

DGfW e.V. | Glaubrechtstr. 7 | 35392 Gießen

Bundesamt für Soziale Sicherung
Referat 316
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs
Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Friedrich-
Ebert-Allee 38
53113 Bonn

DGfW e.V.
Glaubrechtstraße 7
35392 Gießen

☎ 0641 - 6868518
☎ 03212 - 6868517

E-Mail: dgfw@dgfw.de
Internet: www.dgfw.de

Vorstand:

Präsident:
Dr. med. Jan Dirk Esters

Vizepräsident Medizin:
Dr. med. Gerson Strubel

Vizepräsident Pflege:
NN

Schatzmeister:
Dr. jur. Rolf Jungbecker

**Beauftragter für Forschung
und Kommunikation**
Prof. Dr. med. Hans-Martin Seipp

**Fachvorstand
Niedergelassene Ärzte**
Dr. med. Wilfried Jungkunz

**Fachvorstand Nichtärztliche
Heilberufe:**
Rita Negele-Strauß

Generalsekretärin:
Brigitte Nink-Grebe

Bankverbindung:
Volksbank
Mittelhessen e.G.
BLZ: 513 900 00
Konto: 45 4674 06

SWIFT-BIC:
VBMHDE5F

IBAN:
DE95 5139 0000
0045 4674 06

Steuernummer:
20 250 6624 3 – K 07

**Vereinsregister Ulm
VR 1589**

Unser Zeichen
BNG/

Datum
04.08.2022

Stellungnahme zum

**Entwurfs zur Festlegung nach § 8 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr
2023 (Teil 1/2)**

Hier: Antrag auf Änderung der zugeordneten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) für die Diagnose L73.2 Hidradenitis suppurativa

Sehr geehrte Frau Dr. Demme, sehr geehrte Frau Stücklen,
sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen des o.g. Stellungnahmeverfahrens schlagen wir die Änderung der HMG-Zuordnung des ICD-Kodes „L73.2 Hidradenitis suppurativa“ von den hierarchisierten Morbiditätsgruppe (H)MG 228 "Andere Erkrankungen der Haut" in folgende (H)MGs vor:

- (H)MG151: Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter > 54 Jahre)
- (H)MG152: Infektionen der Haut und des Fettgewebes (Alter < 55 Jahre)

Begründung:

Die aktuelle Abbildung der Risikozuschläge für L73.2 Hidradenitis suppurativa in der (H)MG228 entspricht nicht den Aufwendungen in der Versorgungsrealität.

„Hidradenitis suppurativa/Acne inversa ist eine chronisch rezidivierende Hauterkrankung, die üblicherweise nach der Pubertät auftritt und vernalbend verlaufen kann.

Sie manifestiert sich mit schmerzhaften, tief lokalisierten, entzündlichen Hautläsionen, die in Terminalfollikel- und apokrinen Drüsenreichen Hautregionen auftreten, am häufigsten in den Axillen sowie der Inguinal- und Anogenitalregion“ [1,2].

Anfangs sind die entzündlichen Läsionen vorübergehend, aber nehmen dann einen chronischen Verlauf. Je nach Schwere kommt es zur Ausbildung von großflächigen, teils livid erythematösen, knotigen, honigwabenartigen Arealen mit **Abszessen** und Fistelgängen, die mit einer erheblichen Fibrose, hypertrophen Narben und weiterer Knotenbildung einhergehen [3].

In der aktuellen (H)MG Zuordnung wird die L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ gemeinsam mit Alltags-Erkrankungen wie Pilzinfektionen oder Hautausschlägen eingruppiert. Das häufige Auftreten dieser Alltags-Erkrankungen (Patientenbasis für Festlegung im AJ22_FL_oRP_mRGG: 5.667.807 Versicherten) und der zugeordnete niedrige Jahreswert von (H)MG228: 54,46 € für diese Standardbefunde führt zu einer deutlichen Unterschätzung der mit der L73.2 assoziierten Kosten.

Dies wird insbesondere deutlich, wenn man die Festlegung des **Abszesses L02**, der eine der Primärläsionen der Hidradenitis suppurativa ist, entgegenstellt:

- (H)MG151: Patientenbasis für Festlegung im AJ22_FL_oRP_mRGG: 600.023 Versicherten und Jahreswert von 1.291,59 €
- (H)MG152: Patientenbasis für Festlegung im AJ22_FL_oRP_mRGG: 5.667.807 Versicherten und Jahreswert von 624,01 €

Da die L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ in der Regel die Bildung mehrerer chronischer Abszesse beinhaltet ist nicht verständlich, warum diese Diagnose nicht der entsprechenden (H)MG zugeordnet wird.

Die aktuelle Vergütungsstruktur beinhaltet Anreizsysteme zur Fehldiagnostik der L73.2 „Hidradenitis suppurativa“ als L02 „Abszess, Furunkel und Karbunkel“ und kann somit Ursache für die zu langen Diagnosezeiten von durchschnittlich 7 Jahren in der ambulanten Versorgung [6] sein. In dieser Zeit erhalten die Betroffene auch keine adäquate Versorgung. Eine adäquate Behandlung dieser chronischen, fortschreitenden Erkrankung erfordert eine besondere klinische Expertise, um die verbundenen physischen, psychischen und volkswirtschaftlichen Schäden möglichst gering zu halten oder zu verhindern. Schätzungsweise sind 1-4% der Bevölkerung von „Hidradenitis suppurativa“ betroffen, wobei sich nach den neusten Studien eine Punktprävalenz von 1% zu festigen scheint [4,5].

Aufgrund der Tatsache, dass eine der Primärläsionen der Abszess ist, wird die „Hidradenitis suppurativa“ häufig fehldiagnostiziert und fehlbehandelt. Nach Expertenmeinungen ist ein großer Teil der chronischen Abszessdiagnosen tatsächlich „Hidradenitis suppurativa“. Dass der ICD-Kode L02 zu einem Risikozuschlag der Krankenkasse führt, der mehr als 12 Mal so hoch ist wie der der Diagnose L73.2, bietet zusätzlichen Anreize für Fehldiagnosen.

Diese Fehldiagnosen können in der weiteren Krankheitsbetreuung der progressiven Erkrankung gravierende Auswirkungen auf die Morbidität des einzelnen Patienten und die Kosten für das Gesundheitssystem nehmen.

Die chronische Dermatoze „Hidradenitis suppurativa“ (L73.2) sollte aufgrund der Schwere der Erkrankung mit einer mindestens genauso hohen Ausgleichsvergütung belegt sein wie ein „Abszess“ (L02). Erst dadurch kann eine angemessene Ausgleichsstruktur geschaffen und dem Krankheitsbild Rechnung getragen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Jan Esters
Präsident



Brigitte Nink-Grebe
Generalsekretärin

Literaturnachweis:

1. Kurzen H, Kurokawa I, Jemec GBE, Emtestam L, Sellheyer K, Giamarellos-Bourboulis EJ, Nagy I, Bechara FG, Sartorius K, Lapins J, Krahl D, Altmeyer P, Revuz J, Zouboulis CC. What causes hidradenitis suppurativa? Exp Dermatol 2008; 17: 455-72. 20
2. Jemec GB. Clinical practice. Hidradenitis suppurativa. N Engl J Med 2012; 366: 158-64
3. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen D. Hidradenitis suppurativa: A comprehensive review. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 539-61.
4. Ingram JR, Jenkins-Jones S, Knipe DW, Morgan CLI, Cannings-John R, Piguet V. Population-based Clinical Practice Research Datalink study using algorithm modelling to identify the true burden of hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol. 2018 Apr;178(4):917-924.
5. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(4):619-644.
6. Saunte DML, Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017;318(20):2019-2032.
7. Kimball AB, Okun MM, Williams DA, et al. Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. N Engl J Med. 2016;375(5):422-434.