

Änderungsvorschlag für die ICD-10-GM 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

icd-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: *icd-wirbelkoerperfrakturen-musterfrau.doc*, *icd-regorgantxdringlichkeit-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.

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, 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 der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGN
Internetadresse der Organisation *	www.dgn.org
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Ferbert
Vorname *	Andreas
Straße *	Mönchebergstr. 41-43
PLZ *	34112
Ort *	Kassel
E-Mail *	ferbert@klinikum-kassel.de
Telefon *	0561-9803091

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	DRG-Research-Group
Offizielles Kürzel der Organisation *	DRG-Research-Group
Internetadresse der Organisation *	http://drg-research.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr. med.
Name *	Fiori
Vorname *	Wolfgang
Straße *	Domagkstr. 20
PLZ *	48149
Ort *	Münster
E-Mail *	wolfgang.fiori@smc.uni-muenster.de
Telefon *	0251-83-52021

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

DGN

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

Anpassung und Klarstellung der Kodierung der Multisystematrophie

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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Abbildung der Erscheinungsformen der Multisystematrophie (MSA) über einen eigenen ICD-Code.

Gxx.x Multisystematrophie

Die Zuordnung der MSA sollte medizinisch am ehesten zur ICD-Gruppe „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ (G30-G32) und hier zur Kategorie G31 (Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert) erfolgen. Die bisherige Zuordnung auf Grundlage der betroffenen ZNS-Strukturen zu den Kategorien G23 und G90 ist aufgrund des zugrunde liegenden einheitlichen degenerativen Krankheitsprozesses nicht sinnvoll.

Den Antragstellern ist bewusst, dass tief greifende Veränderungen an der ICD-Klassifikation auf nationaler Ebene problembehaftet sind. Es soll daher keine feste Struktur vorgegeben werden. Das DIMDI wird gebeten eine geeignete Lösung für eine eindeutige und sinnvolle Abbildung in der ICD-10-GM zu finden.

Es handelt sich primär um ein Abbildungsproblem in der ICD-10-Klassifikation. Sollte jedoch keine Lösung in der ICD-10-GM gefunden werden können, wird das DIMDI aufgefordert, selbständig das Kodierproblem an die AG Klassifikation der Selbstverwaltung weiterzuleiten, damit notfalls eine Regelung durch eine Kodierrichtlinie gefunden werden kann!

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 7.b genannten Fragen.

Die Multisystematrophie (MSA) ist eine sporadisch auftretende neurodegenerative Erkrankung des mittleren Erwachsenenalters, die klinisch durch die Kombination von autonomen Störungen mit Parkinsonsymptomatik oder zerebellärer Ataxie gekennzeichnet ist. Die älteren Begriffe Shy-Drager-Syndrom, sporadische olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA) und striatonigrale Degeneration (SND) bezeichnen unterschiedliche Ausprägungen des klinisch-neuropathologischen Spektrums der MSA, deren spezifisches Merkmal der Nachweis von α -Synuklein-positiven Ablagerungen in Oligodendrozyten ist. Die Ätiologie der MSA ist unbekannt, und die verschiedenen Symptome mit hypotonen Blutdruckregulationsstörungen, Schlafstörungen, Störungen der Blasenentleerung und Bewegungsstörungen stellen Neurologen, Internisten, Urologen und HNO-Ärzte vor eine interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Herausforderung. (Wüllner, Ullrich; Klockgether, Thomas: Dtsch Arztebl 2003; 100: A 408–415 [Heft 7]). Die sporadische olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (OPCA), die striatonigrale Degeneration und die primär autonome Verlaufsform sowie das extrem seltene Shy-Drager-Syndrom wurden früher als eigenständige Krankheitsbilder angesehen und sind deshalb in der ICD-10 mit getrennten Codes abgebildet. Heute wird je nach klinisch vorherrschendem Bild allenfalls die Einteilung als MSA-P (für Parkinsonismus) oder MSA-C (für Cerebellär) vorgenommen.

Derzeit erfolgt die Abbildung der unterschiedlichen Ausprägungen der MSA in der ICD-10 über die nicht mehr verwendeten Bezeichnungen der früher als eigenständig betrachteten Syndrome:

- Striatonigrale Degeneration (ICD G23.2 Striatonigrale Degeneration)
- Olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (ICD G23.8 Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien, nach ICD-Thesaurus)
- Primär autonome Verlaufsformen (ICD G90.3 Multisystem-Atrophie)

Das Exklusivum „Multisystem-Atrophie (G90.3)“ bei der ICD-Kategorie G23.- (Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien) lässt eine korrekte Kodierung streng genommen nicht mehr zu, da es sich bei der Striatonigrale Degeneration (MSA-P) und der Olivo-ponto-zerebelläre Atrophie (MSA-C) um Erscheinungsformen der Multisystematrophie handelt.

Derzeit liegt die Quote an „Fehlkodierungen“ sehr hoch, da beim Suchbegriff „Multisystematrophie“ in der Regel auf den ICD-Kode G90.3 (Multisystem-Atrophie) verwiesen wird. Kodierende, die eine MSA-P oder MSA-C kodieren wollen, werden sich mit diesem Suchresultat meist zufrieden geben, da die alten klinischen Begriffe nicht mehr gebräuchlich sind. Die häufigste Erscheinungsform der MSA, die MSA-P (striatonigrale Degeneration) wird damit wohl mehrheitlich mit dem Code G90.3 statt dem Code G23.2 verschlüsselt werden.

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 minder)aufwand. 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).

Im G-DRG-System 2007 werden alle Erscheinungsformen der MSA (G23.2, G23.8 und G90.3) der Basis-DRG B67 (Degenerative Krankheiten des Nervensystems) zugeordnet. Dabei werden die Diagnosen G23.2 und G23.8 wie der Morbus Parkinson den höher bewerten B- und C-Splitts der Basis-DRG zugeordnet. Der Gruppierungsalgorithmus erscheint medizinisch nachvollziehbar, es ist jedoch wie oben dargestellt von einer hohen Quote an Fehlkodierungen auszugehen.

Die altersangepasste Prävalenz der MSA wird auf 4,4 (2 bis 15) auf 100 000 Einwohner, die Inzidenz auf ~0,6 pro 100 000 Einwohner und Jahr geschätzt. Bei Untersuchungen in verschiedenen Hirnbanken zeigte sich eine MSA bei etwa 5 bis 22 Prozent aller autopsierten Parkinsonpatienten. Zu Beginn der Erkrankung weist die Mehrzahl der Patienten eine Parkinsonsymptomatik (46 %) oder autonome Störungen (41 %) auf, zerebelläre Störungen finden sich initial bei etwa 5 bis 10 % (Wüllner, Ullrich; Klockgether, Thomas: Dtsch Arztebl 2003; 100: A 408–415 [Heft 7]).

In den deutschen Kalkulationsdaten (G-DRG-Browser, InEK) finden sich die Diagnosen:

G23.2 in 2,2 % der Fälle der G-DRG B67B (55 Fälle)

G23.8 in 1,2 % der Fälle der G-DRG B67B (31 Fälle)

G90.3 in 1,8 % der Fälle der G-DRG B67C (89 Fälle)

G90.3 in 2,0 % der Fälle der G-DRG B67E (71 Fälle)

Auch wenn die medizinischen Prävalenzen und Verteilungen sich nicht 1:1 auf vollstationäre Krankenhausfälle übertragen lassen, spiegeln die Fallzahlen der G-DRG-Fallkostenkalkulation die Bevorzugung des ICD G90.3 wider. Fälle mit einer MSA-P und MSA-C werden damit vermutlich nicht in dem Umfang den G-DRGs zugeordnet, die zu ihrer Abbildung vorgesehen sind.

- c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

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

Alle Bereiche profitieren von einer klaren und eindeutigen Kodierung

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