

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: icd-diabetesmellitus-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zur **ICD-10-GM** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

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.

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

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGN
Internetadresse der Organisation *	www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Ferbert
Vorname *	Andreas
Straße *	Mönchebergstr. 41-43
PLZ *	34112
Ort *	Kassel
E-Mail *	ferbert@klinikum-kassel.de
Telefon *	0561-9803091

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG-Research-Group
Internetadresse der Organisation *	http://drg-research.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Fiori
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Domagkstr. 20
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	wolfgang.fiori@smc.uni-muenster.de
Telefon *	0251-83-52021

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

DGN

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Anpassung und Klarstellung der Kodierung der Multisystematrophie

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Differenzierte Abbildung der Erscheinungsformen der Multisystematrophie (MSA) über eigenen ICD-Kodes:

G90 Krankheiten des autonomen Nervensystems und Multisystematrophie

G90.3- Multisystem-Atrophie [MSA]

Hinw: die ICD-Kodes G23.2 und G23.8 sind zur Kodierung von Erscheinungsformen der MSA nicht zu verwenden

G90.30 Multisystem-Atrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]

G90.31 Multisystem-Atrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]

G90.38 Sonstige Multisystem-Atrophie

Shy-Drager-Syndrom [Neurogene orthostatische Hypotonie mit Multisystem-Atrophie]

Exkl.: Orthostatische Hypotonie o.n.A. (I95.1)

G90.39 Multisystem-Atrophie, nicht näher bezeichnet

G23.2 Striatonigrale Degeneration

Hinw: zur Kodierung der MSA-P ist ausschließlich der ICD-Kode G90.30 zu verwenden

G23.8 Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien

Kalzifikation der Basalganglien

Hinw: zur Kodierung der MSA-C ist ausschließlich der ICD-Kode G90.31 zu verwenden

Auch wenn die Zuordnung der MSA medizinisch am ehesten zur ICD-Gruppe „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ (G30-G32) und hier zur Kategorie G31 (Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert) erfolgen sollte, kann die DGN nachvollziehen, dass aus Gründen der limitierten nationalen Anpassungsmöglichkeiten eine Abbildung über die Kategorie G90.3- erfolgt.

Das InEK hat für 2008 eine Änderung bei der Gruppierung der Erscheinungsformen der MSA vorgenommen. Die drei 2008 zur Verfügung stehenden Codes G23.2, G23.8 und G90.3 führen stets in unterschiedliche G-DRGs. Es ist davon auszugehen, dass das InEK unterschiedlichen Behandlungsaufwand für die einzelnen Erscheinungsformen festgestellt hat. Die DGN kann nur dann einer Anpassung der Klassifikation zustimmen, wenn dies bei der Erstellung der Überleitungstabellen im DIMDI berücksichtigt wird. Daher muss die Überleitung des ICD-Kodes G90.30 (MSA-P) auf den 2008er-ICD-Kode G23.2 und die Überleitung des ICD-Kodes G90.31 (MSA-C) auf den 2008er-ICD-Kode G23.8 erfolgen, damit die neuen Codes in die entsprechenden Tabellen der DRG-Definitionen aufgenommen werden.

Eine Anpassung des alphabetischen Verzeichnisses muss analog erfolgen. Für die olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA) sollte kein Verweis mehr auf den unspezifischen ICD-Kode G23.8 (Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien) gelistet werden.

7. 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 das Entgeltsystem zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter 7b genannten Fragen.

Die Multisystematrophie (MSA) ist eine sporadisch auftretende neurodegenerative Erkrankung des mittleren Erwachsenenalters, die klinisch durch die Kombination von autonomen Störungen mit Parkinsonsymptomatik oder zerebellärer Ataxie gekennzeichnet ist. Die älteren Begriffe Shy-Drager-Syndrom, sporadische olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA) und striatonigrale Degeneration (SND) bezeichnen unterschiedliche Ausprägungen des klinisch-neuropathologischen Spektrums der MSA, deren spezifisches Merkmal der Nachweis von α -Synuklein-positiven Ablagerungen in Oligodendrozyten ist. Die Ätiologie der MSA ist unbekannt, und die verschiedenen Symptome mit hypotonen Blutdruckregulationsstörungen, Schlafstörungen, Störungen der Blasenentleerung und Bewegungsstörungen stellen Neurologen, Internisten, Urologen und HNO-Ärzte vor eine interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Herausforderung. (Wüllner, Ullrich; Klockgether, Thomas: Dtsch Arztebl 2003; 100: A 408–415 [Heft 7]). Die sporadische olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA), die striatonigrale Degeneration und die primär autonome Verlaufsform sowie das extrem seltene Shy-Drager-Syndrom wurden früher als eigenständige Krankheitsbilder angesehen und sind deshalb in der ICD-10 mit getrennten Codes abgebildet. Heute wird je nach klinisch vorherrschendem Bild allenfalls die Einteilung als MSA-P (für Parkinsonismus) oder MSA-C (für Cerebellär) vorgenommen.

Derzeit erfolgt die Abbildung der unterschiedlichen Ausprägungen der MSA in der ICD-10 über die nicht mehr verwendeten Bezeichnungen der früher als eigenständig betrachteten Syndrome:

- Striatonigrale Degeneration (ICD G23.2 Striatonigrale Degeneration)
- Olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (ICD G23.8 Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien, nach ICD-Thesaurus)
- Primär autonome Verlaufsformen (ICD G90.3 Multisystem-Atrophie)

Das Exklusivum „Multisystem-Atrophie (G90.3)“ bei der ICD-Kategorie G23.- (Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien) lässt eine korrekte Kodierung streng genommen nicht mehr zu, da es sich bei der Striatonigrale Degeneration (MSA-P) und der Olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (MSA-C) um Erscheinungsformen der Multisystematrophie handelt.

Derzeit liegt die Quote an „Fehlkodierungen“ sehr hoch, da beim Suchbegriff „Multisystematrophie“ in der Regel auf den ICD-Kode G90.3 (Multisystem-Atrophie) verwiesen wird. Kodierende, die eine MSA-P oder MSA-C kodieren wollen, werden sich mit diesem Suchresultat meist zufrieden geben, da die alten klinischen Begriffe nicht mehr gebräuchlich sind. Die häufigste Erscheinungsform der MSA, die MSA-P (striatonigrale Degeneration) wird damit wohl nicht selten fälschlicherweise mit dem Code G90.3 statt dem Code G23.2 verschlüsselt werden.

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 (neue 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.

Wir möchten speziell in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit verweisen, einer Veröffentlichung Ihres Antrags auf den Internetseiten des DIMDI zu widersprechen (siehe Seite 1).

Im G-DRG-System 2008 werden alle Erscheinungsformen der MSA (G23.2, G23.8 und G90.3) in unterschiedliche G-DRGs gruppiert:

ICD G23.2: G-DRG B85A
ICD G23.8: G-DRG B67A/B
ICD G90.3: G-DRG B85B/D

Im Hinblick auf die nicht klare Klassifikation und zu erwartende hohe Rate an Fehlkodierungen ist dies äußerst ungünstig.

Die altersangepasste Prävalenz der MSA wird auf 4,4 (2 bis 15) auf 100 000 Einwohner, die Inzidenz auf ~0,6 pro 100 000 Einwohner und Jahr geschätzt. Bei Untersuchungen in verschiedenen Hirnbanken zeigte sich eine MSA bei etwa 5 bis 22 Prozent aller autopsierten Parkinsonpatienten. Zu Beginn der Erkrankung weist die Mehrzahl der Patienten eine Parkinsonsymptomatik (46 %) oder autonome Störungen (41 %) auf, zerebelläre Störungen finden sich initial bei etwa 5 bis 10 % (Wüllner, Ullrich; Klockgether, Thomas: Dtsch Arztebl 2003; 100: A 408–415 [Heft 7]).

In den deutschen Kalkulationsdaten (G-DRG-Browser, InEK) finden sich die Diagnosen:

G23.2 in 29,6 % der Fälle der G-DRG B85A (68 Fälle)
G23.8 in 1,7 % der Fälle der G-DRG B67B (58 Fälle)
G23.8 in 0,1 % der Fälle der G-DRG B67A (1 Fall)
G90.3 in 3,4 % der Fälle der G-DRG B85B (50 Fälle)
G90.3 in 2,6 % der Fälle der G-DRG B85D (85 Fälle)

Auch wenn die medizinischen Prävalenzen und Verteilungen sich nicht 1:1 auf vollstationäre Krankenhausfälle übertragen lassen, spiegeln die Fallzahlen der G-DRG-Fallkostenkalkulation die Bevorzugung des ICD G90.3 wider. Fälle mit einer MSA-P und MSA-C werden damit vermutlich nicht in dem Umfang den G-DRGs zugeordnet, die zu ihrer Abbildung vorgesehen sind.

- c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

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

Alle Bereiche profitieren von einer klaren und eindeutigen Kodierung

8. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

Eine Abstimmung mit dem InEK ist aufgrund der unterschiedlichen Gruppierungsrelevanz der bisherigen Kodierungen erforderlich!