

DAK, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Nur per Email

An

Bundesversicherungsamt - Ref. VII2

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Zentrale
Risikostrukturausgleich
Postanschrift DAK, Postfach 10 14 44
20009 Hamburg
Telekontakt Telefon: 040 2396-2352
Telefax: 040 2396-4352
volker.hartmann@dak.de
Internet www.dak.de
persönlicher Kontakt Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg

unser Zeichen 0 00-002120-00000-Har
IK 101560000
Datum 29.03.2012

**Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich
Vorschläge der DAK-Gesundheit für das Modell im Jahresausgleich 2013**

Das Bundesversicherungsamt kündigt in seinem Schreiben vom 09.03.2012 an, gemäß § 31 Abs. 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) das bestehende Versichertenklassifikationsmodell im Rahmen des stetigen Weiterentwicklungsprozesses für das Ausgleichsjahr 2013 zu überarbeiten und bittet vorab um die Übersendung von Anmerkungen und Anpassungsvorschlägen.

Dieser Bitte kommen wir gerne nach und übersenden Ihnen nachstehend die Vorschläge der DAK-Gesundheit.

Allgemeines

Bereits in früheren Stellungnahmen der DAK allgemein zum Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich formulierte Vorschläge, die weiterhin Bestand haben, bzw. deren Umsetzung die DAK weiterhin fordert, sollen hier nur kurz erwähnt werden, da eine ausführliche Erläuterung bzw. Begründung bereits in den vorangegangenen Stellungnahmen der DAK erfolgte:

- Einführung eines Risikopools / Hochrisikopools zum teilweisen Ausgleich von besonders hohen Leistungsausgaben, da diese im bestehenden Morbi-RSA nur zu einem geringen Teil durch die Zuweisungen gedeckt werden
- Überprüfung, ob eine zeitgleiche Berücksichtigung der Morbidität grundsätzlich zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führt

Auch bereits bekannte Vorschläge der DAK zum Klassifikationsmodell, die in den Stellungnahmen der DAK zu früheren Jahren formuliert worden sind und hiermit auch in das

Vorschlagsverfahren für das Jahr 2013 wieder eingebracht werden, sollen hier nicht nochmals ausführlich erläutert sondern nur kurz angesprochen werden (für ausführliche Begründungen siehe in den Stellungnahmen der DAK vom 01.04.2011 und 20.08.2010). Dies sind insbesondere:

- Annualisierung der Ausgaben der Verstorbenen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
- Zusätzliche Berücksichtigung von Alter und Geschlecht bei den morbiditätsbezogenen Zuweisungen, damit unterschiedliche Leistungsausgabenhöhen von Versicherten mit unterschiedlichem Alter bzw. Geschlecht innerhalb einer Morbiditätsgruppe besser durch die Zuweisungen abgebildet werden können

Änderung der Zuordnung von Diagnosen

Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose ist 2012 in zwei HMG abgebildet.

Die Zuweisung zur HMG 234 *Multiple Sklerose mit Dauermedikation* erfolgt bei Vorliegen mindestens einer gesicherten Diagnose aus der vertragsärztlichen Versorgung, mindestens einer zeitgleichen Verordnung von relevanten Arzneimitteln und mehr als 183 arzneimittel-spezifischen Behandlungstagen.

Die Zuweisung zur HMG 072 *Multiple Sklerose ohne Dauermedikation* erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhaushauptdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen.

Analysen zu der HMG 234 zeigen deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der eingesetzten Arzneimittel. Aus diesem Grund bitten wir das BVA zu prüfen, ob die Aufteilung der HMG 234 in zwei HMG mit Arzneimittelvalidierung unter den Kriterien chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Zuweisungen 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 06/2011 folgende ATC-Fünfsteller vor. Die Hierarchie in Spalte HMG 2013 ist absteigend.

HMG 2012	ATC-Code		HMG 2013
HMG 234	L01DB	Anthracycline und verwandte Substanzen	HMG 234
	L03AB	Interferone	
	L03AX	Andere Immunstimulanzien	
	L04AA	Selektive Immunsuppressiva	
	L04AX	Andere Immunsuppressiva	
HMG 234	H02AB	Glucocorticoide	HMG 238
	H02BX	Corticosteroide zur systemischen Anwendung, Kombination	
HMG 072	H02AA	Mineralocorticoide	
HMG 072	Kein		HMG 072

Eine Alternative wäre die Streichung der zu berücksichtigen ATC Codes H02. Die mittels Regressionsverfahren ermittelten Kosten dieser Gruppe sind deutlich näher an denen der HMG 072 als an den Kosten der Gruppe mit Arzneimittelauswahl ATC L03 und L04.

Ideopathische thrombozytopenische Purpura

Die Diagnose Ideopathische thrombozytopenische Purpura (ICD-10 D69.3) wurde in der Klassifikation 2012 in die HMG 046 *Purpura und sonstige Gerinnungsstörungen* verschoben. Die HMG-Zuweisung erfolgt bei Vorliegen einer Krankenhaushauptdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen.

Von den Kosten hebt sich diese Erkrankung von den anderen in dieser HMG um ein Mehrfaches ab. Darüber hinaus zeigen unsere Daten nach dem Regressionsverfahren doppelt so hohe Kosten bei Einsatz von Arzneimitteln.

Aus den genannten Gründen schlagen wir vor, die Ideopathische thrombozytopenische Purpura in einer eigenen HMG abzubilden. Darüber hinaus bitten wir das BVA zu prüfen, ob eine zusätzliche Arzneimittelvalidierung mit den üblichen Kriterien chronisch, obligat, mehr als 183 arzneimittelspezifische Behandlungstage für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Zuweisungen für diese Erkrankung und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Zur Berechnung arzneimittelspezifischer Behandlungstage schlagen wir nach der ATC-Klassifikation 06/2011 folgende ATC-Fünf- und ATC-Siebensteller vor:

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

Psoriasis

Die Psoriasis ist seit der Klassifikation 2011 mit den HMG 219 *Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation* und HMG 220 *Psoriasis und Parapsoriasis mit 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 Krankenhaushauptdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen.

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 Immun-

suppressiva verursacht im direkten Vergleich deutlich höhere Kosten. Darüber hinaus deutet sich an, dass der Einsatz und damit die Ausgaben von Immunsuppressiva im Verhältnis zu systemischen Antipsoriatika zukünftig steigen werden.

Im Ergebnis unserer Analysen bitten wir das BVA zu prüfen, ob die in folgender Tabelle dargestellten Zuordnungen in drei HMG zu einer Verbesserung der morbiditätsbezogenen Zuweisungen 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 2013 ist absteigend.

HMG 2012	ATC-Code		HMG 2013
HMG 219	L04AA	Selektive Immunsuppressiva	HMG 219
	L04AB	Tumornekrosefaktor alpha(TNF-alpha)-Inhibitoren	
	L04AC	Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren	
	L04AD	Calcineurin-Inhibitoren	
	L04AX	Andere Immunsuppressiva	
HMG 219	D05BA	Psoralene zur systemischen Anwendung	HMG 239
	D05BB	Retinoide zur Behandlung der Psoriasis	
	D05BX	Andere Antipsoriatika zur systemischen Anwendung	
HMG 220	kein		HMG 220

Bösartige Neubildungen

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

In der Klassifikation 2012 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 Krankenhaushauptdiagnose oder mindestens zwei gesicherter Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen.

Die Zuordnung von Diagnosegruppen in der Klassifikation 2012 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
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 2013 vor, bei den bösartigen Neubildungen eine differenziertere Abbildung 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 Zuweisungen für diese Erkrankungen und zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führt.

Freundliche Grüße

gez. Dieter Kaske
Leiter der Abteilung Finanzplanung
und -steuerung