

ANHÖRUNG ZUM ENTWURF DER FESTLEGUNG VON MORBIDITÄTSGRUPPEN, ZUORDNUNGSALGORITHMUS, REGRESSIONSVERRAHREN UND BERECHNUNGSVERRAHREN FÜR DAS AUSGLEICHSJAHHR 2020

ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Zu den Ausführungen unter Kapitel I Einführung Abschnitt Methodik verweisen wir auf unsere Anmerkungen aus den Vorjahren.

Die verwendeten statistischen Bewertungskriterien sind nach Auffassung der KBV für die Bewertung, ob eine Überarbeitung umgesetzt werden sollte, geeignet.

HIERARCHIEÜBERGREIFENDE HINWEISE (KAP. II 5-7)

ANPASSUNG AN DEN ICD-10-GM 2019

Die Anpassungen in der ICD-10-GM Version 2019 sind aus unserer Sicht sachgerecht eingearbeitet worden. Die erforderlichen Änderungen in den Koduzuordnungen und die daraus resultierenden Berichtigungen in den Bezeichnungen sind alle einleuchtend.

MEHRFACHE ARZNEIMITTELDIFFERENZIERUNG

Die „Mehrfache Arzneimittel differenzierung“ wird ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Der Entscheid für die „pyramidale Ausgestaltung“ ist nach unserer Einschätzung sachgerecht und führt zu der gewünschten Differenzierung. Bei einem überwiegenden Einsatz der hochpreisigen Präparate wie beispielsweise den Biologicals resultiert ein entsprechend höherer Jahreswert.

Im Zuge der mehrfachen Arzneimittel differenzierung werden DxG und HMG angepasst. Dies beinhaltet die Neubildung und/oder neue Zuordnung der DxG zu den jeweiligen HMG inkl. Umbenennung. Dabei wird bislang allerdings keine Differenzierung der zugeordneten ICD-10-Kodes vorgenommen, um die differenzierte Arzneimittelverordnung zu plausibilisieren. Dies sollte, mit den Einschränkungen der jeweils vorliegenden Abbildungsmöglichkeiten in der ICD-10-GM, geprüft werden.

ALTERSSPLIT

Die Vorselektion von zehn HMGs bei der Prüfung der Einführung einer Altersdifferenzierung ist vor dem Hintergrund der anstehenden Reform des Morbi-RSA und damit verbundener, noch nicht vorhersehbarer Effekte auf die Über- und Unterdeckungen von Versichertengruppen, nachvollziehbar.

Auch die methodische Wahl anhand von Teilungen ausgewählter HMGs an bestimmten Altersgrenzen eine Altersdifferenzierung durchzuführen, kann vor diesem Hintergrund und der einfacheren Implementierung in die bestehende Klassifikationslogik, nachvollzogen werden. Alleine das Argument der Komplexitätszunahme, welche vom Sachverständigenrat unter Datenverarbeitungsaspekten als kein wesentliches und zudem auch nur als ein scheinbares Problem eingestuft wurde, ist nicht vollständig überzeugend. Die Aufnahme von Altersinteraktionstermen sollte nach der anstehenden Reform des Morbi-

RSA, vor allem auch aufgrund einer damit verbundenen verbesserten Modellgüte, erneut in Betracht gezogen werden.

Ferner wird die HMG-individuelle Festlegung von Altersgrenzen auch aus medizinischen Gesichtspunkten begrüßt, wenngleich dies kein Festlegungskriterium war.

Insgesamt kann zum nachfolgenden Abschnitt „Anpassung der Hierarchien“ festgehalten werden, dass die ausgeführte Diskussion zu den einzelnen Änderungen jeweils nachvollziehbar ist und geeignet scheint, die Auswirkungen der neu eingeführten Alterssplits auf die Modellgüte zu untersuchen. Auf eine gesonderte Ausführung unter den betroffenen Hierarchien wird deshalb verzichtet.

ANPASSUNG DER HIERARCHIEN (KAP. III 8-24)

HIERARCHIE 02: „NEUBILDUNGEN“

Die vorgenommenen Umgruppierungen erfolgen aufgrund der aufgetretenen Hierarchieverletzung zwischen der HMG265 „Non-Hodgkin-Lymphom“ und der HMG266 „CLL, Leukämie durch unspezifische Zellen, Chronische myeloproliferative Erkrankungen“ sowie der Annäherung der beschriebenen Kostenschätzer. Sie stellen nicht nur aus statistischen Gründen eine deutliche Verbesserung dar, sondern erscheinen ebenfalls aus medizinisch-klinischer Sicht ausgesprochen sinnvoll.

HIERARCHIE 04: „METABOLISCHE ERKRANKUNGEN“

Krankheitsauswahl

Die Einordnung der durch die Krankheitsauswahl hinzugekommenen „Energie- und Eiweißmangelernährung“ ist nachvollziehbar.

Arzneimitteldifferenzierung

Wir begrüßen die Umsetzung der bislang zurückgestellten engeren Arzneimittelabgrenzung für den Alpha-1-Antitrypsinmangel, die zu einer deutlichen Verbesserung der Modellgüte führt.

HIERARCHIE 04: „ERKRANKUNGEN DER LEBER“

Die Überprüfung der Änderung der Krankheitsauswahl mit Wegfall der Krankheit „Akute schwere Lebererkrankung“ haben wir zur Kenntnis genommen.

HIERARCHIE 06: „GASTROINTESTINALE ERKRANKUNGEN“

Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Die vorgesehene Aufsplittung nach diesen beiden Indikationen ist u. a. aufgrund der unterschiedlichen Behandlungskosten nachvollziehbar. Die aufgeführten Arzneimittelgruppen Aminosalicylate/Corticosteroide, Immunsuppressiva und Biologicals, die unter Kostengesichtspunkten gebildet wurden, sind nachvollziehbar. Sie führen in der pyramidalen Struktur dann auch zu den unterschiedlichen Jahreswerten. Hierbei wurden – so haben wir die Ausführungen verstanden – die bisher verwendeten ATC-Gruppen verwendet, wobei die Gruppe L04AC (u. a. Ustekinumab) zusätzlich neu berücksichtigt wird. Es ist aus unserer Sicht sachgerecht, dass „neue Arzneimittel“ – insbesondere eher hochpreisige – früh mitberücksichtigt werden.

HIERARCHIE 07: „ERKRANKUNGEN DES MUSKEL-SKLETTSYSTEMS“

Die Wiederaufnahme der Krankheit „Luxation des Hüftgelenks“ ist sachgerecht umgesetzt.

HIERARCHIE 08: „HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die differenzierte Anpassung im Bereich der hämatologischen Erkrankungen mit Aufnahme eines vierten Hierarchiestranges für die neu hinzugekommene Krankheit „sonstige Erkrankungen des Immunsystems“ stellt nicht nur aus statistischen Gründen eine gute Umsetzung dar, sondern erscheint aus medizinisch-klinischer Sicht ausgesprochen sinnvoll.

HIERARCHIE 09: „KOGNITIVE ERKRANKUNGEN“

Auch vor dem Hintergrund des Wegfalls der Erkrankung „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ aus dem RSA-relevanten Morbiditätsspektrum bleibt die Konsistenz dieser Hierarchie unverändert. Die Streichung der erläuterten Diagnosegruppen führt zwar zur Verminderung eines Teils der bislang abgebildeten Morbidität, zieht jedoch keine Hierarchieverletzungen zwischen den verbliebenen Morbiditätsgruppen nach sich. Redaktionelle Anpassungen wurden vorgenommen. Insgesamt sind die vorgenommenen Umstrukturierungen nachvollziehbar.

HIERARCHIE 11: „ERKRANKUNGEN DER PSYCHE“

Durch die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2020 kommt es zum Wegfall der Erkrankungen „Bipolare affektive Störungen“, „Essstörungen“ und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ aus dem RSA-relevanten Morbiditätsspektrum, was zur Verminderung eines wesentlichen Teiles der in der Hierarchie 11 abgebildeten Morbidität mit direkter Auswirkung auf mehrere DxGs und HMGs der Hierarchie führt.

Des Weiteren wurde der Hinweis der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Festlegungsentwurf des Klassifikationsmodells geprüft, Arzneimittelverordnungen nicht zur Diagnosevalidierung einer Schizophrenie zu nutzen, sondern allenfalls zum Zweck der Schweregraddifferenzierung einzusetzen, da ein relevanter Anteil der Patienten, die unter Schizophrenie leiden, ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden. Nachvollziehbar wird dargelegt, dass der Vorschlag der BPtK nicht weiterverfolgt wird, da das derzeit genutzte Aufgreifkriterium „Arzneimittel, obligat“ zur Abbildung der vorliegenden Fallgestaltungen besser geeignet scheint.

HIERARCHIE 14: „NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN“

Die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2020 bleibt für diese Hierarchie unverändert. Infolge der Anpassung der ICD-10-GM 2016 mit Ausweisung der ICD-Kodes G23.3 „Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]“ und P91.7 „Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen“ wurden diese konsekutiv in das Klassifikationssystem integriert. Nachvollziehbar ist die für 2020 erfolgte Zuordnung der ICD-Kodes zu einer jeweils eigenen DxG bzw. HMG aufgrund der nunmehr vorliegenden Daten zu den beiden Diagnosekodes.

HIERARCHIE 16: „HERZERKRANKUNGEN“

Aufgrund des Ergebnisses der Krankheitsauswahl fallen zwei Erkrankungen, „angeborene schwere Herzfehler“ und „Ventrikuläre Tachykardie/Arrhythmie, Herzstillstand“ und die entsprechenden Diagnose- und Morbiditätsgruppen weg. Es erfolgte eine Überprüfung der Hierarchiestruktur. Das Ergebnis ist nachvollziehbar dargestellt. Auch wenn die Spanne zwischen 19.099 € bei der HMG087 über die HMG085 mit 578 € schon heraus sticht.

HIERARCHIE 14: „ZEREBROVASKULÄRE ERKRANKUNGEN“

Auch für diese Hierarchie ist die Darstellung der Hierarchieüberprüfung aufgrund des Wegfalls der Krankheit „angeborene schwere Herzfehler“ nachvollziehbar.

HIERARCHIE 18: „GEFÄß- UND KREISLAUFERKRANKUNGEN“

Der Wegfall der Krankheit „angeborene schwere Herzfehler“ spielt auch hier eine Rolle und wird angepasst. Die neu hinzugekommene Krankheit mit nicht infektiösen Erkrankungen des Lymphsystems und der Milz scheinen plausibel umgesetzt.

HIERARCHIE 20: „ERKRANKUNGEN DES UROGENITALSYSTEMS“

Die Umstrukturierung erfolgt auf Basis einer geänderten Krankheitsauswahl. Die Analyse zeigt die sachgerechte Integration der HMG135 „Zystitis andere Infektionen der Harnwege“ in den bestehenden Hierarchiestrang.

HIERARCHIE 22: „ERKRANKUNGEN DER HAUT“

In dieser Hierarchie sind aus unterschiedlichen Gründen umfängliche Änderungen erfolgt. Zu den Anpassungen an die ICD-10-GM Version 2019 verweisen wir auf die generelle Stellungnahme unter II Absatz 5.

Krankheitsauswahl

Die Verortung der Dekubitalgeschwüre in einem eigenen Hierarchiestrang ist zur Abbildung der Schweregrade medizinisch konsequent. Dazu gehört auch die Zusammenlegung mit den Codes aus der HMG 149 für sonstige Hautulzera. Für die Aufhebung der externen Dominanz aus der Hierarchie 18 spricht die Verbesserung der Modellgüte.

Arzneimitteldifferenzierung

Im Zuge der hier neu angewandten Arzneimitteldifferenzierung wird zwischen einer Therapie mit systemischen und topischen Antipsoriatika unterschieden. Diese Aufteilung ist auf den ersten Blick einleuchtend und begründbar, wenn im Morbi-RSA sowohl die leichte, als auch die mittelschwere bis schwere Psoriasis berücksichtigt werden. Eine weitere Differenzierung innerhalb der systemischen Antipsoriatika wird derzeit allerdings nicht vorgenommen.

In den Ausführungen zu den vorgenommenen Änderungen wird darauf hingewiesen, dass die topischen Psoriasis Arzneimittel neu berücksichtigt werden. Ist dies so zu verstehen, dass die leichte Psoriasis, bei der typischerweise eine topische Therapie erfolgt, bislang nicht im Morbi-RSA berücksichtigt wurde. Dies vorausgesetzt, wäre auf folgendes hinzuweisen:

- Bislang wurden als Jahreswert bei Dauermedikation 6.149 € berücksichtigt.
- Jetzt werden
 - bei Dauermedikation I (systemisch und topisch) 1.596 € berücksichtigt
 - bei Dauermedikation II (systemisch) 6.149 € berücksichtigt, also genau so viel, wie vorher ohne Differenzierung.

Bei den bestehenden Kostenunterschieden (siehe Tabelle) erscheint das Vorgehen in diesem Fall als nicht adäquat.

Tabelle 1: Jahres-Arzneimittelkosten in der Systemtherapie der Psoriasis auf der Basis aktueller Versorgungsdaten in Deutschland [46]

Wirkstoff	Fuß-note	Applikation	Dosierung	Kosten 1. Jahr	Kosten 2. Jahr
Acitretin		oral	35 mg/d (je 1 Tbl. mit 10 mg und 25 mg)	1.485,60 €	1.463,17 €
Apremilast		oral	Induktion nach Label, dann 2x30 mg/d	14.957,67€	15.015,30 €
Fumarsäureester	1	oral	Induktion nach Label, MW Erhaltungsdosis: 3,5 Tbl./d	3.342,55 €	3.488,61 €
MTX sc	2,9	s.c.	15 mg/Wo. PEN:	1.379,32 € 1.118,39 €	1.379,32 € 1.118,39 €
MTX oral	2	oral	15 mg/Wo.	115,86 €	115,86 €
Ciclosporin	3,4	oral	5 mg/kg KG	5.879,28 €	5.879,28 €
Adalimumab		s.c.	Induktion nach Label, dann 40 mg alle 2 Wo.	24.547,91 €	22.669,23 €
Etanercept, Originator		s.c.	Induktion 2x50mg für 12 Wo., dann 50 mg/Wo.	27.938,80 €	22.233,28 €
Etanercept, Biosimilar	5	s.c.	Induktion 2x50mg für 12 Wo., dann 50 mg/Wo.	22.602,91 €	17.983,24 €
Infliximab, Originator	4,6	i.v.	5 mg/kg KG	30.117,17 €	26.352,53 €
Infliximab, Biosimilar	4,6,7	i.v.	5 mg/kg KG	25.191,19 €	22.042,30 €
Secukinumab	8	s.c.	Induktion nach Label, dann 300 mg monatlich	28.148,43 €	21.111,32 €
Ustekinumab		s.c.	Induktion nach Label, dann 45/90 mg für </≥ 100 kg KG alle 12 Wo.	25.107,05 €	20.085,64 €

Um die hohen Jahrestherapiekosten adäquat zu berücksichtigen, sollte aus unserer Sicht daher noch eine Differenzierung bei den systemischen Arzneimitteln vorgenommen werden.

Hinweis: Auffällig ist die Abweichung der ausgewiesenen Anzahl der Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation I HMG 210 in der Tabelle 21.4 = 45.578 und in der Tabelle 21.6 = 104.565

HIERARCHIE 23: „VERLETZUNGEN“

Aufgrund des Ergebnisses der Krankheitsauswahl mit Aufnahme der Luxation des Hüftgelenks, ist die Zuordnung der Codes in die DxG und HMG inkl. erfolgter Hierarisierung gut begründet und plausibel.

HIERARCHIE 26: „ERKRANKUNGEN DES AUGES“

Da die ICD-10-GM keine Differenzierung der für das Ausgleichsjahr neu zu berücksichtigen Makuladegeneration und keine Unterscheidung der unterschiedlichen Krankheitsformen/-verläufen erlaubt, ist die Differenzierung über eine Arzneimittelzuordnung einleuchtend und sachgerecht.

HIERARCHIE 28: „CHRONISCHER SCHMERZ“

Bislang wurde eine Differenzierung in zwei Gruppen, „chronischer Schmerz mit bzw. ohne Dauertherapie“, vorgenommen. Die Gruppe „chronischer Schmerz mit Dauertherapie“ (jetzt Dauertherapie I) wird weiter auf gesplittet in zwei zusätzliche Gruppen „chronischer Schmerz mit Dauertherapie II (Opioiden)“ und „chronischer Schmerz mit Dauertherapie III (Opioiden Stufe 3 [nach WHO Stufenschema])“. Die beiden Gruppen unterscheiden sich demnach hinsichtlich der ATC-Gruppen NO2AJ und NO2AX, die nur in Gruppe II

enthalten sind. Diese Differenzierung erscheint plausibel und führt auch zu einer Differenzierung in den jeweiligen Jahrestherapiekosten.