



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V

zur Änderung der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem.
§ 116b SGB V“ – Anpassung der ICD-Codes

Berlin, 30.11.2009

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer ist mit Schreiben vom 16.11.2009 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgefordert worden, eine Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu einer Beschlussfassung der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V“ abzugeben. Ziel des Beschlusses ist eine Anpassung der in der Richtlinie enthaltenen ICD-Codes. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hatte vorher die diesjährige Anpassung der ICD-Codes in der Version 2010 an die G-BA-Geschäftsstelle gesandt, wo eine Überprüfung auf Auswirkungen des Leistungsspektrums in § 116b SGB V vorgenommen worden ist.

Nach Einschätzung des Unterausschusses Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte sind bei 3 Kataloginhalten Anpassungen bei den ICD-Nennungen erforderlich:

- 1) Anlage 2 Nr. 2 „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (Hämophilie)“:
- 2) Anlage 3 Nr. 2 „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten HIV/AIDS“
- 3) Anlage 3 Nr. 3 „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen, Teil Erwachsene und Teil Kinder und Jugendliche“

Die Anpassungen resultieren aus einer sich durch die ICD-10-GM Version 2010 ergebenden höheren Ausdifferenzierung der ICD-Kodes von Koagulopathien und der HIV-Krankheit.

Im Abschnitt „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (Hämophilie)“ besteht ein Dissens. Ausgangspunkt ist insbesondere die Unterteilung der bisherigen Schlüsselnummer D68.3 (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper) in

- D68.30 (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen),
- D68.31 (Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII),
- D68.32 (Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren) und
- D68.38 (Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper).

Aus Sicht der DKG kann nunmehr durch expliziten Ausschluss des Codes D68.30 die bisherige Beschreibung von Patienten mit hereditären und dauerhaft erworbenen Faktormangelzuständen D68.1 bis D68.4 erhalten bleiben und die bisherige Kodierung D68.3 aus dem nachfolgenden Klammerzusatz herausgenommen werden.

Aus Sicht der Krankenkassen stellt das Aufrechterhalten der Spanne D68.1 bis D68.4 hingegen keine lediglich technische Anpassung dar, sondern bedeute eine fehlerhafte Öffnung der Indikationsliste für angeborene und erworbene Thromboseneigung. Die Integration der im Zuge der Überarbeitung durch das DIMDI neu ergänzten ICD-Ziffern D68.5 (Primäre Thrombophilie) und D68.6 (Sonstige Thrombophilien) in die Behandlung der Bluterkrankungen (Hämophilien) könne nicht befürwortet werden, da die beschriebenen Ätiologien, wie z. B. ein Mangel an AT III, Protein C und S, nicht mit einer erhöhten Blutungsneigung, sondern allein mit einer erhöhten Blutgerinnung (Hyperkoagulopathie) einhergingen.

Aus Sicht der DKG ist es außerdem erforderlich, im Abschnitt „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen“ eine Anpassung der dort bisher aufgeführten D68.8 vorzunehmen, nachdem im Zuge

der Überarbeitungen durch das DIMDI ein unter diesem Code bisher vorhandenes Inkludium („Vorhandensein von Inhibitor des systemischen Lupus erythematoses“) gestrichen wurde (als Folge der Neueinführung der beiden Codes D68.5 und D68.6). Es wird die Ergänzung der bisherigen Konkretisierung D68.8 (Koagulopathie) um die Codes D68.5-D68.8 vorgeschlagen. Damit seien die Patientengruppen der bisherigen Beschreibung identisch mit denen der neuen Beschreibung.

Im Richtlinienabschnitt „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/Aids“ soll die neue Schlüsselnummer O98.7 (HIV-Krankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert) ergänzt werden.

Schließlich wünschen laut Anschreiben des G-BA an die Bundesärztekammer die Patientenvertreter eine Berücksichtigung des neuen Codes G14 (Postpolio-Syndrom) in der Richtlinienkonkretisierung zu neuromuskulären Erkrankungen.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hält die Anpassung der ICD-Codes in der Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116b SGB V“ für konsequent und notwendig.

Bezüglich der dissidenten Vorschläge zur Anpassung in Anlage 2 Nr. 2 „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (Hämophilie)“ hält die Bundesärztekammer die Formulierung des GKV-Spitzenverbandes mit Ausschluss der neu integrierten ICD-Ziffern D68.5 und D68.6 für konkreter und, als Grundlage zur Patientenversorgung nach §116b SGB V, für zweckmäßiger. Der G-BA hatte viel Wert auf die genaue Eingrenzung der Hämophilie als Gruppe der plasmatischen hämorrhagischen Diathesen gelegt. Selbst die hämorrhagischen Thrombozytendefekte wurden nicht mit eingeschlossen. In diesem Sinne sollten Gerinnungsstörungen, die eine gesteigerte Gerinnungsaktivität beschreiben wie in den ICD-Ziffern D68.5 und D68.6, nicht eingeschlossen werden. Diese betreffen zudem ein ganz anderes Patientenkollektiv und eine epidemiologisch viel größere Patientengruppe, deren Versorgung in den Richtlinien des G-BA zur Hämophilie überhaupt nicht behandelt wird.

Zum lediglich im Begleitschreiben des G-BA erwähnten Anliegen der Patientenvertreter für eine Berücksichtigung des neuen Codes G14 (Postpolio-Syndrom) in der Richtlinienkonkretisierung zu neuromuskulären Erkrankungen liegen der Bundesärztekammer weder ein Beschlussentwurf noch eine Erwähnung in den tragenden Gründen vor. Inhaltlich bestünden aus Sicht der Bundesärztekammer durchaus Hinweise, dass die chronischen Beschwerden eines Postpolio-Syndroms vor dem Hintergrund, dass die Poliomyelitis in Deutschland in ihrer akuten Form nicht mehr vorkommt, nicht immer als solche erkannt werden. Eine Aufnahme dieses Syndroms in den Katalog der seltenen Erkrankungen nach § 116 b SGB V würde zumindest der bisherigen Logik dieser Regelung bzw. der Richtlinie entsprechen. Die Bundesärztekammer regt die Formulierung eines diesbezüglichen Beschlussentwurfs durch den zuständigen Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte an.

Berlin, 30.11.2009

I. A.



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Referent
Dezernat 3