

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2018

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: *icd2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2018-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 2017** 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, 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 Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern der ICD-10-GM alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

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

Einräumung der Nutzungsrechte *

Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI 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 DIMDI 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.“

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- 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 DIMDI veröffentlicht wird.

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

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.med.
Name *	Fiori
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Am Dorn 10
PLZ *	48308
Ort *	Senden
E-Mail *	wolfgang.fiori@roederpartner.de
Telefon *	0176-22235578

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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 erreichen.

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) *

Differenzierte Abbildung der protrahierten Geburt und des Geburtsstillstandes

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

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)

O62.- Abnorme Wehentätigkeit

Exkl. Protrahierte Geburt und Geburtsstillstand (O63.-, O75.5, O75.6)

O63.- Protrahierte Geburt

Inkl.: Geburtsstillstand

Hinw.: Eine Geburt wird als protrahiert bezeichnet, wenn sie bei Erstgebärenden nach 18 und bei Mehrgebärenden nach 12 Stunden nicht unmittelbar bevorsteht. Die Geburt beginnt mit einer regelmäßigen und anhaltenden Wehentätigkeit sowie einer maßgeblichen Eröffnung des Muttermundes

Um bei einer protrahierten Geburt anzugeben, welcher Anteil der Geburtsverzögerung im Krankenhaus auftrat, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus O63.7-! (Dauer der Geburt im Krankenhaus) zu kodieren.

O63.0 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)

kein Geburtsfortschritt in 2 Stunden

O63.00 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode ohne protrahierte Geburt

O63.01 Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode mit protrahierter Geburt

O63.1 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)

kein Geburtsfortschritt nach 1 Stunde

O63.00 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode ohne protrahierte Geburt

O63.01 Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode mit protrahierter Geburt

O63.2 Protrahierte Geburt des zweiten Zwillings, Drillings usw.

O63.7-! Dauer der Geburt im Krankenhaus bei protrahierter Geburt

Hinw.: Hat die Geburt bereits vor stationäre Aufnahme begonnen, ist der Aufnahmezeitpunkt zugrunde zu legen.

O63.70! Dauer der Geburt im Krankenhaus: weniger als 10 Stunden

O63.71! Dauer der Geburt im Krankenhaus: 10 bis weniger als 20 Stunden

O63.72! Dauer der Geburt im Krankenhaus: 20 Stunden und mehr

O63.79! Dauer der Geburt im Krankenhaus: n.n.bez.

O63.9 Protrahierte Geburt, nicht näher bezeichnet

Protrahierte Geburt o.n.A.

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.

Über die Kodierung der ICD-Kodes aus O63.- wird in der Praxis häufig gestritten. Die ICD-Kategorie O63.- ist als „protrahierte Geburt“ betextet. Eine Geburt wird medizinisch als protrahiert bezeichnet, wenn bei Erstgebärenden nach 18 und bei Mehrgebärenden nach 12 Stunden nicht unmittelbar bevorsteht. Davon abzugrenzen sind die als protrahiert zu bezeichnenden Eröffnungs- und Austreibungsperioden, die spezifisch klassifizierbar sind. In der Praxis stellt sich die Frage, ob eine protrahierte Eröffnungs- und/oder Austreibungsperiode nur dann über die ICD-Kodes O63.0 und O63.1 klassifiziert werden darf, wenn am Ende auch eine protrahierte Geburt als solche resultiert bzw. welche Alternativen zur Klassifizierung der Pathologie der protrahierten Eröffnungs- und Austreibungsperiode bestünden. Es widerspräche der Zielsetzung der ICD-10, wenn protrahierte Eröffnungs- und Austreibungsperioden nur dann über die ICD-10 beschrieben werden könnten, wenn auch die Kriterien einer „protrahierten Geburt“ als solchen erfüllt wären. Es handelt sich um relevante pathologische Zustände, die mit erhöhten Komplikationen einhergehen und medizinische Maßnahmen erfordern können.

Daher schlägt die DGGG vor, für die ICD-Kodes O63.0 und O63.1 eine Differenzierung auf fünfter Stelle vorzunehmen und den Geburtsstillstand als Inklusivum explizit in die Kategorie aufzunehmen. Ebenso wäre die Aufnahme klarer Operationalisierungen sinnvoll, da über die Definition der protrahierten Geburt, Eröffnungs- und Austreibungsperioden im Rahmen der DRG-Abrechnung vielfach gestritten wird. Des Weiteren ist eine Abgrenzung zu (sekundären) Wehenschwächen (ICD-Kategorie (O62.-) über ein Exklusivum sinnvoll.

Die Dauer der Geburt korreliert über die Kreißsaalbindungszeit mit den in die G-DRGs einkalkulierten Fallkosten. Entsprechend sind die ICD-Kodes für protrahierte Geburten gruppierungsrelevant und führen bei vaginalen und Kaiserschnittentbindungen zu einer Gruppierung in einen anderen DRG-Split und in Abhängigkeit von Einzelfall auch zu höheren Rechnungsbeträgen.

Von einigen (auch großen) Krankenkassen wird derzeit – mit Hinweis auf die Prüfung auch sachlich-rechnerische Richtigkeit – eine Verrechnung vorgenommen, wenn bei Kodierung einer protrahierten Geburt zwischen stationärer Aufnahme und Entbindung weniger als 18 Stunden lagen.

Diese Sichtweise verkennt, dass eine Geburt nicht erst mit einer stationären Aufnahme beginnt, sondern bereits im Vorfeld (z.B. in einem Geburtshaus oder bei einer Hausgeburt) seit längerer Zeit im

Gang sein kann. Die stationäre Aufnahme kann durchaus gerade aufgrund einer protrahierten Geburt notwendig werden, weil eine Geburt außerhalb des Krankenhauses als zu risikoreich oder belastend eingeschätzt wird. Eine formale Ableitung einer protrahierten Geburt aus Aufnahme- und Entbindungszeitpunkt kann nicht vorgenommen werden.

Auch die DKR 1521o nimmt keine von der medizinischen Definition (s. z.B. http://flexikon.doccheck.com/de/Protrahierte_Geburt, <http://www.netdokter.de/Service/ICD-Diagnose/O63-Protrahierte-Geburt-41123.html>) oder <https://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/geburt-protrahierte> abweichende Operationalisierung der protrahierten Geburt vor, sondern beschreibt die Operationalisierung, ab wann unter der besonderen Situation einer aktiver Wehensteuerung im Krankenhaus von einer protrahierten Geburt gesprochen werden kann. Nur wenn eine aktive Wehensteuerung erfolgt, sind die sonst gültigen medizinischen Kriterien zur Definition einer protrahierten Geburt nicht sinnvoll anwendbar. Nur aus diesem Grund bedarf es einer speziellen DKR. Dass dies auch nie die Intention der DKR war, ist aus dem australischen Original ersichtlich. In der ACS 1529 (Prolonged labour) steht: „When labour is actively managed, as it is in hospital, it is termed prolonged if delivery is not imminent after 18 hours of established labour.“ Die DKR 1521o beschreibt daher die Kodierung in einer Ausnahmesituation, in der die generelle medizinische Definition nicht sinnvoll angewandt werden kann.

Außerhalb dieser besonderen Ausnahmekonstellation muss die medizinische Definition einer protrahierten Geburt gelten. Dies ist auch aus Gründen der internationalen Konsistenz der Morbiditätsverschlüsselung, der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung wichtig. In diesem Kontext ist die neue Kommentierung des MDK Baden-Württemberg im KU-Sonderheft Deutsche Kodierrichtlinien 2016 unglücklich gewählt: „...Voraussetzung zur Kodierung einer protrahierten Geburt bleibt aber eine Gesamtdauer von 18 Stunden regelmäßiger Wehentätigkeit im Krankenhaus.“ In der Praxis besteht trotz des eigentlich eindeutigen Wortlauts der DKR leider große Unsicherheit im Umgang mit der Kodierung und Anwendung der DKR 1521o (s. beispielsweise <https://www.mydrg.de/forum/index.php?thread/2654-protrahierte-geburt/>). Aufgrund dessen hat die DGGG im letzten Jahr einen Antrag zur Klarstellung der DKR 1521o beim InEK eingereicht. Nach Rückmeldung des InEK konnte eine Änderung in der Kodierrichtlinie nicht vorgenommen werden, da diesbezüglich keine Einigkeit bestanden habe.

Die DGGG verkennt nicht, dass unter dem Aspekt der Bildung aufwandshomogener DRG-Fallgruppen und den Vorgaben des DRG-Kalkulationshandbuchs eine diagnosebezogenen Abbildung der Kreißsaalbindungszeit prinzipiell sinnvoll wäre. Es wäre hingegen wenig sinnvoll, die ICD-10, die auch zur Morbiditätsverschlüsselung dient, für Zwecke der DRG-Abbildung medizinisch zu beugen. Eine hohe Kodierqualität wäre so auch nicht zu erzielen. Die Information über Anzahl und Anteil protrahierter Geburten kann auch für andere Zwecke (Qualitätssicherung, Versorgungsforschung) relevant sein oder werden.

Um beiden Aspekten gerecht zu werden, schlägt die DGGG daher – unter Beibehaltung der Grundstruktur der ICD-10 – vor, bei einer protrahierten Geburt die Dauer (den Anteil) im Krankenhaus über einen zusätzlichen Sekundärkode kenntlich zu machen und perspektivisch zur Aufwandsabbildung im G-DRG-System zu nutzen.

Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang, dass noch eindeutiger die Notwendigkeit der parallelen Klassifizierung der ICD-Kodes aus der Kategorie O63.- im Verhältnis zu den ICD-Kodes O75.5 und O75.6 klargelegt wird. Denkbar wäre auch analog eine 5. Stelle für die ICD-Kodes O75.5 und O75.6 einzuführen.

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.**

s.o.

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.)

Protrahierte Geburten sind nicht nur belastend für die werdenden Mütter und Neugeborenen, sondern sind mit verursachenden Faktoren und einer höheren Komplikationsrate und entsprechend höheren Morbidität und Mortalität assoziiert. Auch protrahierte Eröffnungs- und Austreibungsperioden sind relevante pathologische Zustände, die mit erhöhten Komplikationen einhergehen und medizinische Maßnahmen erfordern können. Dies gilt auch dann, wenn insgesamt die Geburt nicht als „protrahiert“ bezeichnet werden kann.

Es sind relevante Fragestellungen im Rahmen sektorenübergreifender Analysen denkbar (Einweise-/Aufnahme-/Verlegungsmanagement) und im Rahmen einer notwendigen Versorgungsdichte mit aufgrund der DRG-Kalkulationsmethodik finanziell unter Druck stehenden geburtshilflichen Krankenhausabteilungen.

d. Inwieweit ist der Vorschlag für andere Anwendungsbereiche der ICD-10-GM relevant? ***7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

