



**Stand 16.08.2013**

## **Stellungnahme der betrieblichen Krankenversicherung zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2014**

Das BKK System lehnt größere Eingriffe in die aktuelle Systematik des Klassifikationsmodells ab, da sie, im Gegensatz zum politischen Willen, den Morbi-RSA auf das notwendige Maß zu reduzieren, zu vereinfachen sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen zu gestalten, stehen.

Im Besonderen betrifft dies folgende Punkte:

1. Die Einführung von Alterssplit in HMG auf Basis der vom Bundesversicherungsamt (BVA) definierten und vorgeschlagenen Punkte, da hierzu aus Sicht des BKK Systems rechtlich keine Möglichkeit besteht. Zudem läuft diese vom Gesetzgeber gewünschte Vereinfachung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs entgegen.
2. Die Umstellung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben, da die getroffenen Feststellungen zufällig sind und die vom Gesetzgeber gewünschte Förderung der Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung konterkarieren. Zudem wurden einzelne Vorschläge des BKK Systems nicht bewertet beziehungsweise im Ergebnis aufgenommen.
3. Die Umstellung der Sonderregeln im Bereich der Arzneimittel auf Behandlungstage, da die Datenlücke bezüglich der Abgabe morbiditätsrelevanter Präparate im stationären Bereich immer noch nicht befriedigend gelöst ist. Zudem hält das BKK System die gezogenen Schlussfolgerungen in der HMG „Hämatologische Erkrankungen“ für nicht schlüssig.
4. Die Aufsplittung der Kostenerstattergruppen, wie im gesonderten Anhörungsverfahren vorgeschlagen, lehnt das BKK System nach wie vor ab.

Darüber hinaus bittet das BKK System darum, die Systematik der genutzten Stichprobe im Bereich der Berechnungen näher zu erläutern und Transparent darzustellen. Zudem sehen wir weiteren Erläuterungsbedarf zwischen GKV-Spitzenverband und BVA, was die Nachprüfbarkeit der Rechenergebnisse betrifft.

Die Begründungen und Hintergründe für die einzelnen Punkte, können den folgenden Ausführungen entnommen werden.

## **Allgemeine Vorbemerkung**

Das BKK System begrüßt es ausdrücklich, dass die Bundesregierung an ihrer Meinung festhält, dass das Ausgleichsverfahren im Nachgang der Veröffentlichung des Evaluationsberichts des wissenschaftlichen Beirats beim BVA einer generellen Überprüfung bedarf. Es fehlt immer noch an der politischen Rahmensetzung, in welchen Abhängigkeiten Zielgenauigkeit der Zuweisungen und Morbidität stehen sollen sowie die wissenschaftliche Auseinandersetzung über das entsprechend geeignete Verfahren. Die vom BVA im Rahmen des Klassifikationsmodelle 2014 durchgeführten und als „empirisch“ bezeichneten Analyseansätze sind dazu offensichtlich nicht geeignet.

Seit mehreren Jahren weist das BKK System auf die Fehlsteuerung im Bereich der Krankengeld- und Verwaltungskostenzuweisung hin. Zusätzlich würde die Einrichtung eines Risikopools zu einer erheblichen Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit beitragen.

Ebenso teilen wir die Einschätzung des BVA, dass sich im Thema „Hochrechnung Leistungsausgaben Verstorbener“ keine neuen Aspekte oder Argumente ergeben haben und deshalb keine Änderung angebracht ist. Auch hier möchten wir auf die wiederholte Kritik des BKK Systems am Vorschlag generell verweisen, sowie auf die weiterhin fehlenden, mehrmals angeforderten weiteren Analysen zu fragwürdigen Ergebnissen aus dem Evaluationsbericht.

Der stetigen Ausweitung der Komplexität des Verfahrens stehen die BKK weiterhin äußerst kritisch gegenüber. Die Tendenz zur immer weiteren Ausdifferenzierung des Klassifikationsmodells setzt sich hingegen auch im Entwurf für 2014 fort. Deutlich wird dies u.a. anhand der Steigerung der Anzahl der HMG von 155 auf 187. Gegenüber dem Startjahr 2009 entspricht dies einer Steigerung von 76,4%, bei einer konstanten Anzahl von Krankheiten.

Die betriebliche Krankenversicherung hat sich in der Vergangenheit bereits kritisch dazu geäußert und weist im Rahmen dieser Stellungnahme erneut darauf hin, dass die zunehmende Ausdifferenzierung des Klassifikationsmodells dem Anspruch entgegensteht, einen Ausgleich über GKV-standardisierte Werte durchzuführen. Wir bezweifeln, dass die erzielte minimale Steigerung des  $R^2$  von 24,697% auf 25,158% eine erkennbare finanzrelevante Auswirkung auf die Zuweisungsverteilung unter den Krankenkassen zur Folge hat. Demgegenüber führen immer kleinere Entitäten innerhalb einer HMG zu vielfältigen Problemen. Neben statistischen Problemen, die gewöhnlich mit geringen Fallzahlen für die erklärenden Variablen einhergehen, erhöhen immer stärker finanziell ausdifferenzierte Gruppen auch immer weiter den Druck, die Kriterien für jeden Einzelfall belegen zu müssen. Die Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich spiegeln diesen Zwang zur korrekten Diagnostik jedoch nicht wieder. Da die Zuweisung einer Krankenkasse aber immer stärker von der Kodierqualität ihrer Leistungserbringer abhängt, steigt der Druck, bzw. der Anreiz hier entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Gerade bei kleineren Krankenkassen, wie sie vermehrt im BKK System bestehen, führt eine starke Ausdifferenzierung zwischen Morbiditätsgruppen zu auffälligen Schwankungen zwischen Berichtsjahren, was sich wiederum in Auffälligkeiten im Rahmen der Prüfung nach §273 niederschlägt. Eine Ausweitung der HMG würde diesen Effekt noch verstärken und damit den betroffenen Krankenkassen – aber auch dem BVA – unnötigen Verwaltungsaufwand aufbürden.

## **Konkrete Anmerkungen zum Vorschlag für das Klassifikationsmodell 2014**

### **Methoden 3.2.3: Zufallsstichprobe 30 Prozent**

Das BVA nutzt nicht in jedem Fall die Vollerhebung, sondern eine Stichprobe. Dies ist, aufgrund der Massendaten und der Laufzeiten bei einer Untersuchung, nachvollziehbar.

Dennoch ist die Auswahl der Stichprobe durch das BVA nach Ansicht des BKK Systems näher und nachvollziehbarer zu beschreiben, als im Entwurf aufgeführt. Zwar gibt das BVA anhand der drei gültigen Kennzahlen CPM, MAPE und  $R^2$  eine Grobübersicht, doch sagt dies nichts über die Struktur und auch das Verhältnis gegenüber der Vollerhebung aus.

Was aus Sicht des BKK Systems zudem Fragen aufwirft ist, dass zwar die Kennzahlen CPM und MAPE sich nah an der Vollerhebung orientieren, aber die Erklärungsgüte beim  $R^2$  um 0,6033 geringer ist, als in der Vollerhebung. Hier wären weitere Angaben, wie zum Beispiel die Besetzung in AGG, EMG und auch HMG auf Basis der existierenden Klassifikation hilfreich. Auch ein Vergleich der einzelnen Kostengewichte zwischen der Vollerhebung und der Stichprobenauswahl sollte die Transparenz erhöhen.

Zudem ist nach Ansicht des BKK Systems das Kriterium „geringe Fallzahlen“, was ja als Grund gilt, auf die Vollerhebung in den Analysen zurückzugreifen, näher zu definieren. Wir würden es daher begrüßen, wenn das BVA folgende Fragen beantwortet:

1. Nach welchen Kriterien wurde die Stichprobe gezogen?
2. Sind Über und/oder Unterrepräsentationen ausgeschlossen?
3. Hat der Unterschied im  $R^2$  Auswirkungen auf etwaige Untersuchungen in der Zuordnungssystematik beziehungsweise ist sichergestellt, dass diese ausgeschlossen sind?
4. Woran orientiert sich das Kriterium „geringe Fallzahlen“? Hier wären mehrere Möglichkeiten, wie zum Beispiel die Gesamtzahl der „Grundkrankheit“, an der Anzahl der Diagnosen oder auch mathematische Bedingungen möglich.
5. Unter Punkt 28 des Entwurfs wird ausgeführt, dass auf einen Test der statistischen Signifikanz verzichtet wird, da die Ermittlung der Regressionskoeffizienten auf Basis der Vollerhebung erfolgt. Dies wirft, im Rahmen der Modelluntersuchungen auf Basis der Stichprobe, die Frage auf, ob für die Stichprobe ein solcher Test weiterhin existiert beziehungsweise wie mit statistischen Insignifikanten umgegangen wird.
6. Eine Nachvollziehbarkeit der vom BVA durchgeführten Auswertungen auf Basis der Stichprobe ist nur dem GKV-Spitzenverband, der als einziger über den gleichen Datenpool in der GKV verfügt, möglich. Von daher stellt sich die Frage, inwieweit die genutzte Stichprobe dem GKV-Spitzenverband im Rahmen der Anhörung bekannt gemacht worden ist.
7. Sofern die Stichprobe dem GKV-Spitzenverband nicht bekannt ist, schließen sich aus Sicht des BKK Systems weitere Fragen an, die im Rahmen des Anhörungsverfahrens zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BVA zu klären beziehungsweise zu erläutern wären. Theoretisch könnte der GKV-Spitzenverband aus Zeitgründen auf Basis einer eigenen Stichprobe Analysen zu den gemachten Bewertungen vornehmen. Sofern sich hier Abweichungen ergeben, die andere Rückschlüsse zulassen, entsteht hier ein neues Problemfeld. Gleichwohl würde, bei der Nutzung der gleichen Stichprobe, etwaige Probleme oder auch Fehler in den Auswertungen nicht auszuschließen sein. Wir würden es daher begrüßen, dass dieses näher erläutert und für die GKV der Beste Weg gewählt wird.

### **Methoden 3.3: Einführung Alterssplit für HMG**

Grundsätzlich beurteilt das BKK System die Einführung sogenannter Alterssplitts im Klassifikationsmodell bezüglich der Krankheiten rechtlich kritisch. Das umso mehr, wenn eine Auftrennung anhand der vom BVA gesetzten Kriterien einer DxG/(H)MG zwar medizinisch begründbar sein muss, aber sich stark an den Folgekosten und den Deckungsquoten orientieren. Zudem erscheint die Grenze von 65 Jahren ein willkürlich gesetzter Wert zu sein, der sich rechtlich und auch an den Vorgaben des Gesetzes nicht festmachen lässt.

Vom ersten Januar 2008 an sind die Versichertengruppen nach § 268 SGB V zusätzlich nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden (Morbiditätsgruppen), die zugleich

1. die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen,
2. an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind,
3. Anreize zu Risikoselektion verringern,
4. keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen und
5. 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde legen.

Die RSAV führt hierzu im § 29 zusätzlich aus, dass die Morbiditätsgruppen eines vom BVA festgelegten Versichertenklassifikationsmodells, das auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen Risikozuschläge ermittelt und das auf Klassifikationsmodellen aufbaut, deren Einsatzfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden ist.

Das BVA hat nun im Entwurf zusätzliche Kriterien für eine Bewertung eingeführt und zur Diskussion gestellt. Diese sind:

1. Die Auftrennung einer DxG/(H)MG muss medizinisch begründbar sein
2. Eine Gruppe sollte im Regelfall in zwei (höchstens drei) Gruppen unterteilt werden
3. Die Höchstgrenze für Alterssplitts liegt bei 65 Jahren
4. Die kleinste neu entstehende altersbezogene Gruppe sollte mindestens 100 Fälle umfassen
5. Der Kostenschätzer der „teuren“ Gruppe übersteigt den der „günstigen“ um mindestens den Faktor 1,5
6. Der absolute Abstand zwischen den beiden Kostenschätzern soll mindestens 500€ betragen

Nimmt man die oben genannten Kriterien, die das SGB V und auch die RSAV zurzeit vorgibt, so ist dem BKK System nicht ersichtlich, dass eine Einführung eines Alterssplitts rechtlich gerechtfertigt ist. Sofern dies der Wunsch des Gesetzgebers gewesen wäre, so hätte er entsprechende Vorgaben bereits 2009 eingeführt. Dazu hätte er, rein rechtlich, das Kriterium „Alter“ oder auch „Geschlecht“ in die Vorschrift bezüglich der Morbidität einfließen lassen können, was de facto nicht erfolgt ist.

Denkbar wäre hier zum Beispiel gewesen, die gesamten Zuschläge innerhalb einer der 50 bis 80 Krankheiten auch anhand von Altersgruppen und/oder auch Geschlecht zuzuordnen. Nach Ansicht des BKK Systems war die Intention des Gesetzgebers, nur die Krankheit, unterteilt in medizinische Gruppen, mit einem Zuschlag zu versehen. Das hierbei die Kosten ein Identifikationsmerkmal bilden und zur Schweregradfindung beitragen, ist nachvollziehbar und rechtlich unstrittig. Allerdings ist es hierbei unerheblich, ob die Kosten vermehrt innerhalb einer altersspezifischen Gruppe auftreten, oder nicht. Allein das SGB V gibt hierbei den Tenor vor, dass sich

die Zuordnung „an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten“ zu orientieren haben.

Nimmt man diese Grundlage, so bildet sich dieser Durchschnitt anhand der Versicherten heraus, die mit einer der ausgewählten Krankheiten belastet sind. Ein zusätzliches Kriterium wie Alter hätte für das aktuelle Klassifikationsmodell 2013 die Folge, dass 6.500 Zuschläge allein im Bereich der HMG abgebildet werden müssten. Nimmt man als zusätzliches Kriterium noch das Geschlecht hinzu, so wären die Folge 13.000 Zuschläge, allein im Bereich der HMG.

Die Komplexität eines solchen Modells ist schwer abzubilden und führt nicht zu einer Vereinfachung. Auch der weitere Aspekt, nämlich Anreize zur Risikoselektion zu verringern, wird durch die Einführung von solchen Altersgrenzen nach Ansicht des BKK Systems gefördert anstatt vermieden. Das umso mehr, wenn als Basis für eine Zusammenführung Deckungsquoten in einem prospektiven Modell verwandt werden.

Allein der Punkt 1, also die Auftrennung der DxG/(H)MG nach medizinischen Gesichtspunkten, ist rechtlich nachvollziehbar. Allerdings dürfte sich dann diese Auftrennung nur im medizinischen Bereich manifestieren lassen. Das wäre dann der Fall, wenn zum Beispiel eine Krankheit aus medizinischen Gründen klar ab einem gewissen Alter eintritt, oder, was zum Beispiel die Erkrankung im Bereich der Hämophilie angeht, auf ein Geschlecht abgrenzbar ist.

Hier haben, rein aus medizinischer Sicht, die Kosten eine untergeordnete Rolle. Vielmehr sind gewisse medizinische Maßnahmen, wie zum Beispiel die Medikamentengabe oder auch bestimmte Therapieformen, abhängig von den medizinisch wissenschaftlichen Standards. Sofern sich diese, zum Beispiel anhand von bestimmten ICD-Codes, auch eindeutig zuordnen lassen, steht nach Meinung des BKK Systems eine Zuordnung rechtlich nichts im Wege. Für eine Abgrenzung aber, die anhand von Deckungsquoten im Alter ermittelt wird, besteht rechtlich kein Raum.

Dem Grunde nach zeichnet sich in den vorliegenden untersuchten Modellen eine normale „Deckungskurve“ dahingehend ab, dass ganz bestimmte Leistungen an Altersgrenzen innerhalb der GKV gekoppelt sind. Der Grundanspruch selbst, den der Versicherte an Leistungen in Anspruch nehmen kann, ist per Gesetz oder auch Satzung definiert. Einziges Ausschlusskriterium im Bereich des Alters entsteht dann, wenn Leistungen nur altersabhängig gezahlt werden und/oder die vorrangige Leistungspflicht, wie zum Beispiel im Bereich der Rehabilitationen, auf die gesetzliche Krankenversicherung übergeht.

Insofern wäre fernab der rechtlichen Bedenken zu hinterfragen, inwieweit die Kostenverläufe durch solche, nicht medizinisch begründete Effekte, getriggert werden. Entscheidender ist aber in diesem Zusammenhang, dass die durchschnittlichen krankheitsspezifischen Kosten innerhalb der GKV unabhängig des Alters entstehen. Trivial ausgedrückt ist es für das Alter und auch die Kosten unerheblich, ob ein Versicherter mit einer ausgleichsfähigen Krankheit stationär behandelt wird, ein Medikament erhält oder zusätzliche Leistungen wie eine physikalische Therapie erhalten soll oder nicht. Sofern beide derselben Behandlung unterworfen sind, richten sich die Zuweisungen nach dem GKV-weiten Durchschnitt.

#### **Hierarchie 04 „Metabolische Erkrankungen“**

Im Rahmen der Bewertung ob die Medikation von der Sonderfallregelung II auf die Sonderfallregelung I umgestellt werden kann, kommt das BVA zu dem Schluss, dass die geforderten 183 BT zu viel sind, da die Medikation unter anderem in Abhängigkeit vom Gewicht auch geringer verordnet werden kann. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum die Schwelle 10 BT gesetzt wird.

Dies entspricht einer Quote von ca. 5% der vorherigen Annahme. Weitere Erläuterungen zur Wahl bzw. Alternativberechnung mit beispielsweise 92 BT wurden nicht zur Verfügung gestellt. Aufgrund dieser Tatsache fordern wir das BVA auf, zu prüfen, ob höhere Grenzwerte eine weitere Verbesserung der Zielgenauigkeit mit sich bringen. Aufgrund der geringen Fallzahl innerhalb der HMG regen wir weiterhin an, mögliche Änderungen auf Basis der Daten mehrerer Jahre zu validieren.

Die geplante Schweregraddifferenzierung bei der HMG 202 (Glykogenspeicherkrankheiten) ist aus der Tatsache heraus kritisch zu bewerten, dass das zugrunde gelegte Rechenmodell über BT zu einer Absenkung der Gruppengröße führte (siehe Ausführungen in den Erläuterungen zum Entwurf auf Seite 153), da ca. die Hälfte der Versicherten „zu wenig“ Medikamente erhalten hatte, obwohl es sich eigentlich - bei korrekter Diagnose und Indikationsstellung - um lebensnotwendige Medikamente handelt. Im Vorfeld einer Änderung sollte unbedingt geprüft werden, ob die in der WIDO-Liste hinterlegten DDD im Falle dieser Erkrankung zielführend und korrekt sind (gewichtabhängige Dosierung). Die beabsichtigte Änderung in der vorgelegten Form sollte ohne eine eingehende Prüfung nicht umgesetzt werden.

### **Hierarchie 8 „Hämatologische Erkrankungen“**

Der beabsichtigte Wechsel der DXG225 von Sonderfall 2 zu Sonderfall 1 sollte in der vorgelegten Form nicht vorgenommen werden, da die Bluterthematik grundlegend zu überarbeiten ist. So ist die Berücksichtigung der stationären Behandlung von Blutern und der Abrechnung über Zusatzentgelte immer noch nicht befriedigend geregelt. Für Bluter, denen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten entsprechende Präparate verabreicht wurden, die über Zusatzentgelte abgerechnet wurden, ist die Höhe der erhaltenen BT nicht bekannt, was zu einer Nichtberücksichtigung im Morbi-RSA führt, obwohl für die jeweilige Krankenkasse hohe Kosten angefallen sind.

Ferner sollte bei den nachfolgenden ATC Codes geprüft werden, ob nicht bereits bei geringeren Dosen von einer Hämophilie mit Dauermedikation auszugehen ist: B02BD12 (ab 2013 ATC B02BD14) B02BD02 , B02BD06. Da diese Medikamente laut WHO auch zur Akutbehandlung genutzt werden, sind die DDD je Präparat eher gering angesetzt und werden dem Bedarf bei der Langzeittherapie nicht gerecht. Dadurch erhalten langzeittherapierte Bluter trotz hoher Kosten nicht die erforderlichen Behandlungstage.

### **Hierarchie 19 Alterssplit**

Wie in den vorherigen Ausführungen bereits ausdrücklich dargelegt, positioniert sich das BKK System gegen eine zunehmende Komplexität des Ausgleichsverfahrens. Hierunter fällt auch die probeweise Einführung eines Altersplits in der Hierarchie 19.

### **Nicht morbiditätsbezogene Ausgaben**

Das BVA legt Analysen zur Zuweisungssystematik für nicht Morbidität bezogene Ausgaben vor. Als Prüfmerkmal einer „guten“ Zuweisungssystematik wurde die Summe der Abweichungsquadrate zwischen Zuweisung und Ausgaben betrachtet. Die Zuweisungen wurden dabei alternativ pro Versichertentag sowie durch Hochrechnung der sLA berechnet.

Dieses Prüfmerkmal wurde vom BVA bereits im Entwurf des Klassifikationsmodell 2012 verwendet. Das BKK System hat seinerzeit darauf hingewiesen, dass dieses Verfahren ungeeignet ist, um einen Morbiditätsbezug der Ausgaben zu beurteilen. Es ist aber auch ungeeignet, eine „gute“ Zuweisungssystematik zu identifizieren, weil es von faktischen Ausgaben, nicht aber von erforderlichen Ausgaben ausgeht.

Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen ist bei Versichertengruppen ein geeignetes Zielkriterium des Morbi-RSA, weil die Ausgaben von der Morbidität der Versicherten induziert werden. Bei Ausgaben, die morbiditätsunabhängig sind und die von Kassen auch wettbewerblich induziert werden, ist es kein geeignetes Kriterium. Die Analysemethodik wird immer die Zuweisungssystematik als geeignet identifizieren, die die - in den jeweiligen Konten - ausgabenstärkste Kassenart begünstigt. Dieser Effekt wird aus der Tabelle 148 des Entwurfs der Festlegung z.B. beim Konto 5155 deutlich, sofern ein Vergleich mit den Kassenartenergebnissen hergestellt worden wäre. Nach Einschätzung des BKK Systems ist die beabsichtigte Änderung der Zuweisungssystematik somit wettbewerbsverzerrend: Insbesondere betriebsbezogene BKK mit niedriger „RSA-Morbidität“ und hohe Ausgaben in diesem Segment werden durch die beabsichtigte Änderung im Vergleich zur AOK benachteiligt.

Zudem ist der Bereich der Prävention anderen Reglementierungen unterworfen. Grundsätzlich wünscht der Gesetzgeber, dass sich die gesamte GKV stärker für Präventionen einsetzt. Um die Präventionsanstrengungen der Krankenkassen auf Felder mit besonderem Handlungsbedarf zu fokussieren, hat die GKV auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis Präventionsziele für die GKV erarbeitet.

Insgesamt „sollen Prozesse in der jeweiligen Lebenswelt ausgelöst und angeleitet werden, die zu einer Reduktion der Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Mehrzahl von Erkrankungen bzw. von Krankheit überhaupt führen. Gesundheitsförderungsziele können daher nicht morbiditätsorientiert, sondern müssen unter Rückgriff auf Erkenntnisse über allgemein gesund erhaltende Faktoren abgeleitet werden. Wichtige Anstöße hierzu haben die Forschungsergebnisse zur Salutogenese geliefert, die auch in die Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeflossen sind. Die Ziele in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten (auch in der Lebenswelt Betrieb) wurden nach diesem Konzept entwickelt und für die einzelnen Settings / Lebenswelten in partizipativen Prozessen konkretisiert“ (vgl. Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands, Punkt Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV, Seite 20). Daraus hätte eigentlich der Rückschluss gezogen werden müssen, dass sich auch die Zuweisungen nicht nach der RSA-Morbidität richten dürfen. Dies gilt neben der Kontenart 514 auch für das Konto 5155.

Die Kontenart 527 ist in der Bewertung als einzige der in der Tabelle 148 dargestellten Ausgaben nicht in der Bewertung erwähnt; dies sollte ebenso nachgeholt werden, wie die konkrete Beschreibung, wie mit den neuen Konten 5280 bis 5282 verfahren werden soll. Darüber hinaus fehlt die Bewertung des Vorschlags zur Neuaufnahme der Kontenart 599 (übrige Leistungen); diese sind, da nicht versichertenbezogen auswertbar, ebenfalls den nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass eine systematische Untersuchung der Zuweisung für nicht morbiditätsbezogene Ausgaben, auch weiterhin aussteht. Die vorgelegten empirischen Prüfungen des BVA können zur Klärung der Frage einer geeigneten Zuweisungssystematik nicht beitragen. Sie sind zudem vor dem Hintergrund der beschriebenen Ziele des Leitfadens Prävention komplett anders zu bewerten. Das BKK System hält es für erforderlich, bei der bisherigen Zuweisungssystematik zu bleiben und keine Konten aus den nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben zu streichen. Darüber hinaus sind die Konten/-arten 527, 599 sowie 5160-5162 in die nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben einzubeziehen.

### **Berücksichtigung uneinheitlicher Buchungsvorschriften bei Pflegehilfsmittel-Konten**

Das BVA hat den Vorschlag des BKK Systems bzgl. der Aufnahme nicht eindeutiger Konten im Rahmen der Buchung von Pflegehilfsmitteln mit der Begründung abgelehnt, dass hier die Buchungsvorschriften präzisiert werden müssten. Wir stimmen dieser Auffassung zwar grundsätzlich zu, betonen aber noch einmal, dass unser Vorschlag als Übergangslösung bis zum Zeitpunkt der umfassenden Präzisierung der Buchungsvorschriften gedacht war. Insofern halten wir unseren Vorschlag weiter aufrecht und plädieren dafür, die kritischen Konten vorübergehend im Rahmen der nicht morbiditätsbezogenen Konten zu berücksichtigen.

### **Kostenerstatter**

Im Stellungnahmeverfahren zum Klassifikationsmodell 2012 hatte sich das BKK System schon einmal entschieden gegen eine Altersdifferenzierung der Kostenerstattergruppen ausgesprochen. Die aktuelle Auswertung des BVA zur Differenzierung der Kostenerstattergruppen vom 25.07.2013 hat hierzu keine wesentlichen neuen Erkenntnisse gebracht, so dass wir auch weiterhin unsere bisherige Position beibehalten.

### **Redaktionelle Hinweise**

Die Umbenennung der HMG202 in „Lysosomale Speicherkrankheiten mit ERT/SRT“ wurde in der Anlage 1 nicht durchgeführt.

Zur besseren Übersicht schlägt das BKK System vor, dass in der Tabelle 1 eine weitere Spalte eingeführt wird, wo das BVA die grundsätzliche Beurteilung des Vorschlags vermerkt und gegeben falls auf die Seite der Ausführungen verweist. Sofern eine Beurteilung nicht erfolgt oder eine Untersuchung auf spätere Anpassungen verschoben wird, könnte dies dort zusätzlich vermerkt werden. Dies würde die Bewertung einzelner Punkte erleichtern.

### **Für weitere Informationen:**

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel 0511 3 48 44 - 226

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel 0711 89 13 348