

Stellungnahme

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zu

**dem Entwurf des Bundesversicherungsamtes
der Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren
und Berechnungsverfahren für das
Ausgleichsjahr 2016
(Az. 312-5572.1 - 163/2015)**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften weist die BAG SELBSTHILFE seit Jahren mit Nachdruck darauf hin, dass der Morbi-RSA durch seine **Begrenzung auf 80 Krankheiten** in vielen Fällen nur die Durchschnittskosten einer häufigen Erkrankung abbildet und dass bei der Zusammenführung von verschiedenen Erkrankungen zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe oft eine sehr hohe Streubreite besteht. Gerade bei Erkrankungen, wie etwa bei bestimmten Formen der Hämophilie oder der Mukopolysaccharidosen hat dies jedoch zur Folge, dass die im Rahmen des MorbiRSA den Kassen erstatteten Kosten um ein Vielfaches niedriger sind als die tatsächlichen typischen Kosten einer solchen Erkrankung. Diese Erkrankungen mit hohen Kosten und vergleichsweise niedrigen Ausgleichszahlungen werden damit zu einem Kostenrisiko für die jeweilige Krankenkasse. Für Patientinnen und Patienten hat dies in der Praxis leider zur Folge, dass von den Krankenkassen in vielen Fällen die Übernahme von Behandlungskosten abgelehnt wird, trotzdem diese Behandlungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind. Teilweise versuchen manche Krankenkassen, derartig kostenintensive Patientinnen und Patienten gegen die geltende Rechtslage zu einem Wechsel ihrer Krankenkasse zu veranlassen; für die Betroffenen sind derartige Praktiken natürlich in höchstem Maße belastend und beeinträchtigen auch u.U. ihre Gesundheit.

Aus diesem Grunde befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch die Idee eines **(Hoch-) Risikopools** als einen ersten Schritt zu einer höheren Zielgenauigkeit des MorbiRSA und einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Krankenkassen. Auf lange Sicht müsste jedoch aus Sicht der BAG SELBSTHILFE seitens des Gesetzgebers die Anzahl der zu berücksichtigenden Krankheiten auf mindestens 200 - 300 Krankheiten erhöht werden, wie dies ja auch bereits im Gutachten zum MorbiRSA vorgeschlagen wurde. Zudem müsste insbesondere für die vielen seltenen Erkrankungen eine Generalklausel geschaffen werden, damit auch diese Erkrankungskosten hinreichend im MorbiRSA abgebildet werden können.

Zu den aktuell getroffenen Festlegungen möchten wir insbesondere zum Indikationsbereich **Mukoviszidose** auf Folgendes hinweisen:

In Anlage 2 Aufgreifkriterien AJ 2016 (Entwurf) wird als Kriterium für Mukoviszidose (Patienten > 11 Jahre, DxG 449) festgelegt, dass die Behandlung mit mindestens 1 der für Mukoviszidose festgelegten Arzneimitteln über 183 Tage erfolgen muss. Im pdf-Dokument Anlage 2 Aufgreifkriterien 2016 (Entwurf) wird der Verlauf der Mukoviszidose als chronisch konkretisiert.

Die für Mukoviszidose festgelegten Medikamente, die als Aufgreifkriterium gelten sollen, sind folgende:

Enzym-haltige Zubereitungen

Vitamin A, rein

Vitamin D und Analoga

Andere Vitaminpräparate, rein

Kombinationen von Vitaminen

Vitamine mit Mineralstoffen

Vitamine, andere Kombinationen

Vitamin K

Glucocorticoide

Beta-Lactamase-resistente Penicilline

Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren

Cephalosporine der 1. Generation

Cephalosporine der 2. Generation

Cephalosporine der 3. Generation

Cephalosporine der 4. Generation

Monobactame

Andere Cephalosporine und Peneme

Makrolide

Andere Aminoglykoside

Fluorchinolone

Polymyxine

Propionsäure-Derivate

Selektive Beta2-Adrenozeptor-Agonisten

Glucocorticoide

Anticholinergika

Mukolytika

Andere Mittel für den Respirationstrakt

Grundsätzlich werden diese Arzneimittel tatsächlich bei Mukoviszidose verordnet.

Doch gehören die oben angegebenen Vitamine zu den OTC-Präparaten. Vitamin A, Vitamin E sind gar nicht verordnungsfähig und müssen von den Patienten selbst gekauft werden, ebenso Kombinationspräparate. Vitamin D kann nur bei manifester Osteoporose verordnet werden, also nach Knochenbrüchen, Vitamin K, wenn ein Mangel manifest wird. Das heißt, diese Medikamente, obwohl regelmäßig gegeben, tauchen nur sehr selten in den Verordnungen, die über die Krankenkassen abgerechnet werden, auf und sind daher als Aufgreifkriterium eher nicht geeignet.

Die oben beschriebenen Antibiotika werden bei den für Mukoviszidose typischen Infektionen eingesetzt. Sie werden oral, parenteral oder inhalativ verabreicht. Dabei ist festzustellen, dass eine Verordnung über 183 Tage eher selten vorgenommen wird. Selbst für die bei chronischer Pseudomonas-Infektion dauerhaft verordneten **inhalativen** Antibiotika (Aminoglykoside, Monobactame) wird die Gabe in einem 4 -Wochen-on, 4-Wochen-off-Zyklus empfohlen, um das Risiko der Entstehung von Resistenzen zu verringern. Eine **parenterale** Gabe dieser Antibiotika über 183 Tage ist äußerst unwahrscheinlich. Das heißt, auch die gegen gramnegative Erreger wirksamen Antibiotika, die auf eine Verschlechterung des Zustandes durch eine chronische Infektion mit Pseudomonas aeruginosa oder anderen Problemkeimen verweisen und damit tatsächlich einen schwereren Krankheitszustand beschreiben, wie vom GKV-Spitzenverband in seinen Vorschlägen angegeben, eignen sich nicht als Aufgreifkriterium, wenn sie in den Zusammenhang eines chronischen Verlaufes mit 183 Behandlungstagen gestellt werden. (Ausnahme Colistin, ein Polymyxin, das inhalativ über größere Zeiträume eingesetzt wird.). Dies müsste ggf. berücksichtigt werden, wenn Antibiotika als Aufgreifkriterium gewertet werden sollen.

Mukoviszidose ist eine chronisch verlaufende Erkrankung. So müssen, bei Vorliegen einer Pankreas-Insuffizienz, Enzyme regelmäßig gegeben werden. Mukolytika, selektive Beta2-Adrenozeptor-Agonisten, Anticholinergika und andere werden ebenfalls dauerhaft verordnet.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, auch Ivacaftor (in Deutschland vertrieben unter dem Namen KALYDECO) als Indikator für einen Krankheitsverlauf, der hohe Kosten aufwirft, zu verwenden. Das ist aus der Sicht des Mukoviszidose e.V. plausibel. (56 Filmtabletten für 28 Tage zu einem Apothekenpreis von 22.088,67 €). In den Aufgreifkriterien taucht der Begriff „Andere Mittel für den Respirationstrakt“ auf. Wir fragen uns, ob sich dieser Begriff auf Kalydeco (Ivacaftor) bezieht.

Wir würden uns über eine Rückäußerung zu den von uns aufgeworfenen Fragen bedanken und sehen unsererseits für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Düsseldorf, 20.08.2015