

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2013

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. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. 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. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm 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.

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 dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

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. |
| Name * | Kiefer |
| Vorname * | Reinhard |
| Straße * | Elise-Averdieck-Str. 17 |
| PLZ * | 27283 |
| Ort * | Rotenburg |
| E-Mail * | kiefer@diako-online.de |
| Telefon * | 04261-77-3200 |

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Organisation * | Deutsche Parkinson-Gesellschaft |
| Offizielles Kürzel der Organisation * | DPG |
| Internetadresse der Organisation * | www.parkinson-gesellschaft.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | PD Dr. |
| Name * | Ebersbach |
| Vorname * | Georg |
| Straße * | Paracelsusring 6a |
| PLZ * | 14547 |
| Ort * | Beelitz-Heilstätten |
| E-Mail * | Ebersbach@parkinson-beelitz.de |
| Telefon * | 033204 22781 |

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

DGN
DPG

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) *

Klarstellung der Kodierung einiger atypischer Parkinsonsyndrome

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

G23.-: Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien
NEU: Streichung des Exklusivums Multisystem-Atrophie (G90.3)

G23.1: Progressive supranukleäre
NEU: Einführung eines Inklusivums: Corticobasale Degeneration

G23.2: Striatonigrale Degeneration
NEU: Einführung eines Inklusivums: Multisystematrophie vom Parkinson-Typ (MSA-P)

G23.8: Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
NEU: Einführung eines Inklusivums: Multisystematrophie vom cerebellären Typ (MSA-C)

G 90.3: Multisystem-Atrophie
NEU: Umformulierung der Unterzeile: Shy-Drager-Syndrom, primäre orthostatische Hypotonie
NEU: Einführung eines Exklusivums: Multisystematrophie vom Parkinson-Typ (MSA-P)
NEU: Einführung eines Exklusivums: Multisystematrophie vom cerebellären Typ (MSA-C)

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.

Seit der Entwicklung des ICD10 hat sich die Nosologie wie auch die Klassifikation der atypischen Parkinson-Syndrome dramatisch weiterentwickelt. Mit dieser Entwicklung hat der ICD 10 nicht Schritt halten können.

Die Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie (G23.1) wird korrekt abgebildet.

Die Multisystematrophie wird nach neuerer Klassifikation in zwei Typen eingeteilt, und zwar in die striatonigrale Degeneration (G23.2), die auch als Multisystematrophie vom Parkinson-Typ (MSA-P) bezeichnet wird, und die cerebelläre Multisystematrophie (MSA-C), früher als olivopontocerebelläre Atrophie (OPCA) bezeichnet. Der veraltete Begriff OPCA wird im ICD 10 nicht erwähnt, wäre aber in die G23.8 einzuordnen. Diese Klassifikation der MSA ist neuropathologisch belegt.

Das Shy-Drager-Syndrom (primäre orthostatische Hypotonie) ist in G90.3 korrekt bezeichnet und wird heute oft als MSA-SDS bezeichnet, da keine extrapyramidalen Begleitsymptome vorliegen.

Die Multisystematrophie (MSA) als Überbegriff ist im Kapitel G90 (Krankheiten des autonomen Nervensystems) falsch abgebildet: Die MSA ist eine sporadisch auftretende neurodegenerative Erkrankung des mittleren und höheren Erwachsenenalters, die klinisch durch die Kombination einer überwiegend akinetisch-rigiden Parkinsonsymptomatik mit autonomen Störungen (MSA-P) oder einer überwiegenden zerebellären Ataxie mit autonomen Störungen (MSA-C) in variabler Ausprägung gekennzeichnet ist. Die älteren Begriffe Shy-Drager-Syndrom, olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA) und striatonigrale Degeneration (SND) bezeichnen unterschiedliche Ausprägungen des klinisch-neuropathologischen Spektrums der MSA, deren spezifisches Merkmal der Nachweis von alpha-Synuklein-positiven Ablagerungen in Oligodendrozyten ist. Die sporadische olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA), die striatonigrale Degeneration und 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 die Einteilung als MSA-P oder MSA-C und ggfs. als MSA-SDS vorgenommen (s.o.). Bei weitem am häufigsten ist die MSA-P mit einer vorherrschenden Parkinson-Symptomatik. Eine Parkinson-Komponente ist bei der MSA nahezu immer enthalten. Die MSA wird daher heute zu den atypischen Parkinson-Syndromen gezählt. Die Einordnung der MSA in das Kapitel G90 ist inhaltlich offensichtlich falsch und nur historisch zu verstehen. Das Exklusivum „Multisystem-Atrophie (G90.3)“ bei der ICD-Kategorie G23.- (Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien) führt zu einem inhaltlich nicht auflösbaren Widerspruch und verbietet eine korrekte Kodierung.

Die Entität der corticobasalen Degeneration (CBD) wird im ICD10 nicht erwähnt und ist der ICD G23.8 zuzuordnen. Die CDB gehört ebenso wie die progressive supranukleäre Ophthalmoplegie zu den Tauopathien.

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).

Die Hauptdiagnose G23.2 führt in die DRG B85A und macht in dieser DRG 23,15% von 406 Fällen aus (Browser für das DRG-System 2012)

Die Hauptdiagnose G23.8 führt in die DRG B67 und macht in der DRG B67A 0,3% von 1.345 Fällen und in der DRG B67B 2,02% von 3.770 Fällen aus.

Die Hauptdiagnose G90.3 führt in die DRG B85B und macht in dieser DRG 9,2% von 1.674 Fällen aus.

Da die G23.2 und die G90.3 formal "spezifisch" sind, zeigen alleine diese Zahlen, dass eine einheitliche Kodierung offensichtlich nicht gegeben ist. 150 Fälle eines Shy-Drager-Syndroms im Kalkulationskollektiv sind angesichts der extremen Seltenheit der Erkrankung absolut unwahrscheinlich. Man darf annehmen, dass es sich überwiegend um Fälle einer striatonigralen Degeneration / MSA-P handelt. Die knapp 100 Fälle der G23.2 sind unter der Diagnose striatonigrale Degeneration korrekt kodiert. Unter der modernen synonymen Bezeichnung MSA-P dürfte es sie wegen des Exklusivums in der G23.2 gar nicht geben, wohl aber natürlich unter der alten und immer noch gültigen Bezeichnung SND, die während der Entwicklungszeit des ICD10 einzig und allgemein gültig war. Diese Fälle wären unter der G90.3 inhaltlich aber offensichtlich falsch kodiert, zumal die sehr seltenen Fälle eines Shy-Drager-Syndroms eben gerade keine extrapyramidalen Symptome aufweisen. Fälle mit einer MSA-P und MSA-C werden damit vermutlich nicht in dem Umfang den DRGs zugeordnet, die zu ihrer Abbildung eigentlich vorgesehen sind.

- c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.)

entfällt

- 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)

Die Widersprüche in der bisherigen Klassifikation sind im Sinne einer korrekten Kodierung nicht aufzulösen und sollen über Inkl. und Exkl. (s. Pkt. 6) zu einer eindeutigen Abbildung und somit sachgerechten Kalkulation und Vergütung führen.