

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2014

### 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](mailto: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. ß und 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](http://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](http://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](mailto: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 Rheumatologie e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGRh
Internetadresse der Organisation *	www.dgrh.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med
Name *	Sieper
Vorname *	Joachim
Straße *	Hindenburgdamm 30
PLZ *	12200
Ort *	Berlin
E-Mail *	joachim.sieper@charite.de
Telefon *	030-8445-4547

#### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

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

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) \*

Umbenennung von M45.0 in axiale SpA mit Split in AS und nicht-röntgenolog. axiale SpA

## 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)

aktuell: M45.- Spondylitis ankylosans

Vorschlag:

Neubenennung von M45.- in Axiale Spondyloarthritis (axSpA)

Mit der Einführung von drei Untergruppen

M45.0 Ankylosierende Spondylitis (AS) oder Spondylitis ankylosans  
mit den aktuellen Untergruppen der M45.0

M45.0- Spondylitis ankylosans [5. Stelle: 0-9]

M45.00 Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M45.01 Spondylitis ankylosans: Sakralbereich

M45.02 Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich

M45.03 Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich

M45.04 Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich

M45.05 Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich

M45.06 Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich

M45.07 Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich

M45.08 Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich

M45.09 Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M45.1 nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis

mit den Untergruppen:

M45.10 nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

M45.11 nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M45.2 axiale Spondyloarthritis mit peripheren Manifestationen

mit

M45.21 peripherer Arthritis

M45.22 Enthesitis

M45.23 Daktylitis

## 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.

Bedingt durch das neue Konzept der axialen Spondyloarthritis mit dem vorherigen Prototypen Spondylitis ankylosans (zur Zeit als M45.- verschlüsselt), sollten die ICD 10 Codes die Möglichkeit bieten, dieses neue medizinische Konzept auch in der Verschlüsselung korrekt abzubilden.

Die internationale Fachgesellschaft ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) unterscheidet mittlerweile 2 verschiedene Formen der Erkrankung axiale Spondyloarthritis, die zur Zeit jedoch nur gemeinsam oder ungenau kodiert werden können. So differenziert die ASAS unter dem Oberbegriff der axialen Spondyloarthritis zwei verschiedene Erkrankungen, die ankylosierende Spondylitis sowie die nicht-röntgenologische axiale Spodyloarthritis. An einer nationalen S3-Leitlinie wird zur Zeit durch die DGRh gearbeitet.

Bei der Klassifikation einer axialen Spondyloarthritis kommen folgende Klassifikationskriterien zur Anwendung:

Patienten mit chronischen Rückenschmerzen  $\geq$  3 Monate  
 Symptombeginn vor dem 45. Lebensjahr

Sakroiliitis in der Bildgebung\* plus  $\geq$  1 SpA Parameter<sup>2</sup>  
 oder  
 HLA-B27 positiv plus  $\geq$  2 andere SpA Parameter<sup>2</sup>

\*Sakroiliitis in der Bildgebung:

- Aktive (akute) Entzündung in der MRT, gut vereinbar mit einer SpA-assoziierten Sakroiliitis
- Definitive röntgenologische Sakroiliitis (Strukturveränderungen) gemäß der modifizierten New-York Kriterien (nähere Erläuterung folgt im Text)

<sup>2</sup> SpA-Parameter:

- entzündlicher Rückenschmerz
- periphere Arthritis
- Enthesitis (Ferse)
- Uveitis
- Daktylitis
- Psoriasis
- Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa
- gutes Ansprechen auf NSAR
- positive Familienanamnese für SpA
- HLA-B27
- erhöhtes CRP

Für eine Diagnosestellung muss neben der Erfüllung der Klassifikationskriterien auch eine positive

Expertenmeinung vorliegen.

Um eine AS diagnostizieren zu können, müssen die modifizierten New-York Kriterien erfüllt sein.

Dafür muss im Röntgenbild eine Sakroiliitis von mindestens Grad 2 beidseits oder Grad 3-4 einseits vorliegen sowie einer der nachfolgenden klinischen Parameter erfüllt sein:

1. tiefsitzender Rückenschmerz und Steifigkeit für mehr als 3 Monate mit Besserung durch Bewegung, aber nicht durch Ruhe.
2. Bewegungseinschränkung der LWS in sagittaler und frontaler Ebene.
3. Einschränkung der Thoraxexkursion (alters- und geschlechtsabhängig).

Diese modifizierten New-York Kriterien können jedoch keine nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis darstellen, obwohl die Patienten eine vergleichbare Krankheitslast haben.

Somit besteht der Hauptunterschied zwischen den beiden Stadien darin, ob bereits strukturelle Veränderungen auftreten. Dieser Unterschied spiegelt sich vor allem in der Bildgebung und der Mobilität wieder.

Bei einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis kann eine MRT, das eine Entzündung an der Wirbelsäule zeigt, die Voraussetzung zur Erfüllung des bildgebenden Arms sein. Bei der AS hingegen muss ein positiver Befund von strukturellen Veränderungen an der Wirbelsäule im Röntgenbild vorhanden sein.

Um in Zukunft eine genaue Diagnose dokumentieren zu können sowie ein differenziertes Bild über die verschiedenen Formen der Erkrankung zu bekommen, sollte es der Ärzten möglich sein, eine genaue Kodierung der unterschiedlichen Erkrankungen in diesem Bereich vorzunehmen, da nach aktuellem Kenntnisstand Patienten auch in den unterschiedlichen Stadien verbleiben können, jedoch eine vergleichbare Krankheitslast haben.

**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).

Aufgrund der nicht vorhandenen Möglichkeit der Kodierung sind exakte Fallzahlen nicht zu ermitteln. Aktuell werden die meisten der Patienten mit nicht-röntgenologischer axialer SpA unter M45.0 oder Unterkategorien von M46 klassifiziert. Diese unterschiedliche Handhabung sowie die stark unterschiedlichen epidemiologischen Daten lassen deshalb keine Ermittlung konkreter Zahlen zu. Allerdings wird es durch eine Unterteilung des Codes zu keiner Mengenausweitung kommen, sondern nur eine klare Trennung der beiden Formen stattfinden.

Zu einem Kostenunterschied zwischen der aktuellen und der neu vorgeschlagenen Verschlüsselung wird es nicht kommen, da beide Formen in der Praxis natürlich vorhanden sind und bereits heute behandelt und diagnostiziert werden. Die neue Verschlüsselung würde aber entscheidend sein, um Therapiekosten und Kosten für die Diagnose besser den realen Krankheitsbildern zuordnen zu können.

- 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.)

Dieser Vorschlag ist hierfür nicht relevant.

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

Dieser Vorschlag ist für andere Bereiche nicht relevant.

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