



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

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGKJ e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgkj.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Lutterbüse
Vorname *	Nicola
Straße *	Wilhelmstr. 2a
PLZ *	93049
Ort *	Regensburg
E-Mail *	nicola.lutterbuese@gkind.de
Telefon *	0941-2983668

## 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \*

Beseitigung von Inkonsistenzen bei der Kodierung von Hirnblutungen bei Frühgeborenen

### 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:

Verbändeübergreifende DRG-AG mit Vertretern der Subdisziplinen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.v. (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und dem Berufsverband für Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD), hier insbes. Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI).

### 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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Beseitigung von Widersprüchen und Inkonsistenzen in der Beschreibung der Subtypen von Hirnblutungen bei Frühgeborenen (P52.0 bis P52.4):

ALT:

P52.0 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen Subependymblutung (ohne intraventrikuläre Ausdehnung)

P52.1 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Fetus und Neugeborenen Subependymblutung mit intraventrikulärer Ausdehnung

P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen Subependymblutung mit intraventrikulärer und intrazerebraler Ausdehnung gleichzeitig

P52.3 Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen

P52.4 Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen

NEU:

1. P52.0 Subependymale (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen Subependymblutung (ohne intraventrikuläre Ausdehnung) entsprechend °1 nach Papile

2. P52.1 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Fetus und Neugeborenen



Intraventrikuläre Blutung ohne Ventrikelerweiterung entsprechend °2 nach Papile  
 3. P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen  
 Intraventrikuläre Blutung mit Ventrikelerweiterung entsprechend °3 nach Papile  
 P52.3 Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. oder 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen  
 4. P52.4 Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen  
 Intrazerebrale Blutung mit oder ohne intraventrikulärer Blutung entsprechend °4 nach Papile

## 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 Codes P52.0 bis .4 orientieren sich in ihrer Beschreibung offensichtlich an die international übliche Einteilung nach Papile in die Grade 1 bis 4, so wie dieser sie 1978 veröffentlicht hat.

Der derzeitigen Formulierungen enthalten jedoch Inkonsistenzen und Widersprüche, die es dem Anwender unmöglich machen, sich eindeutig festzulegen. Dadurch kursieren in Deutschland unterschiedliche Auslegungen zur Anwendung dieser Codes. Diese Inkonsistenzen und Widersprüche erschweren zudem den Abgleich mit den Daten der Qualitätssicherung des IQTIG.

Dabei geht es um folgende Widersprüche:

1. P52.0 "Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades ..."
  - Grad 1 ist subependymal und nicht intraventrikulär
2. P52.1 "... Subependymblutung mit intraventrikulärer Ausdehnung"
  - Grad 2 muss nicht zwingend und immer von einer Subependymalblutung ausgehen
3. P52.2 „Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades ... Subependymblutung mit intraventrikulärer und intrazerebraler Ausdehnung gleichzeitig ...“
  - a. Grad 3 ist nur intraventrikulär und nicht intrazerebral, was 4. Grades ist
  - b. Grad 3 muss nicht zwingend und immer von einer Subependymalblutung ausgehen
4. P52.3 Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung ...“
  - es bleibt unklar, für welche Blutung dieser Code eingesetzt werden soll
5. P52.4 „Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung ...“
  - hier fehlt als einzigem Code der Bezug zu r Einteilung nach Papile, obwohl die Beschreibung eindeutig ist

Auch wenn diese Gradeinteilung eindeutig die nach Papile und diese international üblich ist, muss der Name Papile nicht zwingend erscheinen – würde aber eine zusätzliche Klarstellung und eine Vereinheitlichung mit der Datenerhebung des IQTIG bedeuten.

Die vorgeschlagenen Änderungen ändern nicht die Codes, sondern eliminieren die Widersprüche und Inkonsistenzen innerhalb dieser Codes. Damit führen sie zu einer eindeutigen Zuordnung der

zugrundeliegenden Gradeinteilung, wodurch eine bessere Kodierqualität erreicht wird. Die hier vorgeschlagene eindeutige Zuordnung jedes Grades zu je einem Kode ist in der ICD11 bereits genau so umgesetzt worden:

KA82 Intracranial nontraumatic haemorrhage of fetus or newborn

KA82.0 Intraventricular nontraumatic haemorrhage, grade 1, of fetus or newborn

KA82.1 Intraventricular nontraumatic haemorrhage, grade 2, of fetus or newborn

KA82.2 Intraventricular nontraumatic haemorrhage, grade 3, of fetus or newborn

KA82.3 Intraventricular nontraumatic haemorrhage, grade 4, of fetus or newborn

**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.**

1. Der Vorschlag betrifft v.a. sehr unreife Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht <1.500g, von denen in Deutschland etwa 6000 / Jahr behandelt werden, kann aber auch reifere Frühgeborene betreffen.
2. Durch die Korrektur der Beschreibung mit Beseitigung der derzeit vorhandenen Widersprüche und Inkonsistenzen wird die Kodierung sicherer und einheitlicher sowie auch für die Qualitätssicherung des IQTIG vergleichbar. Sie führt weder zu erhöhtem Aufwand noch zu erhöhten Kosten.
3. Insbesondere ist den Anwendern anhand der derzeitigen Beschreibung nicht klar, wie eine intrazerebrale Hirnblutung Grad 4 zu kodieren ist, da Teilbeschreibungen dieses Schweregrads der Hirnblutung sowohl im Titel der P52.2, P52.3 und P52.4 auftauchen.
4. entfällt da keine Änderung der Kosten

**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.)

Nur durch die Beseitigung der derzeitigen Widersprüche und Inkonsistenzen bei den Formulierungen der einzelnen Schweregrade von Hirnblutungen bei Frühgeborenen ist eine einheitliche Kodierung durch alle Anwender des ICD10 sowie eine Anpassung an die Erfassung dieser Hirnblutungen im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung durch das IQTIG zu erreichen. Vor allem entsteht dadurch eine Anpassung an die ICD11, die jeden Grad der Hirnblutung bei Frühgeborenen genau und eindeutig einem Kode zuweist.



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

nicht relevant

7. **Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)