



ICD-10-GM 2025

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2025

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z. B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

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:
icd2025-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2025-diabetesmellitus.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2024** an vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein. Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten unter www.bfarm.de - Datenschutzerklärung.



ICD-10-GM 2025

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation *	Hannoversche Kinderheilstalt; Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.hka-hannover.de; www.auf-der-bult.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Jakobi
Vorname *	Simon
Straße *	Janusz-Korczak-Allee 12
PLZ *	30173
Ort *	Hannover
E-Mail *	Jakobi@hka.de
Telefon *	0511/8115-1170

Einräumung der Nutzungsrechte



* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



ICD-10-GM 2025

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontakt Daten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation *	Hannoversche Kinderheilstalt; Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.hka-hannover.de; www.auf-der-bult.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr. med.
Name *	Hilmer
Vorname *	Marion
Straße *	Janusz-Korczak-Allee 12
PLZ *	30173
Ort *	Hannover
E-Mail *	Hilmer@hka.de
Telefon *	0511/8115-1162

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



ICD-10-GM 2025

Bitte beachten Sie: Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Pränangante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Kurzbeschreibung

Neues Inklusivum für P37.9

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:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

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)

Inhaltliche Beschreibung

Ergänzung eines neuen Inklusivums für P37.9:

Niedrige Auflösungsstufe (s.u.):

"Bakterielle Infektion mit klinischer Manifestation innerhalb der ersten 72 Lebensstunden nicht näher bezeichnet"

Mittlere Auflösungsstufe (s.u.):

"Bakterielle Infektion (durch typische Keime der mütterlichen Vaginalflora) mit klinischer Manifestation (symptomatischer Verlauf) innerhalb der ersten 72 Lebensstunden (early onset) nicht näher bezeichnet"

Höchste Auflösungsstufe (favorisiert; s.u.):

"Laborchemisch bestätigte bakterielle Infektion (durch typische Keime der mütterlichen Vaginalflora) mit klinischer Manifestation (symptomatischer Verlauf) innerhalb der ersten 72 Lebensstunden (early onset) und entsprechender Therapie mit einer Dauer von mindesten 72 h nicht näher bezeichnet"



ICD-10-GM 2025

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.

Problembeschreibung

Klinisches Korrelat dieses Vorschlages sind Neugeborene, die innerhalb der ersten 72 Lebensstunden an einer laborchemisch bestätigten bakteriellen Infektion durch Keime der mütterlichen Vaginalflora symptomatisch erkranken, ohne dass dabei die Kriterien einer Sepsis nachgewiesen sind, eine Organmanifestation, wie z.B. Pneumonie oder Harnwegsinfektion, vorliegt oder bei der Mutter vor oder unter der Geburt die Diagnose eines klassischen Amnioninfektionssyndroms gestellt wird.

Aus der Konstellation aus unpräzisem Sprachgebrauch im klinischen Alltag, dem vermeintlich geringen Unterschied im Wortlaut zwischen den korrespondierenden Termini der ICD-10 Klassifikation in der deutschen Modifikation

P37.9 Angeborene infektiöse oder parasitäre Krankheit, nicht näher bezeichnet

P39.2 Intraamniotische Infektion des Fetus, anderenorts nicht klassifiziert

P39.9 Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist, nicht näher bezeichnet

und der erheblichen Erlösdifferenz zwischen den resultierenden DRG P67A, P67B und P67E im aG-DRG-System ergibt sich bei der Abrechnung der Behandlung von Neugeborenen mit bakteriellen Infektionen ein beträchtliches Streitpotential zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Dabei halten sowohl Krankenhäuser wie Krankenkassen und Medizinischer Dienst seit Jahren an ihren Argumentationen bzw. Interpretationen fest.

Betroffen sind in den Jahren 2017 bis 2023 an einer großen eigenständigen Kinderklinik, die Neugeborene mehrerer großer Geburtskliniken (kumuliert über 5.000 Geburten/Jahr) behandelt, über 200 Fälle. Davon wurden in ca. 70 Fällen Prüfungen durch den medizinischen Dienst eingeleitet. Durch die Klinik wurde in über 30 strittigen Fällen Klage beim hiesigen Sozialgericht eingereicht. Bisher ist kein einziger Prozess verloren gegangen bzw. alle Verfahren zugunsten der Klinik abgeschlossen worden. Lediglich ein einziger Sachverständiger unter vielen sah eine "Tendenz zu P39.9". Alle anderen Sachverständigen haben die streitgegenständlichen Konstellationen eindeutig P37.9 oder P37.8 zugeordnet. Die ersten der Fälle, in denen es zu einer Verurteilung der Krankenkasse gekommen ist, erreichen jetzt mit dem Landessozialgericht jedoch die zweite Instanz. Auch im Rahmen der ersten Erörterungsverfahren konnten keine Einigungen erzielt werden. Weitere Klagen drohen jetzt durch die Kostenträger. Viele Kliniken sind betroffen. Eine weitere Eskalation ist zu vermeiden. Eine Frage klassifikatorischen Charakters sollte letztlich nicht von Juristen und Juristinnen, sondern von Medizinern und Medizinerinnen abschließend beantwortet werden.

Auch die Ablehnung der Anfrage der BARMER im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur ICD-10-GM 2022 (Nr.: 026), welche den Verdacht auf das Vorliegen bzw. den Nachweis eines seltenen bzw. untypischen Erregers als Bedingung für die Kodierung jeglicher Codes aus P37.- im Sinne eines Merkmals vorschlägt, und die Antwort der DGfM auf die Anfrage 0327 vom 20.06.2022 im Sinne dieses Antrages ("Fehlen in der Beschreibung der Erkrankung sowohl der spezifische Erregernachweis als auch eine der unter P39.- benannten Manifestationen, ist bei angeborenen Erkrankungen die P37.9 und bei nicht angeborenen Erkrankungen die P39.9 zu verwenden.") konnten das Problem keinesfalls nachhaltig lösen.

Im Rahmen einer strukturierten mehrdimensionalen Analyse der Problematik kristallisieren sich folgende Perspektiven bzw. kritischen Aspekte heraus, welche sich gegenseitig ergänzen bzw. überlappen und eigentlich bereits eine eindeutige Zuordnung ermöglichen:

Kausalität:



ICD-10-GM 2025

Problembeschreibung

Entscheidend aus medizinischer Perspektive im Hinblick auf die entsprechenden klinischen Algorithmen ist die Abgrenzung zwischen angeborenen (vor oder unter der Geburt erworben bzw. in utero und sub partu) sowie nach der Geburt erworbenen bzw. nosokomialen Infektionen.

Therapeutische Konsequenz

Unter der Geburt erworbene Infektionen mit Fortschreiten zur Erkrankung innerhalb der ersten 72 Lebensstunden weisen dabei mit hoher Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes bzw. "typisches" Keimpektrum auf ("Erreger, die innerhalb der ersten drei Lebenstage zur Infektion führen ("early onset", "EOS"), entstammen meist der mütterlichen Vaginalflora.") und bedingen entsprechend eine gezieltes antibiotisches Regime (z.B. Ampicillin und Gentamycin (vgl. AWMF-Leitlinie Nr. 024-008 Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen, S. 4, 12).

Mikrobiologische und epidemiologische Aspekte

Nach der Geburt erworbene Infektionen ("late onset", "LOS") manifestieren sich dagegen aufgrund der Proliferationszeiten bakterieller Erreger bei reifen Neugeborenen ohne besondere Risikofaktoren (Frühgeburtlichkeit, Gefäßkatheter, Beatmungstuben, Wundflächen, Neutropenie, critical illness, vorausgegangene antibiotische Therapie bei der Mutter,...) äußerst selten vor einem Lebensalter von 72 h und weisen ein breiteres Keimpektrum auf, welches nicht nur die proliferierende patienteneigene Flora und die Flora von Angehörigen, sondern auch die Hospitalkeime der Kliniken mit einschließt (vgl. AWMF-Leitlinie Nr. 024-008 Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen, S. 4). Das Keimpektrum nach Geburt erworbener Infektionen ist damit deutlich größer und bedingt meist eine Breitbandantibiose (z.B. Vancomycin und Meropenem). Der Begriff einer angeborenen Infektion besitzt daher auch aus mikrobiologischer Perspektive klar eine höhere Spezifität als nach der Geburt erworbene Infektionen.

Chronologische Aspekte

Beide Intervalle möglicher klinischer Manifestationszeitpunkte (innerhalb der ersten 72 Lebensstunden und nach 72 Lebensstunden) werden bei Neugeborenen von der sogenannten Perinatalperiode (Vollendung der 22. Schwangerschaftswoche bis Vollendung des 7. Tages nach der Geburt) eingeschlossen. Damit besitzt der Begriff „Infektion, die für die Perinatalperiode spezifisch ist“ eine geringere Spezifität als der Begriff einer angeborenen infektiösen Erkrankung (vor oder unter der Geburt erworben; EOS), denn die Perinatalperiode schließt sowohl vor, unter und nach der Geburt erworbene Erkrankungen (EOS und LOS) mit ein.

Vorrang der Spezifität

Grundsätzlich ist zu beachten (Redaktionelle Hinweise zu Schlüsselnummern (Kodes); DKR 2024):

„Zur medizinischen Dokumentation ist immer der Kode, für die spezifische Erkrankung bzw., Prozedur in der höchsten Differenziertheit (bis zur letzten Stelle des Kodes) zu verschlüsseln.“

Klinische Manifestation

Im Kontext von bakteriellen Infektionen stehen die Termini "Exposition", "Kolonisation", "Proliferation", "Invasion", "Inflammation", "Infektion", "infektiöse Erkrankung" (symptomatischer Verlauf) und "Sepsis" sowie "Schaden" in einer Kausalkette, die in machen Fällen sehr schnell durchlaufen wird (z.B. fulminante Sepsis), in anderen Fällen kommt das Fortschreiten der Infektion zur Erkrankung dagegen bereits früh spontan zum Stillstand, ohne das trotz nachgewiesener Infektion tatsächlich klinische Symptome aufgetreten sind (asymptomatischer Verlauf).

Die Infektion ist mit anderen Worten immer Bedingung für eine infektiöse Erkrankung, das Fortschreiten einer Infektion zur Erkrankung oder gar Sepsis ist nicht zwangsläufig und unterliegt in Abhängigkeit von vielen individuellen Faktoren gewissen Wahrscheinlichkeiten (z.B. Pathogenität, Frühgeburtlichkeit, Immundefizienz). Auch wenn es keine genormte Infektion oder gar standardisierte Geburt gibt, besitzt der Begriff infektiöse Erkrankung, daher eindeutig eine höhere Spezifität als der Begriff der Infektion. Gemeinsamer Nenner ist die bedingende Infektion mit niedrigerer Spezifität.

Systematik



ICD-10-GM 2025

Problembeschreibung

Eindeutige Rückschlüsse aus der vermeintlichen Systematik des Kapitels P37.- haben zum einen aus juristischer Perspektive Nachrang gegenüber dem Wortlaut einzelner Codes, zum anderen sind diese aus medizinischer Perspektive aus folgenden Gründen nicht möglich:

Die unter P37.0 bis P37.5 gelisteten Erkrankungen durch Bakterien, Pilze und Parasiten sind äußerst heterogen. Diese Erkrankungen sind in Deutschland aufgrund des hohem medizinischen Standards im internationalen Vergleich offensichtlich selten. Einige, aber nicht alle (z.B. Listeriose), bedingen sehr spezifische Behandlungsregimes, welche durch die gängigen Antibiotikaregimes im streitgegenständlichen Kontext nicht erfasst werden. In vielen anderen Ländern sind diese Erkrankungen jedoch häufig. Die ICD-10 stellt in ihrer deutschen Modifikation immer einen Kompromiss zwischen nationalen und internationalen systematischen Anforderungen dar.

Ein eindeutiger systematischer Rückschluss anhand der vermeintlichen Seltenheit der gelisteten Erreger auf den möglichen Gehalt der Resteklassen P37.8 und P37.9 des Subkapitels P37.- im Sinne eines indirekten Kriteriums ist daher nicht möglich. Zudem können sich auch diese Krankheiten klinisch erst nach Geburt manifestieren. Damit ist auch eine Manifestation vor, unter oder unmittelbar nach Geburt keinesfalls obligate Voraussetzung. Diese Rückschlüsse sind im Übrigen obsolet, denn hinsichtlich systematischer Überlegungen zu Codes gilt ergänzend die DKR 009a und so kann die Resteklasse .9 auch Krankheiten anhand ihres Oberbegriffes einschließen:

"Die Resteklasse "Nicht näher bezeichnete... " ist dann zu verwenden, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff, wie z.B. Katarakt, beschrieben ist und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 an entsprechender Stelle nicht möglich ist [...]"

Auch die unter P39.0 bis P39.4 gelisteten Infektionen sind heterogen. Hier werden mit Ausnahme von P39.2 lokalisierte Infektionen von Organsystemen des Neugeborenen beschrieben (sog., "Organmanifestationen"; s.o.). Mortalität, Morbidität und Therapieregimes variieren hier äußerst stark. Ein eindeutiger indirekter Rückschluss im Sinne Fragestellung ist daher ebenfalls nicht möglich.

Die Restekategorie P39.9 ist dabei die letzte Restekategorie des gesamten Kapitels P35-P39. Sobald die Merkmale eines vorangestellten Codes nachgewiesen sind, besitzt dieser Vorrang vor P39.9 (DKR 009a):

"Die Resteklassen dürfen nicht verwendet werden, um Diagnosen „aufzufangen“, die scheinbar nicht anderenorts klassifiziert sind."

Damit ist dem vorangestellten Code P37.9, welcher sich hier durch die Merkmale "angeboren" und "infektiöse Erkrankung", wie dargestellt, mit höherer Spezifität abgrenzt, bei Nachweis dieser Merkmale eindeutig Vorrang gegenüber P39.9 zu gewähren – aber keinesfalls anders herum. Die fiktiven oder postulierten Merkmale "häufige Erreger", "seltene Erreger", "typische Erreger" oder "untypische Erreger" existieren in der ICD-10-Klassifikation schlichtweg nicht.

Verdachtsdiagnosen bzw. Beweislast

Einzelne Kostenträger konstruieren im Rahmen der Gerichtsprozesse selbst bei früher klinischer Manifestation innerhalb der ersten 24 Lebensstunden im ersten Schritt das fiktive Szenario einer nosokomialen Infektion und fordern dann im zweiten Schritt den Beweis einer unter der Geburt erworbenen Infektion. Auch wenn das Zutreffen dieser Hypothese aus medizinischer Perspektive nicht nur höchst unwahrscheinlich und ohne Hinweise auf entsprechende Risikofaktoren sogar absurd ist, ist die Klinik nun mit der Beweislast konfrontiert.

Der ultimative Beweis einer unter der Geburt erworbenen Infektion setzt aus theoretisch-akademischer Perspektive umfassende aufwenige und teure mikrobiologische und laborchemische Diagnostik bei jeder Mutter und jedem Neugeborenen voraus. Dieser Beweis ist aus klinischer Perspektive im Einzelfall nicht notwendig. Zum einen sind serielle Entnahmen größerer Mengen Blut bei Neugeborenen zu vermeiden, zum anderen liegen die Ergebniss mikrobiologischer Untersuchungen meist erst nach wenigen Tagen vor. Sie besitzen daher keine unmittelbare klinische Relevanz.

Vielfach weist zudem die Kinetik der bestimmten Infektionsparameter (z.B. IL-6 und CRP) hinreichend präzise auf den Zeitraum der Geburt als wahrscheinlichsten Infektionszeitpunkt hin. Der Nachweis des Wachstums eines typischen Keims in der Blutkultur oder Abstrichen ist weder obligate Voraussetzung für die klinische Diagnose einer Infektion oder Sepsis. Auch anhand von klinischer Manifestation (Erkrankung)



ICD-10-GM 2025

Problembeschreibung

und laborchemischen Untersuchungen allein können die Kriterien gemäß der Leitlinien nachgewiesen sein und die Diagnose ist als hinreichend gesichert zu betrachten. Das gilt insbesondere bei Einleitung der entsprechenden Therapie.

Das Szenario einer Verdachtsdiagnose im Sinne der hier entscheidenden Kodierrichtlinie DKR 008b ("Verdachtsdiagnosen im Sinne dieser Kodierrichtlinie sind Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind.") ist damit eigentlich verfehlt. Orientierung im Hinblick auf die Fragestellung lässt sich trotzdem gewinnen: Obligate Voraussetzung für die Kodierung einer Verdachtsdiagnose bei Entlassung nach Hause ist die spezifische therapeutische Konsequenz. Der Kreis schließt sich.

Strategisch-taktische Aspekte

Reduzieren sich die Abrechnungsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen und einer Kinderklinik auf diese Problematik, so bilden diese strittigen Fälle im Hinblick auf Ergebnisquote der Klinik nun das Zünglein an der Waage. Es entsteht für die Kliniken der Fehlanreiz zum taktischen "downcoding" um höhere Prüfungskontingente und insbesondere Sanktionszahlungen zu vermeiden. Dieser Anreiz wächst paradoxerweise bei sinkendem Anteil anderer Streitfälle infolge von konsequentem "rightcoding".

Wie dargestellt, resultiert das Streitpotential aus den vermeintlichen Abgrenzungsschwächen der deutschen ICD-Klassifikation. Eine Lösung sollte daher auf klassifikatorischer Ebene gemäß der DKR 013c durch ein neues Inklusivum für P37.9 erzielt werden. Sowohl eine Neufassung des Kapitels P37.-, wie eine neue spezielle Kodierrichtlinie sind dagegen nicht notwendig. Bei der Formulierung eines neuen Inklusivums sind, wie diskutiert, möglichst folgende hochrelevante Aspekte zu berücksichtigen:

Chronologie (early onset vs. late onset)

Kausalität (mütterliche Vaginalflora vs. nosokomial)

Schweregrad (asymptomatisch, symptomatisch vs. septisch)

Häufigkeit (selten vs. häufig bzw. typisch vs. untypisch)

Nachweis (Wahrscheinlichkeit einer Verdachtsdiagnose)

Therapeutische Konsequenz

Daher schlagen wir als neues Inklusivum für P37.9 vor:

"Bakterielle Infektion mit klinischer Manifestation innerhalb der ersten 72 Lebensstunden nicht näher bezeichnet"

Die klassifikatorische Auflösung könnte durch die Ergänzung folgender Parenthesen (DKR 013c) weiter gesteigert werden:

"Bakterielle Infektion (durch Keime der mütterlichen Vaginalflora) mit klinischer Manifestation (symptomatischer Verlauf) innerhalb der ersten 72 Lebensstunden (early onset) nicht näher bezeichnet"

Die letzten beiden Kriterien (Wahrscheinlichkeit und therapeutische Konsequenz) sind sicherlich am schwierigsten zu formulieren, da eigentlich quantitative Aspekte (Dauer) und qualitative Aspekte (Wirksamkeit) berücksichtigt werden müssen und genau an diesem Punkt die Abgrenzung zum Szenario klinisch oder laborchemisch nicht bestätigter Infektionen sowie gesicherter leichter asymptomatisch verlaufender Infektionen beginnt (Spektrum "zum Ausschluss" bis "Beobachtung").

Diese Fragen werden eigentlich durch klinische Leitlinien beantwortet. Diesen Algorithmen folgend wird eine laborchemisch bestätigte bakterielle Infektion mit klinischer Manifestation ohne Eintreten eines septischen Verlaufes in der Regel behandelt, bis die laborchemischen Entzündungsparameter normalisiert sind. Es resultiert in der klinischen Praxis in den allermeisten Fällen eine Behandlungsdauer von mindestens 72 h. Erweitert man die Formulierung um diese abgrenzenden Aspekte, so ergibt sich der exakte Vorschlag mit der höchsten Auflösungsstufe:

"Laborchemisch bestätigte bakterielle Infektion (durch Keime der mütterlichen Vaginalflora) mit klinischer Manifestation (symptomatischer Verlauf) innerhalb der ersten 72 Lebensstunden (early onset) und entsprechender Therapie mit einer Dauer von mindestens 72 h nicht näher bezeichnet"



ICD-10-GM 2025

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.

Relevanz Entgeltsysteme

keine

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.)

Relevanz Qualitätssicherung

keine

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

Relevanz andere Anwendungsbereiche

keine

7. Sonstiges

(z. B. Kommentare, Anregungen)

Sonstiges

Die Angabe der Behandlungsdauer und des Lebensalters in Stunden ist zu favorisieren. Erneute Abrechnungstreitigkeiten, welche sich erfahrungsgemäß in diesem Kontext aus dem unzureichend definierten Rechtsbegriff eines Tages (begonnener Tag, vollständiger Tag, Kalendertag, Belegungstag, Behandlungstag,...) ergeben, sind an dieser Stelle konsequent zu vermeiden. Die Auflösungsstufe in Tagen ist weder unter klinischen noch unter diesen Aspekten sinnvoll bzw. zeitgemäß.

Da dieses Inklusivum im Resultat eine Krankheitsentität relativ präzise beschreibt, wäre nun grundsätzlich auch eine Zuordnung zu P37.8 denkbar.

ICD-10-GM 2025



Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte