

# Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2019

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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: *icd2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: icd2019-diabetesmellitus.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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, 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 Fachverbänden 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.

## Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

## Erklärung zum Datenschutz

### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern der ICD-10-GM alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Universitätsklinikum Tübingen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKT
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.medizin.uni-tuebingen.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Prof. Dr.
Name *	Ziemann
Vorname *	Ulf
Straße *	Hoppe-Seyler-Str.3
PLZ *	72076
Ort *	Tübingen
E-Mail *	ulf.ziemann@med.uni-tuebingen
Telefon *	07071/2982049

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung der ICD-10-GM komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Universitätsklinikum Tübingen
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKT
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.medizin.uni-tuebingen.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Poli
Vorname *	Sven
Straße *	Hoppe-Seyler-Str.3
PLZ *	72076
Ort *	Tübingen
E-Mail *	sven.poli@med.uni-tuebingen.de
Telefon *	07071/2982049

### Erklärung zum Datenschutz \*

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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.

**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) \*

Zuordnung der H34.1 zu I63.- (als Inklusivkriterium)

### 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:

Zustimmung der unten genannten Fachverbände aktuell noch in der Abstimmung

Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG)

Deutsche ophthalmologische Gesellschaft (DOG)

### 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)

Das internationale ICD 10- System weist den Verschluss der A. centralis retinae den Erkrankungen des Inneren Auges bzw. der Netzhaut zu (H34.1). Der Verschluss dieses Gefäßes ist ein seltenes Ereignis, welches mit einer drastischen Verschlechterung des Sehvermögens einhergeht (Erblindung des betroffenen Auges in über 80%). Diese Zuordnung des Verschlusses der A. centralis retinae als Erkrankung der Netzhaut ist aus unserer Sicht sachlich nicht korrekt. Die A. centralis retinae ist eine Endarterie und für die Versorgung der inneren Schichten der Netzhaut verantwortlich. Diese bestehen aus rein neuronalem Gewebe (Ganglienzellen). Die Blutversorgung dieses neuronalen Gewebes erfolgt aus der A. carotis interna, eines primär hirnersorgenden Gefäßes. Die retinale Ischämie im Sinne eines Verschlusses der A. centralis retinae ist somit ein Untergang neuronalen Gewebes im Stromgebiet der A. carotis interna und somit der I63.- (Hirninfrakt) Codereihe klassifikatorisch zuzuordnen. Dieser Zusammenhang ist auch ontogenetisch begründet, da sich die Augen aus dem Prosencephalon im Sinne von Ausstülpungen des Neuralrohres entwickeln. Bei einem Untergang retinaler Zellen handelt es sich somit um einen Hirninfrakt im Stromgebiet der ipsilateralen A. carotis interna. Bereits 2013 hat die American Heart Association aufgrund dieser anatomischen, ontogenetischen und histologischen Zusammenhänge, die Definition des ischämischen Schlaganfalles in ihrem ‚Expert Consensus Document‘ explizit um den Untergang retinaler Zellen erweitert.

Auch bezüglich der Behandlung und obligaten Ätiologiediagnostik ist die retinale Ischämie einem Hirninfrakt gleichzusetzen (Literatur 1). Diese Erkenntnisse wurden in den letzten Jahren auch zunehmend in der klinischen Versorgung umgesetzt. Im Jahr 2016 hat die Deutsche Gesellschaft für Ophthalmologie die Leitlinien zur Behandlung der retinalen Ischämie angepasst und aktualisiert, da auffällig war, dass die neurovaskuläre Mitversorgung national nicht einheitlich geregelt ist. (Literatur 7)

Lokale mechanische Maßnahmen wie Bulbusmassage und anteriore Parazentese sowie lokal und systemisch rheologische Maßnahmen werden aufgrund fehlender Evidenz entweder als verzichtbar eingestuft oder die Leitlinien raten (wie im Falle der invasiven anterioren Parazentese) sogar von der Therapie ab. Eine rezente Metaanalyse zeigte sogar eine signifikante Verschlechterung des visuellen

Outcomes nach derartigen Maßnahmen (Literatur 6).

Es wird allerdings eine Empfehlung bezüglich eines zeitnahen hinreichenden neurovaskulären Managements und ätiologischer Diagnostik ausgeprochen. Die Akuttherapie mittels einer intravenösen Lysetherapie innerhalb eines 4,5 h Zeitfensters (entsprechend der Behandlung des ischämischen Hirninfarktes) soll erwogen werden, die Durchführung dieser sollte auch nach ophthalmologischen Leitlinien auf einer spezialisierten neurovaskulären Einheit erfolgen (Evidenzgrad 2+). Auch ist die ätiologische Evaluierung in Anbetracht der vorgeschalteten Gefäßversorgung und kardialer Emboliequellen, wie bei einem ischämischen Hirninfarkt üblich, Teil der obligaten Ätiologiediagnostik (Evidenzgrad 1). Zudem besteht die Notwendigkeit direkter therapeutischer und sekundärprophylaktischer Maßnahmen, sollte eine vorgeschaltete Gefäßstenose oder eine kardiale Emboliequelle vorliegen. Eine Überwachung auf einer Schlaganfallereinheit sollte diskutiert werden, da im Rahmen einer akuten retinalen Ischämie, wie bei jedem akuten cerebrovaskulären Ereignis, ein erhöhtes Risiko besteht in den ersten Tagen nach dem Ereignis einen erneuten Schlaganfall zu erleiden. Zusätzlich wird eine hohe Rate (20-25%) begleitender stummer Schlaganfälle im Kontext eines Zentralarterienverschlusses beobachtet, dies konnte in mehreren MRT Studien nachgewiesen werden (Literatur 2-4).

Die Kategorisierung der ICD 10 bezüglich des Verschlusses der A. centralis retinae als einer lokalen Erkrankung der Netzhaut wird der Komplexität anatomischer Zusammenhänge, ätiologischer Abklärung und dem Aufwand bei Therapie dieser Erkrankung nicht gerecht. Aus unserer Sicht ist die Zuordnung der retinalen Ischämie zum Hirninfarkt klassifikatorisch die korrekte Zuordnung. Zudem muss darauf verwiesen werden, dass die Amaurosis fugax, als mildere Verlaufsform des Zentralarterienverschlusses bereits als cerebrales transitorisches Syndrom in der ICD 10 eingeordnet wurde (G45.3-), sodass eine Einordnung der gravierenderen Variante mit Untergang retinaler Zellen in die cerebrovaskulären Erkrankungen im Sinne eines Hirninfarktes (I63.-) logisch zwingend ist und den Aufwand der Ätiologiediagnostik und Therapie korrekt abbildet.

Dementsprechend bitten wir um eine Einordnung des Verschlusses der A. centralis retinae in die I63.- Codereihe, entsprechend ätiologischer Zusammenhänge I63.0-4. Ein Hinweis im Sinne eines Inklusivkriteriums ist aus unserer Sicht ausreichend. Die bisherige Inklusivbemerkung:

‚Verschluss und Stenose zerebraler und präzerebraler Arterien (einschließlich Truncus brachiocephalicus) mit resultierendem Hirninfarkt‘

könnte, aus unserer Sicht direkt mit ‚einschließlich A. centralis retinae‘ ergänzt werden.

Literatur:

- 1) Varma DD et al, A review of central artery occlusion: Clinical presentation and Management, Cerebrovas. Disease 2015; 40:151-156
- 2) Helenius J, Arsava EM, Golstein JN, Cestari DM, Buonanno FS, Rosen BR, et.al, Concurrent acute brain infarcts in patients with monocular visual loss. Ann Neurol. 2012;72:286-293
- 3) Lauda F et al, Acute Silent Brain Infarction in Monocular visual Loss of Ischemic Origin, Cerebrovasc. Disease 2015;40:151-156,
- 4) Lee J et al: Co-occurrence of acute artery occlusion and acute ischemic stroke: diffusion weighted magnetic resonance imaging study. Am J Ophthal 2014;157(6):1231-1238
- 5) Park SJ, Choi N-K, Yang BR, Park KH, Lee J, Jung S-Y et al 2015 Risk and Risk periods for stroke and akute myocardial infarction in patients with retinal artery occlusion. Ophthalmology122(11),2336-2343
- 6) Schrag M, Youn T, Schindler J, Kirshner, H, Greer D et al 2015, Intravenous Fibrinolytic Therapy in Central Retinal Artery Occlusion- A Patient- Level Meta- Analysis, JAMA Neurol. 2015, 72 (10):1148-1154
- 7) 045/013 – S2e-Leitlinie:Retinale arterielle Verschlüsse (RAV) Leitlinien von DOG, RG und BA

## 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.

Die bisherige ICD 10-GM Klassifikation, welche den Verschluss der A. centralis retinae einer reinen Erkrankung der Netzhaut zuordnet, ist aus oben genannten Gründen klassifikatorisch nicht korrekt. Die Akutversorgung der retinalen Ischämie erfolgt, auch am Universitätsklinikum Tübingen, über die Klinik für Neurologie und wird, aufgrund der oben genannten Ausführungen, analog zur Behandlung eines ischämischen Hirninfarktes durchgeführt. Eine Überwachung auf der spezialisierten Einheit 'Stroke Unit' ist aus unserer Sicht obligat, eine dem Schlaganfall entsprechende intensive Versorgung und zeitnahe ätiologische Diagnostik sollte selbstverständlich sein. Somit wäre eine Zuordnung dieser Erkrankung zu den neurovaskulären Akutereignissen inhaltlich von Bedeutung, da es die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung klassifikatorisch ausdrücken würde. Zudem wäre es so möglich, die Behandlung national zu vereinheitlichen und entsprechend der qualitativ sehr hohen Anforderungen an die Schlaganfallversorgung anzupassen.

- 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.**

Die Zuordnung der retinalen Ischämie zu den Hirninfarkten (I63.-) hätte zur Folge, dass die Behandlung dieser mit dem entsprechenden Aufwand einer Schlaganfallversorgung (abgebildet durch die OPS 8-981.-) neurologische Schlaganfall DRG's auslösen könnte (B70.- und B39.-).

Der Zentralarterienverschluss führt sonst, wenn keine Komplikationen vorliegen, in die DRG C61Z, eine neuroophthalmologische DRG welche eine auswendige Überwachung und neurologische Komplexbehandlung bisher nicht abbildet. Die Versorgung der retinalen Ischämie entspricht mittlerweile einer Schlaganfallversorgung mit entsprechender Diagnostik (cerebrale Bildgebung, Darstellung hirnversorgender extra- und intrakranieller Gefäße sowie kardialer Diagnostik (TTE; TEE; LZ-EKG). Zudem können die Patienten, ohne hohen Erlösverlust, auf spezialisierten Schlaganfalleinheiten aufgenommen und überwacht werden. Diese aufwendige Leistung würde sich somit im DRG System korrekt abbilden lassen. Die Durchführung einer intravenösen Lysetherapie, wie mittlerweile im 4,5 h Zeitfenster bei Ausschluss von Kontraindikationen erwogen werden sollte, macht dieses klinische Vorgehen bereits notwendig.

Die Inzidenz der Zentralarterienverschlüsse wird mit 0.85/100.000 Einwohner angegeben. Sollten 100% der Patienten einer notfallmäßigen klinischen Maximalversorgung zugeführt werden können, würde es sich um jährlich geschätzt 702 Patienten in Deutschland handeln, denen zusätzlich eine cerebrale Ischämie (Hirnfarkt I63.-) als Hauptdiagnose zugewiesen werden würde. Der durchschnittliche Mehrerlös pro Behandlungsfall würde bei 3.500 € liegen (wobei dies individuell deutlich unterschiedlich ist). Somit würden im Maximalfall jährlich ca. 2.400.000 € an Mehrkosten in Deutschland entstehen, wenn bei jedem einzelnen Neuerkrankten die aufwendige Überwachung und Diagnostik im Sinne einer neurologischen Komplexbehandlung durchgeführt wird. Dies ist in

Anbetracht der Schwere des Krankheitsbildes (Erblindung des betroffenen Auges in über >80%) und der Komorbiditäten, welche durch diese intensivierten Maßnahmen einer optimaleren Behandlung zugeführt werden können, als niedriger nationaler Kostenfaktor zu sehen. Zudem handelt es sich um eine Maximalschätzung. Am Uniklinikum Tübingen werden in der Klinik für Neurologie derzeit jährlich ca. 20 Patienten mit einem Verschluss der A. centralis retinae und oben genanntem Aufwand versorgt.

**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.)

Alle stationären Behandlungsfälle mit einem akuten Verschluss der A. centralis retinae (Ereignis innerhalb der letzten sieben Tage) würden, entsprechend dem akuten Schlaganfall, eine externe Qualitätssicherung erhalten.

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

Der Vorschlag würde sich auf die Inklusivkriterien der ICD-10- GM dahingehend auswirken, dass die I63.- eine Ergänzung ‚Inklusive Verschluss der A. centralis retinae‘ erhalten würden. Die Schaffung eines komplett neuen Codes wäre aus unserer Sicht nicht notwendig, da inhaltlich unstrittig ist, dass der Untergang retinaler Zellen aufgrund eines Zentralarterienverschlusses als Schlaganfall einzuordnen ist (siehe auch unter 5).

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)