

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
Name *	Gutzmann
Vorname *	Hans
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Höhensteig 1
PLZ	12526
Ort	Berlin
eMail-Adresse *	gutzmann@dggpp.de
Telefon *	030 6741 3000/1
Telefax	030 6741 3002

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Psychiatrie, Neurologie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: sind selbst Fachges. und in der DGPPN für den Bereich Gerontopsychiatrie zuständig. <input type="checkbox"/> Nein Status der Abstimmung: <input type="checkbox"/> Begonnen <input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: <input checked="" type="checkbox"/> Nein

6. Art der Änderung *

<input type="checkbox"/> Redaktionell z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur <input checked="" type="checkbox"/> Inhaltlich z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

<p>Ein dringliches Problem in der Kodierung nach ICD 10 bedarf u.E. dringend der Klärung. Es geht um die Problematik der konkurrierenden Gruppierungen von Haupt- und Nebendiagnose einerseits und Kreuz- und Sterndiagnosen andererseits, und zwar in Bezug auf die Demenzen.</p> <p>Diese sind, da die neurologischen Grundlagen bekannt sind, nach dem Kreuz-Stern-System als G30.x – G32.x + und F00. * -F03 zu kodieren. Leider findet sich in den Kodierrichtlinien kein expliziter Hinweis, wie dabei bezüglich Haupt- und Nebendiagnosen zu verfahren ist. Im Sinne der ICD 10 scheint logisch, dass beide Diagnosen zusammen als Hauptdiagnose gelten, aber da dies nirgendwo explizit vermerkt ist, ordnen die uns bekannten Systeme, z.B. Kodip wie auch der nachfolgende Datenaustausch mit den Krankenkassen die G30.x als erste Diagnose zwangsläufig der Hauptdiagnose und die F00.x der Nebendiagnose zu.</p> <p>Dies entspricht natürlich nicht der medizinischen Realität. Alzheimer-Demenzen sind ohne Frage auch psychiatrische Krankheiten. Mit der Demenz verbundene psychiatrische Symptome erfordern auch psychiatrische Behandlung. Die augenblickliche Kodiermodalität hat jedoch schon mehrfach dazu geführt, dass von Kostenträgern und MDKs die Leistungspflicht in der Psychiatrie bestritten wurde, obwohl neurologischerseits die psychiatrischen Probleme nicht behandelt werden konnten.</p> <p>Wir möchten Sie bitten, diesem Mangel durch eine entsprechende Klärung abzuwehren. Denkbar wäre u.E., Kreuz- und Sterndiagnose verbindlich als Hauptdiagnose zusammenzufassen (die dann ins neurologische und psychiatrische Fachgebiet fällt), oder auch, die Zuordnung zu Haupt- und Nebendiagnose davon abhängig zu machen, welche Symptomatik in der Behandlung führend ist (also im Falle psychiatrischer Behandlung die F-Diagnose, im Falle neurologischer Behandlung die G-Diagnose).</p> <p>Neben diesen grundsätzlichen Bemerkungen möchten wir zwei Diagnosekategorien gesondert ansprechen, für die das eben Gesagte selbstverständlich auch gilt:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Frontotemporale Demenzen2) Demenzen mit Lewy-Körperchen <p>Ad 1): Synonym zu Pick-Krankheit wird zunehmend der Begriff ‚Frontotemporale Demenz‘ verwendet. Es handelt sich um die häufigste Variante einer heterogenen Gruppe von Demenzen, die mit frontotemporaler lobärer Degeneration einhergehen. Hierzu gehört auch die semantische Demenz, bei der initial Symptome einer flüssigen Aphasie, später zusätzlich eine Wesensänderung und Verhaltensauffälligkeiten das klinische Bild prägen. Eine weitere Sonderform ist die primär progrediente Aphasie. Leitsyndrom ist eine nicht-flüssige Aphasie, die erst spät in ein generalisiertes Demenzsyndrom einmünden kann. Klinische und neuropathologische Überlappungen zwischen diesen Erkrankungen sind häufig. Eine entgeltliche nosologische Klassifikation steht noch aus.</p>

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Zur diagnostischen Differenzierung dieser Krankheitsgruppe schlagen wir folgende Kodierungen vor:

F02.01 für Frontotemporale Demenz (FTD)
F02.02 für semantische Demenz (SD)
F02.03 für primär progressive Aphasie (PPA)

Zusätzlich erfolgt dann eine Kombination mit G31.0.

Ad 2) bei den F-Kategorien fehlt eine eindeutige Nummer für die Demenz mit Lewy-Körperchen (DLK).

Bei den neurologischen Ziffern ist sie unter G31.88 aufgeführt.

Wir schlagen vor, dass die DLB in die Auflistung der psychiatrischen Diagnosen unter F02.8 aufgenommen wird.

Zusätzlich erfolgt dann eine Kombination mit G31.88.

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Eine Optimierung der psychiatrischen Demenz-Kodierung im Rahmen der ICD-10 GM Revision ist zwingend. Darüber hinaus ist das Problem der konkurrierenden Gruppierungen von Haupt- und Nebendiagnose einerseits und Kreuz- und Sterndiagnosen andererseits mit diesem Vorschlag einer Lösung näher gebracht.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

Begründung:

Nein

Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

--