

DAK-Gesundheit, Postfach 10 14 44, 20009 Hamburg

Per Email

An

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Bundesversicherungsamt - Ref. 312

Postanschrift Zentrale
Risikostrukturausgleich
DAK-Gesundheit, 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 11.08.2017

Stellungnahme der DAK-Gesundheit zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2018

Nach § 31 Abs. 4 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. September fest. Der Entwurf dieser Festlegung für das Ausgleichsjahr 2018 ist vom BVA am 7. Juli 2017 an den GKV-SV zur Anhörung versandt worden. Zu diesem Entwurf nimmt die DAK-Gesundheit wie folgt Stellung:

Allgemeines

Die Schwerpunktsetzung bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells für 2018 ist vor dem Hintergrund des Sondergutachtens und des damit verbundenen ausgesetzten Vorschlagsverfahrens nachvollziehbar. Dennoch wird besonders beim R-Quadrat eine deutliche Verbesserung der Kennzahlen erreicht, die mit den bearbeiteten Arzneimittelthemen erklärt werden kann. Die Auswirkungen, die mit der Summe an „Fehlverteilung im System“ angegeben werden, unterstützen bekannte Forderungen, dass vor dem Hintergrund zunehmender hochpreisiger Arzneimitteltherapien andere Lösungen etabliert werden sollten, die wesentlich zeitnaher diese Fehlverteilung verhindern.

Auch Ataluren zur Behandlung von Versicherten mit Muskeldystrophie Typ Duchenne ist ein Beispiel für die Grenzen des Systems. Während ein neues Arzneimittel bei einer vorhandenen Arzneimittelvalidierung praktisch über die Anpassung einer Anlage sofort berücksichtigt wird, vergehen in allen anderen Fällen vier Jahre bis eine Berücksichtigung in einer HMG möglich ist. Bei Ataluren wird entgegen der bisherigen Vorgehensweise auf eine HMG verzichtet, da für das Ausgleichsjahr 2018 keine Relevanz besteht. Dieses Vorgehen ist auf den ersten Blick nachvollziehbar. Auf den zweiten Blick wird so allerdings die Möglichkeit genommen, ein Arzneimittel, das 2019 oder 2020 für die gleiche Erkrankung auf den Markt kommen könnte, frühzeitig in einer HMG abzubilden. Diesem möglicherweise „unsinnigen Gedanken“ eines Platzhalters sei hier noch einmal entgegenzusetzen, dass neue Arzneimittel ohne jegliche Kalkulation „automatisch“ berücksichtigt werden, sofern es bereits eine HMG mit Arzneimittelvalidierung gibt.

Beide Sachverhalte unterstützen die bekannten grundsätzlichen Forderungen nach anderen Lösungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, damit diese „Fehlverteilung im System“ nicht vier Jahre „gepflegt“ wird, bevor eine Abbildung in der Klassifikation mit einer Arzneimittelvalidierung möglich ist.

Anpassung der Hierarchien

Hierarchie 4 „Metabolische Erkrankungen“

Die Arzneimitteldifferenzierung für Versicherte mit Morbus Morquio Typ IVa anhand von Elosulfase alfa ist systembedingt leider erst in diesem Jahr möglich. Wie erwartet führt die Abbildung zu einer Verbesserung der Kennzahlen.

Die Prüfung einer Ausgliederung von E32.1 „Abszess des Thymus“ und des Aufgreifkriteriums scheint im Kontext des diesjährigen Anpassungsverfahrens und der Relevanz verzichtbar.

Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“

Die Anpassungen beim hämolytisch-urämischem-Syndrom (HUS) für die Arzneimittelvalidierung sind nachvollziehbar. Eine Unterscheidung des typischen vom atypischen HUS ist anhand des ICD-10-GM nicht möglich. Für beide Erkrankungen ist derzeit der ICD D59.3 „Hämolytisch-urämisches Syndrom“ zu verwenden.

Die Aufhebung der bisherigen HMG044 zeigt, wie unterschiedlich die Kostenschätzer zwischen den drei Gruppen sind bzw. inzwischen sind. Die verschiedenen Ursachen legen den Schluss

nahe, auf eine Zusammenlegung von HMG zu verzichten, sofern Kostenunterschiede von mehreren tausend Euro vorliegen. Dieses Vorgehen kann durch die Tatsache gestützt werden, dass sich nicht alle Kennzahlen verbessern. Auch eine hohe bzw. im Vergleich deutlich höhere Standardabweichung deutet auf einen nicht stabilen Kostenschätzer. So halten wir die Zusammenfassung von HMG193 und HMG047 als Berechnungsschritt M15 in Tabelle 13 für nicht erforderlich. Der Kostenunterschied von über 3.000 Euro sind ein Drittel der HMG047 und beide HMG sind ausreichend besetzt. Außerdem führt die sehr unterschiedliche Besetzung zu einer deutlichen Reduzierung des Kostenschätzers bei der HMG mit den höheren Kosten und entsprechend zu einer geringen Erhöhung bei der HMG mit niedrigeren Kosten, was zu einer Fehlverteilung innerhalb des Systems führen kann.

Die Arzneimitteldifferenzierung bei paroxysmaler nächtlicher Hämoglobinurie zeigt einen großen Kostenunterschied und die damit erwartete Verbesserung der Kennzahlen.

Neue Kodes des ICD-10-GM 2017

Die Differenzierung von G95.1 „Vaskuläre Myelopathien“ in

-
- G95.10 „Nichttraumatische spinale Blutung“ und
 - G95.18 „Sonstige vaskuläre Myelopathien“

fehlt im Entwurf für 2018. Die Einordnung müsste analog der G95.1 in die DxG 309 und HMG039 erfolgen.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge zu prüfen und bei den Festlegungen des Klassifikationsmodells 2018 zu berücksichtigen.

Freundliche Grüße
gez. Dieter Kaske

Leiter Finanzplanung und -steuerung