



Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Vergütung und Gebührenordnung
Herrn Dr. Ulrich Casser
Herbert-Lewin-Platz 2
10592 Berlin

GB-V Ambulante und stationäre klinische Versorgung

Telefon +49 30 39801-1500
Fax +49 30 39801-3510
E-Mail n.schlottmann@dkgev.de

Datum 29.07.2024 Schl/Rh

nachrichtlich: Frau Raskop, Herr Vollrath

Benehmens- und Einvernehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V

Sehr geehrter Herr Dr. Casser,

herzlichen Dank für Ihre Anfrage vom 17.07.2024 zur Benehmens- und Einvernehmensherstellung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V zu den ambulanten Kodiervorgaben. Sie bitten um Stellungnahme bzw. Benehmens- und Einvernehmensherstellung zu folgenden Unterlagen:

Anlage I Teil A, Neue bzw. geänderte KRW - Regeln für 2025
Anlage I Teil B, aufgrund von Anpassungen entfallene KRW - Regeln für 2025
Anlage I KRW - Gesamtübersicht der KRW - Regeln für 2025
Anlage II Regeln zum Umgang mit Dauerdiagnosen für 2025

Die von Ihnen vorgelegten Regelwerke haben wir geprüft. Im Ergebnis zeigten sich keine Änderungswünsche. Wir erteilen Ihnen daher unser Benehmen und Einvernehmen gemäß § 295 Abs. 4 SGB V zu den mit Schreiben vom 17.07.2024 von Ihnen übersandten o. g. Anlagen I bis II.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. N. Schlottmann
Geschäftsbereichsleiterin
Geschäftsbereich V – Ambulante und stationäre klinische Versorgung



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - DKG

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme der DKG e. V. vom 29.07.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
Die von Ihnen vorgelegten Regelwerke haben wir geprüft. Im Ergebnis zeigten sich keine Änderungswünsche. Wir erteilen Ihnen daher unser Benehmen und Einvernehmen gemäß § 295 Abs.4 SGB V zu den mit Schreiben vom 17.07.2024 von Ihnen übersandten o. g. Anlagen I bis II.	Kenntnisnahme: keine Auswertung erforderlich



Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

ABTEILUNG Kodiersysteme und Register
BEARBEITET VON Dr. Stefanie Weber
TEL +49 (0)228 99 307-4856
E-MAIL stefanie.weber@bfarm.de

HAUSANSCHRIFT Waisenhausgasse 36 – 38 a
50676 Köln
TEL +49 (0)228 99 307-0
FAX +49 (0)228 99 307-5207
E-MAIL poststelle@bfarm.de
INTERNET www.bfarm.de

Köln, 06. August 2024
GESCHZ K.01K-2024-29350

**Anpassungsvorschläge der KBV für 2024 zu den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V zur Be-
nehmens- und Einvernehmensherstellung**

Ihre Zeichen und Nachricht vom: 17. Juli 2024

Anlage: - 1 -

Sehr geehrte Frau Raskop,
sehr geehrter Herr Vollrath,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Kommentierung der Anpassungsvorschläge der Kassenärztli-
chen Bundesvereinigung zu den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V.

Als Referenz für die Prüfung ist die derzeit gültige amtliche ICD-10-GM 2024 zu Grunde gelegt.
Gleichwohl wurden mögliche Änderungen (nach aktuellem Stand) zur ICD-10-GM 2025, in die
Kommentierung einbezogen. Diese stehen unter dem Vorbehalt der Veröffentlichung der amtlichen
Ausgabe der ICD-10-GM 2025, die dieses Jahr voraussichtlich in der KW 38 erfolgen wird. Trotz
sorgfältiger Sichtung der Kodiervorgaben nach §295 Abs. 4 SGB V können wir keine Gewähr für
Vollständigkeit der Kommentierung übernehmen.

Im Anhang dieses Schreibens sind die Kommentare des BfArM zu dem Entwurf der überarbeiteten
Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V aufgeführt.

Für Rückfragen und den weiteren Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

TEIL A: NEUE REGELN BZW. GEÄNDERTE REGELN FÜR DAS JAHR 2025

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
01-01-079		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-080		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-081		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-082		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-083		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-084		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-085		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-086		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-087		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-088		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-089		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-090		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-091		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-092		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-093		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-094		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-095		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-096		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-097		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-098		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-099		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-100		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-101		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-102		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-103		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-104		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-105		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-106		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-107		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-108		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-109		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-110		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-111		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-112		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-113		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-114		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-115		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-116		Wir haben keine Anmerkungen
		<p>In der ICD-10-GM gibt es weitere Einträge zu Sepsis (s. z.B. Exklusiva unter A41.- und auch in der Alpha-ID-SE):</p> <p>A21.7: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I80666 A21.7 3392 Sepsis bei Tularämie</p> <p>A24.1: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I71269 A24.1 31202 Melioidose mit Sepsis</p> <p>A28.2: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag:</p>

		<p>1 I80663 A28.2 Sepsis durch extraintestinale Yersiniose</p> <p>A54.8: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I72740 A54.8 Gonorrhöische Sepsis</p> <p>T81.4: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I89305 T81.4 Sepsis nach medizinischen Maßnahmen</p> <p>O75.3: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Einträge: 1 I8293 O75.3 Sepsis bei Geburt 1 I8291 O75.3 Sepsis bei Wehen</p> <p>O85: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I21821 O85 Puerperalsepsis</p> <p>Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregelein um weitere Sepsis-Kodes erweitert werden sollten.</p>
01-02-117	Ad „Vorschlag“, ggf. auch Hinweis:	Ggf. ist zu prüfen ob auch der Kode „U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“ aufzunehmen ist.
01-02-118	Ad „Vorschlag“, ggf. auch Hinweis:	Ggf. ist zu prüfen ob auch der Kode „U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“ aufzunehmen ist.
01-02-119	Ad „Vorschlag“, ggf. auch Hinweis:	Ggf. ist zu prüfen ob auch der Kode „U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“ aufzunehmen ist.
01-01-120		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-121	Ad „Vorschlag, ggf. auch Hinweis“:	<p>Entsprechend ICD-10-GM ist U69.74! in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit 4. Stelle „.6“ oder „.7“ zu verwenden.</p> <p>Es stellt sich die Frage, ob die Hypoglykämiewahrnehmungsstörung eine „Entgleisung“ darstellt, da die BZ-Werte typischerweise als „normalwertig“ erscheinen. Insofern sollten die 5. Stellen „1,3 und 5 ... als entgleist bezeichnet“ überprüft werden und ggf. gestrichen werden.</p>
01-02-122		Wir haben keine Anmerkungen
01-02-123		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-124		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-125		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-126		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-127	Ad Prüfparameter	Gilt für Prüfparameter zu „Ileus“ (01-01-127 bis 01-01-134): Sind hier auch Fälle zu adressieren für z. B. den Mekoniumileus bei zystischer Fibrose (E84.1+ P75*) oder der chronische Duodenalileus (K31.5) (s. a. Einträge in der Alpha-ID-SE)?
01-01-128		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-129		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-130		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-131		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-132		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-133		Wir haben keine Anmerkungen
01-01-134		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-135		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-136		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-137		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-138		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-139		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-140		Wir haben keine Anmerkungen

03-02-141		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-142		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-143		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-144		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-145		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-146		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-147		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-148		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-149		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-150		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-151		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-152		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-153		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-154		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-155		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-156		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-157		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-158		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-159		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-160		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-161		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-162		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-163		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-164		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-165		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-166		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-167		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-168		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-169		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-170		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-171		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-172		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-173		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-174	Ad Prüfparameter	s. Hinweis oben bei 01-01-127 für 03-02-174 bis 03-02-181
03-02-175		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-176		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-177		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-178		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-179		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-180		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-181		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-182	Ad Prüfparameter	Sind nicht analog Codes aus S12.1- zu berücksichtigen?
03-02-183		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-184		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-185		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-186		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-187		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-188		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-189		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-190		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-191		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-192		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-193		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-194		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-195		Wir haben keine Anmerkungen

03-02-196		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-197	Ad Prüfparameter	Warum werden ähnliche Codes, z.B. S42.-, S52.- etc. in weiteren Regeln in diesem Zusammenhang nicht genannt?
03-02-198		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-199		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-200		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-201		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-202		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-203		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-204		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-205		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-206		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-207		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-208		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-209		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-210		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-211		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-212		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-213		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-214		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-215		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-216		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-217		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-218		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-219		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-220		Wir haben keine Anmerkungen
03-02-221		Wir haben keine Anmerkungen

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

TEIL B: AUFGRUND VON ANPASSUNGEN ENTFALLENE REGELN FÜR 2025

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
01-02-061		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
01-02-062		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
01-02-063		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
01-01-064		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
01-01-065		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
01-01-001		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A
03-02-036		s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A

ANLAGE I ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DER KODIERREGELWERK-STAMMDATEI ZUR GEWÄHRLEISTUNG EINER
SACHGERECHTEN DIAGNOSEVERSCHLÜSSELUNG NACH ICD-10-GM

GESAMTÜBERSICHT FÜR DAS JAHR 2025

ID	Textstelle	Anmerkungen BfArM
Prüfregeln in den oben aufgeführten Anlagen		Anmerkungen zu diesen werden hier nicht noch einmal aufgeführt.
01-02-029	Ad Vorschlag	I51.4-I51.9 werden ebenfalls im Hinweistext von I11.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I11.0-;I11.00;I11.01 damit grundsätzlich möglich.
01-02-030	Ad Vorschlag	N00-N07 oder N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I12.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I12.0-;I12.00;I12.01 damit grundsätzlich möglich.
01-02-048	Ad Vorschlag	I51.4-I51.9, N00-N07, N18.-, N19 und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I13.0-;I13.00;I13.01;I13.2-; I13.20;I13.21 ist damit grundsätzlich möglich.
01-02-049	Ad Vorschlag	I51.4-I51.9, N00-N07, und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I13.1-;I13.10;I13.11;I13.2 -- ;I13.20;I13.21 ist damit grundsätzlich möglich.

ANLAGE II ZUM BESCHLUSS „KODIERVORGABEN NACH § 295 ABS. 4 SGB V“

PRÜFREGELN AUS DEM „ANFORDERUNGSKATALOG ZUR ANWENDUNG DER
ICD-10-GM“ UND DER ICD-10-STAMMDATEI DER KBV ZUM UMGANG MIT
DAUERDIAGNOSEN

Regelquelle	Textstelle	Anmerkungen BfArM
§ 2 Nr. 2 der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V	Prüfparameter	Ggf. Codes entsprechend möglicher Umsetzung von Anmerkungen zu „Sepsis-Regeln“ nach Anlage I Teil A ergänzen.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des BfArM vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>Anlage I: Neue bzw. geänderte Regeln für das Jahr 2025</p> <p>In der ICD-10-GM gibt es weitere Einträge zu Sepsis (s. z.B. Exklusiva unter A41.- und auch in der Alpha-ID-SE):</p> <p>A21.7: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I80666 A21.7 3392 Sepsis bei Tularämie</p> <p>A24.1: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I71269 A24.1 31202 Melioidose mit Sepsis</p> <p>A28.2: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag:1 I80663 A28.2 Sepsis durch extraintestinale Yersiniose</p> <p>A54.8: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I72740 A54.8 Gonorrhische Sepsis</p> <p>T81.4: s. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I89305 T81.4 Sepsis nach medizinischen Maßnahmen</p> <p>O75.3: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Einträge: 1 I8293 O75.3 Sepsis bei Geburt 1 I8291 O75.3 Sepsis bei Wehen</p> <p>O85: s. z.B. Datei Alpha-ID-SE-Eintrag: 1 I21821 O85 Puerperalsepsis</p> <p>Wir regen an zu prüfen, ob die Prüfregele um weitere Sepsis-Kodes erweitert werden sollten</p>	<p>Kenntnisnahme:</p> <p>Der Auswahl der zu beregelnden ICD-10-GM-Kodes wurden zunächst die Einträge im Alphabetischen Verzeichnis (Referenzfassung im PDF-Format) zugrunde gelegt. Es wurden jedoch nur diejenigen Codes ausgewählt, die gemäß Systematischem Verzeichnis explizit eine Sepsis verschlüsseln, da das Regelwerk nur auf Basis der Systematik der ICD prüfen kann und nicht über die Einträge in der Alpha-ID-SE. Die nebenstehenden Codes enthalten die Sepsis implizit. Die Anwendenden können unseres Erachtens nach nicht auf eine vermeintlich kodierte Sepsis hingewiesen werden, wenn mit dem entsprechenden Code auch ein anderer infektiöser Zustand klassifizierbar ist.</p>
<p>ID 01-02-117 bis 01-02-119: Ggf. ist zu prüfen ob auch der Code „U69.75! Insulinresistenz bei Diabetes mellitus, Typ 1, bei Personen von 18 Jahren und älter“ aufzunehmen ist</p>	<p>Kenntnisnahme:</p> <p>Jede der drei Regeln prüft Schlüssel für eine Kodierung eines Diabetes mellitus jeweils aus dem Bereich E10 bis E14. Die Anwendenden erhalten einen Hinweis auf zusätzlich kodierbare Zustände, die auf den gesamten Bereich zutreffen. Auf eine Ergänzung, die lediglich für den Bereich E10 zutrifft, wurde daher hier bewusst verzichtet. Wir werden die Anregung für die Weiterentwicklung des Regelwerkes für 2026 prüfen.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des BfArM vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>ID 01-01-121: Entsprechend ICD-10-GM ist U69.74! in Verbindung mit einem Kode für den Diabetes mellitus mit 4. Stelle „6“ oder „7“ zu verwenden. Es stellt sich die Frage, ob die Hypoglykämiewahrnehmungsstörung“ eine „Entgleisung“ darstellt, da die BZ-Werte typischerweise als „normalwertig“ erscheinen. Insofern sollten die 5. Stellen „1,3 und 5 ... als entgleist bezeichnet“ überprüft werden und ggf. gestrichen werden.</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Regelentwicklung folgt den Vorgaben der Klassifikation. Unter der vierten Stelle .6 bzw. .7 ist vermerkt: <i>"Soll der Schweregrad einer Hypoglykämie oder das Vorliegen einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (U69.70!-U69.74!) zu benutzen."</i> Hier wird gerade nicht zwischen einer entgleisten und einer nicht entgleisten Stoffwechsellage differenziert. Unter dem ICD-10-10-GM-Kode U69.74! ist vermerkt: <i>"Rezidivierend unbemerkte Hypoglykämien mit Blutzucker von 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l und weniger ."</i> Weniger als 3,3 mmol/l ist nicht mehr "normalwertig". Zudem stellt die Hypoglykämiewahrnehmungsstörung gerade einen Risikofaktor für eine (akute) hypoglykämische Entgleisung dar, weil eine Unterzuckerung (Hypoglykämie) vom Patienten nicht oder nicht rechtzeitig wahrgenommen wird. Zusammenfassend kann daher nicht nachvollzogen werden, warum sich das gleichzeitige Vorliegen eines entgleisten Diabetes mellitus und einer Hypoglykämiewahrnehmungsstörung ausschließen soll. Die Empfehlung einer Streichung von Kodes wird nicht umgesetzt.</p>
<p>ID 01-01-127: Gilt für Prüfparameter zu „Ileus“ (01-01-127 bis 01-01-134): Sind hier auch Fälle zu adressieren für z. B. den Mekoniumileus bei zystischer Fibrose (E84.1+ P75*) oder der chronische Duodenalileus (K31.5) (s. a. Einträge in der Alpha-ID-SE)?</p>	<p>Kenntnisnahme: Bei der Kodeauswahl wurden primär Kodes berücksichtigt, die üblicherweise ambulant nicht behandelt werden und damit bei dauerhafter Kodierung eine Auswirkung auf das Klassifikationssystem nach § 87a SGB V haben können. Die Auswahl erfolgte zunächst zurückhaltend. Wir werden die Anregung für die Weiterentwicklung des Regelwerkes für 2026 prüfen.</p>
<p>ID 03-02-174: s. Hinweis oben bei 01-01-127 für 03-02-174 bis 03-02-181</p>	<p>Kenntnisnahme: Bei der Kodeauswahl wurden primär Kodes berücksichtigt, die üblicherweise ambulant nicht behandelt werden und damit bei dauerhafter Kodierung eine Auswirkung auf das Klassifikationssystem nach § 87a SGB V haben können. Die Auswahl erfolgte zunächst zurückhaltend. Wir werden die Anregung für die Weiterentwicklung des Regelwerkes für 2026 prüfen.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des BfArM vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
ID 03-02-182: Sind nicht analog Kodes aus S12.1- zu berücksichtigen?	Kenntnisnahme: Bei der Kodeauswahl wurden primär Kodes berücksichtigt, die üblicherweise ambulant nicht behandelt werden und damit bei dauerhafter Kodierung eine Auswirkung auf das Klassifikationssystem nach § 87a SGB V haben können. Die Auswahl erfolgte zunächst zurückhaltend. Wir werden die Anregung für die Weiterentwicklung des Regelwerkes für 2026 prüfen.
ID 03-02-197: Warum werden ähnliche Kodes, z.B. S42.-, S52.- etc. in weiteren Regeln in diesem Zusammenhang nicht genannt?	Kenntnisnahme: Bei der Kodeauswahl wurden primär Kodes berücksichtigt, die üblicherweise ambulant nicht behandelt werden und damit bei dauerhafter Kodierung eine Auswirkung auf das Klassifikationssystem nach § 87a SGB V haben können. Die Auswahl erfolgte zunächst zurückhaltend. Wir werden die Anregung für die Weiterentwicklung des Regelwerkes für 2026 prüfen.
Anlage I: Aufgrund von Anpassungen entfallene Regeln für 2025	
ID 01-02-061 bis 01-01-065: s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A	Kenntnisnahme: Die Anmerkungen zu den korrespondierenden Regeln 01-02-117, 01-02-118, 01-02-119 und 01-01-121 sind kommentiert. Zu der korrespondierenden Regel 01-01-120 gibt es keine Anmerkungen.
ID 01-01-001: s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A	Kenntnisnahme: Zu der korrespondierenden Regel 01-01-125 gibt es keine Anmerkungen.
ID 03-02-036: s. ggf. Anmerkungen zu korrespondierenden Regeln Teil A	Kenntnisnahme: Zu der korrespondierenden Regel 03-02-173 gibt es keine Anmerkungen.
Anlage I: Gesamtübersicht für das Jahr 2025	
ID 01-02-029: I51.4-I51.9 werden ebenfalls im Hinweistext von I11.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I11.0-;I11.00;I11.01 damit grundsätzlich möglich	Kenntnisnahme: Die Regel bildet die Mindestanforderung ab, dass bei dem Zustand "... mit Herzinsuffizienz" zumindest ein Code für die Herzinsuffizienz angegeben wird. Darüber hinausgehende weitere Erkrankungen aus I51.4 bis I51.9 wären ggf. danach noch hinzukodieren. Solche komplexen und abgestuften Vorgaben sind mit der bewusst einfach gehalten Regelstruktur nicht umsetzbar.
ID 01-02-030: N00-N07 oder N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I12.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I12.0-;I12.00;I12.01 damit grundsätzlich möglich.	Kenntnisnahme: Die Regel bildet die Mindestanforderung ab, dass bei dem Zustand "... mit Niereninsuffizienz" zumindest ein Code für die Niereninsuffizienz angegeben wird. Darüber hinausgehende weitere Erkrankungen aus N00-N07 oder N26 wären ggf. danach noch hinzukodieren. Solche komplexen und abgestuften Vorgaben sind mit der bewusst einfach gehalten Regelstruktur nicht umsetzbar.



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - BfArM

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des BfArM vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
ID 01-02-048: I51.4-I51.9, N00-N07, N18.-, N19 und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I13.0-;I13.00;I13.01;I13.2-; I13.20;I13.21 ist damit grundsätzlich möglich.	Kenntnisnahme: Die Regel bildet die Mindestanforderung ab, dass bei dem Zustand "... mit Herzinsuffizienz" zumindest ein Kode für die Herzinsuffizienz angegeben wird. Darüber hinausgehende weitere Erkrankungen aus I51.4-I51.9, N00-N07 oder N26 wären ggf. danach noch hinzukodieren. Solche komplexen und abgestuften Vorgaben sind mit der bewusst einfach gehalten Regelstruktur nicht umsetzbar.
ID 01-02-049: I51.4-I51.9, N00-N07, und N26 werden ebenfalls im Hinweistext von I13.- als mögliche Kombination angegeben. Klassifikatorisch ist die zusätzliche Verwendung mit I13.1-;I13.10;I13.11;I13.2 -- ;I13.20;I13.21 ist damit grundsätzlich möglich.	Kenntnisnahme: Die Regel bildet die Mindestanforderung ab, dass bei dem Zustand "... mit Niereninsuffizienz" zumindest ein Kode für die Niereninsuffizienz angegeben wird. Darüber hinausgehende weitere Erkrankungen aus I51.4-I51.9, N00-N07 oder N26 wären ggf. danach noch hinzukodieren. Solche komplexen und abgestuften Vorgaben sind mit der bewusst einfach gehalten Regelstruktur nicht umsetzbar.
Anlage II	
§ 2 Nr. 2 der Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V: Ggf. Codes entsprechend möglicher Umsetzung von Anmerkungen zu „Sepsis-Regeln“ nach Anlage I Teil A ergänzen	Kenntnisnahme: Siehe Ausführungen zu den "Sepsis-Regeln" weiter oben.



GKV-Spitzenverband · Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Frau Anna Maria Raskop
Abteilungsleiterin
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Per E-Mail: ARaskop@kbv.de

Dr. Torsten Fürstenberg
Abteilung Ambulante Versorgung

Ansprechperson
Dr. Antje Barsch
Referat Ärztliche Vergütung (EBM) /
Qualitätssicherung

antje.barsch@
gkv-spitzenverband.de
+49 30 206288-2117

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin
Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

5. August 2024

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu aktualisierten Kodiervorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 4 SGB V zum Zwecke der Benehmensherstellung gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V

Sehr geehrte Frau Raskop,

mit Schreiben vom 17. Juli 2024 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den GKV-Spitzenverband über den Entwurf der Überarbeitung der Anlagen zum Beschluss „Kodiervorgaben“ nach § 295 Absatz 4 Satz 4 SGB V vom 12. Juni 2020 im Rahmen der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben informiert und diesen Entwurf zum Zwecke der Benehmensherstellung gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Verfügung gestellt. Konkret betreffen die Überarbeitungen Anlage I: Prüfregeleln aus der Kodierregelwerk-Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM sowie Anlage II: Prüfregeleln aus dem Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen.

Zur Benehmensherstellung wird um Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes gebeten. Der GKV-Spitzenverband nimmt hiermit gemäß § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V im Zuge der Benehmensherstellung Stellung zum vorgelegten Entwurf der Überarbeitung der Anlagen zum Beschluss „Kodiervorgaben“ nach § 295 Abs. 4 Satz 3 SGB V vom 12. Juni 2020 im Rahmen der jährlich zu aktualisierenden Kodiervorgaben.

Allgemeine Anmerkungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor die Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Vergütungsrelevanz ärztlicher Diagnosen als Grundlage der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sowie der Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfond im Rahmen des morbiditäts-orientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).

Ausdrücklich bedankt sich der GKV-Spitzenverband für die mit der Aktualisierung vorgenommene Kennzeichnung der Anpassungen sowie die Umsetzung von Vorschlägen, die auf unsere Stellungnahme vom 17. August 2023 und den Austausch auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zurückzuführen sind. Dies betrifft insbesondere Erweiterungen im Bereich Sepsis, die Aufnahme von Regeln zur Kodierung des paralytischen Ileus sowie von Frakturen der Wirbelsäule und des Femurs. Die wenigen in der auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses vereinbarten Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Akutdiagnosen noch verbleibenden ICD-Kodes sollten im Rahmen der folgenden regelmäßigen Aktualisierung der ambulanten Kodiervorgaben ebenfalls noch aufgenommen werden.

Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen

- (1) Die vorgenommenen Erweiterungen im Bereich Sepsis als eine üblicherweise stationär zu behandelnde Erkrankung im Zusammenhang mit bestimmten infektiösen und parasitären Erkrankungen betreffen zum einen obligate Regeln mit dem Hinweis der Prüfung, ob ein „Zustand nach Sepsis“ vorliegt. Sofern dies zutrifft, soll das Zusatzkennzeichen „G“ durch „Z“ ersetzt werden. Ein gleichlautender Vorschlag für dieselben ICD-Kodes der Sepsis gilt für einen weiteren Hinweis – „Die gesicherte Sepsis wurde über 2 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob ein Zustand nach Sepsis vorliegt“ – hier jedoch als fakultative Regel. Regelthema beider Hinweise sind „bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“, für den 2. Hinweistext zusätzlich das Regelthema „§ 2.2 Dauerdiagnosen“. Hier bittet der GKV-Spitzenverband um Erläuterung des differenzierten Vorgehens vor dem Hintergrund, dass durch beide Regelthemen / Hinweistexte nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes eine dauerhafte Kodierung der Sepsis verhindert werden soll. Es ist zum einen nicht nachvollziehbar, warum die Prüfung von Dauerdiagnosen regelhaft als fakultativ ausgestaltet ist, die Prüfung zum „Zustand nach“ aber obligat ist. Zum anderen scheint eine Zusammenfassung der beiden Regelthemen / Hinweistexte in einer Regel im Sinne der Übersichtlichkeit sinnvoll, setzt aber voraus, dass Regelanwendung, Bezugszeitraum und Prüfzeitpunkt für beide Optionen gleich sein müssen. Der GKV-Spitzenverband bittet in diesem Zusammenhang um Erläuterung, ob die o.g. Differenzierung aus Gründen der unterschiedlichen Bezugszeiträume und Prüfzeitpunkte notwendig und daher eine Zusammenfassung nicht möglich ist.

Die hier für die Sepsis dargestellten Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes lassen sich auch auf die Regeln für den paralytischen Ileus anwenden.

- (2) Des Weiteren betreffen die Regeln für die Kodierung der Sepsis für einen Teil der Codes die endständigen Ausprägungen der ICD-3Steller und unterscheiden sich lediglich in der jeweiligen Angabe des spezifischen Sepsis-Kodes, für einen anderen Teil der Codes unterscheiden sich die Regeln nur hinsichtlich des Sepsis-ICD-4Stellers. Dies betrifft auch die Regeln u. a. für den paralytischen Ileus sowie für die Frakturen der Wirbelsäule und des Femurs (Oberschenkel). Bei anderen Erkrankungen hingegen sind die endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers z.B. „I21“ „Akuter Myokardinfarkt“ oder „E10“ „Diabetes mellitus“ in einer Regel zusammengefasst. Wir schlagen vor, diese Inhomogenität durch eine Angleichung aufzuheben und die ICD-Kodes krankheitsspezifisch zusammenzufassen, sofern sie einer Regel folgen.
- (3) Bei der Prüfung der in den Regeln verwendeten ICD-Kodes für die Sepsis ist aufgefallen, dass die folgenden ICD-Kodes nicht aufgenommen wurden:
- ICD-Kode R57.2 Septischer Schock (Kapitel XVIII ICD-10-GM Version 2024: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind)
 - ICD-Kode O75.3 Sonstige Infektion unter der Geburt, Sepsis unter der Geburt (Kapitel XV ICD-10-GM Version 2024: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett)
- (4) In diesem Zusammenhang möchten wir anregen, die ICD-Kodes O60-O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung ebenfalls in den Regelkatalog aufzunehmen. Der Bezugszeitraum könnte hier das Quartal sein mit dem Hinweis *„Die gesicherte [...] wurde über 2 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob ein Zustand nach [...] vorliegt“* und dem Vorschlag *„Sofern zutreffend, ersetzen Sie das Zusatzkennzeichen "G" durch "Z“*.
- (5) Des Weiteren bitten wir um Aufnahme der ICD-Kodes des ICD-3Steller T80 Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken in die Regelprüfung im Kontext des Regelthemas „§ 2.2 Dauerdiagnosen“. Insbesondere die ICD-Kodes T80.0/.1/.2/.3/.4/.5/.6 scheinen uns in ihrem Komplikationsgrad nicht als Dauerdiagnosen haltbar. Für die ICD-Kodes T80.8/.9 sollte man unter der Überschrift „zu therapeutischen Zwecken“ aber auch vermuten, dass zumindest eine Prüfung als Dauerdiagnosen angezeigt ist.
- (6) In der Regel 01-02-117 sind die Codes "E14.60" und "E14.62" enthalten. Letzteres müsste vermutlich "E14.61" heißen, da die fünfte Stelle "2" für die 4. Stelle "7" vorbehalten ist.
- (7) Verweisen möchten wir noch einmal auf unsere Anmerkung (vgl. Schreiben vom 17. August 2023) zur Regel 03-02-038. In dieser Regel ist der Hinweis *„Der Kode für eine akute Subarachnoidalblutung mit dem Kennzeichen "Gesichert" wurde bereits über vier zurückliegende Quartale hinweg erfasst. Bitte prüfen Sie, ob nun ein Kode für die Folgezustände verwendet werden kann.“* geändert worden in *„Die gesicherte akute Subarachnoidalblutung wurde über 4 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob Folgezustände kodiert werden können.“* Unseres Erachtens sollte im ersten Satz der Hinweis „bereits“ weiterhin enthalten sein, um den Nutzer betonend darauf hinzuweisen, dass es nach der Kodierung einer Dauerdiagnose aussieht. Außerdem schlagen wir vor, auch die Formulierung im 2. Satz „ob nun“ beizubehalten, um klarzustellen, dass es nicht darum geht zusätzliche Codes zu vergeben, sondern den bestehenden zu ändern.

Gleiches gilt für die Regeln 03-02-40, 03-02-42, 03-02-044, 03-02-046.

- (8) Zur spezifischen Kodierung einer Insulinresistenz bei erwachsenen Typ 1 Diabetikern wurde die Schlüsselnummer U69.75! in die ICD 10 GM aufgenommen. Zur Spezifizierung des Hinweistextes der Regel 01-01-067 schlagen wir die folgende Ergänzung vor: Der Kode ist laut ICD 10 zur Angabe einer Insulinresistenz *bei erwachsenen Typ-1-Diabetikern (18 Jahre und älter)* anzugeben. *Konkret besteht hierbei ein Insulinbedarf von 1 IE/kg Körpergewicht pro Tag oder mehr, bei laborchemisch nachgewiesenem Insulinmangel (C- Peptid negativ).*

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Torsten Fürstenberg



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>Allgemeine Anmerkungen</p> <p>Der GKV-Spitzenverband begrüßt nach wie vor die Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung ambulanter Kodiervorgaben als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Kodierqualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies insbesondere vor dem Hintergrund der Vergütungsrelevanz ärztlicher Diagnosen als Grundlage der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 sowie der Zuweisung der Mittel aus dem Gesundheitsfond im Rahmen des morbiditäts-orientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).</p> <p>Ausdrücklich bedankt sich der GKV-Spitzenverband für die mit der Aktualisierung vorgenommene Kennzeichnung der Anpassungen sowie die Umsetzung von Vorschlägen, die auf unsere Stellungnahme vom 17. August 2023 und den Austausch auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses zurückzuführen sind. Dies betrifft insbesondere Erweiterungen im Bereich Sepsis, die Aufnahme von Regeln zur Kodierung des paralytischen Ileus sowie von Frakturen der Wirbelsäule und des Femurs. Die wenigen in der auf Arbeitsebene des Bewertungsausschusses vereinbarten Liste zur Überprüfung der Persistenz von üblicherweise stationären Akutdiagnosen noch verbleibenden ICD-Kodes sollten im Rahmen der folgenden regelmäßigen Aktualisierung der ambulanten Kodiervorgaben ebenfalls noch aufgenommen werden.</p> <p>Spezifische Anmerkungen zu den vorgesehenen Anpassungen</p>	<p>Kenntnisnahme:</p> <p>Die verbliebenen Codes wurden geprüft, erfordern jedoch Angaben, die über die derzeitige Datengrundlage hinausgehen bzw. komplexere Prüfstrukturen.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>(1) Die vorgenommenen Erweiterungen im Bereich Sepsis als eine üblicherweise stationär zu behandelnde Erkrankung im Zusammenhang mit bestimmten infektiösen und parasitären Erkrankungen betreffen zum einen obligate Regeln mit dem Hinweis der Prüfung, ob ein „Zustand nach Sepsis“ vorliegt. Sofern dies zutrifft, soll das Zusatzkennzeichen „G“ durch „Z“ ersetzt werden. Ein gleichlautender Vorschlag für dieselben ICD-Kodes der Sepsis gilt für einen weiteren Hinweis - Die gesicherte Sepsis wurde über 2 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob ein Zustand nach Sepsis vorliegt“ - hier jedoch als fakultative Regel. Regelthema beider Hinweise sind „bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen“, für den 2. Hinweistext zusätzlich das Regelthema „S 2.2 Dauerdiagnosen“. Hier bittet der GKV-Spitzenverband um Erläuterung des differenzierten Vorgehens vor dem Hintergrund, dass durch beide Regelthemen/ Hinweistexte nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes eine dauerhafte Kodierung der Sepsis verhindert werden soll. Es ist zum einen nicht nachvollziehbar, warum die Prüfung von Dauerdiagnosen regelhaft als fakultativ ausgestaltet ist, die Prüfung zum „Zustand nach“ aber obligat ist. Zum anderen scheint eine Zusammenfassung der beiden Regelthemen/ Hinweistexte in einer Regel im Sinne der Übersichtlichkeit sinnvoll, setzt aber voraus, dass Regelanwendung, Bezugszeitraum und Prüfzeitpunkt für beide Optionen gleich sein müssen. Der GKV-Spitzenverband bittet in diesem Zusammenhang um Erläuterung, ob die o.g. Differenzierung aus Gründen der unterschiedlichen Bezugszeiträume und Prüfzeitpunkte notwendig und daher eine Zusammenfassung nicht möglich ist.</p> <p>Die hier für die Sepsis dargestellten Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes lassen sich auch auf <u>die Regeln für den paralytischen Ileus anwenden</u></p>	<p>Kenntnisnahme: Das Kodierregelwerk unterscheidet grundsätzlich zwischen den Regelkategorien "Behandlungsfall-bezogen", die prospektiv prüfen und "quartalsübergreifend", die retrospektiv prüfen. Daher sind sie von der Struktur, dem Handlungsumfang und dem Ausführungszeitpunkt her vollkommen unterschiedlich. Eine Zusammenfassung entsprechender jeweiliger Regeln würde diese Abgrenzung konterkarieren. Die retrospektiven, quartalsübergreifenden Regeln zielen auf ein "Aufräumen" der gesamten Patientenkartei einer Praxis ab. Bei dem damit initiierten Regellauf und der Ausführung entsprechender Hinweise dürfte es sich um zeitaufwändige Vorgänge handeln, die im Praxisalltag nur schwer umzusetzen wären. Das Freiwilligkeitsprinzip zu einem individuell gewählten Zeitpunkt scheint daher alternativlos.</p>
<p>(2) Des Weiteren betreffen die Regeln für die Kodierung der Sepsis für einen Teil der Codes die endständigen Ausprägungen der ICD-3Steller und unterscheiden sich lediglich in der jeweiligen Angabe des spezifischen Sepsis-Kodes, für einen anderen Teil der Codes unterscheiden sich die Regeln nur hinsichtlich des Sepsis-ICD-4Stellers. Dies betrifft auch die Regeln u. a. für den paralytischen Ileus sowie für die Frakturen der Wirbelsäule und des Femurs (Oberschenkel). Bei anderen Erkrankungen hingegen sind die endständigen Ausprägungen des ICD-3Stellers z.B. „121“ „Akuter Myokardinfarkt“ oder „E10“ „Diabetes mellitus“ in einer Regel zusammengefasst. Wir schlagen vor, diese Inhomogenität durch eine Angleichung aufzuheben und die ICD-Kodes krankheitsspezifisch zusammenzufassen, sofern sie einer Regel folgen</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Regeln zielen auf die Änderung des Zusatzkennzeichens bei genau einem ICD-10-GM-Kode ab. Eine Zusammenfassung ist daher aufgrund der absichtlich einfach gehaltenen Regelstruktur und -funktionalität derzeit technisch nicht möglich.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>(3) Bei der Prüfung der in den Regeln verwendeten ICD-Kodes für die Sepsis ist aufgefallen, dass die folgenden ICD-Kodes nicht aufgenommen wurden: ICD-Kode R57.2 Septischer Schock (Kapitel XVIII ICD-1 O-GM Version 2024: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) ICD-Kode O75.3 Sonstige Infektion unter der Geburt, Sepsis unter der Geburt (Kapitel XV ICD-1 O-GM Version 2024: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett)</p>	<p>Kenntnisnahme: Der Auswahl der zu beregelnden Kodes wurde zunächst die Einträge im Alphabetischen Verzeichnis (Referenzfassung im PDF-Format) zugrunde gelegt. Es wurden jedoch nur diejenigen Kodes ausgewählt, die gemäß Systematischem Verzeichnis explizit eine Sepsis verschlüsseln, da das Regelwerk nur auf Basis der Systematik der ICD prüfen kann und nicht über die Einträge in der Alpha-ID-SE. Der nebenstehende Code O75.3 enthält die Sepsis implizit. Die Anwendenden können unseres Erachtens nach nicht auf eine vermeintlich kodierte Sepsis hingewiesen werden, wenn mit dem entsprechenden Code auch ein anderer infektiöser Zustand klassifizierbar ist. Die Aufnahme des ICD-GM-Kodes R57.2 in das Regelwerk für 2026 werden wir prüfen.</p>
<p>(4) In diesem Zusammenhang möchten wir anregen, die ICD-Kodes 060-075 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung ebenfalls in den Regelkatalog aufzunehmen. Der Bezugszeitraum könnte hier das Quartal sein mit dem Hinweis „Die gesicherte[. ..] wurde über 2 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob ein Zustand nach[. ..] vorliegt“ und dem Vorschlag „Sofern zutreffend, ersetzen Sie das Zusatzkennzeichen "G" durch "Z".</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Erforderlichkeit entsprechender Prüfregeln und ggf. Aufnahme in das Regelwerk für 2026 werden wir prüfen.</p>
<p>(5) Des Weiteren bitten wir um Aufnahme der ICD-Kodes des ICD-3Steller T80 Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken in die Regelprüfung im Kontext des Regelthemas „S 2.2 Dauerdiagnosen“. Insbesondere die I CD-Kodes T80.0/.1 /.2/.3/.4/.5/.6 scheinen uns in ihrem Komplikationsgrad nicht als Dauerdiagnosen haltbar. Für die ICD-Kodes T80.8/.9 sollte man unter der Überschrift „zu therapeutischen Zwecken“ aber auch vermuten, dass zumindest eine Prüfung als Dauerdiagnosen angezeigt ist</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Erforderlichkeit entsprechender Prüfregeln und ggf. Aufnahme in das Regelwerk für 2026 werden wir prüfen.</p>
<p>(6) In der Regel 01-02-117 sind die Kodes "E14.60" und "E14.62" enthalten. Letzteres müsste vermutlich "E14.61" heißen, da die fünfte Stelle "2" für die 4. Stelle "7" vorbehalten ist</p>	<p>Umsetzung: Vielen Dank für diesen Hinweis. Eine entsprechende Korrektur wird erfolgen.</p>



Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen - GKV-SV

Stand: 16.08.2024

Tabelle: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.08.2024

Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahme
<p>(7) Verweisen möchten wir noch einmal auf unsere Anmerkung (vgl. Schreiben vom 17. August 2023) zur Regel 03-02-038. In dieser Regel ist der Hinweis „Der Kode für eine akute Subarachnoidalblutung mit dem Kennzeichen "Gesichert" wurde bereits über vier zurückliegende Quartale hinweg erfasst. Bitte prüfen Sie, ob nun ein Kodifizierung für die Folgezustände verwendet werden kann.“ geändert worden in „Die gesicherte akute Subarachnoidalblutung wurde über 4 Quartale kodiert. Bitte prüfen Sie, ob Folgezustände kodiert werden können.“ Unseres Erachtens sollte im ersten Satz der Hinweis „bereits“ weiterhin enthalten sein, um den Nutzer betonend darauf hinzuweisen, dass es nach der Kodierung einer Dauerdiagnose aussieht. Außerdem schlagen wir vor, auch die Formulierung im 2. Satz „ob nun“ beizubehalten, um klarzustellen, dass es nicht darum geht zusätzliche Codes zu vergeben, sondern den bestehenden zu ändern.</p> <p>Gleiches gilt für die Regeln 03-02-40, 03-02-42, 03-02-044, 03-02-046.</p>	<p>Kenntnisnahme: Im Zuge einer weitestgehenden Vereinheitlichung der Formulierungen mit sprachlich möglichst kurz gehaltenem Verweis auf das Wesentliche wurden die Hinweistexte bereits in 2021 entsprechend angepasst. Es geht weiterhin hinlänglich aus dem Hinweis hervor, dass ein akuter Zustand nicht nachvollziehbar dauerhaft mit dem Zusatzkennzeichen "gesichert" kodiert und durch die Angabe eines Folgezustandes ersetzt bzw. mit dem Zusatzkennzeichen "Z" versehen werden sollte.</p>
<p>(8) Zur spezifischen Kodierung einer Insulinresistenz bei erwachsenen Typ 1 Diabetikern wurde die Schlüsselnummer U69.75! in die ICD 1 O GM aufgenommen. Zur Spezifizierung des Hinweistextes der Regel 01-01-067 schlagen wir die folgende Ergänzung vor: Der Kode ist laut ICD 1 O zur Angabe einer Insulinresistenz bei erwachsenen Typ-1-Diabetikern (18 Jahre und älter) anzugeben. Konkret besteht hierbei ein Insulinbedarf von 1 /E/kg Körpergewicht pro Tag oder mehr, bei laborchemisch nachgewiesenem Insulinmangel (C- Peptid negativ).</p>	<p>Kenntnisnahme: Die Regel prüft nicht die Korrektheit der Verschlüsselung des ICD-10-GM-Kodes U69.75! sondern das deshalb notwendige Vorhandensein eines Kodes für den Typ-I-Diabetes. Die Hinweistexte sollen zudem möglichst kurz und prägnant auf das Wesentliche verweisen, nämlich hier auf das Fehlen des entsprechenden Diabeteskodes. Insbesondere zu den Prüfregelein bei Diabetes mellitus veröffentlicht die KBV flankierende Kodierbeispiele mit näheren Erläuterungen (vgl. https://www.kbv.de/html/1904.php).</p>