



## **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich Anhörungsverfahren zum Entwurf der Festlegung für das Jahr 2014**

**BVA AZ VII2 - 5572.1 - 1019/2013**

### **Stellungnahme der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse und der Handelskrankenkasse**

Zu den vom Bundesversicherungsamt beabsichtigten Veränderungen der Festlegung nehmen wir wie folgt Stellung. Die Gliederung unserer Stellungnahme entspricht dabei der Gliederung in den Erläuterungen des BVA zur Festlegung.

#### **Zu II Anpassung der Aufgreifkriterien**

##### **Zu II. 5 Berücksichtigung von Arzneimitteln**

Wir können die wiederholte Zurückstellung der Überarbeitung der Anlage 3 hinsichtlich Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka nicht nachvollziehen, da diesbezügliche Vorschläge schon seit längerem bestehen. Wie bereits in der Stellungnahme des GKV-SV beschrieben werden Homöopathika, Anthroposophika und Phytopharmaka ausschließlich therapieunterstützend eingesetzt und besitzen kein klares Indikationsgebiet. Eine fehlende

Berücksichtigung bei der Validierung ist daher nicht mit einer Bewertung der Therapiemöglichkeiten gleichzusetzen.

Für die entsprechende Prüfung der Anlage 3 verweisen wir auf unser Schreiben im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zum Klassifikationsmodell 2014.

## **Zu II. 6 Aufgreifalgorithmus – Anpassung der Sonderfälle zur Schweregraddifferenzierung über Arzneimittel**

Die Umstellung des Sonderfalles II auf eine Schweregraddifferenzierung über Behandlungstage kann nachvollzogen werden. Die Reduzierung der medizinisch gerechtfertigten Behandlungsdauer von 183 BT (92 BT bei Kindern) aufgrund der ungenauen DDD-Angaben der WIDO-Datei ist folgerichtig.

Im Rahmen der gesonderten Berücksichtigung von Kindern im Aufgreifalgorithmus ist bei den DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für Kinder das M2Q-Kriterium vorgesehen. Das M2Q-Kriterium ist jedoch gerade bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen kein zielführendes Aufgreifkriterium. So kann bei Erkrankungen wie Pneumonien (bspw. DxG15, DxG464, DxG467, DxG468, DxG471, DxG932) oder bakteriellen Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes, Abszesse und anderen lokal begrenzten Hautinfektionen (DxG618) nicht davon ausgegangen werden, dass diese länger als 3 Monate andauern und somit das M2Q-Kriterium erfüllt wird. Für Kinder sollte daher das Aufgreifkriterium bei DxGs mit obligater Arzneimittelzuordnung für das rezidivierend-akute Krankheitsgeschehen geändert werden in eine Mindestbehandlungsdauer von 5 BT und eine passende Verordnung im selben Quartal. Das Vorgehen wäre dann analog zum Vorgehen bei rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen bei Erwachsenen und würde gleichzeitig der niedrigeren Medikamentendosis bei Kindern Rechnung tragen.

## **zu III. Anpassung des Klassifikationsmodells**

Zunächst möchten wir die umfängliche und sachliche Bearbeitung der eingegangenen Vorschläge anerkennen. Der wissenschaftliche Beirat hat beschlossen, das Klassifikationsmodell manifestationsbezogen aufzubauen. Damit sollen innerhalb einer Hierarchie nur die Krankheiten bzw. Manifestationsformen zusammengefasst werden, die auf gleiche Art therapiert werden und sich lediglich im Schweregrad unterscheiden. Dies ist mit dem vorliegenden Entwurf auch größtenteils gelungen. Nur bei einigen Diagnosegruppen können wir die Entscheidungen des wissenschaftlichen Beirates nicht vollständig unterstützen.

Die Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats, die Einführung von Alterssplits zu untersuchen, möchten wir ausdrücklich begrüßen. Wie bereits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens ausführlich dargestellt, können Erkrankungen altersabhängig unterschiedlichen Therapieaufwand aufweisen. Die Berücksichtigung des Therapieaufwandes führt zu einer höheren Kostenhomogenität. Insbesondere die Differenzierung von Kindern und Erwachsenen wird aus medizinischer Sicht als äußerst sinnvoll erachtet, da sich der kindliche Organismus in vielerlei Hinsicht von dem eines Erwachsenen unterscheidet. Neue Wirkstoffe und Therapieschemata in der Arzneimittelforschung müssen deshalb genau an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst werden. Das kindliche Organsystem ist aufgrund seiner enormen Entwicklungsdynamik von der fötalen und embryonalen Phase im Mutterleib, über die Geburt und Säuglingszeit bis zum Ende der Pubertät insbesondere durch so genannte unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln gefährdet, die sich im Rahmen der körperlichen Entwicklung möglicherweise erst mit deutlicher Verzögerung zeigen. So ist es bspw. untersagt, einige Antibiotika zu verabreichen. Der seit der Contergan-Affäre modifizierte Zulassungsprozess hat zur Folge, dass Kinder systematisch von der Neuentwicklung von Arzneimitteln ausgeschlossen wurden. Die Patientengruppe »Kind« stellt für pharmazeutische Unternehmen in der Regel nur einen kleinen Markt dar, auf dem sie einerseits einen nur geringen oder sehr langfristig angelegten Return of Investment erwarten können, bei klinischen Studien aber andererseits enorm investieren müssten. Laut einer Studie aus dem Jahr 2000 an fünf europäischen Großkrankenhäusern sind zwei Drittel der Medikamente auf allgemeinpädiatrischen Stationen und 90 Prozent auf Neugeborenen-Einheiten nicht für Kinder zugelassen. Wenig besser scheint die Situation im ambulanten Bereich<sup>1</sup>.

Ärzte behandeln grundsätzlich mit der Gefahr der Haftbarkeit und übernehmen die Haupthaftung aufgrund der Therapieindikation. Ein ausgeklügeltes Therapiemanagement bei Kindern ist daher unabdingbar. Mit altersbezogenen Gruppen kann diese Besonderheit berücksichtigt werden.

Wir unterstützen die Einführung eines Kriterienkatalogs, nach dem die Alterssplits vorgenommen werden. Dadurch wird das Verfahren transparenter gestaltet. Allerdings sollte deutlich gemacht werden, welche oder wie viele Kriterien erfüllt sein müssen, damit ein Split vorgenommen wird.

Der zur Anhörung gestellte Katalog ist aus unserer Sicht sinnvoll. Zunächst wird eine medizinische Begründung zur Auftrennung der DxG/(H)MG gefordert. Zusätzlich wird durch die Regel, in zwei oder höchstens drei Gruppen zu unterteilen und dabei eine Mindestgröße für jede

---

<sup>1</sup> Dtsch Med Wochenschr. 2002 Nov 29;127(48):2551-7.

"Off-label" prescribing of drugs in the ambulatory care of children and adolescents. [Article in German]

Bücheler R, Meisner C, Kalchthaler B, Mohr H, Schröder H, Mörike K, Schwoerer P, Schwab M, Gleiter CH.

Abteilung Klinische Pharmakologie, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universitätsklinikum Tübingen, Germany.

neue Gruppe vorzusehen, eine unnötige Komplikation des Modells vermieden. Durch die Einhaltung von Mindest-Abständen zwischen den beiden Kostenschätzern wird sichergestellt, dass die Kostenhomogenität ausreichend stark ansteigt, um die Differenzierung des Modells zu rechtfertigen. Den vom BVA vorgesehenen Abstand von 500 Euro zwischen den beiden Kostenschätzern halten wir für angemessen. Wünschenswert wäre jedoch, den Euro-Grenzwert mathematisch herzuleiten bzw. an eine Bezugsgröße zu koppeln.

### **zu III. 7 Hierarchie 01: " Infektionen "**

#### **zu III. 7.7 Verschieben der ICD-Kodes C46.- zu den Infektionen (HIV/AIDS)**

Wir können die Entscheidung, das Kaposi-Sarkom (C46.-) isoliert bei den Neubildungen zu belassen, nicht nachvollziehen. Der Zusammenhang zwischen dem Kaposi-Sarkom und einer HIV-Infektion wurde u.a. 1991 aufgezeigt (Cancer Surv. 1991;10: 5-22. Epidemiology of Kaposi's sarcoma. ICRF Cancer Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford.) und hat sich in einer Vielzahl von Studien bis heute bestätigt. (Siehe hierzu auch: <http://www.hivinfo.de/cms/index.asp?inst=hivinfo&snr=2896&aboo=2198&t=Kaposi-Sarkom+im+Detail>)

Es gibt zwar einige Verlaufsformen, die auch bei HIV-negativen Menschen beobachtet werden: das sogenannte klassische Kaposi-Sarkom bei älteren Männern, das afrikanische Kaposi-Sarkom und das iatrogene Kaposi-Sarkom (= durch eine Therapie verursachte). In Deutschland tritt das Kaposi-Sarkom jedoch am häufigsten bei Menschen mit einer HIV-Infektion auf. Es ist ein Indikator für das Ausbrechen vom Stadium AIDS und bezeichnet einen höheren Schweregrad der HIV-Erkrankung. Aufgrund dessen wird das Kaposi-Sarkom zu den HIV-assoziierten Neoplasien gezählt.

Das Kaposi-Sarkom beschreibt damit einen höheren Schweregrad der HIV-Infektion. Unsere Analysen bestätigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer HIV-Infektion und dem Kaposi-Sarkom. Wir schlagen daher weiterhin vor, die ICD C46.- in die Hierarchie Infektionen zu verschieben oder beide HMGs mittels Querverweis zu verbinden.

### **zu III. 12 Hierarchie 08: „Hämatologische Erkrankungen“**

#### **zu III. 12.7 Schweregraddifferenzierung für DxG229 „Polycythaemia vera“**

Unseres Erachtens erfolgt eine medikamentöse Therapie nicht erst dann, wenn es zu Komplikationen kommt.

Eine Myelofibrose ist eine potenziell tödliche Bluterkrankung mit schlechter Prognose, die auf eine Fehlfunktion der hämatopoetischen Stammzellen im Knochenmark zurückgeht. Die Patienten leiden an Anämie, Thrombozytopenie und Leukozytopenie, sie fühlen sich schwach und müde, verlieren Gewicht und sind einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Damit besteht ein akuter Mangel an Blutzellen. Myelofibrose kann als Sekundäre Myelofibrose z.B. aus einer Polyzythämia vera entstehen. Somit ist die Aussage richtig, dass die Myelofibrose eine mögliche Komplikation der Polyzythämia vera ist. Nach Meinung der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.) sind Übergänge in eine akute Leukämie oder Myelofibrose als Zeichen einer Krankheitsprogression eher selten. Die DGHO gibt ebenfalls in ihrer Leitlinie zur Behandlung der Polycythämia vera einen Algorithmus zum therapeutischen Vorgehen vor.

Nach diesem Schema soll bei schlechter Compliance und Krankheitsprogress unter Aderlass und der Therapie mit ASS 100 mg/d eine zytoreduktive Therapie (mit z.B. Hydroxyurea, IFN, Busulfan u.a) durchgeführt werden. Aus unserer Sicht lassen sich hier mittels ATC-Splittung verschiedene Schweregrade der Erkrankung klar abgrenzen.

### **zu III. 18 Hierarchie 19: "Erkrankungen der Lunge"**

#### **zu III. 18.2 Einführung von Altersgrenzen**

Wie bereits eingangs dargelegt, begrüßen wir die Einführung von Alterssplitts, die insbesondere bei der Mukoviszidose medizinisch gerechtfertigt sind. Meist wird Mukoviszidose (Zystische Fibrose) im Kindesalter festgestellt, in etwa fünf Prozent der Fälle erst im Erwachsenenalter. Bei Erwachsenen mit leichten Beschwerden kann die Diagnose schwierig sein, da die Symptome zunächst eher andere Krankheiten wie Asthma oder eine chronische Lungenerkrankung vermuten lassen. Das klinische Spektrum der Mukoviszidose ist sehr vielfältig. So gibt es auch milde Verlaufsformen oder Erkrankungsfälle ohne Lungen oder Pankreas-Beteiligung, die unter Umständen erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden. Der wichtigste negative prognostische Faktor ist das Vorhandensein einer bronchopulmonalen Besiedlung mit *Pseudomonas aeruginosa*. Dieser Keim ist schwierig zu behandeln und setzt ein hochprofessionelles Arzneimittelmanagement voraus.

#### **zu III. 18.4 Einfügen einer Altersgrenze bei Bronchiektasen**

Die Ursachen der Bronchiektasen im Kindes- und Erwachsenenalter sind unterschiedlich und unterscheiden sich somit auch in ihren Therapien. Eine Auftrennung mittels Alterssplit ist daher medizinisch sinnvoll.

Bronchiektasen gehören zu den chronisch entzündlichen Erkrankungen der Atemwege. Es handelt sich um krankhafte Erweiterungen der Bronchien, die meist durch eine Zerstörung der Bronchialwände entstanden sind. Diese Erweiterungen sind irreversibel. Es gibt angeborene und erworbene Bronchiektasen, wobei die erworbenen Formen wesentlich häufiger sind. Sie können in jedem Lebensalter entstehen. Bronchiektasen kommen ein- oder beidseitig, diffus (an verschiedenen Stellen der Lunge) oder auch nur lokalisiert vor. Oft entstehen sie durch schwere Infektionen im Kindesalter, etwa nach einer Lungenentzündung. Im Erwachsenenalter kann die Krankheit durch eine chronische Bronchitis, ein Asthma bronchiale, eine Lungentuberkulose oder als Folge anderer Lungenerkrankungen auftreten. Daneben kommen Bronchiektasen auf Grund genetisch bedingter (angeborener) Entzündungsprozesse in der Lunge und den Atemwegen vor. Bronchiektasen können auch als Folge einer Fehlbildung der Bronchien bereits bei der Geburt vorhanden sein, häufig kombiniert mit anderen Fehlbildungen der Lunge.

Etwa drei Viertel der Betroffenen klagen über Luftnot (Dyspnoe). Bluthusten (Hämoptysen) kommt bei etwa der Hälfte der Patienten mit Bronchiektasen vor. Im Laufe vieler Jahre kann ein chronisches Lungenversagen entstehen. Aufgrund der unterschiedlichen Genesen dieser Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter ist die Alterssplittung medizinisch-inhaltlich auch hier nachvollziehbar.

#### zu III. 18.5 Neuabgrenzungen

Da die untersuchten Diagnosegruppen der DxG352, DxG457 und DxG931 unterschiedliche Schweregrade oder Ausprägungen abbilden, war ein hohes Odds ratio in der Auswertung des wissenschaftlichen Beirates zu erwarten. Je nach Krankheitsverlauf kann ein Betroffener ICDs beider Diagnosegruppen aufweisen. Unser Vorschlag, die DxG zu splitten, erfolgte nach dem Schweregradprinzip. So weisen die Diagnosen aus der Gruppe J84 der DxG931 einen geringeren Schweregrad und Behandlungsaufwand auf als die der Gruppe J99. Ein Split dieser Diagnosegruppen führt zu einer deutlich höheren Kostenhomogenität der beiden Diagnosegruppen. Die maßgeblichen Entscheidungskriterien - so der wissenschaftliche Beirat - sollten im Klassifikationsmodell Manifestation und Kostenhomogenität sein.

Die Argumentation, DxG nach Aspekten der Odds ratio zu splitten, ist unseres Erachtens nicht zielführend. Viele DxG, die unterschiedliche Ausprägungen oder Schweregrade eines Krankheitsbildes definieren, weisen erwartungsgemäß ein hohes Odds ratio auf (z.B.: Hypertonus mit anderen Herzerkrankungen). Sie wurden im bestehenden Klassifikationsmodell dennoch getrennt, um eine bessere Abbildung des Schweregrades und eine höhere Kostenhomogenität zu erreichen. Doppelte Zuweisungen sind auch hier nicht entstanden, da über die Hierarchisierung der entscheidende Schweregrad berücksichtigt wird.

### zu III. 18.7.1 Untersuchung / Diskussion

Die respiratorische Insuffizienz bezeichnet eine Störung des pulmonalen Gasaustausches mit krankhaft veränderten Blutergebnissen. Die Ursachen sind eingeschränkter Gasaustausch bei Lungenerkrankungen, so z. B. bei Lungenemphysem, Pneumonie, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), Asthma, toxischem Lungenschaden, Herzkrankheiten wie Links-herzinsuffizienz mit Lungenödem oder Shuntvitium mit Rechts-links-Shunt.

Wie der wissenschaftliche Beirat richtig bemerkt, ist die Sauerstoffgabe maximal eine symptomatische Therapie, die jedoch bei diesem Erkrankungsbild mit Vorsicht eingesetzt werden muss. Denn bei der respiratorischen Insuffizienz kann der zentrale Atemantrieb gestört sein, so dass eine unkontrollierte Sauerstoffgabe tödlich ist.

Im Fokus der Therapie stehen die in der Regel auslösenden Lungenerkrankungen, wie die COPD. Aufgrund dessen ist eine medikamentöse Therapie der respiratorischen Insuffizienz (auch Lungenparenchymversagen genannt) angezeigt.

Aus unserer Sicht ist aufgrund dieser medizinischen Fakten eine Arzneimittelvalidierung unumgänglich, da es sich um einen höheren Schweregrad von Grunderkrankungen (z.B. COPD oder Pneumonie) handelt, die bereits im Klassifikationssystem eine Arzneimittelvalidierung erhalten.

### **zu III. 20 Hierarchie 21: "Schwangerschaft "**

#### zu III. 20.2.1 Untersuchung / Diskussion

Nach Ansicht des wissenschaftlichen Beirates sind die ICD-Kodes O24.- (Schwangerschaftsdiabetes) in der Hierarchie Schwangerschaft zu belassen und es soll keine Arzneimittelvalidierung erfolgen. Die Aussage des wissenschaftlichen Beirates, die Diagnosen würden nur zur Identifikation einer Schwangeren dienen, ist lediglich eine Hypothese. Gleichwohl könnte angenommen werden, dass die ICD-Kodes zur Identifikation von Diabetikern verwendet werden, so dass es in diesen Fällen zu ungerechtfertigten Zuweisungen bei Diabetikern durch einen Schwangerschaftszuschlag kommt. Durch Zuordnung der ICD-Kodes ausschliesslich in die Hierarchie Diabetes und gleichzeitiger Arzneimitteldifferenzierung können ungerechtfertigte Doppel-Zuweisungen ausgeschlossen werden. Dies ist bei einer Beibehaltung der ICD-Kodes O24.- nicht gegeben. Zudem würde diese Vorgehensweise auch einem manifestationsbezogenen Aufbau des Klassifikationsmodells entsprechen.

### **zu III. 21 Hierarchie 23: " Verletzungen "**

zu III. 21.3.1.1 Überarbeitungsvorschlag von TK et al.

Wir können den Vorschlag des wissenschaftlichen Beirates nicht nachvollziehen, wonach eine Osteoporose auch erst durch eine pathologische Fraktur erkannt werden könnte, so dass deshalb keine Arzneimittelvalidierung durchgeführt werden sollte. Die Grunderkrankung (Osteoporose) erfährt richtigerweise bereits eine Validierung. Die pathologische Fraktur ist ein höherer Schweregrad. Das bedeutet, die Osteoporose ist soweit fortgeschritten, dass Minimaltraumen für eine Fraktur genügen. Liegt eine Fraktur vor, ist spätestens dann eine medikamentöse Therapie der Osteoporose erforderlich. Aufgrund dessen ist aus unserer Sicht eine Arzneimittelvalidierung unumgänglich.

### **zu III. 22 Hierarchie 24: " Medizinische Komplikationen "**

Wir möchten für folgende ICD-Kodes bzw. DxG das Aufgreifkriterium 'stationär erforderlich' vorschlagen, da das Auftreten dieser ICD-Kodes ohne einen stationären Aufenthalt nicht vereinbar ist.

- Die ICD T83.3 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt) bildet die DxG551 (Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt). Eine Infektion durch eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt benötigt eine engmaschige medizinische Intervention, damit das Operationsergebnis gesichert werden kann.
- Die J95.80 (Iatrogener Pneumothorax) bildet die DxG453 (Iatrogener Pneumothorax). Ein iatrogener Pneumothorax beschreibt den Eintritt von Luft in den Pleuraspalt. Die Folge ist ein teilweiser oder vollständiger Kollaps des betroffenen Lungenflügels. Iatrogen kann ein Pneumothorax z.B. bei Subclaviakatheter, Pleurapunktion, Überdruckbeatmung und Operationen auftreten. Die Therapie besteht aus Sauerstoffgabe, medizinischer Überwachung und gegebenenfalls das Anlegen einer Thoraxdrainage.
- Die M96.80 (Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff) sollte aus der DxG858 (Sonstige iatrogene Erkrankungen des Bewegungssystems) herausgelöst werden. Der ICD-Kode M96.80 beschreibt ein offenes Brustbein nach tho-

raxchirurgischen Eingriffen. Vor allem bei Kindern ist es nicht ungewöhnlich, dass bei großen Herzoperationen der Verschluss erst 2-3 Tage später durchgeführt wird.

Aufgrund dessen halten wir die Einführung des Aufgreifkriteriums stationär erforderlich für unumgänglich.

#### **zu IV. Änderung des Berechnungsverfahrens**

##### **zu IV. 23 Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden**

Die inhaltliche Diskussion zur Annualisierung der Leistungsausgaben verstorbener Versicherter wurde in den vergangenen Jahren kontrovers diskutiert. Mittlerweile wurde seitens des LSG Nordrhein-Westfalen zwar entschieden, dass das Berechnungsverfahren für das Jahr 2013 in diesem Punkt zu ändern sei. Das Urteil ist jedoch noch nicht rechtskräftig. Eine Änderung des Berechnungsverfahrens würde dem Ausgang eines noch nicht in letzter Instanz verhandelten Gerichtsverfahrens vorgreifen. Wir unterstützen daher ausdrücklich das Vorhaben des Bundesversicherungsamts, an der bisherigen Regelung festzuhalten und keine Änderung beim Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden vorzunehmen.

##### **zu IV. 24 Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Wir teilen weiterhin die Bewertung des BVA, wonach die gesonderte Behandlung von nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben geboten ist und auch mit den Vorgaben der RSAV in Einklang steht.

Nach wie vor haben wir jedoch grundlegende Zweifel an der Aussagefähigkeit der Summe der quadrierten Abweichungen für die Frage, ob die Zuweisung für inhaltlich nicht morbiditätsbezogene Ausgaben versichertenbezogen oder entsprechend der nach Morbidität standardisierten Leistungsausgaben erfolgen sollte. Entscheidend für die Zuordnung muss die inhaltliche Bewertung bleiben, ob eine Ausgabe bezogen auf den Versichertenbestand der einzelnen Kassen morbiditätsabhängig ist oder nicht. Ansonsten werden - wie schon in unserer Stellungnahme zum Klassifikationsmodell 2012 dargestellt - lediglich Scheinkorrelationen aufgezeigt. Ein empirischer Nachweis wäre nur bei einer versichertenbezogenen Erfassung der Ausgaben und anschließender Berücksichtigung im Regressionsverfahren möglich. Unmittelbar erkennbar ist dies an den Ergebnissen für Konto 5155 - Betriebliche Gesundheitsförderung. Die von einer Krankenkasse finanzierten Maßnahmen sind betriebsbezogen und kommen allen Arbeitnehmern des jeweiligen Betriebs zugute, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Entsprechend sind die Krankenkassen in § 20a Abs. 2

SGB V aufgefordert, bei der betrieblichen Gesundheitsprävention zusammenzuarbeiten. Die Richtwerte für Ausgaben in diesem Bereich sind bezogen auf die Versichertenzahl und nicht auf die RSA-Morbidität der Versicherten. Zudem sind die Maßnahmen auf Arbeitnehmer beschränkt, für Rentner - die in der Regel einen weitaus höheren Morbiditätsfaktor haben und für die entsprechend deutlich höhere Zuweisungen erfolgen - können diese Maßnahmen schon per Definition nicht erbracht werden. Insofern verbietet sich auch eine Zuweisung mittels Hochrechnung der standardisierten Leistungsausgaben.

Ein weiteres Beispiel sind die Konten der ambulanten Förderung (bisher KA 407) sowie der stationären Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (bisher KA 467). Sie werden je Mitglied der KM6 vergütet. Es liegt also kein Morbiditätsbezug vor. Die unterschiedliche Beurteilung dieser Konten über die quadrierten Abweichungen ist ein weiterer Beleg dafür, dass dieses Verfahren für eine Bewertung nicht geeignet ist.

Auch die unterschiedlichen Ergebnisse für die Förderung von Selbsthilfegruppen zeigen, dass die angewandte Methode zur Beurteilung der Fragestellung ungeeignet ist. Es ist nicht erklärbar, warum die auf die Förderung von Selbsthilfegruppen entfallenden Zuweisungen unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob die Förderung als Zuschuss oder ohne Zuschuss erfolgt. Die Ausgaben werden abhängig von den geförderten Selbsthilfeprojekten auf den Konten 513 und 514 gebucht und sind völlig unabhängig von der Morbidität der Versicherten.

Eine rechnerisch höhere Zielgenauigkeit darf nicht über inhaltliche Aspekte gestellt werden. Die Zielgenauigkeit unabhängig von inhaltlichen Kriterien als oberstes Kriterium zu sehen hätte auch weitreichende Folgen auf den Morbi-RSA insgesamt. Entscheidend für die Zuordnung zu nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben und entsprechender Zuweisung je Versichertentag muss daher bleiben, ob die Ausgaben rein inhaltlich einen überwiegenden Zusammenhang mit der Morbidität des Versichertenbestandes der jeweiligen Kasse aufweisen oder nicht.

Insgesamt halten wir es daher für notwendig, die Zuweisung für alle bisher als nicht morbiditätsbezogen eingestufteten Ausgaben (unter Anpassung an die geänderten Buchungsvorschriften) weiterhin je Versichertentag zu berechnen, sowie die vom BVA vorgesehene Erweiterung des Katalogs nicht-morbiditätsbezogener Ausgaben um die Gruppenprophylaxe Zahn (Konten 5160 bis 5162) vorzunehmen.

#### **zu IV. 25 Geänderte Berücksichtigung von DMP-Ausgaben im Regressionsverfahren**

Während nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 und 11 RSAV die DMP-Ausgaben zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gezählt werden, sind sie nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV für die Datenerhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA auszuschließen. In der Bestimmung sollte daher eindeutig geregelt werden, wie mit den DMP-Ausgaben zu verfahren ist. Da sie nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 RSAV in der Datenerhebung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auszuschließen sind, sollte dies auch folgerichtig für die Satzart 701 erfolgen, da die Hochrechnung der Satzart 700 über die Satzart 701 erfolgt. Letztlich müsste in der Bestimmung bei der Definition der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für die DMP-Ausgaben der Hinweis aufgenommen werden, dass diese nicht in den RSA-Satzarten 700 und 701 zu melden sind.

#### **zu IV. 26 Berücksichtigung uneinheitlicher Buchungsvorschriften bei Pflegehilfsmittel-Konten**

Wir begrüßen eine Konkretisierung der Buchungsvorschriften, möchten in diesem Zusammenhang jedoch anmerken, dass hierdurch nicht zwangsläufig von einer korrekten versichertenbezogenen Erfassung der entsprechenden Leistungsausgaben ausgegangen werden kann. So können bspw. Quotenregelungen der Buchungsvorschriften zwar ohne weiteres auf der Kontenebene durchgeführt werden, bei der Erfassung der versichertenbezogenen Leistungsausgaben jedoch zu Problemen führen.

Solange keine einheitliche Regelung besteht, die eine korrekte Datenbasis gewährleistet, dürften die entsprechenden Konten unseres Erachtens nicht über den MRSA ausgeglichen werden. Daher unterstützen wir als Übergangslösung den Vorschlag des BKK-BV, die Konten wie die nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zu behandeln. Der eingebrachte Einwand des BVA, Pflegehilfsmittel könnten auch falsch zu Lasten der PV gebucht werden, kann nicht bedeuten, dass trotz Kenntnis der Fehlerhaftigkeit eine Berücksichtigung dieser Konten in der Regression erfolgt. Auch in anderen Leistungsbereichen mit ungenügender Datenqualität wurde auf eine Übergangslösung zurückgegriffen, bis die erforderliche Datenqualität vorlag (z.B. Berücksichtigung der zahnärztlichen Leistungsausgaben).