

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, 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. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☒ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

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 Neuzuordnungen 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 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.