

Stellungnahme zur

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im RSA für das Ausgleichsjahr 2020

Anhörung der AWMF-Gesellschaften zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. DGfW	
22.08.2019	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zum Entwurf „01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2020_ENTWURF.xlsx (inklusive konsekutive pdf Dateien)“	Begründung
<p>1. Ergänzung des ICD-Kodes „L73.2 Hidradenitis suppurativa“ zu der Liste der ICD-Kodes zugehörig zu folgenden HMGs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (H)MG151: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre • (H)MG152: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen <55 Jahre <p>2. Änderung der bestehenden Bezeichnungen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (H)MG151: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre ohne Dauermedikation • (H)MG152: Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen <55 Jahre ohne Dauermedikation <p>3. Ergänzung von zwei neuen HMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre mit Dauermedikation • Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des 	<p>Zu Punkt 1:</p> <p>Die aktuelle Ermittlung der Risikozuschläge in der (H)MG151 und (H)MG152 beinhaltet Anreizsysteme zur Fehldiagnostik der L73.2 Hidradenitis suppurativa als L02 Abszess, Furunkel und Karbunkel. Diese Fehldiagnosen können in der weiteren Krankheitsbetreuung der progressiven Erkrankung gravierende Auswirkungen auf die Morbidität des einzelnen Patienten und die Kosten des Gesundheitssystems nehmen.</p> <p><i>„Hidradenitis suppurativa/Acne inversa ist eine chronisch rezidivierende Hauterkrankung, die üblicherweise nach der Pubertät auftritt und vernarbend verlaufen kann. Sie manifestiert sich mit schmerzhaften, tief lokalisierten, entzündlichen Hautläsionen, die in Terminalfollikel- und apokrinen Drüsen-reichen Hautregionen auftreten, am häufigsten in den Axillen sowie der Inguinal- und Anogenitalregion“ (Dessauer Definition) [1,2].</i></p> <p>Anfangs sind die entzündlichen Läsionen vorübergehend, aber nehmen dann einen chronischen Verlauf. Es kommt zur Ausbildung von großflächigen, teils livid erythematösen, knotigen, honigwabenartigen Arealen mit Abszessen und Fistelgängen, die mit einer erheblichen Fibrose (hypertrophe Narben) und weiterer Knotenbildung einhergehen [3].</p>

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. DGfW

22.08.2019

Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre mit Dauermedikation

Schätzungsweise sind 1-4% der Bevölkerung betroffen, wobei sich nach den neusten Studien eine Punktprävalenz von 1% zu festigen scheint [4,5].

Eine adäquate Behandlung dieser chronischen, fortschreitenden Erkrankung erfordert eine besondere klinische Expertise, um die verbundenen physischen, psychischen und wirtschaftlichen Schäden möglichst gering zu halten oder zu verhindern.

Aufgrund der Tatsache, dass die Primärläsion ein Abszess ist, wird die Hidradenitis suppurativa weitestgehend als L02 fehldiagnostiziert und fehlbehandelt. Dies führt zu langen Diagnosezeiten von 7 Jahren in der ambulanten Versorgung [6].

Dass der ICD-Kode L02 zu einem Risikozuschlag der Krankenkasse führt und die Diagnose L73.2 nicht abgedeckt ist, bietet weitere Anreize für Fehldiagnosen.

Nach Expertenmeinungen ist ein großer Teil der chronischen Abszessdiagnosen tatsächlich Hidradenitis suppurativa, die sich sowohl von der Pathogenese, also auch von der notwendigen Behandlung signifikant unterscheidet (siehe Argumentation zu ATC unten).

Der Differenzierung dieser völlig unterschiedlichen Krankheiten (akuter Abszess vs. schwere chronische Dermatoze) sollte unbedingt Rechnung getragen werden, um eine faire Ausgleichsstruktur zu schaffen und Diagnosezeiten zu verkürzen.

Zu Punkt 2 und 3:
Siehe Begründung zu [03_Anlage_3_DXG_ATC_J2020_ENTWURF.xlsx](#)

Stellungnahme / Änderungsvorschlag zum Entwurf „03_Anlage_3_DXG_ATC_AJ2020_ENTWURF.xlsx (inklusive konsekutive pdf Dateien)“

Begründung

Zusätzliche Arzneimitteldifferenzierung in den neu erstellten HMG:

- Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre mit Dauermedikation
- Bakterielle Infektionen der Unterhaut und des

Seit Herbst 2015 ist der Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitor Adalimumab als erste medikamentöse Therapie für mittelschwere bis schwere Hidradenitis suppurativa (L73.2) zugelassen [7].

Die Verabreichung (inklusive der nötigen Voruntersuchungen) entspricht der bei Psoriasis,

Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. DGfW

22.08.2019

Fettgewebes, Abszess / andere lokal begrenzte Hautinfektionen >54 Jahre mit Dauermedikation

um jeweils folgende ATC Bezeichnungen:

- L04AA Selektive Immunsuppressiva
- L04AB Tumornekrosefaktor alpha (TNF-alpha)-Inhibitoren
- L04AX Andere Immunsuppressiva

mit Aufgreifkriterien analog zu:

Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation II

jedoch liegen die Kosten höher, da Adalimumab bei Hidradenitis suppurativa wöchentlich und bei Psoriasis alle zwei Wochen verabreicht wird. Als Drittlinientherapie werden ebenfalls andere Immunsuppressiva (bspw. Infliximab) verabreicht. Die Anzahl an Patienten mit Hidradenitis suppurativa, die mit Immunsuppressiva behandelt werden, steigt stetig an, so dass eine Kompensation dieser Kosten notwendig wird. Dass Adalimumab lediglich für die Indikation L73.2 und nicht für die L02 zugelassen ist, unterstreicht ebenfalls die Notwendigkeit des Einbezugs des ICD-Kodes L73.2 in die HMG Gruppen (siehe Punkt 1).

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.