

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 2396-2352
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 27.08.2012

**Stellungnahme zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für
das Ausgleichsjahr 2013**

Nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV legt das BVA die Morbiditätsgruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das folgende Ausgleichsjahr bis zum 30.09. fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2013 ist vom BVA am 27.07.2012 an den GVS-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK wie folgt Stellung:

Allgemeines

Die DAK begrüßt das Bemühen des BVA, durch die im Entwurf dargestellten Änderungen am Verfahren den Morbi-RSA zielgenauer zu gestalten. Allerdings bewirken alle vorgeschlagenen Änderungen zusammen eine Verringerung des mittleren Vorhersagefehlers (MAPE) von lediglich etwa 14,- €. Dagegen ist die Wirkung z. B. durch die Wiedereinführung des Risikopools deutlich größer (Verbesserung des MAPE in Höhe von rund 140,- €; siehe Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009). Auch wenn dies im Rahmen der Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nicht möglich ist, fordert die DAK deshalb weiterhin die Einführung eines Risikopools, die Zuordnung der Zuweisungen für Verwaltungskosten zu 80% nach Morbidität und zu 20% nach Versicherten und die Deckelung der Zuweisungen für Auslandsversicherte in Höhe der tatsächlichen Ausgaben außerhalb dieses Anhörungs-

verfahrens zu initiieren und voranzutreiben. Außerdem bitten wir das BVA weiterhin zu prüfen, ob die Berücksichtigung zeitgleicher Morbidität grundsätzlich zu einer Verbesserung im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führt.

Methodisches Vorgehen

Bezeichnung von HMGs und Zusammenfassung von DxG in HMGs

Im Entwurf zur Klassifikation 2013 sind bei der Namensgebung von HMG Abweichungen zum bisherigen Vorgehen festzustellen.

Die Diagnosen zu chronischem Schmerz sind in den DxG 906 und 907 abgebildet. Entgegen dem bisherigen Vorgehen wurde sowohl bei der DxG 906 als auch bei der dazugehörigen HMG 252 auf den Zusatz „ohne Dauermedikation“ in der Bezeichnung verzichtet.

Bei der HMG 27 „*Chronischen Virushepatitis*“ wurde auf den Zusatz „ohne Dauermedikation“ verzichtet, während dieser bei der DxG 146 „*Chronische Virushepatitis (ohne Dauermedikation)*“ vorhanden ist.

Bei den HMG 261 und 264 „*Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien ...*“ wurden beide bisherigen Verfahren zur Kennzeichnung von Arzneimitteln vermengt. Die Bezeichnung mit/ohne Dauermedikation wurde um das Arzneimittel ergänzt. Bisher wurde bei HMGs mit ausgewählten Arzneimitteln auf den Zusatz „mit Dauermedikation“ verzichtet (ERT/SRT, Somatropin), darüber hinaus die Abbildung dieser Diagnosen ohne Arzneimittel uneinheitlich gekennzeichnet.

Für den Erhalt bzw. die Verbesserung der Übersichtlichkeit fordern wir ein einheitliches Vorgehen bei der Namensvergabe von HMG und DxG. Im ersten Schritt sollten die Namen entsprechend der bisherigen Vorgehensweise vergeben werden, zu einem späten Zeitpunkt kann auch eine grundsätzliche Überarbeitung erfolgen, so auch eine Vereinheitlichung der Klammersetzung.

Die DxG „*Opiatsubstitution*“ wurde der HMG 52 „*Alkohol- oder Drogenabhängigkeit*“ zugeordnet, die zwei weitere DxG ohne Aufgreifkriterium Arzneimittel enthält. Entsprechend der bisherigen Vorgehensweise schlagen wir die Abbildung in einer eigenen HMG vor, auch wenn es sich hier um einen Sonderfall hinsichtlich des ICD-Kodes handelt.

Bei der HMG 21 „*Hypopituitarismus (ohne ERT/SRT), Phenylketonurie, Störungen des Plasmaprotein-Stoffwechsels, anderenorts nicht klassifiziert*“ muss die Arzneimittelangabe korrigiert werden: „ohne Somatropin“. Die Fälle mit metabolischen Erkrankungen, für die der Zusatz „ohne ERT/SRT“ galt, wurden in die HMG 286 „*Sphingolipidosen*,

Glykogenspeicherkrankheit und Mukopolysaccharidose, Typ II“ verschoben. Hier sollte die Bezeichnung um die Information „ohne ERT/SRT“ ergänzt werden.

Ideopathische thrombozytopenische Purpura, ICD D69.3

Bereits für die Klassifikation 2012 haben wir für die Ideopathische thrombozytopenische Purpura einen Vorschlag eingebracht. Nach Missverständnissen zum Inhalt des Vorschlags sollte dieser zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgegriffen werden (lt. Erläuterungen zur Festlegung für 2012). Der Vorschlag beinhaltet die Prüfung einer Abbildung der D69.3 mit Dauermedikation in einer eigenen HMG, ohne Dauermedikation in einer „passenden“ entsprechend der Berechnungsergebnisse, z.B. Verbleib in der HMG 46. Leider haben wir trotz erneutem Einbringen des Vorschlags keine Bearbeitung für die Klassifikation 2013 feststellen können.

Darüber hinaus stellt sich hinsichtlich des grundsätzlichen Vorgehens die Frage, ob erwartet werden kann, dass ein in einem Vorschlagsverfahren nicht bearbeiteter oder zur Bearbeitung zu einem späteren Zeitpunkt verschobener Vorschlag ohne erneutes Einbringen in das Vorschlagsverfahren im Folgejahr automatisch zur Wiedervorlage gelangt. Für jeden Vorschlag, der nicht bearbeitet werden kann, fordern wir eine kurze Begründung. Hier wäre eine grundsätzliche Festlegung zur Vorgehensweise des BVA wünschenswert.

Zu II. Anpassung der Aufgreifkriterien

7 – Qualifizierungsmerkmal der Diagnosen

Im derzeitigen Verfahren werden die Diagnosen aus Einrichtungen nach den §§ 116a, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V auch dann berücksichtigt, wenn kein Qualifizierungsmerkmal vorliegt. Diese Ausnahmeregelung wurde eingeführt, da die Meldung des Qualifizierungsmerkmals bei den genannten Einrichtungen nicht immer sichergestellt ist. Das BVA schlägt vor, im Klassifikationsverfahren 2013 diese Sonderregelung zu streichen und auch für die genannten Einrichtungen das Qualifizierungsmerkmal zwingend zu fordern. Im Morbi-RSA für das Jahr 2013 werden die Diagnosen des Jahres 2012 zur Ermittlung der Krankheitszuschläge herangezogen. Die Verträge zum Datenaustausch sind mit den genannten Einrichtungen jedoch überwiegend erst ab dem 01.04.2012 abgeschlossen worden. Somit ist zumindest für das erste Quartal 2012 weiterhin nicht sichergestellt, dass das Qualifikationsmerkmal übermittelt wird. Außerdem handelt es sich bei dem Jahr 2012 für die betreffenden Einrichtungen um das Einführungs- bzw. Übergangsjahr mit den zu erwartenden Anfangs-

schwierigkeiten. Deshalb schlägt die DAK vor, die Sonderregelung im Klassifikationsverfahren 2013 nicht zu streichen, sondern zunächst zu analysieren, ob die genannten Einrichtungen im 4. Quartal 2012 alle Diagnosen mit einem Qualifizierungsmerkmal liefern und die Sonderregelung frühestens im Klassifikationsverfahren für das Jahr 2014 zu streichen.

Zu III. Anpassung des Klassifikationsmodells

8 Hierarchie 02: Neubildungen

Neben der Arzneimittelberücksichtigung bei den Chronisch myeloischen Leukämien und anderen nicht-akuten Leukämien wurde die Hierarchie Neubildungen unter Berücksichtigung der Kostenhomogenität überarbeitet und im Vergleich zur bisherigen Klassifikation eine differenziertere Abbildung in HMGs erreicht. Beide Anpassungen begrüßen wir ausdrücklich.

Die Ergebnisse zeigen, dass dieses Vorgehen zukünftig auch in anderen Hierarchien, z.B. bei Diabetes mellitus, angewendet und darüber hinaus in den folgenden Klassifikationsjahren überprüft bzw. wiederholt werden sollte, um ggf. erneut Anpassungen vorzunehmen, die zu einer Verbesserung des Systems führen.

18.4 Arzneimittelabgrenzung in der HMG 234 „Multiple Sklerose mit Dauermedikation“

Eine differenziertere Arzneimittelabgrenzung in mehrere HMG mit Arzneimittelvalidierung bzw. die Berücksichtigung nur ausgewählter Arzneimittel bei der Multiplen Sklerose wurde „... aus Anreizgesichtspunkten und Gründen der Versorgungsneutralität ...“ und dem Verweis auf die Erläuterungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells 2012 erneut abgelehnt.

Die Begründung ist für uns unverändert nicht nachvollziehbar. Nach unserem Verständnis soll die Berücksichtigung von Arzneimitteln zu einer Verbesserung der Abgrenzung hinsichtlich der Kosten führen. So sehen wir diesen Ansatz auch für die HMG 261 „*Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Dauermedikation mit Tyrosinkinase-Inhibitoren*“ im Entwurf für die Klassifikation 2013 umgesetzt. Hier wurde ein Arzneimittel als Kostentrenner identifiziert und nicht eine vollumfängliche Liste entsprechend den medizinischen Leitlinien zugeordnet. Im Ergebnis stellen wir hier auch ein uneinheitliches Vorgehen fest.

Zu IV. Änderung des Berechnungsverfahrens

27 – Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden

Der Vorschlag, das Regressionsverfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag (Pro-Tag-Werte) zu verwenden, ist sachgerecht und wird von der DAK ausdrücklich begrüßt.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2013 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße

gez. Norbert Minn

Leiter des Geschäftsbereichs
Finanzmanagement