8 Sonstige Aspirationssyndrome beim Neugeborenen

P24.9 Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet

Neonatale Aspirationspneumonie o.n.A.

Die DKR SKR 1605 schränken die Verwendung dieser Schlüsselklasse P24.- medizinisch unsinnig ein:

„Die Kategorie

P24.– Aspirationssyndrome beim Neugeborenen

ist zu verwenden, wenn die Atemstörung – bedingt durch das Aspirationssyndrom – eine Sauerstoffzufuhr von über 24 Stunden Dauer erforderte.

Der Kode

P22.1 Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen

ist bei folgenden Diagnosen zu verwenden:

> transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen (ungeachtet der Dauer der Sauerstofftherapie)

oder

> Aspirationssyndrom beim Neugeborenen, wenn die Atemstörung eine Sauerstoffzufuhr von weniger als 24 Stunden Dauer erforderte.“

Zusammengefasst: Hat ein Neugeborenes ein Aspirationssyndrom, so ist der medizinisch korrekte

Schlüssel nur dann zu verwenden, wenn die Sauerstofftherapie länger als 24 Stunden angehalten hat. Sonst nicht.

Im „krassen“ Fall bedeutet dies, dass ein Kind mit Mekoniumaspirationssyndrom (MAS), welches infolge Versterben oder Verlegung beispielsweise zur ECMO (!) weniger als 24 Stunden Sauerstofftherapie erhält, die Diagnose „Transitorische Tachypnoe des Neugeborenen“ (TTN) mit dem Schlüssel P22.1 zugewiesen bekommen muss, da die Kodierrichtlinien zu befolgen sind.

Einen medizinischen Sinn ist hinter dieser Regelung nicht erkennbar. Auch die Spekulation, dass mittels Dauer der Sauerstofftherapie ein mutmaßlich leichtes von einem mutmaßlich schweren MAS differenziert werden soll, überzeugt unter Verweis auf Verlegung oder Versterben innerhalb von 24 Stunden mit Nichten. Vielmehr bedingt diese SKR 1605, dass in den Daten nach §301 und Folgevorschriften die Inzidenz – wie hoch diese auch immer sein mag – von MAS systematisch zu niedrig angegeben wird.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, warum bei Aspirationssyndromen in anderem Zusammenhang (nicht neonatal) eine solche Regularie mit Verschiebung der Darstellung von einem Krankheitsbild zu einem vollends anderen (vgl. Pathomechanismus TTN) nicht existiert. Bei allen Fällen mit Alter >28 Tage und nicht schwanger oder Wochenbett finden sich keine solche Bestimmungen für die Schlüssel J69.- und J95.4. Auch bei Schwangeren und Wöchnerinnen (Schlüssel O29.0, O74.0, O89.0) gibt es eine derartige „Krankheitsverschiebung aus administrativen Gründen“ nicht.

Das Argument, dass der Aufwand eines MAS mit Sauerstoffapplikation <24 Stunden vergleichbar dem einer TTN sei, geht aus mehreren Gründen fehl. Zum einen ist dies eine dem Erkrankungszustand nachgeordnete administrative oder ökonomische Maßnahme, welche beispielsweise über differente Diagnoseschlüssel oder Prozeduren oder andere Faktoren zu realisieren ist. Zum anderen erscheint aus rein medizinischer Betrachtungsweise die Mutmaßung, dass „leichte MAS“ im Aufwand der TTN entsprechen, mangels valider Daten als reine mehr oder minder qualifizierte Spekulation.

Die korrekte Lösung, welche keine Erkrankungen „verschiebt“ oder „verfälscht“ oder „umdefiniert“, ist eine Differenzierung des Diagnoseschlüssels auf Basis der ICD-10-GM beispielsweise nach dem Aufwand einer Sauerstoffapplikation >24 Stunden, um eine 1:1 Überleitung aus den bisherigen verwendeten Daten zu haben. Alternativ ist eine Lösung mittels Prozeduren und anderer Daten denkbar: beispielsweise eine Ausdifferenzierung des OPS 8-720 (Sauerstoffzufuhr beim Neugeborenen) nach Zeit unter Einschluss des in der DKR SKR 1605 verwendeten cut-offs von 24 Stunden Sauerstofftherapie. Als Effekt aller Varianten würde die DKR SKR 1605 entfallen, weil sie infolge trennscharfer Definitionen überflüssig geworden ist.

**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.**

Relevant, da mögliche Identifikation eines Kostentrenners in einer kleinen Population, die bis dato nicht oder kaum identifizierbar war (siehe Ausführungen zuvor, vor allem bei Entlassung / Versterben <24 Stunden). Da die „Verschiebung“ der wenigen Fälle mit Aspirationssyndromen wie vorbeschrieben in die relativ große Gruppe der Neugeborenen mit TTN (P22.1) erfolgt, ist bei dem einsetzenden „Verdünnungseffekt“ durch weniger stark erkrankte Babys, vor allem unter Berücksichtigung der Selektivität der Kalkulationsstichprobe sowie Selektivität der Versorgungsstruktur nach QFR-RL GBA (Perinatalzentren) und mangelnder anderer Differenzierungsmöglichkeiten wie OPS, eine Identifikation anhand von Daten §301 SGB V und Folgevorschriften mit nachfolgender InEK-R2-konformer Kalkulation de facto unmöglich.

**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.)

Relevant. Identifikation von Fällen mit Aspirationssyndromen eindeutig anhand von Daten nach §301 SGB V und Folgevorschriften möglich. Plausibilisierung. Hochrelevant in Subgruppe, da Identifikation von Todesfällen durch beispielsweise MAS nach oder vor Lungenersatzverfahren (ECMO).

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

Relevant, da systematischer Fehler in der administrativen Diagnosedarstellung beseitigt wird.

**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.