



Unternehmen Leben

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2396-1314
Telefax: 040 2396-3314
joern.laufer@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-La
IK 101560000
Datum 01.04.2011

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Stellungnahme der DAK zur Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2012

Das Bundesversicherungsamt unterzieht auch in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit seinem wissenschaftlichen Beirat das bestehende Versichertenklassifikationsmodell gemäß § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) einer Überprüfung und wird bis zum 30. September eine überarbeitete Gruppierungslogik für das Ausgleichsjahr 2012 festlegen.

Im Vorfeld zu diesen Festlegungen hat das Bundesversicherungsamt mit Schreiben vom 17.01.2011 dazu aufgerufen, bis zum 1. April 2011 Verbesserungsvorschläge zum aktuellen Versichertenklassifikationsmodell mitzuteilen.

Nachstehend nehmen wir die Gelegenheit einer Stellungnahme wahr und übersenden Ihnen die Vorschläge der DAK mit der Bitte, unsere Positionen bei der Festlegung des Klassifikationsmodells 2012 zu berücksichtigen.

Allgemeines

Die Entwicklung des Klassifikationsmodells für das Ausgleichsjahr 2012 erfolgt nach dem bestehenden prospektiven Modell auf Basis der Morbidität aus dem Jahr 2008 und den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aus dem Jahr 2009. Über die aus dem Vorjahr übernommene und damit unveränderte Auswahl von 80 Krankheiten werden nach bisherigem Verfahren Diagnosegruppen nach medizinisch-ökonomischen Kriterien gebildet, die im Weiteren zu Morbiditätsgruppen zusammengefasst und innerhalb jeweiliger Krankheitsgruppen hierarchisiert werden.

Dieses in der Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2012 endende Klassifikationsmodell wird bis zum Jahresausgleich 2012 nicht angepasst. Die zum Ende 2013 durchgeführten abschließenden Berechnungen zum Jahresausgleich 2012 berücksichtigen die Morbidität aus dem Jahr 2011 und die Ausgaben aus dem Jahr 2012.

Kalkulationsgrundlage

Von der Entwicklung und Festlegung des Klassifikationsmodells (Grouperlogik) bis zur abschließenden Anwendung vergehen in der bisherigen Morbi-RSA-Systematik drei Jahre. Ausgehend davon, dass sich Morbidität in Prävalenz, Alters-/ Geschlechtsstruktur, Behandlung und Kosten in einem Zeitraum von drei Jahren verändern, ist es eine unbefriedigende Lösung, ein Klassifikationssystem, dass auf den Leistungsausgaben 2009 entwickelt wurde, für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2012 anzuwenden.

Das Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2011, dass auf den Morbiditätsdaten 2007 und Ausgaben 2008 entwickelt wurde, zeigt in unseren Daten bereits bei den Ausgaben 2009 deutliche Inhomogenitäten. Dieses trifft besonders in den hierarchisierten Morbiditätsgruppen, in denen viele einzelne Diagnosegruppen (DxG) zusammengefasst sind und in den Krankheitsgruppen, deren Behandlungskosten durch den medizinischen Fortschritt besonders stark beeinflusst werden, zu. Die Kostenentwicklung von 2008 bis 2011 bzw. von 2009 bis 2012 mit den Auswirkungen auf den Jahresausgleich lässt sich zum Zeitpunkt der Entwicklung der Klassifikation für ein Ausgleichsjahr nicht oder nur unzureichend abschätzen.

Die Bedeutung dieses Sachverhaltes mit seinen Auswirkungen über die morbiditätsbezogenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird umso größer, je ungleicher die Krankheitsverteilung zwischen den Krankenkassen ist.

Im Ergebnis dieser Überlegungen bitten wir das BVA folgende Lösungsmöglichkeiten zu prüfen:

- Schaffung der Grundlage für eine schnellere Datenlieferung der Leistungserbringer an die Kassen, damit würde der zeitliche Versatz von der Entwicklung einer Klassifikation bis zur Anwendung im Jahresausgleich auf zwei Jahre verkürzt werden
- jährliche Prüfung der Kostenhomogenität unterhalb der HMG-Ebene, jeweils innerhalb der zu einer HMG zusammengefassten Diagnosegruppen (DxG)
- Herauslösen von DxG aus der HMG und Schaffung neuer HMG, sofern die mittleren Kosten und die Homogenität der Fallgruppen einer Zusammenfassung entgegen sprechen
- Überprüfung und Anpassung der hierarchischen Einstufung
- Verzicht auf die Zusammenfassung von Diagnosegruppen (DxG) in hierarchisierte Morbiditätsgruppen unter Beibehaltung einer Hierarchisierung auf DxG-Ebene

In Anlehnung an die genannten Punkte im derzeitigen prospektiven Ansatz wäre auch denkbar, zum Jahresausgleich eine Neuordnung von DxG und HMG nach der Methode zum Zeitpunkt der Entwicklung der Klassifikation dann auf den für den Jahresausgleich zugrundeliegenden Leistungsausgaben durchzuführen, um so zu einer Neujustierung des Klassifikationssystems zu gelangen. Der Systemumbau soll so die Verteilungsgerechtigkeit der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhöhen. Darüber hinaus ist die Abnahme gezielter Einflussnahme (Manipulation) auf die Zuweisungen hervorzuheben.

Alter und Geschlecht

Ein weiteres grundsätzliches Problem in der derzeitigen Systematik des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs resultiert aus der – mit Ausnahme einzelner Diagnosen und HMG – fehlenden Berücksichtigung von Alter und Geschlecht bei den morbiditätsbezogenen Zuweisungen.

Analysen unserer Daten zeigen unter Anwendung der Regression bei Betrachtung einzelner HMG erhebliche Unterschiede bei der Kostenzuordnung in Abhängigkeit von Geschlecht und Altersgruppe.

Bei den bekannten unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen zwischen den Krankenkassen scheint hierdurch bedingt eine nicht zweckorientierte Verteilung der Zuweisungen möglich. Die Krankenkassen, deren Morbidität, Alters- und Geschlechtsverteilung nicht nahe an der Verteilung der GKV-Stichprobe in der Kalkulationsgrundlage liegt, werden systematisch benachteiligt oder bevorteilt.

Auch hier bitten wir das BVA, den Sachverhalt zu prüfen und eine Abbildung in der Klassifikation zum Beispiel durch weitere Alters- und Geschlechtssplits von HMG zu entwickeln, die eine gerechtere Verteilung der morbiditätsbezogenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ermöglicht.

Prospektivität des Morbi-RSA

Ein aus unserer Sicht großes Problem für eine gerechte Verteilung der Zuweisungen ist der grundsätzliche prospektive Ansatz im Risikostrukturausgleich, der für morbiditätsbezogene Zuschläge nur die Kosten von Krankheiten im Folgejahr nach dokumentierter Morbidität berücksichtigt.

Die zumeist hohen Kosten der Erstbehandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung werden so nicht über morbiditätsbezogene Zuweisungen berücksichtigt, sondern fließen in die Zuweisung über Alters- und Geschlechtsgruppen ein. In der Folge werden Kassen mit vorliegender überdurchschnittlicher Häufigkeit bestimmter Krankheiten systematisch benachteiligt. Besondere Bedeutung erfährt diese Tatsache bei Veränderungen der Arzneimitteltherapie für bösartige Neubildungen, wenn man die Prävalenzunterschiede zwischen den Krankenkassen berücksichtigt. Sofern Versicherte einer Krankenkasse häufiger bösartige Neubildungen haben als die Kalkulationsstichprobe der GKV, muss zwangsläufig eine Unterdeckung in diesem Bereich entstehen. Die vielfach sehr hohen Kosten gerade bei neu zugelassenen Chemotherapeutika fließen als mittlere Kosten in die jeweilige AGG, was bei Prävalenzunterschieden nicht sachgerecht ist.

Auf der Grundlage der aktuellen Datenlage und inzwischen weiterentwickelter Klassifikation bitten wir das BVA erneut zu prüfen, ob die Berücksichtigung zeitgleicher Morbidität grundsätzlich zu einer Verbesserung im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führt. Den grundsätzlichen Zielen des Morbi-RSA steht dieser Ansatz nicht entgegen. Das Ziel der morbiditätsbezogenen Zuweisung in Richtung vorliegender Morbidität würde bei zeitgleicher Betrachtung von Morbidität und Ausgaben deutlich besser erreicht werden. Daneben könnten auch andere Effekte wie die Morbidität Versicherter im Alter unter einem Jahr Berücksichtigung finden.

Änderungen des Klassifikationsmodells

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Asthma bronchiale

Bei den Erkrankungen der Lunge sind Asthma bronchiale, Status asthmaticus und chronisch obstruktive Lungenerkrankung in der Klassifikation 2011 in der HMG 109 abgebildet. Die Diagnosegruppen und Aufgreifkriterien für 2011 sind in folgender Tabelle gegenübergestellt:

DxG	Beschreibung	Aufgreifkriterien
451	Emphysem / Chronische Bronchitis (Alter > 17 Jahre)	Stationär: nein Ambulantes Arzneimittel: nicht relevant Alter > 17 Jahre
460	Asthma bronchiale	Stationär: nein Ambulantes Arzneimittel: ja, klinisch relevant, chronisch
461	Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)	Stationär: ja Ambulantes Arzneimittel: nicht relevant

Die Entwicklung dieser Klassifikation erfolgte auf Basis der Morbidität 2007 und der Kosten 2008. Nach unserer Einschätzung sind Asthma bronchiale und COPD weder kostenhomogen noch kassenübergreifend gleich verteilt. Darüber hinaus sind vom Asthma bronchiale überwiegend junge Menschen episodisch, von COPD überwiegend ältere Menschen chronisch betroffen. Von daher schlagen wir vor, die DxG 451 aus der bisherigen HMG109 herauszulösen und in einer eigenen HMG abzubilden. Wir bitten das BVA, dieses mit den notwendigen Berechnungen zu prüfen, ob diese differenzierte Abbildung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankungen und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen

Die HMG038 *Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen* enthält in der Klassifikation 2011 fünf Diagnosegruppen mit einheitlichem Aufgreifkriterium:

DxG	Beschreibung	Aufgreifkriterien
186	Morbus Behcet	Stationär: nein Ambulantes Arzneimittel: nicht relevant
187	Systemischer Lupus erythematodes (SLE) / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankung des Bindegewebes	
188	Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien	
189	Entzündliche Wirbelerkrankungen	
190	Polymyalgia rheumatica	

In allen DxG zeigen sich besonders große Inhomogenitäten bei den Arzneimitteln. Nähere Untersuchungen bestätigten, dass ein größerer Anteil der Fälle der HMG038 über das Aufgreifkriterium Arzneimittel mit chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage gut abgrenzbar ist, wobei diese Gruppe ein Vielfaches der Kosten im Vergleich zur Fallgruppe ohne Arzneimittelvalidierung hat. Darüber hinaus sind die Kosten auch deutlich höher als bei den hierarchisch übergeordneten HMG 206 und HMG 207.

Weitere Untersuchungen unter Anwendung des gleichen Kriteriums auf die HMG 206 *Arthritis psoriatica* und HMG 207 *Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie* zeigen ähnliche Ergebnisse. Dabei wurde die neue HMG mit Arzneimittel der bisherigen HMG immer hierarchisch übergeordnet.

Die bereits angesprochene unzureichende Abschätzbarkeit der Kostenentwicklung zum Zeitpunkt der Entwicklung des Systems auf Basis vorhandener Ausgaben findet hier mit der Zulassung des Wirkstoffs Golimumab zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis ab November 2009 ein konkretes Beispiel.

In der Gesamtbetrachtung scheint aus unserer Sicht die Schaffung einer neuen HMG durch Arzneimittelvalidierung und Zusammenfassung der verbleibenden Fälle in einer weiteren HMG sinnvoll. Wir bitten das BVA zu prüfen, ob der in folgender Tabelle zusammengefasste Anpassungsvorschlag für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankungen und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

HMG 2011	Anpassung	HMG 2012
HMG 038	Ambulantes Arzneimittel: ja, obligat	HMG 250
	keine	HMG 251
HMG 206	Ambulantes Arzneimittel: ja, obligat	HMG 250
	keine	HMG 251
HMG 207	Ambulantes Arzneimittel: ja, obligat	HMG 250
	keine	HMG 251

Zur Berechnung arzneimittelspezifischer Behandlungstage schlagen wir nach der ATC-Klassifikation 07/2010 folgende ATC-Fünf- und ATC-Siebensteller vor:

Nr.	ATC	Beschreibung
1	A07EC01	Sulfasalazin
2	H02AB	Glucocorticoide
3	H02BX	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination
4	L01BA01	Methotrexat
5	L01XC02	Rituximab
6	L04AA13	Leflunomid
7	L04AA24	Abatacept
8	L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren
9	L04AC03	Anakinra
10	L04AC07	Tocilizumab
11	L04AX01	Azathioprin
12	M01AA	Butylpyrazolidine
13	M01AB	Essigsäuer-Derivate und verwandte Substanzen
14	M01AC	Oxicame
15	M01AE	Propionsäure-Derivate
18	M01AG	Fenamate
19	M01AH	Coxibe
20	M01AX	Andere nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika
21	M01CC01	Penicillamin

Unabhängig des genannten Vorschlags zur Berücksichtigung von Arzneimitteln zeigen unsere Analysen mit den Ausgaben 2009 Inhomogenitäten zwischen den einzelnen DxG der HMG 038, was einer Zusammenfassung in einer HMG entgegen spricht.

Als Alternative schlagen wir hier eine Überprüfung und Herauslösen von DxG aus der derzeitigen HMG 038 und Abbildung in eigenen HMG vor.

Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose ist bisher in der HMG 072 abgebildet. Die HMG-Zuweisung erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Analysen zu dieser Erkrankung zeigen deutliche Unterschiede bei der medikamentösen Therapie, darüber hinaus unterscheiden sich die Ausgaben in der HMG 072 in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht um ein Vielfaches. Mit Fingolimod (ATC L04AA27) kommt mit Zulassung im März 2011 ein weiteres Arzneimittel auf den Markt, was zunehmende Kosten bei der Behandlung der Multiplen Sklerose erwarten lässt.

Aus den genannten Gründen bitten wir das BVA zu prüfen, ob eine eigene HMG für Multiple Sklerose mit Arzneimittelvalidierung unter den Kriterien chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankung und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt. Die bisherige HMG 072 soll – hierarchisch den neuen HMG untergeordnet – im System verbleiben.

Zur Berechnung arzneimittelspezifischer Behandlungstage schlagen wir nach der ATC-Klassifikation 07/2010 folgende ATC-Fünf- und ATC-Siebensteller vor. Die Hierarchie in Spalte HMG 2012 ist absteigend.

HMG 2011	ATC-Code		HMG 2012
HMG 072	L01DB07	Mitoxantron	HMG 255
	L03AB07	Interferon beta-1a	
	L03AB08	Interferon beta-1b	
	L03AX13	Glatirameracetat	
	L04AA23	Natalizumab	
	L04AX01	Azathioprin	
	L04AA27	Fingolimod (Zulassung März 2011)	
HMG 072	H02AB	Glucocorticoide	HMG 256
	H02BX	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination	
HMG 072	ohne		HMG 072

Ideopathische thrombozytopenische Purpura

Die Diagnose Ideopathische thrombozytopenische Purpura (ICD-10 D69.3) ist in der Klassifikation 2011 in der HMG 210 *Purpura / Thrombozytenfunktionsstörungen / Blutungsneigung* abgebildet. Die HMG-Zuweisung erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Von den Arzneimittelkosten hebt sich diese Erkrankung von den Anderen in dieser HMG deutlich ab. Das lässt sich in unseren Daten bereits in den Ausgaben 2009 mit dem Regressionsverfahren nachweisen. Darüber hinaus ist erkennbar, dass zwei ab 2010 für die ITP zugelassene Arzneimittel (Eltrombopag – Revolade® und Romiplostim – Nplate®) zu steigenden Kosten führen.

Aus den genannten Gründen schlagen wir vor die Ideopathische thrombozytopenische Purpura mit Arzneimitteltherapie in einer eigenen HMG abzubilden. Die bisherige HMG 210 soll – hierarchisch der neuen HMG untergeordnet – im System verbleiben.

Zur Berechnung arzneimittelspezifischer Behandlungstage schlagen wir nach der ATC-Klassifikation 07/2010 folgende ATC-Fünf- und ATC-Siebensteller vor:

Nr.	ATC	Beschreibung
1	H02AB	Glucocorticoide
2	J06BA02	Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung
3	L04AX01	Azathioprin
4	L01CA02	Vincristin
5	B02BX05	Eltrombopag
6	B02BX04	Romiplostim

Für die ITP bitten wir das BVA zu prüfen, ob eine ambulante Arzneimittelvalidierung unter den Kriterien chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifischen Behandlungstage für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankung und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Psoriasis

Die Psoriasis ist seit der Klassifikation 2011 mit den HMG 219 *Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation* und HMG 220 *Psoriasis und Parapsoriasis ohne Dauermedikation* im Morbi-RSA abgebildet.

Die Zuweisung zur HMG 219 erfolgt bei Vorliegen mindestens einer gesicherten Diagnose aus der vertragsärztlichen Versorgung, mindestens einer zeitgleichen Verordnung von relevanten Arzneimitteln und mehr als 183 arzneimittelspezifischen Behandlungstagen.

Die Zuweisung zur HMG 220 erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Die medikamentöse Therapie bei der Psoriasis umfasst im Wesentlichen topische und systemische Antipsoriatika und Immunsuppressiva. In der HMG 219 werden bisher die systemischen Antipsoriatika und Immunsuppressiva berücksichtigt. Die Behandlung mit Immunsuppressiva verursacht im direkten Vergleich höhere Kosten. Darüber hinaus deutet sich an, dass der Einsatz und damit die Ausgaben von Immunsuppressiva im Verhältnis zu systemischen Antipsoriatika zukünftig steigen werden.

In der HMG 220 hebt sich die Fallgruppe mit Behandlung topischer Antipsoriatika (ATC D05A) hinsichtlich ihrer Kosten deutlich ab.

Im Ergebnis bitten wir das BVA zu prüfen, ob die in folgender Tabelle dargestellten maximal vier Gruppen zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankung und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führen. Die Arzneimittelvalidierung soll dabei mit den üblichen Kriterien chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage erfolgen. Die Hierarchie in Spalte HMG 2012 ist absteigend.

HMG 2011	ATC-Code		HMG 2012
HMG 219	L04AA	Selektive Immunsuppressiva	HMG 260
	L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren	
	L04AC	Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren	
	L04AD	Calcineurin-Inhibitoren	

	L04AX	Andere Immunsuppressiva	
HMG 219	D05BA	Psoralene zur systemischen Anwendung	HMG 261
	D05BB	Retinoide zur Behandlung der Psoriasis	
	D05BX	Andere Antipsoriatika zur systemischen Anwendung	
HMG 220	D05AA	Teere	HMG 262
	D05AC	Anthracen-Derivate	
	D05AD	Psoralene zur topischen Anwendung	
	D05AX	Andere Antipsoriatika zur topischen Anwendung	
HMG 220	ohne		HMG 220

Sonstige Gerinnungsstörungen

Die Gerinnungsstörungen haben seit der Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostruktur-
ausgleiches umfangreiche positiv zu bewertende Anpassungen erfahren. In der Klassifikation
verbleiben einige Diagnosen in der HMG 046 *Sonstige Gerinnungsstörungen*. Die Zuweisung
erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen
in zwei unterschiedlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Bei den Diagnosen handelt es sich um eine heterogene Gruppe intravasaler Gerinnungs-
störungen und sonstiger Koagulopathien, die eine ebenso heterogene Kostenstruktur haben
und teilweise sehr hohe Arzneimittelkosten aufweisen. Das Willebrand-Jürgens-Syndrom war in
der Vergangenheit mehrfach im Fokus von Anpassungsvorschlägen, ohne dass eine geson-
derte Berücksichtigung im derzeitigen System erreicht werden konnte.

Auffällig hinsichtlich hoher Arzneimittelkosten in der HMG 046 sind Faktorpräparate zu nennen.
Wir bitten das BVA zu prüfen, ob ein Split der HMG 046 auf Faktorpräparate (ATC B02BD) und
Schaffung einer neuen HMG, die hierarchisch über der verbleibenden HMG 046 stehen soll, zu
einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese
Erkrankungen und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Hämophilie

Die Hämophilie mit Dauermedikation ist seit der Klassifikation 2010 in der HMG 035 abgebildet.
Für die Zuweisung müssen neben einer Krankenhausdiagnose oder mindestens einer gesi-
icherten Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung altersunabhängig mindestens zwei
spezifische Arzneimittelverordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen.

Ein seltener und gefürchteter Verlauf ist die Entwicklung von Hemmkörpern, also Antikörpern
gegen Faktor VIII oder IX. An den Arzneimitteln erkennbar sind solche Fälle an der zusätzlich
Gabe von Faktor-VIII-Inhibitor-bypass-Aktivität (ATC B02BD03) und Eptcog alfa (ATC
BD02BD08) bzw. einem erhöhten Bedarf an Faktor VIII / IX. Gerade der letzte Punkt macht eine
Abgrenzung bzw. Identifizierung schwierig.

Die insgesamt von niedriger Fallzahl betroffene, aber mit extremen Kosten verbundene Erkrank-
ung ist in der HMG 035 weiterhin nicht ausreichend differenziert abgebildet. Berücksichtigt
man den unterschiedlichen Bedarf an Faktorpräparaten mit extremen und nicht steuerbaren
Ausgabenschwankungen innerhalb der Fallgruppe, scheint eine pauschalierte Abbildung in
einer HMG nicht das geeignete Mittel für eine morbiditätsbezogene Zuweisung zu sein.

Nach unserer Einschätzung sind für die Hämophilie ein Risikopool oder die Etablierung von
Zusatzentgelten analog der Abbildung im stationären DRG-System geeignete Instrumente, um
eine gerechtere morbiditätsbezogene Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erreichen.

Bösartige Neubildungen

Die Diagnosen bösartiger Neubildungen sind alle im Morbi-RSA enthalten. Problematisch sind aus unserer Sicht folgende grundlegenden Sachverhalte:

- Die höchsten Kosten entstehen meist in den ersten Wochen nach Feststellung der Diagnose. Mit dem prospektiven Ansatz des Morbi-RSA werden diese Ausgaben – mit Ausnahme um den Jahreswechsel – nicht morbiditätsbezogen berücksichtigt. Die Kosten fließen in die Zuweisungen nach Alter und Geschlecht.
- Der Prävalenzunterschied zwischen den Krankenkassen bewirkt besonders bei den bösartigen Neubildungen eine ungerechte Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Kassen mit einer im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe überdurchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit bekommen über die Alters- und Geschlechtsgruppen zu niedrige Zuweisungen und umgekehrt.
- Neue auf dem Markt zugelassene Arzneimittel sind bei den bösartigen Neubildungen mit besonders hohen Kosten verbunden.
- Ein sehr hoher Anteil an Arzneimittelausgaben entsteht durch patienten- bzw. behandlungsspezifische Zubereitungen, die durch die bisherige Verwendung der ATC-Systematik im Morbi-RSA nicht abgreifbar sind.

In der Klassifikation 2011 sind die hämatologischen Tumore in den HMG 004, HMG 006 und HMG 007, die soliden Tumore in den HMG 008 bis HMG 014 abgebildet. Die HMG-Zuweisung erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhausdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Zuordnung von Diagnosegruppen in der Klassifikation 2011 ist in folgender Tabelle zusammengestellt:

HMG/DxG	HMG / DxG-Bezeichnung
<i>Hämatologische Neubildungen</i>	
HMG 004	Myeloische Leukämie
38	Akute myeloische Leukämie
46	Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie
HMG 006	Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps
37	Akute lymphatische Leukämie, Erythroleukämie, Mastzellenleukämie und akute Leukämien, nicht näher bezeichneten Zelltyps
45	Multiples Myelom / Plasmozytom
HMG 007	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie, chronisch myeloproliferative Krankheit
57	Non-Hodgkin-Lymphom
58	Morbus Hodgkin
59	Chronisch lymphatische Leukämie und Leukämie durch unspezifizierte Zellen, exkl. akute Leukämien
824	Chronisch myeloproliferative Krankheit
<i>Solide Neubildungen</i>	
HMG 008	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane
34	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane
HMG 009	Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom

35	Metastasen sonstiger Lokalisation
53	Kaposi-Sarkom
HMG 010	Lymphknotenmetastasen
33	Lymphknotenmetastasen
HMG 011	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas
41	Bösartige Neubildung des Dünndarms (Duodenum, Jejunum, Ileum) / des Peritoneums und Retroperitoneums / der Gallenblase/ der Gallengänge
42	Bösartige Neubildung der Leber
43	Bösartige Neubildung des Pankreas
HMG 012	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen
39	Bösartige Neubildung des Ösophagus
52	Bösartige Neubildung des Bindegewebes / Weichteiltumor
55	Hirntumor / Tumor des Zentralnervensystems / Hypophysentumoren / Epiphysentumoren (Pinealom)
56	Bösartige Neubildung der Nebennieren
78	Bösartige Neubildung der Mamma (Alter < 45 Jahre)
HMG 013	Sonstige ernste bösartige Neubildungen
36	Bösartige Neubildungen ohne Angabe der Lokalisation oder als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
40	Bösartige Neubildung des Magens
44	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lunge, der Pleura
47	Bösartige Neubildung des Mundes / der Zunge
48	Bösartige Neubildung des Pharynx
49	Andere bösartige Neubildung der Atemwege / intrathorakale bösartige Neubildung
50	Bösartige Neubildung des Kehlkopfs
51	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels
60	Bösartige Neubildung des Kolons
61	Bösartige Neubildung des Rektums
62	Andere, nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Verdauungsorgane / des Peritoneums
64	Bösartige Neubildung der Mamma (Alter > 44 Jahre)
67	Bösartige Neubildung der Prostata
69	Bösartige Neubildung der Harnblasen, Urether, Harnröhre, der ableitenden Harnwege
75	Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des Gehirns / des Nervensystems / der Hypophyse / der Pinealis
91	Duktales Karzinoma in situ (vormals Karzinoma in situ nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre oder der Haut)
HMG 014	Andere Neubildungen
68	Bösartige Neubildung des Hodens / Bösartige Neubildung der männlichen Geschlechtsorgane

70	Bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
71	Bösartige Neubildung des Auges
73	Bösartige Neubildung anderer / ungenügend bezeichneter Lokalisation
76	Neurofibromatosis generalisata
77	Tuberöse Sklerose und andere Hamartosen (Peutz-Jeghers-Syndrom / Sturge-Weber-Krabbe-Krankheit etc.)
82	Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung des respiratorischen Systems
87	Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung der Verdauungsorgane
88	Neubildung unklarer Dignität / nicht näher bezeichnete Neubildung der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre
89	Bösartige Neubildung der Haut
92	Neubildung unklarer Dignität, nicht des respiratorischen Systems, des Verdauungssystems, der Niere, des Harnleiters, der Blase oder der Harnröhre, der Haut oder des Zentralnervensystems
97	Neubildung unklarer Dignität der Haut

Besonders in den HMG 013 und HMG 014 aber auch in einigen anderen HMG sind viele Diagnosegruppen zusammengefasst. Nach unserer Analyse deuten mittlere Kosten und Homogenität vielfach an, eine derartige Zusammenfassung von DxG nicht vorzunehmen. Auch hier können Effekte wie neue Arzneimittel die Homogenität weiter verschlechtern. In der HMG 004 zeigen unsere Daten je nach DxG bzw. Erkrankung akut/chronisch deutliche Unterschiede sowohl bei den mittleren Kosten insgesamt als auch bei den Arzneimittelkosten. Große Unterschiede bestehen in gleicher Weise in den bereits genannten HMG 013 und HMG 014.

Aus diesen Gründen schlagen wir für das Modell 2012 vor, bei den bösartigen Neubildungen eine differenziertere Abbildung maximal auf Ebene der derzeitigen DxG zu etablieren. So können veränderte Kosten von Entwicklung des Modells bis zum Jahresausgleich besser abgebildet werden. Wir bitten das BVA zu prüfen, ob dieser Vorschlag zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds für diese Erkrankungen und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Darüber hinaus bitten wir zu prüfen, ob besonders bei den bösartigen Neubildungen aus den genannten Gründen hoher Kosten zu Beginn der Erkrankung und Ungleichverteilung über Alters- und Geschlechtszuweisungen ein zeitgleicher Ansatz von Morbidität und Kosten zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Verteilung aus dem Gesundheitsfonds und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Wir bitten Sie unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2012 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske

Leiter der Abteilung Finanzplanung
und -steuerung