

Stellungnahme der BARMER GEK
zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus,
Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2017
12. August 2016

Vorbemerkung

Gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das Bundesversicherungsamt (BVA) jährlich zum 30. September das Versichertenklassifikationsmodell für das folgende Ausgleichsjahr fest. Mit Datum vom 8. Juli 2016 hat das BVA den Krankenkassen den Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2017 übermittelt.

Die BARMER GEK nimmt nachfolgend differenziert zum Festlegungsentwurf Stellung.

Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf**§ Übersichtlichkeit, Nutzbarkeit**

Wie gewöhnlich zeichnen sich die Erläuterungen des BVA auch in diesem Jahr durch ihre gute Verständlichkeit aus. Die schrittweise Darstellung von Hierarchieveränderungen ist gut nachvollziehbar, auch die Datenbasis ist gut beschrieben, ebenso die Verwendung der 30%-Stichprobe bzw. der Vollerhebung.

Besonders positiv hervorheben möchten wir nochmals den dargestellten zusammenfassenden Überblick über die Fallzahlen und Kostenschätzer des Klassifikationsmodells 2016, des Ausgangsgansmodells für die Anpassung 2017 und des Festlegungsentwurfs für das Klassifikationsmodell 2017 im Anhang, Kapitel 27. Dieser Überblick hat die Bewertung des Entwurfs deutlich vereinfacht. Wünschenswert wäre auch für diese Informationen eine Bereitstellung in Form einer Excel-Datei.

Zu II. Hierarchieübergreifender Anpassungsbedarf**5. Hinweis zur Arzneimitteldifferenzierung**

Weiterentwicklungen des Klassifikationsmodells sind bei aller wissenschaftlichen Herangehensweise ein Wettbewerbsfeld. Die Bemühungen des GKV-SV, in dieser Angelegenheit in einen Dialog mit dem BVA zu treten, sind daher bereits vor Jahren an der Dialogverweigerung finanziell anders interessierter Krankenkassen gescheitert.

Diesen Dialog gleichwohl immer wieder einzufordern und hiervon überhaupt nur die Beschäftigung mit einer verstärkten Arzneimitteldifferenzierung abhängig zu machen, wird der Stellung von BVA und Beirat im Anhörungs- und Festlegungsprozess nicht gerecht.

Das Festlegungsverfahren nach § 30 Abs. 4 RSAV ist zwar als partnerschaftliches „lernendes System“ angelegt. Das BVA ist in diesem System jedoch nicht ein Anhörungspartner unter vielen und nur berechtigt im völligen Konsens zu handeln. Vielmehr müssen seine „seine fachlichen Festlegungen (...) wissenschaftlichen Anforderungen an eine sachgerechte Ausgestaltung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA entsprechen“ (L 16 KR 24/09 KL).

Alleine weil sich der GKVSV als Wunschpartner zur Erarbeitung einer wissenschaftlich abgesicherten Herangehensweise an die Berücksichtigung innovativer Arzneimittel im MRSA als gehindert erweist, vermindert dies nicht die Pflicht des BVA, sich als Sachwalter des RSA- Verfahrens mit dieser Berücksichtigung auseinanderzusetzen. Ausreichende andere Ansprechpartner stehen (unter anderem auch mit der BARMER GEK selbst) zur Verfügung.

Nicht nachvollziehbar ist der Hinweis aber nicht nur im Allgemeinen, sondern auch im Detail:

- Das BVA begründet im vorliegenden Festlegungsentwurf nicht nur die Ablehnung von Vorschlägen für „mehrfache“ Arzneimittelzuschläge durch Bezugnahme auf diesen Hinweis, sondern auch solche zu völlig klassischen Arzneimitteldifferenzierungen (s.u. Ausführungen zur Hierarchie 02). Die Aufforderung zum vertieften Austausch an den GKVSV bezog sich jedoch ausdrücklich nur auf „mehrfache“ Arzneimittelzuschläge. Auf die grundsätzlichen Unterschiede zwischen unseren verschiedenen Vorschlägen haben wir auch schon so häufig hingewiesen, dass es sich nach unserer Wahrnehmung um kein Missverständnis mehr handeln kann (s.u.).
- In der Diabetes mellitus Hierarchie ist die Auslösung des Insulinzuschlages der HMG020 additiv zu jeder HMG des linken Diabetes mellitus Strangs möglich. Die hierarchisch höher angesiedelten HMGs des linken Strangs enthalten schon heute überwiegend DxGs, welche Arzneimittelvalidierungen mit breiteren Wirkungsspektren aufweisen. Hier handelt es sich mithin um nichts anderes als mehrfache Arzneimittelzuschläge. Warum das BVA sich zur Umsetzung dieser mehrfachen Zuschläge auch ohne Austausch mit dem GKVSV in der Lage sah, eine Prüfung weiterer Arzneimitteldifferenzierungen aber mit Hinweis auf diesen Austausch verweigert, bleibt weiter unerklärt.

6. Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln in Anlage 3 der Festlegung

Die Berücksichtigung von nach § 129 Abs. 1 SGB V austauschfähigen Arzneimitteln begrüßen wir ausdrücklich. Das BVA / der Beirat möchte weitere Hinweise zu austauschfähigen Arzneimitteln, die von Krankenkassen an das BVA oder den Beirat herangetragen werden, prüfen. Diese Vorgehensweise begrüßen wir ebenfalls.

Neben Methotrexat gibt es weitere Fälle, wo bereits alle ATC-Kodes eines Wirkstoffes, die untereinander austauschfähig sind, im RSA enthalten sind, aber nicht der entsprechenden DxG zugeordnet wurden. Dazu haben wir dem BVA / dem Beirat bereits Vorschläge unterbreitet (z.B. bei dem Wirkstoff Calciumacetat).

Neben der Variante, dass bereits beide austauschfähigen ATC-Kodes im RSA enthalten sind, gibt es den Fall, dass ein austauschfähiger ATC-Kode eines Wirkstoffes im RSA enthalten ist, ein oder mehrere andere austauschfähige ATC-Kodes des gleichen Wirkstoffes aber nicht.

Dies ist u.a. bei dem Wirkstoff Bromocriptin der Fall. Bromocriptin wirkt als Dopamin-D₂-Agonist – es stimuliert postsynaptisch Dopamin-D₂-Rezeptoren im Zentralnervensystem. Der Wirkstoff wird zur Therapie von Parkinson, der Amenorrhö, der Akromegalie und zur Hemmung der Prolaktinsekretion eingesetzt. Es gibt bei dem Wirkstoff Bromocriptin zwei untereinander austauschfähige ATC-Kodes N04BC01 und G02CB01. Der ATC-Kode N04BC01 ist über den ATC-5-Steller N04BC „Dopamin-Agonisten“ der DxG 847 „Morbus Parkinson mit Dauermedikation“ zugeordnet. Der ATC-Kode G02CB01 müsste aufgrund der Austauschfähigkeit mit dem Code N04BC01 ebenfalls der DxG 847 zugeordnet werden.

Ebenfalls überprüft werden sollte der Wirkstoff Doxazosin. Der Wirkstoff Doxazosin ist aus der Gruppe der Alphablocker, der zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie und der arteriellen Hypertonie verwendet wird. Doxazosin besitzt die zwei untereinander austauschfähigen ATC-Kodes C02CA04 und G04CA05. Der ATC-Kode C02CA04 ist bereits über den ATC-5-Steller C02CA „Alpha-Adrenozeptor-Antagonisten“ den DxG 354, 355, 382, 383, 385, 387, 388, 389, 537, 538, 539 zugeordnet. Aufgrund der Austauschfähigkeit der beiden ATC-Kodes C02CA04 und G04CA05 müsste der ATC-Kode G04CA05 ebenfalls den aufgeführten DxG zugeordnet werden.

Es wird weitere Wirkstoffe geben, auf die diese Regelungen zutreffen. Wenn wir auf diese Fälle stoßen, werden wir, wie vom BVA im Entwurf gewünscht, Hinweise an das BVA / dem Beirat zur weiteren Überprüfung geben.

7. Berücksichtigung von Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka

Die BARMER GEK teilt die Auffassung des BVA.

8. Aufgreifkriterium „Arzneimittel“

Auch wenn der Vorschlag nicht umgesetzt wird, wäre in Tabelle 12 neben den Gütemaßen die Darstellung von Fallzahlen wünschenswert. Damit wären die Auswirkungen einer solchen Änderung besser abschätzbar.

Zu III. Anpassung der Hierarchien

Zu 9. Hierarchie 01 „Infektionen“

Keine Anmerkungen.

Zu 10. Hierarchie 02 „Neubildungen“

Die Ausführungen unter 10.2 und 10.3 sind aus Sicht der BARMER GEK sachgerecht. Aufgrund der extremen Kostenintensität moderner Arzneimitteltherapien für eine Subgruppe onkologisch erkrankter Versicherten sind die Wirkungen einer Umgruppierung von DxG/HMGs ohne veränderte Aufgreifkriterien allerdings naturgemäß äußerst gering. Beide umfassenden und aufwändig geprüften Hierarchieveränderungen zusammen erreichen gerade die zweite Nachkommastelle des Bestimmtheitsmaßes.

Die Ausführungen unter 10.4 sind befremdlich.

Die Ausführungen referenzieren auf die Vorschläge 3.11, 3.13 und 3.5 (gemeint vermutlich 3.15). Richtig wäre auch noch eine Referenz auf 3.14. Bei allen diesen Vorschlägen handelt es sich ausschließlich um „klassische“ Arzneimitteldifferenzierungen, d.h. Versicherte werden entsprechend ihrer Diagnose und dem Vorliegen oder Nicht- Vorliegen eines bestimmten Arzneimittels in eine von zwei Versicherten- gruppen einsortiert. Eine Mehrfachunterteilung nach verschiedenen Arzneimitteltherapien, wie wir sie andernorts vorschlagen und wie sie im Ergebnis in der Diabeteshierarchie bereits umgesetzt wird, wird von uns ausdrücklich an dieser Stelle nicht vorgeschlagen.

Insofern ist der Verweis auf Kapitel 5, in welchem auf eine bisher nicht erfolgte weitere fachliche Vertiefung mit dem GKVSV Bezug genommen wird, die vom Beirat ausschließlich für mehrfache („gestaffelte“) Arzneimittelzuschläge angeboten wurde, sachlich falsch (s.o. Nr. 5). Wir haben die Natur unserer Vorschläge in den Neubildungshierarchien innerhalb der letzten drei Jahre auch bereits mehrfach klargestellt:

- Stellungnahme vom 30.08.2013, Seite 5 („Daher vermutet die BARMER GEK, dass es sich evtl. um ein Missverständnis handelt, da der Vorschlag keine weitere Ausdifferenzierung zum Ziel hatte“)
- Stellungnahme vom 29.08.2014 Seite 4 („Grundsätzlich ging es also um eine „klassische“ Schweregraddifferenzierung“)
- Stellungnahme vom 21.08.2015 Seite 5 („Zunächst geht es bei den onkologischen Krankheiten um eine klassische Nutzung von Arzneimitteln zur Schweregraddifferenzierung (...).“)

Das in dem fehlerhaften Verweis zutage tretende inzwischen über drei Jahre fortgesetzte Fehlverständnis befremdet sehr.

Dem unter Nr. 5 vorgenommenen Verweis auf die Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 ist im Übrigen folgender (allgemeiner) Grundsatz für Arzneimitteldifferenzierungen zu entnehmen:

„Ziel der Differenzierung anhand von verordneten Arzneimitteln ist daher primär nicht die Kostendifferenzierung, sondern eine klinische Differenzierung über die Diagnoseinformation hinaus.“

Dies wird im Verweistext anhand der vorgenommenen gesonderten Berücksichtigung der Imatinib- Therapie beim CML weiter vertieft. Wir halten diesen Grundsatz für richtig. Deswegen beinhaltet jede einzelne der von uns vorgeschlagenen Arzneimitteldifferenzierungen auch eine klinische Differenzierung, die über die Diagnoseinformation hinausgeht. So beinhaltet unser Vorschlag 3.13 mit der Berücksichtigung von Rituximab (L01XC02) einen monoklonalen Antikörper, der spezifisch gegen das B-Zell-Antigen CD20 gerichtet ist und mit dem Wirkstoff Trastuzumab (L01XC03) einen, der ausschließlich für die

Bekämpfung HER2/neu- positiver Tumore geeignet ist. Dies sind hochspezifische Informationen zur genetischen Beschaffenheit des betroffenen Tumors. Beim „BCR- ABL- Status“ (diese der Verordnung von Imatinib innewohnende Information hat das BVA zu dessen gesonderten Berücksichtigung veranlasst) handelt es sich um nichts anderes. Wieso aufgrund dieser klinischen Information eine Arzneimittel differenzierung in der HMG261 angezeigt erscheint, aufgrund der genauso spezifischen klinischen Informationen aus den Verordnungen der oben genannten Wirkstoffe aber nicht, ist über drei Jahre unerklärt.

Zu 11. Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“

Das BVA beabsichtigt die Punkte der Vorschlagsliste 11.2 (eine arzneimittelbasierte Schweregraddifferenzierung von Versicherten mit der Diagnose E88.0 *Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert*) sowie 11.3 (Ausgliederung des ICD-Kodes E32.1 *Abszess des Thymus* in eine eigene DxG mit dem Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“) erst für das Modell des Ausgleichsjahres 2018 zu prüfen, obwohl eine empirische Untersuchung auf Basis der Daten 2013/2014 erfolgen kann.

Eine empirische Prüfung des Punktes 11.4 arzneimittelbasierte Differenzierung der Mukopolysaccharidose Typ IV A ist dagegen erst auf Basis der Daten 2014/2015 möglich.

Die Bearbeitung der Vorschläge 11.2 und 11.3 von der Prüfbarkeit des Punktes 11.4 abhängig zu machen, erscheint aus unserer Sicht nicht zielführend.

Zu 12. Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“

Wir unterstützen ausdrücklich die Entscheidung des BVA, keine „vorausschauenden“ Änderungen an der Hierarchie 05 im Hinblick auf den Wirkstoff Sofosbuvir vorzunehmen. Mit welchen Folgekosten bei den mit Sofosbuvir behandelten Menschen zu rechnen ist, wird sich erst nach Vorliegen der Erstmeldung 2015 und damit für das Festlegungsverfahren 2018 erweisen können. Vorher muss eine spezifische Umgestaltung der Hierarchie 05 im Hinblick auf Sofosbuvir außer Betracht bleiben.

Dies ist sachlich kein Problem, sondern sogar zwingend: Die laufenden Kosten einer Sofosbuvir- Therapie sind bekanntlich extrem hoch. Hiervon auf besonders hohe prospektive Kosten zu schließen, ist jedoch falsch, da Sofosbuvir in verschiedenen klinischen Studien durch frühere Therapien nicht erreichte Ausheilungsraten von bis zu 90% realisiert hat.

Auch die Annahme, diese Personen seien zuvor nicht behandelt worden, ist falsch. Mit Sofosbuvir behandelte Menschen haben in der Regel im selben Jahr und in den Jahren zuvor bereits Behandlungsversuche mit anderen Arzneimitteln, die in der Validierungsliste der DxG 920 (HMG 288) enthalten sind, hinter sich.

Auch die Änderung des Aufgreifkriteriums der DxG 144 wird begrüßt.

12.8 Dominanzbeziehungen zu anderen Hierarchien

Ausführungen zum Querverweis zur Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“ siehe Abschnitt 13, Hierarchie 06 sowie unsere Anmerkungen zum Querverweis zur Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“, siehe Abschnitt 16, Hierarchie 09.

Zu 13. Hierarchie 06 „Gastrointestinale Erkrankungen“

Unter 13.6. „Einführung einer Leberdominanz“ führt das BVA aus, dass die Ösophagusvarizen häufig Folge einer Leberzirrhose seien.

Da jedoch die Leberzirrhose die häufigste Ursache gastrointestinaler Varizen ist, sollte eine Dominanz aus der Hierarchie „Erkrankungen der Leber“ auf den sog. „Blutungsstrang“ im Bereich der gastrointestinalen Erkrankungen erfolgen, um ungerechtfertigte Doppelzuweisungen zu vermeiden (vgl. Abschnitt 12).

Durch die eingeführte externe Hierarchie bleibt das Problem der Doppelzuweisungen jedoch unberührt, da nur eine Dopplung mit den HMG 028 und 288 ausgeschlossen wird, die allerdings in der Realität kaum eine Rolle spielt.

Da eine bereits bei der Leberzirrhose beginnende externe Hierarchie auf Grund der Zuweisungshöhen nicht ratsam scheint, sollte evtl. eine umgekehrte Hierarchisierung, also von HMG 061 auf die HMG 026 geprüft werden.

Zu 14. Hierarchie 7 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“

Keine Anmerkungen.

Zu 15. Hierarchie 08 „Hämatologische Erkrankungen“

15.3 Einordnung neuer Diagnosen aus der Krankheitsauswahl

Die Ausgestaltung der neuen Erkrankung Agranulozytose und Neutropenien im Entwurf des Klassifikationsmodells wird von der BARMER GEK ausdrücklich begrüßt.

15.4 Therapie der Thrombozytopenien

Die Ausführungen des BVA, eine Prüfung der besseren Abbildung der idiopathischen thrombozytopenischen Purpura (D69.3, im folgenden „ITP“) über die Wirkstoffe Romiplostim und Eltrombopag (im folgenden „TRAs“ für Thrombopoietin-Rezeptor-Agonisten) sei nicht sachgerecht, da die Wirkstoffe für andere ICDs der DxG 233 und 232 nicht einschlägig seien, kann nicht nachvollzogen werden. Bei den DxG 233 und insbesondere 232 handelt es sich um unspezifische Sammlungen von ICDs, welche nach der spezifischeren Abbildung anderer Gerinnungsstörungen- ICDs der Krankheitsauswahl schlicht „übrigbleiben“. So ist die ITP eine Autoimmunerkrankung, D69.80 beschreibt Nebenwirkungen des Gebrauchs bestimmter Arzneimittel und D68.26 einen klassischen angeborenen Mangel eines bestimmten Gerinnungsfaktors (in diesem Fall nicht VIII oder IX, sondern XIII). Die Anforderung an einen Wirkstoff, für eine Arzneimittelvalidierung all dieser heterogenen ICDs gleichzeitig geeignet zu sein, ist von vornherein nicht erfüllbar.

Tatsächlich gilt für die ICD D69.3 und die TRAs dasselbe wie für die klassischen Faktorpräparate. Auch diese dienen der Behandlung nur eines angeborenen Faktordefizits und sind schon nicht zur Behandlung anderer Faktordefizite, geschweige denn anderer Gerinnungskrankheiten geeignet. Trotzdem wird z.B. die ICD D68 inzwischen – richtigerweise – in fünf verschiedenen DxGs mit den entsprechenden positiven Wirkungen auf die Gütemasse des Modells abgebildet. Was an dieser Stelle gegen eine (sehr viel weniger aufwändige) Prüfung einer Arzneimittelvalidierung für die ICD D69.3 spricht, ist unklar. Vielmehr erscheint die ICD D69.3 als sehr spezifische ICD für die ITP und die TRAs als sehr spezifisch eingesetzte Wirkstoffe für eine Arzneimittelvalidierung sogar besonders geeignet. Dass ein spezifischer ICD- Kode (hier die ICD D69.3) dafür aus seiner bisherigen unspezifischen DxG herausgelöst werden muss, ist zwangsläufig und wurde von BVA und Beirat in ähnlich gelagerten Fällen bisher auch nicht negativ angemerkt.

Auch der Hinweis auf eine ansonsten ggf. mangelnde Versorgungsneutralität erscheint nicht stichhaltig. Eine unterschiedliche Berücksichtigung verschiedener therapeutischer Verfahren im RSA könnte nur dann die Therapieauswahl beeinflussen, wenn es eine Therapieauswahl gibt. Bei Patienten mit ITP ist die genannte Thrombozytentransfusion aufgrund pathophysiologischer Mechanismen aber nicht einmal empfehlenswert. Ausnahme bilden nur Patienten mit ITP im Fall von bedrohlichen Blutungen nach WHO Grad III oder IV. Dann ist diese Therapie auch alternativlos, der Patient ist ausdrücklich transfusions„pflichtig“. Mit der Dauertherapie eines ITP- Kranken, welche solche Verläufe vermeiden soll, steht die Thrombozytentransfusion daher überhaupt nicht in therapeutischer Konkurrenz. Es handelt sich dabei nicht um eine Dauertherapie. Thrombozytentransfusionen müssen in Notfällen (entsprechend der festgestellten akuten Blutungsneigung) iÜ auch bei Hämophilen durchgeführt werden. Dies hat auch für BVA und Beirat zu keinem Zeitpunkt gegen eine Validierung über Arzneimittel gesprochen.

TRAs stehen auch anderweitig nicht in Konkurrenz zu Therapiealternativen. Ihr Einsatz setzt den (erfolglosen) vorherigen Einsatz von Glucocorticoiden, also einen völlig anderen Schweregrad insbesondere hinsichtlich der Blutungsneigung, voraus. Dasselbe gilt für die Splenektomie (operative Entfernung

der Milz). Ein Einsatz von TRAs vor Durchführung einer Splenektomie ist nur bei eindeutiger Kontraindikation einer OP möglich.

Die einzige Therapiekonkurrenz besteht in der therapeutischen Realität zwischen TRAs und Rituximab, obwohl dieses Arzneimittel keine Zulassung für die ITP besitzt. Ggf. kann Rituximab in der zu prüfenden Arzneimittelvalidierung ebenfalls berücksichtigt werden. Weitere Wirkstoffe haben bloß experimentellen Charakter.

Wir bitten nach dem Ausgeführten die Ablehnung der Prüfung einer Arzneimittelvalidierung oder Arzneimitteldifferenzierung bei der ITP über TRAs (und ggf. Rituximab) zu überdenken. Wir schlagen die Bildung einer neuen DxG / HMG mit der Diagnose der ITP und eine Implementierung in der Hierarchie der hämatologischen Erkrankungen entsprechend der Kostenintensität vor.

Neuer / alter Vorschlag zur Berücksichtigung des Wirkstoffs Eculizumab:

Trotz der Bearbeitung der Hierarchie 8 wurde der Vorschlag 3.82 nicht aufgegriffen.

Vorschlag 3.82: "Einführung einer neuen DxG / HMG mit Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat unter Berücksichtigung von Eculizumab (ATC L04AA25).

Ziel ist die separate Berücksichtigung von chronischen und subakuten Verläufen des HUS mit medikamentöser Therapie mit Eculizumab sowie des atypischen HUS mit Eculizumab. In die neue HMG044a fallen die ICDs D59.1, D59.2, D59.3, D59.5, D59.4, D59.6, D59.8, D59.9 mit obligater Arzneimitteltherapie mit Eculizumab (ATC L04AA25). Da das typische HUS (D59.3) nur symptomatisch behandelt wird, *ist eine Arzneimitteltherapiezuordnung nicht sinnvoll, weshalb es weiterhin in der DxG 241/HMG 044 enthalten sein sollte.*"

Wir möchten diesen Vorschlag in abgewandelter Form erneut vorbringen. Der Wirkstoff Eculizumab (Arzneimittel Soliris) ist für die paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) (ICD D59.5) sowie für das atypische hämolytisch-urämische Syndrom (aHUS) (ICD D59.3) zugelassen (der ICD Kode D59.3 „hämolytisch-urämisches Syndrom“ beinhaltet sowohl das typische als auch atypische HUS).

Dies sind seltene, lebensbedrohliche Erbkrankheiten, bei denen die roten Blutkörperchen zerstört werden, was zu unterschiedlichen medizinischen Komplikationen führt. PNH führt von Panzytopenie (geringe Zahl von Blutkörperchen) bis hin zur schweren aplastischen Anämie (Störung der Knochenmarksfunktion mit verminderter Bildung aller Blutzellen), Thrombosen (Blutgerinnsel in den Blutgefäßen), und Beeinträchtigung des Immunsystems mit hoher Infektionsgefahr; aHUS führt zur hämolytischen Anämie, Thrombozytopenie (Abnahme der Anzahl der Blutplättchen, der Bestandteile des Blutes, die zur Blutgerinnung beitragen) und Nierenversagen. Diese Bluterkrankungen werden durch eine chronische unkontrollierte Komplementaktivierung hervorgerufen: Hämolyse bei PNH und thrombotische Mikroangiopathie beim atypischen HUS. Die hiervon Betroffenen erhalten das Arzneimittel zur Langzeittherapie mit dauerhaften, jährlichen Kosten in Höhe von ca. 500.000 €

Daher schlagen wir vor, aus der HMG 045 „Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome“ die ICD-Kodes D59.5 (PNH) und D59.3 (HUS) herauszulösen und eine neue DxG / HMG mit Aufgreifkriterium Arzneimittel obligat unter Berücksichtigung des Wirkstoffs Eculizumab (ATC L04AA25) einzuführen. Die neue HMG sollte oberhalb der HMG 045 den Hierarchiestrang ergänzen.

Zu 16. Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“

Die Überprüfung der Kostenhomogenität von Hierarchie 09 „Kognitive Erkrankungen“ begrüßen wir.

16.4 Externe Dominanz von der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ auf die hepatische Enzephalopathie

Die im Entwurf vorhandene Zuordnung der hepatischen Enzephalopathie (ICD-Kodes K72.7-) zu der DxG 254 Toxische / nicht näher bezeichnete Enzephalopathie erscheint aus medizinischer Sicht nicht sachgerecht. Bei der hepatischen Enzephalopathie handelt es sich um spezifische Diagnosen, die eine direkte Manifestation der Lebererkrankung darstellen.

In der im Entwurf vorgeschlagenen Abbildung wird die hepatische Enzephalopathie ohne nähere Angaben (K72.-) der Hierarchie 05 zugeordnet, die hepatische Enzephalopathie mit Schweregradangabe (K72.7-) aber der Hierarchie 09. Eine direkte Zuordnung der Diagnosen K72.7- in eine HMG der Hierarchie 05 „Erkrankungen der Leber“ erscheint aber medizinisch sinnvoll, da ein direkter Zusammenhang zu den Erkrankungen der Leber besteht. Bei den ICD- Codes K72.7- handelt es sich um Diagnosen, die mit Ausrufezeichen ausgewiesen sind. Diese Kennzeichnung weist eine Sekundärdiagnose aus und liefert dadurch die medizinische Beziehung zu der Primärdiagnose – hier der direkte Bezug zu der Lebererkrankung als Ursache der hepatischen Enzephalopathie. Zusätzlich wird durch diese Kennzeichnung auch der Schweregrad der Erkrankung verschlüsselt und folglich kann auch die Höhe des Behandlungsaufwandes abgebildet werden. Die Kodierungsregeln geben vor, dass eine Primärdiagnose mit der Sekundärdiagnose, also Stem- oder Ausrufezeichendiagnose als Manifestation der Erkrankung, zu verbinden ist, damit erscheint die Diagnose der hepatischen Enzephalopathie ausschließlich im Zusammenhang mit der Lebererkrankung. Der Umsetzungsvorschlag ist analog zu der Anpassung der Hierarchie 03 „Diabetes mellitus“ vom Vorjahr – einheitliche Berücksichtigung mit Diabetes-Stern-Diagnosen zu sehen. Hier fand eine einheitliche Zuordnung der Manifestationen wie z.B. diabetische Retinopathie in den diabetischen Hierarchiestrang statt.

Die externe Dominanz der Hierarchie 05 zu Hierarchie 09 kann dann aufgelöst werden, zumal diese Dominanz zur Verschlechterung der Kennzahlen führt (Entwurf S. 162).

Zu 17. Hierarchie 13 „Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks“

Keine Anmerkungen.

Zu 18. Hierarchie 14 „Neurologische Erkrankungen“

Keine Anmerkungen.

Zu 19. Hierarchie 22: „Erkrankungen der Haut“

Keine Anmerkungen.

Zu 20. Hierarchie 23: „Verletzungen“

Keine Anmerkungen.

Zu 21. Hierarchie 25: „Transplantationen“

Keine Anmerkungen.

Redaktionelle Anmerkungen

Zu 04_Erläuterungen_Klassifikation_AJ2017_ENTWURF.pdf:

- Hierarchie 02:
Hierarchiebaum zu Hierarchie 2a Hämatologische Neubildungen S. 84 und S. 250 passen nicht zueinander.
- Die HMG-Bezeichnungen in den Referenztabellen passen nicht zu den Hierarchien und Festlegungen in den Erläuterungen zu dem Entwurf.
Beispiel: HMG 039 Spinalkanalstenose ð Neu: HMG 039 Sonstige Myelopathien (Referenztablelle Anlage 01-neu zu S. 180 bzw. 262)
- Referenztablelle Anlage 01-neu, im Arbeitsblatt DxG-Bezeichnung fehlt die DxG 826 „Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]“