

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Jahrestagung in Bamberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Arbeit im Vorstand unseres Berufsverbandes ist oft interessant, manchmal nervenaufreibend und leider immer wieder auch frustrierend, vor allem wenn es darum geht, für wichtige Leistungen eine längst überfällige adäquate Vergütung zu erwirken.

Was mir die größte Freude bereitet, ist, zusammen mit Thomas Eisenbach unsere bng-Jahrestagung zu planen, Themen und Referenten auszusuchen. Für uns drängende alltägliche Probleme wie auch innovative Ansätze können erörtert werden. Wir sind unabhängig von Firmeninteressen, Anregungen von Mitgliedern werden gerne berücksichtigt. Dieses Jahr werden unter anderem die Neuroendokrinen Tumore, ein vermeintliches Randgebiet, eine Hauptrolle spielen. Im Vorsymposium kann die im Rahmen des Gendiagnostik-Gesetzes geforderte Qualifikation erworben werden. Sehr aktuell werden wir im berufspolitischen Teil am

Samstag verschiedene Aspekte, Möglichkeiten und Fallstricke des Gesetzes zur ASV (Ambulante spezialärztliche Versorgung) diskutieren. Derzeit herrscht hierzu viel Unklarheit. Wir werden versuchen, etwas Licht ins Dunkle zu bringen.



Dr. Dagmar Mainz

Wenn dieses Heft erscheint, sind es nur noch wenige Wochen bis zur Tagung, die dieses Jahr vom 22. bis zum 24. Mai in Bamberg stattfinden wird. Wer sich noch nicht angemeldet hat, kann ja mal das Programm durchstöbern. Vielleicht können wir ja noch den ein oder anderen bislang Unentschlossenen in Bamberg begrüßen! Bis bald?!

Dr. Dagmar Mainz (bng-Vorstand)

Positionspapier Kapselendoskopie des bng

Teil 1: Dünndarm

Präambel

Die Kapselendoskopie (KE) ist eine nicht-invasive Methode zur Darstellung des Gastrointestinaltrakts. Es existieren Kapselsysteme unterschiedlicher Hersteller sowie Anwendungsgebiete. Die Ösophaguskapsel spielt im europäischen Raum kaum eine Rolle. In Europa kommen Systeme zur Untersuchung des Dünndarms (1) und des Kolons zur Anwendung (2).

Die Durchführung und Auswertung der Untersuchung obliegt dem qualifizierten Untersucher. Die Art der Qualifikation sowie die Standards der Systeme und der Untersuchung werden im Qualitätsstandard für die Videokapselendoskopie der kassenärztlichen Bundesvereinigung (QS-Vereinbarung Kapselendoskopie der KBV) festgeschrieben, die im Frühjahr 2014 veröffentlicht wird.

Die KE ist eine ärztliche Leistung. Sowohl die Applikation als auch die Auswertung sind vom entsprechend qualifiziertem Arzt (siehe QS-Vereinbarung Kapselendoskopie der KBV) persönlich zu

erbringen. Eine Übertragung der Leistung (sowohl Applikation als auch Sichtung des Materials/Auswertung) auf nicht qualifizierte Ärzte oder gar nicht-ärztliches Personal (z.B. MFA) ist unzulässig.

1. Dünndarm

Die Kapselendoskopie ist eine ideale ambulante Untersuchungsmethode, um minimal-invasiv den gesamten Dünndarm darzustellen. Die komplette Visualisierung des Dünndarms gelingt in 68 bis 95 Prozent der Fälle (12-14).

Vorteile der Kapselendoskopie:

- ▶ direkte Visualisierung der Dünndarm-Mucosa
- ▶ volle Mobilität während der Untersuchung
- ▶ Kapseltransport durch natürliche Peristaltik
- ▶ schmerzfrei, keine Strahlenbelastung
- ▶ ambulant durchführbar, keine Überweisung der Patienten ins Krankenhaus nötig
- ▶ Langfristige Videoarchivierung und damit Zweitbefundung oder spätere Verlaufskontrolle möglich
- ▶ patientenfreundlich, da minimal invasiv
- ▶ sicher und komplikationsarm

Nachteile der Kapselendoskopie

- ▶ rein diagnostisch
- ▶ keine Biopsie/histologische Sicherung oder therapeutische Intervention möglich

Kontraindikationen

- ▶ bekannte intestinale Obstruktion
- ▶ Dysphagie und andere Schluckstörungen
- ▶ elektromedizinische Implantate (ggfs. Überwachung mittels EKG-Monitoring), in mehreren Studien wurden jedoch keine bidirektionalen Interferenzen zwischen Kapsel und Schrittmachern gezeigt (1-7, 23)

Besondere Situationen

- ▶ Endoskopische Kapselapplikation bei Schluckstörung mit drohender Aspiration (8,9)

Schwangerschaft

- ▶ geplante MRT vor nachgewiesener Ausscheidung der Video-kapsel

Untersuchungsvorbereitung

Eine vor der Kapsel durchgeführte Darmlavage verbessert die Beurteilung der Schleimhaut und führt zu einer erhöhten Detektionsrate von pathologischen Befunden. Die Gabe eines Prokinetikus vor der KE kann nicht generell empfohlen werden. Die Gabe von Simethicon vor Durchführung der KE verbessert durch Reduktion von Luftblasen die Beurteilbarkeit des Dünndarms (22). Darmlavage am Vorabend der Untersuchung: 2 Liter verbessern die Dünndarmbeurteilbarkeit besser als 1 Liter, 4 Liter sind jedoch nicht besser als 2 Liter (19-21).

Einnahme eines Entschäumers (z.B. 200mg Simeticon) 20 Min. vor Kapseleinnahme (10,11)

Eine positive Wirkung von Prokinetika auf das Erreichen des Caecums wurde in randomisierten Studien nicht gezeigt (12-17)

Das Kauen von zuckerfreiem Kaugummi kann die Pyloruspassage beschleunigen (18)

Indikationen

(I) Obskure gastrointestinale Blutung

Die Blutungsquelle einer obskuren GI-Blutung liegt i.d.R. zwischen der Papilla Vateri und der Valvula Bauhinii. Der erfolgreiche Einsatz der KE bei der so definierten mittleren GI-Blutung ist inzwischen durch zahlreiche Studien gesichert (1). Die Kapselendoskopie ist bei dieser Indikation als dritte Methode nach Gastro- und Koloskopie durch die deutsche (1) und europäische (2,3) Fachgesellschaft empfohlen. Der GBA beschloss im November 2010 die Aufnahme der KE als Methode der vertragsärztlichen Versorgung. Unter Mitwirkung des bng wurde inzwischen durch eine Arbeitsgruppe der KBV eine Qualitätssicherungs-Richtlinie erarbeitet. Auf dieser Basis wird der Bewertungsausschuss 2014 eine Bewertung der Leistung KE des Dünndarms bei „obskurer GI-Blutung“ vornehmen.

Voraussetzung zur Abrechnung der KE in der ambulanten Versorgung von GKV-Patienten (gem. Bekanntmachung des Beschlusses des GBA über die Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Endoskopie bei Blutungen des Dünndarms vom 11. November 2010, ratifiziert durch den Bundesgesundheitsminister 2.2.2011):

Vorliegen einer persistierenden oder rezidivierenden Eisenmangelanämie, wenn nachvollziehbar keine andere Ursache als ein enteraler Blutverlust infrage kommt, oder

Nachweis von sichtbarem oder okkultem Blut im Stuhl bei gleichzeitiger Hb-Konzentration unterhalb des Normbereichs

vorausgegangene endoskopische Untersuchung von Speiseröhre, Magen, Duodenum, Dickdarm sowie des Analkanals und nach Möglichkeit des terminalen Ileums ohne Nachweis einer Blutungsquelle

vor dem Einsatz der Kapselendoskopie soll eine medikamentös verursachte Blutung als Ursache ausgeschlossen werden, wenn dies vertretbar ist.

Der Blutungsbegriff wurde dabei sehr weit definiert: „Die Symptomatik reicht von einer subklinischen Eisenmangelanämie bis hin zu einem lebensbedrohlichen hämorrhagischen Schock. Die möglichen, einer Blutung zugrunde liegenden Erkrankungen des Dünndarms sind ebenfalls vielfältig und reichen von kleinen Angiodysplasien – als häufigste Blutungsursache bei älteren Patienten – über Ulzera, Meckel-Divertikel und Morbus Crohn bis zu malignen Tumoren.“ (15)

(II) Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Nachweis und Ausschluss bei Verdacht auf Morbus Crohn (Erstdiagnostik): Zum Nachweis oder vor allem Ausschluss eines M. Crohn des Dünndarms ist die KE im Vergleich zu radiologischen Methoden (Röntgenkontrast, CT und MRT) die sensitivere Untersuchung. Im Gegensatz zum MRT kommen nicht nur wanddurchgreifende Alterationen, sondern auch mucosale Veränderungen zur Darstellung (7). Die KE zeigt sich der Koloskopie überlegen, wenn die Befunde proximal des terminalen Ileum liegen (1,2). Die Stärke der KE bei der Frage nach einem isolierten Crohnbefall des Dünndarms liegt in ihrem hohen negativen prädiktiven Wert von 96 Prozent (28). Daraus ergibt sich eine Änderung des therapeutischen Vorgehens in bis zu 50 Prozent der Fälle bei Erwachsenen und in bis zu 80 Prozent der Fälle bei Kindern (1,24-26) sowohl bei Erstdiagnose als auch bei der indeterminierten Kolitis. Das Ausdehnungsmuster im Dünndarm kann zuverlässig dargestellt werden (26). Die Differentialdiagnose zu Läsionen anderer Genese wie NSAR kann problematisch sein (1). Die nicht natürliche Kapselpassage bei nicht passierbarer Stenose ist die herausragende Komplikation, eine genaue Anamnese hinsichtlich einer (Sub-) Ileussyndromatik ist unerlässlich, eine Probe- (Patency-) Kapsel kann im Vorfeld dazu beitragen, die Situation richtig einzuschätzen (3,4,19,38).

Die Indikationsstellung zur KE bei V.a. isolierten M. Crohn ist nicht eindeutig geklärt. Eine Abgrenzung zum Kollektiv der Reizdarmpatienten kann schwierig sein. Gesichert ist die Notwendigkeit einer Plus-Symptomatik (gleichzeitiges Vorliegen einer okkulten/ouverten Blutung, Anämie, Erhöhung der Entzündungsparameter) bei typischer Klinik (Tenesmen, Diarrhoe, extraintestinale Manifestationen). Dem Calprotectin im Stuhl kommt zumindest bei Kindern und Jugendlichen eine hohe Bedeutung als Marker zu (30), bei Erwachsenen ist die Korrelation aber schlechter (16).

Zusammengefasst ist die KE des Dünndarms bei strenger Indikationsstellung zum Nachweis oder Ausschluss einer isolierten Crohnerkrankung des Dünndarms bei vorangegangener unauffälliger bi-direktionaler Endoskopie radiologischen Methoden wie dem MRT überlegen und bei Beachtung entsprechender Vordiagnostik z.A. einer intestinalen Stenose i.d.R. sicher durchführbar. Im Unterschied zum MRT ist die KE bei dieser Indikation derzeit keine gesetzliche Kassenleistung, wenn nicht gleichzeitig eine unklare Blutung oder Eisenmangelanämie vorliegt.

Nicht klassifizierte CED (indeterminierte Kolitis): Bei etwa 10 bis 15 Prozent aller Patienten ist eine Unterscheidung der chronisch entzündlichen Darmerkrankung im ersten Jahr nach Diagnosestellung nicht möglich. Die KE kann hierbei richtungsweisende Befunde liefern, so dass bei einigen Patienten die Diagnose „Morbus Crohn“ gestellt werden kann (8,38).

Diagnostische Abklärung bei bekanntem Morbus Crohn: Bei klinischem Bild einer Dünndarmstenosierung sollte keine KE durchgeführt werden. Ein erfahrener Gastroenterologe sollte hiermit auch ohne technische Hilfsmittel keine Probleme haben. Bei Zweifel kann mit einer Schnittbildmethode, einer Abdomensonographie, am zuverlässigsten aber mit der Patency-Kapsel der Nachweis der Durchgängigkeit erfolgen (38,42). Die KE kann bei unklaren Symptomen eines etablierten M. Crohn hilfreich sein und übertrifft die Push-Enteroskopie, die CT-Enterografie und die Dünndarmkontrastmitteldarstellung in der diagnostischen Ausbeute (38). Mit der KE kann die Wirkung einer medikamentösen Behandlung beobachtet und die mucosale Heilung überwacht werden (31,34,35,38-42).

(III) Überwachung von erblichen Polyposis-Syndromen

Das Peutz-Jegher-Syndrom (PJS) ist eine autosomal dominante Erbkrankheit mit Ausbildung von multiplen Polypen (Hamartomen) im gesamten GI-Trakt. Neben dem Risiko einer Anämie oder GI-Blutung führen Polypenobliteration und Invagination zu akuten Krankheitssituationen. Ein vorsorgliches Screening im pädiatrischen Alter ist indiziert. Ob die KE sinnvoll ist und in welchen Intervallen die KE durchgeführt werden soll, wurde in vielen zum großen Teil pädiatrischen Studien geklärt. Der Einsatz der KE beim Peutz-Jeghers-Syndrom und bei der familiären adenomatösen Polyposis mit Nachweis von Duodenaladenomen erscheint nach aktueller Datenlage sinnvoll (31). Effizient ist ein Screening inkl. KE ab dem 5. Lebensjahr in einem Intervall von 3 Jahren (1). Bei Vorliegen von Dünndarmadenomen scheint die KE des Dünndarms sinnvoll, da die Wahrscheinlichkeit für weitere distal gelegene Adenome erhöht ist (31). Ein Adenomscreening des Dünndarms mittels KE bei familiärer adenomatöser Polyposis (FAP) ist eine sinnvolle Ergänzung zu ÖGD, Duodenoskopie mit Seitblickoptik zur Beurteilung der Papille und zur Ileocoloskopie, da die KE im Vergleich zu MRT und DDDK (Dünndarm Doppelkontrast nach Sellink) die höhere Detektionsrate aufweist (31).

(IV) Sprue

Die endemische Sprue ist mittels serologischer Verfahren und Dünndarmbiopsie mit großer Sicherheit nachzuweisen oder auszuschließen. In der Erstdiagnose einer Sprue spielt die KE aus diesem Grund keine Rolle, auch wenn in der KE eine Sprue als Zufallsbefund gefunden werden kann, insbesondere, wenn

sie latent oder asymptomatisch verläuft. Eingesetzt werden kann die Kapselendoskopie, wenn eine Gastroskopie mit Biopsie nicht möglich ist (1). Die kompliziert verlaufende Sprue (Nichtansprechen der Diät, persistierende Anämie, abdominelle Schmerzen unter Therapie etc.) stellt eine Indikation zur KE des Dünndarms dar (9-11). Neben Ulcerationen können Lymphome, Strikturen und Carcinome gefunden werden. Die KE ergänzt hiermit andere, invasive diagnostische Möglichkeiten.

(V) Einsatz bei Kindern

Die KE ist laut FDA für Kinder ab zwei Jahren zugelassen. Gerade bei sehr jungen Patienten unter vier Jahren ist eine endoskopische Kapselplatzierung häufiger notwendig (1). Die KE gilt als sichere Methode mit vergleichbarer Retentionshäufigkeit wie bei Erwachsenen (2). Hierbei hilft die „Patency“-Kapsel dabei, auch bei Kindern sicher die Passagefähigkeit zu bestätigen (6). Die häufigste Indikation bei Kindern ist in etwa zwei Drittel der Fälle Morbus Crohn mit einer diagnostischen Ausbeute von 60 Prozent. Auch in diesen Fällen ist die Kapsel bezüglich ihrer Genauigkeit anderen Untersuchungsverfahren überlegen (3,4). Weitere mögliche Indikationen: enterales Eiweißverlustsyndrom, Malabsorptionsstörungen, Meckel-Divertikel, andere (z.B. Blue Rubber Blebs Syndrom) (1). Im GBA Beschluss wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie die KE als Kassenleistung erbringen können.

Teil 2 zur Kolonkapsel folgt in der nächsten Ausgabe der bng-Informationen. Sämtliche Literatur-Angaben bei der Fachgruppe Kapselendoskopie auf der Webseite des bng.

*PD Dr. Michael Farnbacher, Dr. Horst Hohn, Dr. Michael Philipper
(Fachgruppe Kapselendoskopie im bng)*

Ergänzungen und Neuerungen

Korrektcodes Kodieren

Bereits mehrfach haben wir darauf hingewiesen, dass das korrekte Kodieren der Diagnosen nach ICD-10 kein Selbstzweck ist, sondern Auswirkungen auf die Höhe unserer Honorare hat. Das wirkt sich regional über den Risikostrukturausgleich aus (vgl. Tappe, Ulrich: Richtiges Kodieren in der Praxis - Kodierung ist in unserem eigenen Interesse, Z Gastroenterol Aug 2013; 51). Zum anderen ist aber die Morbidität, die nach der ICD-Kodierung der Diagnosen ermittelt wird, eine der entscheidenden Grundlagen bei der Bemessung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Wichtig ist, dass bei der MGV-Berechnung nur gesicherte Diagnosen (Zusatzkennzeichen G) zählen. Diagnosen mit Zusatzkennzeichen A (Ausschluss) oder Z (symptomloser Zustand nach) sind nur für die KV-Abrechnung relevant, fallen aber bei der Diagnosemitteilung gegenüber den Kassen komplett heraus, d.h. damit wird keine Morbidität dargestellt! Nur gesicherte Diagnosen („G“) sind gute Diagnosen! Jeder Arzt muss deshalb darauf achten, dass jede Leistung möglichst mit einer gesicherten Diagnose verbunden wird. Das führt besonders bei Vor- und Nachsorgeuntersuchungen zu Unsicherheiten oder Verwirrung.

Welche Diagnose verschlüsselt man bei Patienten mit familiärem Darmkrebsrisiko, bei denen man (vor dem 56. LJ) eine „präventive“ Koloskopie macht (nach EBM als „kurative“ Koloskopie mit der 13421 abzurechnen)? Hier hilft ein Blick in das Kapitel Z („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“), in dem viele Gründe für spezielle Untersuchungen aufgeführt werden. Bisher galt aber der Grundsatz, dass eine Diagnose aus dem Kapitel Z die Abrechnung einer kurativen Leistung nicht rechtfertigt. Das ist in sich unlogisch und lästig.

Auf unsere Anfrage hat die KBV nun mitgeteilt, dass die alleinige Diagnose „Z80.0G Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familie“ korrekt und ausreichend ist und die Abrechnung eines kurativen Falles rechtfertigt. Das klingt unwesentlich, ist aber eine erhebliche Veränderung gegenüber den bisher mitgeteilten Grundsätzen: Man musste bisher eine Diagnose aus dem Kapitel Z (Z80.0G) kombiniert mit einer anderen Diagnose (z.B. C18.9A, mit dem Zusatzkennzeichen „A“) verwenden. So kompliziert hat das wahrscheinlich kaum jemand gemacht und auf die Z80.0G und damit auf die morbiditätsrelevante Diagnose verzichtet.

Doppelt-Z-Diagnose

Zur Darstellung der Morbidität ist auch bei Nachsorgeuntersuchungen wichtig, dass man zusätzlich zum ICD-Code der Grundkrankheit (mit Zusatzkennzeichen „Z“) einen ICD-Code aus dem Kapitel Z08 oder Z09 (mit Zusatzkennzeichen „G“) verwendet. Es gilt hier der wenig bekannte Grundsatz der sogenannten „Doppelt-Z-Diagnose“. Beispiele sind die Nachuntersuchung nach folgenlos geheiltem Sigma-Ca-Op: C18.7Z und Z08.0G sowie die Nachuntersuchung nach Polypektomie eines Aszendensadenoms vor 3 Jahren: D12.4Z und Z09.0G.

Nebstehend noch mal ein Überblick über die korrekte ICD-Kodierung von leitliniengerechten Vorsorge- und Nachsorgeuntersuchungen (vgl. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, DGVS 2013). Bei Nachsorgeuntersuchungen sollte immer neben der Diagnose aus Kapitel Z eine Diagnose aus Kapitel C oder D angegeben werden.

Anmerkung zur Angabe der anatomischen Lage

Bitte beachten, dass Kolonadenome und serratierte Adenome mit D12.0 bis D12.9 (je nach Lokalisation) kodiert werden. Die ICD-Kodierung K63.5 ist nur für die unbedeutenden hyperplastischen Polypen korrekt! Kolonkarzinome sind nach C18.0 bis C18.8, Rektumkarzinom nach C19 oder C20 zu kodieren. Anmerkung zur korrekten Abrechnung: Die EBM-Nr. 01741 ist ausschließlich bei einer „Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien mit Darstellung des Zökums“ abzurechnen, d.h. bei einer präventiven Koloskopie ab dem Alter von 55 Jahren und eine zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Bei allen anderen Indikationen muss die Koloskopie nach EBM-Nr. 13421 abgerechnet werden, auch wenn es sich aus medizinischer Sicht um eine präventive Untersuchung handelt (Untersuchung zu Abklärung eines positiven FOBT, Untersuchung bei familiärem Risiko vor dem 56. LJ, Untersuchung von Angehörigen oder Genträgern von FAP oder HNPCC).

Verwandte ersten Grades von Patienten mit kolorektalem Karzinom,

Z80.0G	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese
--------	---

Verwandte von Patienten mit hereditärem Kolonkarzinomsyndrom (HNPCC, FAP):

Z80.0G	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Familienanamnese
--------	---

Verwandte von Patienten mit kolorektalen Adenomen:

Z83.7G	Krankheiten des Verdauungssystems in der Familienanamnese
--------	---

Koloskopie zur Darmkrebsvorsorge nach der Früherkennungsrichtlinie:

Z12.1G	Untersuchung auf Neubildung des Darmtraktes
--------	---

Nachsorgeuntersuchung nach Abtragung von Kolonpolypen:

Z09.0G	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände und
D12.-Z	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus

Kontrolluntersuchungen nach gastrointestinaler Blutungen/Ulcus oder Polypen:

Z09.88G	Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände und
Z87.1G	Krankheiten des Verdauungssystems in der Eigenanamnese und evtl. spezifische Diagnose zusätzlich

Karzinomnachsorge:

Z08.0G	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder
Z08.7G	Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung und
Z85.0G	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane in der Eigenanamnese und
C18.-Z	Bösartige Neubildung des Kolons oder
C19Z	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang oder
C20Z	Bösartige Neubildung des Rektums

Online-Kodierhilfen:

ICD-Scout: <http://icdscout.de/> (schnelle Volltextsuche); DIMDI: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm>; KBV: <http://icd.kbv.de/icdbrowser/>.

Dr. Franz Josef Heil (bng-Vorstand), Dr. Ulrich Tappe (Sprecher der Regionalgruppe Westfalen-Lippe im bng)

Impressum

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Holdergärten 13, 89081 Ulm
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de