

## Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2017

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge 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:  
*icd2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: icd2017-diabetesmellitus-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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.

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

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

### Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten

- 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.
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGOOC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgooc.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Bernd
Vorname *	Kladny
Straße *	Straße des 17.Juni 106-108
PLZ *	10623
Ort *	Berlin
E-Mail *	info@dgooc.de
Telefon *	+49 - (0)30 - 340 60 36 30

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

Organisation	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGOOC
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgooc.de
Anrede (inkl. Titel)	Prof. Dr. med.
Name	Andreas
Vorname	Halder
Straße	Straße des 17. Juni
PLZ	10623
Ort	Berlin
E-Mail	orthopaede@yahoo.de
Telefon	+49 33055 52201

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

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

Erweiterung des Subklassifikation von M17 um die schwere Varus- und Valgusgonarthrose

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)



Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, AE -Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (Ansprechpartner Generalsekretär Prof. Dr. Karl-Dieter Heller)

**5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Ergänzung der ICD Klassifikation der Gonarthrose um Codes für die schwere kontrakte Varus- und Valgusgonarthrose:

M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

M17.0 Primäre Gonarthrose, beidseitig

M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose

M17.2 Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig

M17.3 Sonstige posttraumatische Gonarthrose

M17.4 Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig

M17.5 Sonstige sekundäre Gonarthrose

neu:

M17.6 Schwere Varusgonarthrose

M17.7 Schwere Valgusgonarthrose

M17.9 Gonarthrose, nicht näher bezeichnet

## 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.

Gonarthrose wird im ICD 10 System differenziert als primär (M17.0, M17.1), sekundär (M17.4, M17.5) und posttraumatisch (M17.2, M 17.3). Die einfache primäre Gonarthrose unterscheidet sich jedoch klinisch erheblich von der schweren kontrakten Varus- oder Valgusgonarthrose. Letztere bedürfen nicht nur einer anderen konservativen Therapie, auch die chirurgische Technik sowie die eingesetzten Prothesen unterscheiden sich erheblich von der einfachen Gonarthrose (Ragjopal 2011). Diese werden nun im OPS abgebildet als stielverankerte - oft gekoppelte - Prothesen (5-822.h), die Diagnose findet aber noch keine Berücksichtigung. Entsprechende ICD Subklassifizierungen sind jedoch zur Erklärung der Prothesenauswahl, zur Risikostratifizierung und damit zur Bewertung der Ergebnisse einer Prozedur notwendig, da die schwere kontrakte Varus- und Valgusgonarthrose einen höheren operativen Aufwand und ein größeres Komplikationsrisiko birgt. Schließlich führt die weitere Subklassifizierung der Gonarthrose zur Vergleichbarkeit mit der Coxarthrose, bei der ja bereits eine dysplastische Form (M16.2, M 16.3) differenziert wird.

Zur Abgrenzung der schweren kontrakten Valgus- und Varusgonarthrose von der einfachen, schlagen wir vor statt der u.U. mißverständlichen Gradmessung festzulegen, dass in im schweren kontrakten Fall die Tragachse des Beines zeichnerisch die Gelenkkondylen nicht mehr schneidet. Schließlich schlagen wir unbedingt die Unterscheidung von Varus- und Valgusgonarthrose z.B. als M17.6 und M17.7 vor, da da auch diese sich wiederum klinisch und in der therapeutischen Konsequenz unterscheiden.

### 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.**

Da bisher im ICD keine Subklassifizierung existiert, kann die Inzidenz schwerer Fehlstellungen nur geschätzt werden. Zudem wird der prozentuale Anteil schwerer Fehlstellungen im Zentrum höher als im einfachen Versorgungskrankenhaus sein. In unserem Endoprothesenzentrum liegt sie bei 5-10%.

Der Kostenunterschied ergibt sich aus der verlängerten Operationszeit und ggfs. dem teureren Implantat. In unserem Endoprothesenzentrum beanspruchen schwere Fehlstellungen 50-100% mehr Operationszeit und benötigen ggfs. ein gekoppeltes Implantat, das bis durchaus 100% teurer ist. Die Nachbehandlung ist ebenfalls länger und aufwendiger, bei weniger gutem Ergebnis in den klinischen Scorewerten. Trotzdem dürfte die Differenzierung der Gonarthrose keine Auswirkung auf die Kostenkalkulation der Fälle haben, da die Prothesentypen im OPS bereits getrennt erfasst werden und dementsprechend vergütet werden.

Zur Zeit werden die einfache Gonarthrose und die schwere kontrakte Valgus- oder Varusgonarthrose zusammen mit als M 17.1 kodiert.

**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.)

Die externe Qualitätssicherung kann nach Differenzierung der Gonarthrose besser den indikationsgerechten Einsatz von Implantaten erfassen und ggfs. unterschiedliche klinische Ergebnisse besser bewerten.

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

Die genauere Differenzierung der Gonarthrose würde der bereits existenten Differenzierung der Dysplasieoxarthrose entsprechen, die durch Deformität bzw. Fehlanlage der gelenkbildenden Anteile die Gelenkersatzoperation erschwert.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Die primäre Implantation einer gekoppelten Endoprothese, die erheblich teurer ist als die ungekoppelte bikondyläre Endoprothese, wird bisher nicht getrennt im OPS abgebildet.