

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

icd2018-Lyme-Borreliose chronische Form

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Es erfolgte eine Anfrage an die zuständige Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Infektiologie als Voraussetzung weiterer Bearbeitung. Es ging keine Antwort ein oder Stellungnahme zur fachlichen Notwendigkeit der separaten Kodierung chronischer Fälle.

5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Bei Lyme-Borreliose gibt es ein Früh- (früher Stad. 1 und 2) und ein Spätstadium (früher Stad. 3). Im Spätstadium besteht meist eine Multi-System-Erkrankung. Die derzeitigen Nummern A 69.2 Lyme-Krankheit, Erythema chronicum migrans durch *Borrelia burgdorferi*, M 01.2 Arthritis bei Lyme-Krankheit und G 01 Meningitis bei andernorts klassifizierten bakteriellen Erkrankungen, tragen dem in keiner Weise Rechnung. Auch ergänzende Kreuz-Sternverschlüsselungen einzelner Späterkrankungen sind bei der Vielfalt der Folgen unzureichend.

Neuer Vorschlag:

A 69.2 Frische Infektion mit *Borrelia burgdorferi*, Frühstadium der Borreliose

- .21 mit Erythema migrans
- .22 ohne Erythema migrans
- .23 mit Dissemination und frischer Organmanifestation

A 69.3 Spät-Borreliose, chronische Borreliose, persistierende Borreliose

- .31 mit Beteiligung der Haut, Acrodermatitis chronica atrophicans
- .32 mit Beteiligung des Bewegungsapparates
- .33 mit Beteiligung des Nervensystems, incl. Augen, incl. Demenz
- .34 mit Beteiligung des Herz-Kreislauf-Systems
- .35 mit Beteiligung des Magen-Darm-Kanals
- .36 mit Beteiligung des Urogenitaltraktes
- .37 mit Beteiligung der Atmungsorgane, incl. Nasennebenhöhlen
- .38 mit Beteiligung von Drüsen
- .39 mit Koinfektion/en

Bei den frischen Organmanifestationen sind z.B. frühe Entzündungen an Herz, Augen, Nervensystem, Gelenken, Drüsen usw. gemeint.

Bei der chronischen Erkrankung könnte man weitere Untergliederungen vornehmen, z.B. beim Nervensystem: ZNS, peripher, Demenz, Augenbeteiligung differenzieren oder die betroffenen Drüsen auflisten, oder die wichtigsten Koinfektions-Erreger angeben (wie z.B. Chlamydia pneumoniae, Chlam. tracheatis, Yersinien, Mykoplasmen, Ehrlichien/Anaplasmen, Babesien, Bartonellen, Rickettsien...)

6. 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 die Entgeltsysteme zu prüfen, wir bitten daher auch in diesen Fällen um Beantwortung der unter b genannten Fragen.

Für chronische Borreliose, die durch späte Diagnosestellung und unzureichende Behandlung sehr häufig vorkommt, gibt es keine Klassifikations-Nummer. Besonders durch die Benutzung der Nr. A 69.2 sowohl für frische als auch für Späterkrankungen ergeben sich schwere Fehler in der Statistik. Die mitunter von Experten geäußerte Behauptung, chronische Borreliose gäbe es nicht oder sehr selten, entspricht nicht der Realität. Derzeit werden vermutlich chronisch Kranke in jedem Quartal von den Krankenkassen mit der Nr. A69.2 neu gezählt.

Die Infektion ohne Erythema migrans (EM) tritt in Europa in 30-50 Prozent der Fälle auf (Quelle: „Klinik der Lyme-Borreliose“ von Norbert Satz, 3. Aufl. Seite 173). In bis zu 90 Prozent tritt ein EM nur in Amerika auf durch den dort fast ausschließlich vorkommenden Genotyp Borrelia burgdorferi sensu stricto.

In Ermangelung einer Nummer für chronische Borreliose werden bei Beratungen, Überweisungen usw. häufig die Symptome anstelle der Grunderkrankung verschlüsselt:

Da immer eine ausgeprägte Erschöpfung besteht, erscheinen z.B. die Diagnosen: Chron. Fatigue Syndrom CFS bzw. ME, myalgische Encephalomyelitis G93.3, psychovegetative Erschöpfung F48.0, posttraumatische Belastungsstörung F43.1, Depression F32.9, Burn-out Z73. Bei Kindern wird z.B. Schulversagen Z55, F91.1 angegeben. Die Gelenkschmerzen werden fehlgedeutet als Rheuma M79.09, Fibromyalgie-Syndrom M79.7, Polyarthralgie M25.50, Wirbelsäulensyndrom M53.99 oder man findet auch Lupus erythematodes L93.0 oder Sarkoidose D86.9 unter den Diagnosen, Diskusprolaps M51.- oder Spinalkanalstenose M48.- und andere Engpasssyndrome wie Karpaltunnelsyndrom G56.0. Neuroborreliose wird häufig als Multiple Sklerose fehlgedeutet (G35.0). Bei Herzbeteiligung I49.- absoluter Arrhythmie oder anderen Rhythmusstörungen I49.9 wird oft lange nicht an Borreliose mit (Myo)-Karditis (I51.8) gedacht.

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 (mit den vorgeschlagenen neuen 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 -minderaufwand. 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.**

Es gibt sehr viele chronisch an Borreliose erkrankte Patienten, die häufig aber noch nicht als solche erkannt worden sind. Die Fehldiagnosen spielen hier eine sehr große Rolle, weil über die Vielfalt der auftretenden Symptome viel zu wenig bekannt gemacht wird. Differentialdiagnostisch wird Borreliose zu selten in Erwägung gezogen, keine Serologie durchgeführt und diese ist unzuverlässig. Nicht einmal eine Standardisierung der Serologie gibt es. In einer neueren Befragung von Patienten wurde die Konsultation von durchschnittlich mehr als 7 Ärzten bis zur Diagnosestellung angegeben und in 60 Prozent mehr als 2 Jahre Zeitverzug (www.borreliose-nachrichten.de/datenerhebung/) Dadurch kommt es neben der Verschleppung und Chronifizierung zu monate- und jahrelang z.T. teuren unnötigen diagnostischen Untersuchungen, schwerwiegenden Fehldiagnosen und zu folgeschwerer Fehlbehandlung, z.B. mit preisintensiven Immunsuppressiva, was die Infektionskrankheit weiter verschlechtert. Die Kosten der falschen Diagnose und Behandlung können das 100-fache einer erfolgreichen Langzeitantibiose der Borreliose betragen.

Z.B. werden auch oft Endoprothesen-Operationen durchgeführt ohne vorherigen Ausschluss chronisch entzündlicher Vorgänge wie Borreliose und deren Koinfektionen.

Eine falsche psychiatrische Diagnose kann zu langer Arbeitsunfähigkeit und langem kostenintensiven stationären Aufenthalt führen. Extrem werden die Kosten bei Alzheimer mit Pflegebedürftigkeit. Die Forscherin Judith Miklossy (www.miklossy.ch, www.jneuroinflammation.com/content/8/1/90) hat in einem Viertel der Fälle in Alzheimer-Gehirnen Borrelien als Ursache gefunden, auch andere z.B. Mund-Spirochäten in sehr hohem Prozentsatz. Das ist nicht absonderlich, wenn man den Verlauf der Spirochätenkrankheit Syphilis kennt, die in Demenz enden kann und insgesamt einen der Borreliose sehr ähnlichen Krankheitsverlauf zeigt. Auch werden chronische Neuroborreliosen öfter als Multiple Sklerose angesehen mit jahrelangen hohen Therapiesummen. Abgesehen von den Kosten für das Gesundheitswesen ist die falsche Diagnose und damit falsche Therapie eine Katastrophe für den Patienten und seine Familie.

Die Duplikationszeit von Borrelien ist noch um ein Viertel länger als die von Tbc-Erregern, deshalb ist eine Therapiedauer von 3-4 Wochen, wie in den Leitlinien empfohlen, vollkommen unzureichend. Wirksam sind im Spätstadium Tetracycline, Makrolide, Nitroimidazole, Malariamittel und andere, die kombiniert werden sollten. Sie sollten intrazellulär wirksam und liquorgängig sein und auf Dauerformen wirken. Eine erfolversprechende Therapie der Spätborreliose muss mindestens 6-12 Monate betragen (eigene Erfahrungen liegen vor). Von den verwendbaren Antibiotika sind keine im Hochkostenbereich. Auch wenn die Therapie ein Jahr betragen sollte, steht am Ende eine Heilung oder Besserung, so dass z.B. Schmerzmittel und etliche andere symptomatisch verordnete Medikamente, Physiotherapien usw. nicht mehr gebraucht werden und die Berentung vermieden werden kann. Von den persönlichen Vorteilen für die Patienten bei Verhinderung schwerer Endzustände sind besonders die ökonomischen Vorteile für die Gesellschaft bei Demenz und Pflegebedürftigkeit durch starke Bewegungseinschränkungen gar nicht hoch genug einzuschätzen.

Bei der Vielfalt möglicher Krankheitsverläufe ist eine exakte Kalkulation nicht festzulegen. Insgesamt kann man aber feststellen, dass eine initiale hohe und mindestens 4 Wochen betragende Antibiose bei einem frischen Zeckenstich mit Infektion, ohne Dissemination, einen Bruchteil späterer Kosten erfordert (nämlich ca. 100 Euro, incl. 1x Serologie als Kontrolle nach einigen Wochen). Bei bereits erfolgter Dissemination sind viel längere Behandlungszeiten erforderlich.

c. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Durch differenzierte Klassifizierung ist eine Trennung der frischen Infektionen von den chronischen Fällen möglich. Bisher werden chronisch Kranke offenbar jedes Quartal mit der Nr. A 69.2 als neu erfasst, sofern es in dem Bundesland überhaupt eine Meldepflicht gibt. Derzeit beruhen die Angaben des Robert-koch-Instituts und einiger Krankenkassen nur auf Schätzungen und Hochrechnungen aus meldepflichtigen Bundesländern. Chronische Borreliose ist gar nicht meldepflichtig. Das ist vielfach kritisiert worden, also bekannt, ohne dass es Konsequenzen gehabt hätte. Angeblich sei Borreliose (serologisch) nicht beweisbar. Es gibt eine Menge Krankheiten (z.B. psychiatrische), deren Diagnose man ausschließlich klinisch stellen muss. Bei Borreliose wird das bisher nicht akzeptiert, nicht einmal bei vorhandenen serologischen Befunden. Man ignoriert die Krankheit der Einfachheit halber. Dies und die Bagatellisierung durch Experten führt auch zu fehlender Forschung am klinischen Krankheitsbild. Die serologische Diagnostik beruht auf dem Nachweis von Antikörpern. Borrelien selbst besitzen mehrere Fähigkeiten, das Immunsystem und damit die Antikörperbildung vollkommen auszuschalten (Übersichtsarbeit z.B. von Peter Kraiczy: Überleben im humanen Wirt: Wie sich Borrelien der Immunabwehr entziehen, Mikrobiologe 21.Jg 2011, S.186-192.) Man sollte erwarten, dass Experten diese Problematik kennen und nicht so unsinnige Forderungen aufstellen wie: Ohne positive serologische Befunde keine Therapie. Das bedeutet: Keine kausale Behandlung für den Patienten und evtl. schwerste Spätfolgen.

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

Vielleicht wird, wenn man durch neue Klassifizierung häufiger an Borreliose denkt, gerade im neurologischen und orthopädischen Bereich bei der Diagnosestellung mal genauer hingesehen und an chronische Borreliose gedacht. Im chronischen Stadium gibt es die in den Leitlinien geforderten Liquorveränderungen häufig nicht mehr.

7. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Es gibt zur Borreliose zwei Lehrmeinungen, die der IDSA (Infectious Diseases Society of America) und die der ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society). Bekannt gemacht wird nur die der IDSA, die in wesentlichen Punkten falsch ist (z.B. Häufigkeit, Leugnung chron. Verlaufsform, Therapie) und seit Jahren heftig kritisiert wird. Verglichen werden Unterschiede der Lehrmeinungen z.B. unter www.verschwiegene-epidemie.de/wp-content/uploads/2011/09/Unterschiede-der-Positionen-von-IDSA-und-ILADS-.pdf (2011). Die Gültigkeit der IDSA-Leitlinie ist Ende 2015 abgelaufen, hoffentlich ein Anlass für Änderungen.

Ein Umdenken im Umgang mit Borreliosepatienten ist dringend erforderlich. Ihre chronische Infektionskrankheit, die behandelbar ist, wird auf Grund der falschen Lehrmeinung nur selten kausal behandelt. Ein angebliches Post –Lyme-Syndrom ist keine psychosomatische Erkrankung, sondern eine insuffizient behandelte chronische Infektionskrankheit mit z.T. verheerenden Folgen.

Experten, die die Existenz der Spätborreliose anzweifeln oder ihre Häufigkeit in Frage stellen, gehören m.E. nicht in Leitlinienkommissionen, denn sie ignorieren einen wichtigen Teil der Problematik. Allerdings sind sie derzeit dort federführend vertreten. Nach Leitlinien, obwohl sie keine Gesetzeskraft haben, richtet sich auch die Justiz mit meistens fatalen Folgen.