



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 20.08.2010

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich

Anhörung zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011

- **Stellungnahme der DAK zum Klassifikationsmodell 2011**

Das Bundesversicherungsamt hat gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) im Rahmen der Weiterentwicklung des RSA bis zum 30. September 2010 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes

- die dem RSA zukünftig zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen,
- den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen,
- das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und
- das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge

für das Ausgleichsjahr 2011 festzulegen.

Nachstehend nehmen wir die Gelegenheit einer Stellungnahme wahr und übersenden Ihnen die Vorschläge der DAK zum o.g. Festlegungsentwurf mit der Bitte, unsere Positionen bei der Festlegung des Klassifikationsmodells 2011 zu berücksichtigen:

Allgemeines

In dem vorliegenden Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 wurden die für 2011 zu berücksichtigen Krankheiten aus der Festlegung zur Krankheitsauswahl gemäß § 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV 2011 vom 30.06.2010 zunächst in bekannter Form in Diagnosegruppen (DxG) und im weiteren in Morbiditätsgruppen (HMG) zugeordnet. Die Weiterentwicklung im Sinne einer Differenzierung und damit das grundsätzliche Festhalten an

der Systematik von DxGs und HMGs ist zum derzeitigen Stand unter Berücksichtigung der noch jungen Laufzeit der Morbiditätsorientierung seit 01.01.2009 zu begrüßen.

Insofern besteht aus Sicht der DAK nur zu einigen wenigen Anpassungsvorschlägen des Festlegungsentwurfs das Erfordernis, die Entscheidungsfindung des BVA zu hinterfragen und eine abweichende Vorgehensweise vorzuschlagen.

Änderungen des Berechnungsverfahrens

Zuordnung der Versicherten zu den Krankengeldgruppen (KGG)

In dem Festlegungsentwurf wird auf S.9 unter 1.6 die Zuordnung der Versicherten zu den Krankengeldgruppen (KGG) geregelt. Danach sind 40 K-AGG und sechs K-EMG vorgesehen. Analog den Festlegungen zum Klassifikationsmodell für die Ausgleichsjahre 2009 und 2010 schlagen wir Altersgruppen in 1-Jahres-Schritten, getrennt nach Geschlecht und Erwerbsminderungs-Status vor.

Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte

Die DAK respektiert die Entscheidung des BVA, das Vorgehen bei dem Thema "Zuweisungen für im Ausgleichsjahr verstorbene Versicherte" (S. 170, Ziff. 23 der Erläuterungen) aufgrund der kontroversen Diskussion innerhalb der GKV sowie der bestehenden Rechtsunsicherheit derzeit nicht zu verändern. Dennoch sprechen wir uns dafür aus, das Thema auch zukünftig im Fokus des wissenschaftlichen Beirats und des BVA zu belassen, um zu gegebener Zeit in eine erneute Diskussion in der GKV (ggf. nach vertieften Analysen) eintreten zu können.

Änderungen des Klassifikationsmodells

Krankheitsbezeichnung „Lymphome und Leukämien“ (Homogenität der Zuordnung zu DxG)

Mit der Festlegung zur Krankheitsauswahl für 2011 vom 30.06.2010 wurden unter der Krankheitsbezeichnung „Lymphome und Leukämien“ geringfügige Änderungen vorgenommen. Neben einigen Ausschlüssen wurde bei drei Diagnosen die Krankheitsbezeichnung bzw. die Zuordnung von „Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes“ in „Lymphome und Leukämie“ geändert.

Nach Anlage 1 ist die akute Myelofibrose C94.5- in der DxG234 *Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes* abgebildet und verbleibt damit namentlich in der „alten“ Bezeichnung. Diese Stammzellerkrankung gehört aufgrund ihrer Verwandtschaft zur Megakaryoblastenleukämie zu den akuten myeloischen Leukämien. Wir schlagen aus diesem Grund und in konsequenter Fortführung der Änderung der Krankheitsbezeichnung aus der Festlegung zur Krankheitsauswahl eine entsprechende DxG-Zuordnung mit einer Verschiebung dieser Diagnosen von der DxG234 zur DxG038 vor.

Die Zuordnung der nicht akuten Monozytenleukämie C93.1-, C93.2-, C93.7- und C93.9- erfolgt lt. Anlage 1 zur DxG046 *Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie*. Die akute Monozytenleukämie C93.0- wird der DxG037 *Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie* zugeordnet. Die Zuordnung der akuten Krankheit zur lymphatischen, die der chronischen zur myeloischen Leukämie können wir nicht nachvollziehen. Hier

schlagen wir eine einheitliche Klassifizierung zur myeloischen Leukämie vor und damit eine Verschiebung der ICD C93.0- von DxG037 in DxG038.

Die akute Erythrämie und Erythroleukämie C94.0- ist lt. Anlage 1 in der DxG037 *Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie*, die chronische Erythrämie C94.1- in der DxG 046 *Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie* abgebildet. Trotz bekannter Sonderformen mit „nicht eindeutiger Linienzugehörigkeit“ zur myeloischen bzw. lymphatischen Leukämie, die in der ICD-Systematik in der Gruppe C94- zu finden sind, schlagen wir hier eine für die akute und chronische Form einheitliche Zuordnung zur Myeloischen Leukämie vor und damit eine Verschiebung der ICD C94.0- von DxG037 in DxG038.

Übersicht Diagnosen:

ICD-10 Beschreibung	Krankheit 2011 Nr. Beschreibung	Entwurf 2011 DxG Beschreibung	Vorschlag 2011 DxG Beschreibung
C94.5- Akute Myelofibrose	13 Lymphome und Leukämien	234 Myelofibrose und andere näher bezeichnete Erkrankungen des Blutes	38 Akute myeloische Leukämie
C93.0 Akute Monozytenleukämie	13 Lymphome und Leukämien	37 Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie	38 Akute myeloische Leukämie
C93.1- Chronische Monozytenleukämie C93.2- Subakute Monozytenleukämie C93.7- Sonstige Monozytenleukämie C93.9- Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet	13 Lymphome und Leukämien	46 Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie	keine Änderung
Akute Erythrämie und C94.0- Erythroleukämie	13 Lymphome und Leukämien	37 Akute lymphatische Leukämie und andere akute Leukämien, exkl. akute myeloische Leukämie 46 Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie	38 Akute myeloische Leukämie keine Änderung
C94.1- Chronische Erythrämie	13 Lymphome und Leukämien	46 Chronisch myeloische Leukämie und andere näher bezeichnete nicht-akute Leukämien, exkl. Chronisch lymphatische Leukämie	keine Änderung

Berücksichtigung von Arzneimitteln - Faktorpräparate

Der Vorschlag, Patienten mit Gerinnungsfaktoren als Dauermedikation gesondert zu berücksichtigen, wurde im Verfahren der Weiterentwicklung für 2011 in verschiedenen Varianten von Diagnosen und Arzneimittelkombinationen analysiert. Im Ergebnis und damit im Entwurf zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2011 gibt es – mit Ausnahme des bereits 2010 eingeführten Splits bei Hämophilie – keine weitere gesonderte Berücksichtigung von Arzneimitteln bei Erkrankungen am Gerinnungssystem.

Bei dem **Willebrand-Jürgens-Syndrom** (ICD D68.0) wurde vom wissenschaftlichen Beirat die Dauermedikation mit Arzneimitteln aus den ATC-Gruppen B02BD06 und H01BA02 als möglicher Kostentrenner analysiert. Das Ergebnis zeigte, dass diese Arzneimittel nicht geeignet seien, um kostenintensive Versicherte abzugrenzen.

Aus unserer Sicht haben die Kosten für Faktoren beim Willebrand-Jürgens-Syndrom eine viel größere Bedeutung als die Kosten für Desmopressin, da die durchschnittlichen Kosten von Faktoren um ein vielfaches höher sind. So kann in der Analyse des wissenschaftlichen Beirats der kostenintensive Effekt der Faktorpräparate durch die relativ gesehen niedrigeren Kosten von Desmopressin das Abgrenzungskriterium Arzneimittel als ungeeignet erscheinen lassen. Darüber hinaus wurde in der Analyse nicht berücksichtigt, dass bei gleichzeitig bestehendem Faktor-VIII-Mangel bzw. Hemmkörper gegen Faktor VIII – ohne Diagnose Hämophilie – Arzneimittel der ATC-Gruppen B02BD02, B02BD03 und B02BD08 eingesetzt werden.

Grundsätzlich sehen wir wegen der sehr hohen Kosten weiterhin die Notwendigkeit einer separaten Berücksichtigung von Faktorpräparaten bei allen Krankheiten am Gerinnungssystem.

Beim Willebrand-Jürgens-Syndrom (D68.0) schlagen wir vor, nur Faktorpräparate als Abgrenzungskriterium zu überprüfen und hier neben B02BD06 auch Arzneimittel aus den ATC-Gruppen B02BD02, B02BD03 und B02BD08 zu berücksichtigen.

Metabolische Erkrankungen

Bei den metabolischen Erkrankungen erfolgt im Entwurf für 2011 ein umfangreicher Umbau hinsichtlich der Zuordnungen von Diagnosen zu DxGs. Darüber hinaus wurden für einige Diagnosen Arzneimittel als Abgrenzungskriterien identifiziert.

Die Mukopolysaccharidose, Typ I (E76.0) und Mukopolysaccharidose, Typ II (E76.1) werden im Entwurf 2011 bei vorliegender Arzneimittelverordnung in zwei Quartalen der DxG826 zugeordnet. Leider wurde die Diagnose E76.2 *Sonstige Mukopolysaccharidose* nicht analysiert bzw. berücksichtigt. Aus unserer Analyse werden kostenintensive Arzneimittel mit ATC A16AB08 auch bei Diagnose sonstige Mukopolysaccharidose (E76.2) eingesetzt. Aus diesem Grund schlagen wir in Analogie der Arzneimittelberücksichtigung der Typ I und Typ II Mukopolysaccharidosen die Aufnahme der sonstigen Mukopolysaccharidose (E76.2) in die DxG826 vor.

— Wir bitten Sie unsere Vorschläge zu prüfen und bei den endgültigen Festlegungen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

— 

Dieter Kaske

Leiter der Abteilung Finanzplanung
und -steuerung

—