

An das
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich

Nur per Email

09.04.2010

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich – Vorschlagsverfahren für das Modell im Jahresausgleich 2011

Dr. Pekka Helstelä
Abteilungsleiter Systemfragen

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

Ansprechpartner: Dr. Pekka Helstelä
Abteilung Systemfragen

Tel.: 030 206288-1100
Fax: 030 206288-81100

Pekka.Helstelae@gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legt das BVA das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2010 fest. Im Vorfeld der Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich hat das Bundesversicherungsamt mit Schreiben vom 03. März 2010 den GKV-Spitzenverband gebeten, Vorschläge zur Anpassung des Klassifikationsmodells für das Jahr 2011 zu unterbreiten. Die entsprechenden Ausführungen sollen sich dabei primär auf die Zuordnung von ICD-Kodes zu den DxGruppen (DxG), von den DxGruppen zu den (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen (HMG) sowie auf die Zuordnung von Arzneimitteln beziehen. Als Grundlage soll hierbei die sich derzeit im Anhörungsverfahren befindliche Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 herangezogen werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die frühzeitige Einbindung in den Weiterentwicklungsprozess zum Versichertenklassifikationsmodell für das Jahr 2011 und das vorgezogene Anhörungsverfahren zur Krankheitsauswahl 2011. Unsere Vorschläge zur Anpassung des bestehenden Klassifikationsmodells beschränken sich dennoch auf die Verwendung der für das Jahr 2010 gültigen Krankheitsauswahl, da sich u. E. aufgrund unserer Stellungnahme vom 31.03.2010 zur Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 noch Änderungen an der

Krankheitsauswahl ergeben werden, deren Umfang derzeit nicht eingeschätzt werden kann. Außerdem hatten wir vorgeschlagen, die beabsichtigte methodische Anpassung der Krankheitsabgrenzung für das Jahr 2011 zunächst zurückzustellen. Daher erscheinen uns Änderungsvorschläge auf Basis der sich im Anhörungsverfahren befindlichen Krankheitsauswahl als nicht zielführend.

Da die vorgeschlagene Anpassung der Krankheitsauswahl für das Jahr 2011 allerdings umfangreiche Anpassungen am Klassifikationsmodell erforderlich machen würde, weisen wir nochmals ergänzend darauf hin, dass die in unserer Stellungnahme zur Krankheitsauswahl dargelegten Schwächen der Methodik, insbesondere die fehlende Berücksichtigung der Kostenhomogenität bei der Krankheitsdefinition, im Mittelpunkt der weiteren Betrachtung stehen sollten, wenn eine Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Krankheitsauswahl angestrebt wird. Den im Folgenden aufgeführten Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells auf der Grundlage der bisherigen Krankheitsauswahl kommt aus unserer Sicht allerdings eine höhere zeitliche Priorität zu.

1. Änderungen am Klassifikationsmodell

1.1 Zuordnung von Diagnosen zu Diagnosegruppen (DXG)

Gerinnungsstörungen exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel

Der GKV-Spitzenverband hat bereits in seiner Stellungnahme zur Krankheitsauswahl 2011 die Neuordnung der ursprünglichen Krankheit 110 „Schwerwiegende Erkrankungen der Blutbildung und Blutgerinnung“ als medizinisch sinnvoll begrüßt. Eine dementsprechende bessere Abbildung der Koagulopathien und hämorrhagischen Diathesen sollte analog im Klassifikationsmodell 2011 Berücksichtigung finden.

Hierzu sollten die ICDs D68.0, D68.1, D68.2, D68.3 und D68.4 aus der DxG 232 (Störungen der Blutgerinnung, exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel) entfernt und in separaten DxGruppen mit bzw. ohne Dauermedikation zusammengeführt werden (eine geschlechtsspezifische Aufteilung aufgrund der nicht x-chromosomalen Vererbung ist nicht erforderlich).

Mit der vorgeschlagenen Neuordnung werden die häufigsten angeborenen Hämostasestörungen in einer Gruppe zusammengefasst, gleichzeitig kann durch die Zusammenführung mit der ICD D68.4 (Erworbener Mangel an Gerinnungsstörungen) bzw. D68.3 (Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper) auch die unterschiedliche Kostenintensität bei der klinischen Versorgung mit Arzneimitteln insbesondere bei akuten Blutungsphasen berücksichtigt werden.

Chronische myeloproliferative Krankheit

Die ICD D47.1, die die chronisch myeloproliferative Krankheit bezeichnet, ist medizinisch den chronisch myeloischen Leukämien zuzuordnen. Daher sollte die ICD47.1 von der DxG 092 in die DxG 046 verschoben werden, um eine entsprechende Berücksichtigung in der HMG 004 „Myoische Leukämie“ zu erreichen.

Morbus Pompe / Morbus Hunter

Die Behandlung von Morbus Pompe und Morbus Hunter (ICDs E74.0 und E76.1) ist mit kostenintensiven medikamentösen Therapien verbunden. Um die Kostenhomogenität sowohl innerhalb der HMG 023 „Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen“ als auch innerhalb der Hierarchie der metabolischen Erkrankungen besser abzubilden, sollten die Diagnosen E74.0 und E76.1 von der DxG 119 in eine separate DxG verschoben werden, die der HMG 021 zugeordnet wird (bzgl. einer möglichen Schweregraddifferenzierung mit Arzneimitteln verweisen wir auf Punkt 3 dieses Schreibens).

Depression

Die Zusammensetzung bzw. die Einordnung der DxG 264, 269, 817 (Sonstige, nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störungen) und 818 (Sonstige, nicht näher bezeichnete affektive Störungen/depressive Episoden) in die HMG 057 bzw. HMG 058 sollte mit dem Ziel überprüft werden, entsprechend des Krankheitsverlaufes (schwer, mittel, leicht) zu einer höheren Zielgenauigkeit der Zuschläge zu kommen.

1.2 Zuordnung von Diagnosegruppen (DxG) zu Morbiditätsgruppen (HMG)

HMG 044: Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen

Der HMG 044 wird u.a. die DxG 224 (Aplastische Anämie) zugeordnet. Die kostenintensive allogene Stammzelltransplantation stellt derzeit die effektivste Therapie bei der aplastischen Anämie dar. Wir halten es daher für erforderlich, hinsichtlich der Kostenhomogenität der HMG 044 zu prüfen, inwieweit die Durchschnittskosten von Versicherten, die der DxG 224 zugeordnet werden, mit denen der Versicherten, die den weiteren in der HMG 044 berücksichtigen DxGs zugeordnet werden, vergleichbar sind. Sollte dies nicht der Fall sein, schlagen wir vor, die DxG 224 aus der HMG 044 in eine neue HMG zu verschieben.

HMG 067, 068 und 069

Die HMGs 067, 068 und 069 beschreiben Lähmungen sowie Verletzungen und Erkrankungen des Rückenmarks. Sie enthalten sowohl progressive Erkrankungen, wie z.B. ALS, als auch traumatische Läsionen sowie vollständige und inkomplette Beeinträchtigungen. Wir halten es daher für erforderlich, auf Basis der aktuell vorliegenden Daten die Kostenhomogenität dieser Morbiditätsgruppen auf Basis der Durchschnittskosten der ihnen zugeordneten Diagnosegruppen zu prüfen.

HMG 159: Pathologische Fraktur des Humerus, der Schulter, der Tibia oder Fibula und HMG 162: Femur- und Beckenfraktur, andere pathologische Frakturen

In der Hierarchie 23 steht die HMG 159 über der HMG 162. Diese Anordnung führte im Rahmen der bisherigen Berechnungen bzw. Regressionsverfahren zu einer Hierarchieverletzung, die die Gleichbewertung der HMG 159 und HMG 162 zur Folge hatte. Wir halten es daher für erforderlich, die Zuordnung der DxGruppen zu den HMG unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität auf Basis der aktuell vorliegenden Daten zu prüfen.

2. Änderungen der Aufgreifkriterien

2.1 Aufgreifkriterium „stationäre Diagnose erforderlich“

Für die ICD J96.1 „Chronisch resp. Insuffizienz“ wird derzeit zur Berücksichtigung im Klassifikationsmodell eine stationäre Diagnose vorausgesetzt. Die Behandlung dieser Erkrankung erfolgt jedoch vielfach ambulant. Dementsprechend schlagen wir vor, die Diagnose auch bei Meldungen der ambulanten Versorgung im Klassifikationsmodell zu berücksichtigen.

2.2 Aufgreifkriterium „Arzneimittel“

Die Verwendung von Arzneimitteln zur Validierung ambulanter Diagnosedaten ist derzeit begrenzt. Die Arzneimittelvalidierung stellt jedoch ein geeignetes Instrument zur Verringerung der Manipulationsanfälligkeit des Klassifikationsmodells dar. Wir schlagen daher vor, die Arzneimittelvalidierung ambulanter Diagnosedaten auszuweiten und verweisen diesbezüglich auf unsere Stellungnahme vom 15.04.2009 zu Anpassung des Klassifikationsmodells 2010.

3. Schweregraddifferenzierung durch die Berücksichtigung von Arzneimitteln

Gerinnungsstörungen exkl. angeborener Faktor VIII und Faktor IX-Mangel

Die Blutungsneigung ist von der jeweiligen Faktoraktivität im Blut abhängig. Um eine hohe Zielgenauigkeit bei den Zuweisungen zu erreichen, ist es daher sinnvoll, erkrankte, aber aufgrund einer ausreichend hohen Faktoraktivität nicht zu Blutungen neigende Versicherte von denjenigen zu separieren, die eine dauerhafte Substitution mit entsprechenden Medikamenten benötigen. Für die Validierung der DxGruppen mit Dauermedikation empfehlen wir mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen des 5stelligen ATC-Codes B02BD (obligate Arzneimittel). Die DxGruppe ohne Dauermedikation sollte über stationäre oder ambulante gesicherte Diagnosen mit M2Q validiert werden.

Die neuen DxGruppen sollten in entsprechenden Morbiditätsgruppen mit bzw. ohne Dauermedikation berücksichtigt werden. Die Morbiditätsgruppen sollten in der Hierarchie „Hämatologische Erkrankungen“ als separater Hierarchiestrang aufgeführt werden.

Sphingolipidosen

Eine Ausweitung der Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch für die Sphingolipidosen begründet. Dies betrifft die DxG 124 (Näher bezeichnete Sphingolipidosen) der HMG 021

Die DxG 124 enthält unter anderem Versicherte mit Morbus Gaucher und Morbus Fabry, deren Durchschnittskosten die der anderen Versicherten um ein Vielfaches überschreiten, da für sie medikamentöse Behandlungen existieren, die Enzymersatztherapie (ERT) und die Substratreduktionstherapie (SRT).

Die Diagnose E 75.2 (Sonstige Sphingolipidosen) bildet insgesamt sieben Erkrankungen ab:

- Morbus Fabry
- Morbus Gaucher
- Metachromatische Leukodystrophie
- Morbus Krabbe
- Morbus Niemann–Pick Typ I (A+B)
- Morbus Farber
- Sulfatasemangel

Von diesen Erkrankungen ist neben Morbus Gaucher und Morbus Fabry noch Morbus Niemann–Pick Typ I (A+B) mittels ERT behandelbar, Morbus Gaucher auch mittels SRT. Die Substratreduktionstherapie findet auch Anwendung bei Erkrankungen, die mit E 75.0 und E 75.1 verschlüsselt werden:

- GM1–Gangliosidose
- Morbus Tay–Sachs
- Morbus Sandhoff

Da sich auf Basis der ICD–Systematik keine Möglichkeit ergibt, die kostenintensiven von den weniger kostenintensiven Fällen zu trennen, schlagen wir die Einführung einer HMG ‚Sehr schwere Stoffwechselstörungen mit obligaten Arzneimitteln der Enzymersatztherapie‘ vor, mit der eine Separierung möglich wäre. Aufgrund der Zulassung von Myozyme sollte die HMG durch Morbus Pompe ergänzt werden.

Multiple Sklerose

Bei der Multiplen Sklerose wird mit der Gabe von Medikamenten zur Immunmodulation (Wirkstoffe sind u.a. beta-Interferone, Glatirameracetat und Natalizumab) und weiterer Medikamente wie Azathioprin, Mitoxantron, Cyclophosphamid, aber auch mittels Plasmapherese versucht, das Fortschreiten der Entzündung im Zentralnervensystem zu verlangsamen. Wenn ein definierter Behinderungsgrad erreicht ist, ist das Verordnen dieser Medikamente hingegen auf Grund der Nebenwirkungen in der Regel nicht mehr geboten.

Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, zu prüfen, inwieweit die Zuordnung der Versicherten mit der Erkrankung der Multiplen Sklerose und Behandlung durch Medikamente zur Immunmodulation in eine separate HMG, die Erklärungskraft des Klassifikationsmodells verbessert. Aufgrund einer allerdings hohen Abbrecherquote (knapp über 60% aller Patienten mit schubförmig progredientem Verlauf der Multiplen Sklerose haben schon einmal eine Therapie abgebrochen, bei Patienten mit schubförmig remittierendem Verlauf waren es mehr als 30%, bei Patienten mit primär progredientem Verlauf 50%) müsste geprüft werden, ob es bei den Aufgreifkriterien einer Definition von Mindest-DDD bedarf.

4. Berücksichtigung von Verstorbenen

Aufgrund eines Beschlusses des Wissenschaftlichen Beirats vom 16. September 2009 ist damit zu rechnen, dass Veränderungen bei der Berücksichtigung von Verstorbenen Gegenstand der Überlegungen zum Klassifikationsmodell für das Jahr 2011 sein werden. Ansatzpunkt des Wissenschaftlichen Beirats ist die Gleichbehandlung von unterjährig Versicherten und Verstorbenen bei der Annualisierung der Leistungsausgaben zur Ermittlung der Regressionskoeffizienten. Diese Herangehensweise wird von Seiten der Krankenkassen sehr kontrovers diskutiert, was bereits ein deutliches Indiz für vermutete starke Verteilungswirkungen ist. Während von den Befürwortern angeführt wird, dass die aktuelle Sonderbehandlung von Verstorbenen durch die fehlende Annualisierung der Leistungsausgaben zu überhöhten Zuweisungen für die nicht-verstorbenen Versicherten führt, und sich dabei auf die empirisch beobachtete Unterdeckung

der Ausgaben von Verstorbenen stützen, wird die ablehnende Haltung vor allem damit begründet, dass dies in einem prospektiven Modell, in dem die durchschnittlichen Kosten von chronisch kranken Versicherten im Folgejahr ausgeglichen werden sollen, keineswegs eine Sonderbehandlung, sondern verfahrensimmanent sei, da Verstorbene nach ihrem Tod definitiv keine weiteren Kosten mehr verursachen. Außerdem sei die zentrale Zielsetzung des Morbi-RSA, wirksam Anreize zur Risikoselektion zu neutralisieren, und nicht, eine möglichst hohe Ausgleichseffizienz zu erzielen. Des weiteren wird angeführt, dass man vor einer Analyse der Ergebnisse des Schlussausgleichs 2009 keine verlässlichen Aussagen darüber treffen könne, ob der bestehende Morbi-RSA nicht bereits ohne diese Verfahrensänderung bei den hiervon begünstigten Krankenkassen zu einer Überdeckung führe. Alternativ wird wiederum von anderer Seite die Wiedereinführung eines Hochrisikopools angeregt, mit dem die Ausgleichseffizienz u.a. auch bezüglich der Verstorbenen erhöht werden könne. Aufgrund der dargestellten unterschiedlichen Positionen und Argumente kann der GKV-Spitzenverband keine andere Empfehlung aussprechen, als den o.g. Beschluss des Wissenschaftlichen Beirats vor einer Entscheidung nochmals einer vertieften Analyse zu unterziehen und die Argumente methodisch (was soll der M-RSA leisten) und empirisch (was bewirkt er tatsächlich) einer näheren Überprüfung zu unterziehen und hierbei auch die genannte Alternative Hochrisikopool in die Betrachtung einzubeziehen.

5. Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen

Das Bundesversicherungsamt hat in der Festlegung des Klassifikationsmodells 2010 auch das Verfahren zur Berechnung der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen festgelegt. Wir hatten in unserer Stellungnahme vom 28.08.2009 darauf hingewiesen, dass für das vom BVA beabsichtigte Verfahren zum Zeitpunkt dieser Festlegung keine empirischen Analyseergebnisse vorlagen. Im Rahmen der für das Ausgleichsjahr 2009 bereits durchgeführten Strukturanpassungen und mit Vorliegen der Ergebnisse aus dem Schlussausgleich für das Jahr 2009 bestehen entsprechende Datengrundlagen und Analysemöglichkeiten, um das im Jahr 2009 festgelegte Berechnungsverfahren der Angleichungsfaktoren in den Strukturanpassungen entsprechend empirisch zu überprüfen. Hierbei ist es u. E. insbesondere erforderlich, zu analysieren, inwieweit

das derzeitige Berechnungsverfahren in den Strukturanpassungen, in denen aktualisierte Morbiditätsinformationen herangezogen werden, angepasst werden sollte, um die Morbiditätsentwicklung in der GKV adäquat zu berücksichtigen und eine bestmögliche Annäherung der Strukturanpassungen an den Jahresausgleich zu erzielen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Pekka Helstelä