

# **Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich**

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

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
27.08.2012**

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung .....	3
Hierarchie 10: „Drogen-/Alkoholmissbrauch“ .....	5
Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“ .....	5
Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“ .....	7
Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“ .....	8
Änderung des Berechnungsverfahrens – Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden .....	9

## Vorbemerkung

Nach § 31 Absatz 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2013 bis zum 30. September 2012 festzulegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt das empirisch gestützte und transparente Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA, das auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2013 in bewährter Weise fortgeführt wurde. Der Festlegungsentwurf, die modellspezifischen Anlagen sowie die ausführlichen Erläuterungen zum Entscheidungsprozess des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA einschließlich der systematischen Aufbereitung und Kommentierung der eingegangenen Stellungnahmen gewährleisten dabei ein hohes Maß an Transparenz. Dies ermöglicht es, dass die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats und die Entscheidungen des BVA im Einzelnen nachvollzogen werden können. Im Ergebnis findet hierdurch der konstruktive Diskurs mit den beteiligten Akteuren seinen Niederschlag in einer sachgerechten, kontinuierlichen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und seiner rechnerischen Grundlagen.

Aus Sicht der BPTK ist es erfreulich, dass im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems erneut auch im Bereich der berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen eine Reihe von Vorschlägen, unter anderem auch der BPTK, in einem mehrstufigen Verfahren einer empirischen Überprüfung unterzogen und vom Wissenschaftlichen Beirat zusätzlich weiterentwickelt wurden. Die daraus resultierenden Veränderungen der Zuordnungen von ICD-10-Kodes zur Diagnosegruppen (DxG) und von DxGruppen zur hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) wie auch die vorgeschlagenen Veränderungen der Hierarchiestränge im Bereich der psychischen Erkrankungen im vorliegenden Entwurf werden von der BPTK ausdrücklich befürwortet.

Im Folgenden beschränkt sich die BPTK in Ihrer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf auf die Veränderungen bei den Hierarchien Nr. 10 „Drogen-/Alkoholmissbrauch“, Nr. 11 „Psychische Erkrankungen“, Nr. 12 „Entwicklungsstörungen“ und Nr. 28 „Chronischer Schmerz“ sowie den Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden im Berechnungsverfahren.

## **Hierarchie 10: „Drogen-/Alkoholmissbrauch“**

Der Wissenschaftliche Beirat hat den Vorschlag der BARMER GEK geprüft, den ICD-Kode Z51.83 „Opiatsubstitution“ mit Arzneimitteln zu validieren und einer eigenen DxG zuzuordnen, welche wiederum der HMG052 zugeordnet werden soll. Hierbei sollen Arzneimittel mit dem ATC-Kode N07BC oder der Sonder-PZN 2567107, 2567113, 2567136, 2567656 bzw. 9999086 zur Validierung des Diagnosekodes herangezogen werden. Die BPtK teilt die Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats, dass für diesen Diagnosekode aus Kapitel XXI des ICD-10 eine relevante Verringerung der Manipulationsanfälligkeit erzielt werden kann, welche es gerechtfertigt erscheinen lässt, die resultierende geringfügige Verschlechterung des Modells gegenüber dem Ausgangsmodell ohne Arzneimittelvalidierung in Kauf zu nehmen.

Darüber hinaus teilt die BPtK die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats, dass jenseits des ICD-10 Kodes Z51.83 die Therapie bei den anderen ICD-10 Kodes der Abhängigkeitserkrankungen auch ohne Arzneimittel leitliniengerecht erfolgen kann und eine Arzneimittelvalidierung, wie von TK et al. vorgeschlagen, daher nicht sachgerecht wäre. Die BPtK schließt sich ferner der Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats an, dass eine Schweregraddifferenzierung bei Opiatabhängigen mittels Arzneimittel nicht vorgenommen werden sollte, da die medikamentös behandelten Opiatabhängigen nicht regelhaft die schwerer erkrankte Versichertengruppe darstellen.

## **Hierarchie 11: „Psychische Erkrankungen“**

Im Festlegungsverfahren für das Ausgangsjahr 2012 wurde die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ einer ausführlichen Überprüfung unterzogen und unter medizinisch klinischen Gesichtspunkten und Aspekten der Kostenhomogenität der HMG sowie Minderung von Manipulationspotential weiterentwickelt und aktualisiert. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass in dem aktuellen Festlegungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 der Fokus auf der Einordnung der neu hinzugekommenen Diagnosegruppe und der Effekte der wegfallenden ICD-Kodes lag.

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2012 angeregt, zur Verbesserung der Kostenhomogenität die DxG905 „Zwangsstörungen“ in zwei DxGruppen aufzuteilen. Die DxGruppe 905 sollte nach dem Vorschlag der BPtK künftig ausschließlich die spezifischen Diagnosekodes der Zwangsstörungen umfassen, während die unspezifischen Diagnosekodes der Zwangsstörungen eine eigene DxGruppe bilden sollte, welche dann wie ursprünglich im Ausgangsmodell vorgesehen der HMG057 des Hierarchiestrangs zugeordnet werden könnte, während die bereinigte DxG905 entsprechend ihrer Kostenintensität in eine die HMG057 dominierende Morbiditätsgruppe führen sollte. Die Überprüfung der vorgeschlagenen Aufteilung der Diagnosen in der DxG905 in zwei Gruppen führte zu einer Verbesserung des Klassifikationsmodells und sieht eine Zuordnung der bereinigten DxG905 zur HMG231 vor. Die BPtK begrüßt diese Weiterentwicklung in der Hierarchie 11 der „Psychischen Erkrankungen“ in dem Festlegungsentwurf. Zu erwägen wäre, die Bezeichnung der HMG231 entsprechen in „Panikstörung, näher bezeichnete Phobien und Zwangsstörungen, sonstige anhaltende affektive Störungen“ zu erweitern. Hinsichtlich der Vorschläge von TK et al. die HMG231 mit der HMG057 und die HMG060 mit der HMG230 zusammenzulegen, teilt die BPtK die ablehnende Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats, nicht zuletzt angesichts der deutlichen Verschlechterungen der statistischen Eigenschaften des Klassifikationsmodells, die mit Blick auf die Kostenschätzer der betreffenden HMG auch zu erwarten waren.

In Bezug auf die von TK et al. im Stellungnahmeverfahren vom April dieses Jahres angesprochene Manipulationsanfälligkeit der Hierarchie 11 durch ungerechtfertigte Doppelzuweisungen durch unspezifische Diagnosen der bipolaren Störung in der HMG056 und spezifische Diagnosen der unipolaren Depression in der HMG058 stünde alternativ der in den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf angesprochenen Verschiebung der unspezifischen Diagnosen der bipolaren Störung aus der DxG843 in die HMG058 die Möglichkeit zur Verfügung, die Hierarchie geringfügig so zu modifizieren, dass sich HMG056 und HMG058 in einem Hierarchiestrang befinden:

HMG054 → HMG055 → HMG058 → HMG231 usw.

Die weiteren Bestandteile der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ blieben hiervon unberührt. Hierdurch würden für die oben beschriebene Konstellation der Dop-

pelzuweisungen ausgeschlossen werden und f stattdessen würde für die Fallkonstellation ausschließlich die Zuweisung für die HMG058 fällig.

## **Hierarchie 12: „Entwicklungsstörungen“**

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2012 angeregt, unter klinischen Gesichtspunkten und insbesondere zur Verbesserung der Kostenhomogenität zu prüfen, ob eine Zuordnung der Diagnosekodes F94.0 "Elektiver Mutismus" und F95.2 "Tourette-Syndrom" zu der DxG908 und infolge davon der HMG254 sinnvoll ist. Bei beiden spezifischen Entwicklungsstörungen handelt es sich um Störungen mit einer starken Tendenz zur Chronifizierung und Beeinträchtigung umfangreicher Aspekte der psychosozialen Entwicklung, die hinsichtlich des ätiopathogenischen Musters vergleichbar den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen erscheinen. Der daraus resultierende regelhaft erforderliche Bedarf an länger andauernden Behandlungen könnte auch unter der Perspektive der Kostenhomogenität eine Zuordnung dieser Diagnosekodes zur HMG254 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ rechtfertigen.

Darüber hinaus hatte die BPtK vorgeschlagen, die Diagnosekodes F91.0 - F92.9, F94.1 - F94.9 in einer eigenen DxG neu "Störungen des Sozialverhaltens" zusammenzufassen und anschließend die Einordnung dieser DxGruppe, ggf. als eigene HMG in der Hierarchie 12 erneut zu prüfen. Hintergrund dieses Vorschlags der BPtK war die Überlegung, dass die Störungen des Sozialverhaltens eine gut abgrenzbare Diagnosegruppe darstellen, die sich klinisch durch eine starke Tendenz zur Chronifizierung und eine nachhaltige Beeinträchtigung in den verschiedenen Entwicklungsbereichen kennzeichnen lassen. Dagegen zeichnen sich viele Diagnosen der Diagnosegruppe der "anderen Entwicklungsstörungen", worunter die Störungen des Sozialverhaltens in dem Ausgangsmodell subsummiert worden waren, überwiegend durch einen passageren und weniger beeinträchtigenden Verlauf aus. Durch die Auftrennung der DxG910 und Zuordnung der ICD-Kodes der Störungen des Sozialverhaltens zu einer eigenen Diagnosegruppe könnten die mit diesen Störungen assoziierten prospektiven Kosten zielgenauer abgebildet werden. Mit der Entnahme der Diagnosekodes der Störungen des Sozialverhaltens, so die Prognose der BPtK, sollte sich die Kostenintensität der im Ausgangsmodell vorgesehenen HMG910 "andere Entwicklungsstörungen" erheblich verringern, ggf. auch mit der Konsequenz, dass

diese bereinigte HMG910 auch von der HMG255 "Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom" dominiert werden könnte.

Der Wissenschaftliche Beirat hat diese beiden Vorschläge der BPtK ausführlich überprüft und dahingehend weiterentwickelt, dass die genannten Diagnosekodes F94.0 "Elektiver Mutismus" und F95.2 "Tourette-Syndrom" aufgrund der statistischen Kennwerte des Klassifikationsmodells zu der neuen DxG928 „Störungen des Sozialverhaltens“ zugeordnet wurden, welche in die neue gleichnamige HMG928 führt. Auch aus Sicht der BPtK sprechen die Ergebnisse der Modellüberprüfungen für die in dem Festlegungsentwurf vorgeschlagene Umgruppierung der Diagnosekodes und die Modifikation der Hierarchie 12. Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats und des BVA zur Hierarchie 12 in dem vorliegenden Festlegungsentwurf wird daher ausdrücklich begrüßt.

Darüber hinaus ist die Ablehnung der Vorschläge von TK et al. zur Umstrukturierung der Hierarchie 12 u. a. mit lediglich zwei resultierenden HMGs angesichts der deutlichen Verschlechterung der Gesamt-Modellgüte in der entsprechenden Modellüberprüfung folgerichtig. Gleiches gilt für den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes der Umgruppierung der DxG911 (Ticstörungen) aus der gleichnamigen HMG257 in die HMG255 (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom), die sowohl aus Gründen der fehlenden Kostenhomogenität als auch aus klinisch-medizinischen Gründen abgelehnt werden sollte.

## **Hierarchie 28: „Chronischer Schmerz“**

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2012 angeregt, auf eine Einordnung der HMG252 und HMG253 (Chronischer Schmerz mit und ohne Arzneimittel) in den Hierarchiestrang HMG060 - HMG230 - HMG231 zu verzichten, da sich die Ätiopathogenese chronischer Schmerzen vielfach deutlich von den Erkrankungen der anderen genannten Morbiditätsgruppen unterscheidet. Chronische Schmerzen sind daher als eigenständige Erkrankung zu konzipieren, welche bei entsprechender Differenzierung nach Schweregrad ggf. in einer eigenen Hierarchie abzubilden sind. Die BPtK begrüßt, dass dieser Vorschlag von BPtK, GKV-Spitzenverband und BARMER GEK vom Wissenschaftlichen Beirat aufgegriffen wurde.



Daneben hatte die BPtK in Frage gestellt, ob die Arzneimittelschweregraddifferenzierung bei der Erkrankung „Chronischer Schmerz“ tatsächlich zur Differenzierung unterschiedlich kostenintensiver Morbiditätsgruppen geeignet ist. In diesem Sinne hatte auch der AOK-Bundesverband eine Reihe von methodischen und klinischen Problemen der vorgeschlagenen Arzneimittelschweregraddifferenzierung dargelegt, u. a. das nur schwer eingrenzbares Spektrum von Arzneimittelklassen, die in der Therapie der verschiedenen chronischen Schmerzerkrankung Anwendung finden. Ferner legt der AOK-Bundesverband zu Recht dar, dass eine Arzneimittelbestätigung problematisch sei, da andere, teilweise invasive Verfahren, die vor allem bei sehr schweren Schmerzen zur Anwendung kommen, hierbei nicht berücksichtigt werden (u. a. invasive Behandlungsmethoden, wie die perineurale Implantation von Elektroden zur Neurostimulation, von periduralen intraspinalen Elektroden zur Neurostimulation bis hin zur Deep-Brain-Stimulation und Thalamusstimulation).

Der vom Wissenschaftlichen Beirat gewählte Weg einer erheblichen Erweiterung der berücksichtigten ATC-Kodes trägt nach unserer Auffassung diesen Bedenken weitgehend Rechnung und zeigt im Ergebnis durch die erweiterte Schweregraddifferenzierung eine deutlich verbesserte Modellgüte. Vor diesem Hintergrund stimmt die BPtK der vorgeschlagenen Modellanpassung durch die Erweiterung der Arzneimittelauswahl um die ATC-Kode-Gruppen der nichtsteroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (M01A), der Antiepileptika (N03AB, N03AF, N03AX) und der Antidepressiva (N06AA, N06AB, N06AX) zu, wenngleich einige schwerwiegende und kostenintensive Fälle mit ausschließlich invasiven Behandlungsmethoden hierdurch im Sinne der Kostenintensität nicht zutreffend zugeordnet werden können.

## **Änderung des Berechnungsverfahrens – Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden**

Vor dem Hintergrund des Evaluationsgutachtens des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2011, welches erhebliche Fehlzusweisungen durch die gesonderte Behandlung von Versicherten mit unvollständigen Versichertenzeiten darlegt, hat der Wissenschaftliche Beirat für das Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 vorgeschlagen, das Regressionsverfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren

umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag zu verwenden. Hierzu sollen für alle Versicherten ihre tatsächlichen Leistungsausgaben durch ihre Versichertentage dividiert werden. Somit wäre eine gesonderte Behandlung von Versicherten mit unvollständigen Versichertenzeiten nicht länger erforderlich. Die bisher resultierende deutliche Unterdeckung von Versicherten im hohen Lebensalter und der Überdeckungen bei jungen Versicherten würde damit vermieden.

Das BVA legt in seiner Bewertung des Vorschlags zutreffend dar, dass der bisherige Risikostrukturausgleich nicht in der Lage war, die auf dem Faktor Alter beruhenden Ausgabenunterschiede vollständig auszugleichen und somit das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Versichertenstruktur hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbidität zwischen den Krankenkassen auszugleichen, zu erreichen.

Die BPtK betrachtet es als wesentlich für die Akzeptanz des Verfahrens des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, dass die bislang bestehenden systematischen Verzerrungen zulasten von Krankenkassen mit einer älteren Mitgliederstruktur und die damit einhergehenden Anreize zur Risikoselektion beseitigt werden. Das vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagene Vorgehen, welches sich das BVA in dem Festlegungsentwurf zu Eigen gemacht hat, ist aus Sicht der BPtK sachgerecht und wird ausdrücklich befürwortet.