

## **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich**

**Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
29.08.2013**

## Vorbemerkung

Nach § 31 Absatz 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt 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 2014 bis zum 30. September 2013 festzulegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt das empirisch gestützte und transparente Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt, das auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2014 in bewährter Weise fortgeführt wurde. Der Festlegungsentwurf, die modellspezifischen Anlagen sowie die ausführlichen Erläuterungen zum Entscheidungsprozess des Wissenschaftlichen Beirats und des Bundesversicherungsamtes, 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 Bundesversicherungsamtes im Einzelnen nachvollzogen werden können.

Aus Sicht der BPTK ist es angesichts der umfassenden Überprüfungen und Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems in den vergangenen Jahren nachvollziehbar, dass sich der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt bei der diesjährigen Weiterentwicklung im Bereich der berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen auf die Prüfung des Vorschlags zur Umgruppierung der nicht näher bezeichneten manischen und bipolaren affektiven Störungen (DxG 843) beschränkt hat. Im Folgenden äußert sich die BPTK in ihrer Stellungnahme zum Festlegungsentwurf zu den Veränderungen bei der Hierarchie Nummer 11 „Psychische Erkrankungen“ und den Umgang mit unvollständigen Versichertenepisoden im Berechnungsverfahren.

## 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 Manipulationspotenzial weiterentwickelt und aktualisiert. Mit der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2014 sind darüber keine Diagnosegruppen aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen neu hinzugekommen. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass im aktuellen Festlegungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014 lediglich das Problem der potenziellen parallelen Gewährung von Zuschlägen für Depression und nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen adressiert wurde.

Die BPtK teilt die von Seiten der Techniker Krankenkasse (TK) und des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) vorgetragene Kritik, dass die bisherige Hierarchie Nummer 11 das Risiko beinhaltete, dass bei Vorliegen der ICD-Kodierungen aus der DxG 843 und ICD-Kodierungen aus den DxG 264 und 269 ungerechtfertigte doppelte Zuschläge erzielt werden. Ein gleichzeitiges Auftreten von sonstigen manischen oder bipolaren Störungen und unipolarer Depression ist klinisch nicht möglich und weist auf eine fehlerhafte oder veränderte Diagnosekodierung hin. Die TK hatte diesbezüglich vorgeschlagen, die DxG 843 in die HMG 058 zu verschieben. Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme für das Ausgleichsjahr 2013 diesbezüglich angeregt, alternativ zur diskutierten Verschiebung der unspezifischen Diagnosen der bipolaren Störung aus der DxG 843 in die HMG 058 bzw. der gesamten DxG 843 in die HMG 058 die Möglichkeit zu prüfen, die Hierarchie so zu modifizieren, dass sich auch HMG 056 und HMG 058 in einem Hierarchiestrang befinden.

Der AOK-BV vertrat hierzu im Vorschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2014 die Auffassung, dass die Differenzierung der HMG 056 „Wahn, Psychosen, nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ und HMG 058 „Depression“ grundsätzlich sachgerecht sei. Allerdings könnten neben Depressionen auch wahnhaftige Störungen auftreten, die einen gleichzeitig erfolgenden Zuschlag der DxG 265 (Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn) und DxG 267 (Reaktive und andere/nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose/akute vorübergehende psychotische

Störung) rechtfertigen, da die Depression durch die wahnhaften Psychosen relevant verschlimmert würde. Vor diesem Hintergrund plädiert der AOK-BV für eine Verschiebung der DxG 843 (Sonstige manische und bipolare affektive Störungen) in die HMG 058 und diese in „Depression und nicht näher bezeichnete manische und bipolare affektive Störungen“ umzubenennen. Dieser Auffassung schließt sich die BPtK unter klinischen Gesichtspunkten an. Allerdings sollte aus Sicht der BPtK bei der DxG 843 unter klinischen Gesichtspunkten auf eine Arzneimittelprüfung verzichtet werden, da die Leitlinienempfehlungen zur Behandlung bipolarer Störungen nicht auf die Patienten mit einer unspezifischen bipolaren Störung oder unspezifischen manischen Episode übertragen werden können. Die Unspezifität der Diagnosen dürfte in vielen Fällen auf eine unzureichende Diagnostik oder ein abweichendes Kodierverhalten in der hausärztlichen Versorgung zurückzuführen sein. Eine Arzneimittelprüfung eignet sich daher bei dieser Patientengruppe nach Einschätzung der BPtK weder zur Diagnosevalidierung noch zur Differenzierung des Schweregrads der Erkrankung.

Der Wissenschaftliche Beirat hat zu dieser Fragestellung insgesamt vier Modellvarianten miteinander verglichen, die das Risiko von unzulässigen Doppelzuweisungen ausräumen sollen. Dabei wurde das Ergebnis aus dem Anhörungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012 repliziert, dass jede der untersuchten Modellanpassungen mit einer gewissen Modellverschlechterung assoziiert ist. Die Modellverschlechterungen in den Modellvarianten 1 (DxG 843 führt in eine neue HMG 059 bei Verzicht auf eine Arzneimittelprüfung) und 4 (DxG 843 in HMG 058 bei Beibehaltung der Arzneimittelprüfung) sind dabei geringfügig und zugleich auch unter klinischen Gesichtspunkten die beiden sinnvollsten Modellvarianten, sodass die damit einhergehenden Modellverschlechterungen vertretbar sind. Dabei fällt die Modellverschlechterung für die Modellvariante 4 nur marginal geringer aus als die für die Variante 1. Daher spricht sich die BPtK aus klinischen Gründen dafür aus, die geringfügig stärkeren Modellverschlechterungen in Kauf zu nehmen und die Modellvariante 1 umzusetzen. Danach würde die DxG 843 bei Verzicht auf eine Arzneimittelprüfung in eine neue HMG 059 „unspezifische manische Episoden und unspezifische bipolare Störungen“ führen, welche sowohl von der HMG 058 (Depression) als auch von der HMG 056 (Wahn, Psychosen) dominiert wird.

## **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, hatte der Wissenschaftliche Beirat bereits 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 die Überdeckungen bei jungen Versicherten würden damit vermieden.

Der bisherige Risikostrukturausgleich war nicht in der Lage, 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, tatsächlich 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. Schon im vergangenen Jahr war es nicht nachvollziehbar, dass die empirisch gestützte, wissenschaftliche Weiterentwicklung des Berechnungsverfahrens, die zudem von zahlreichen Organisationen im Gesundheitswesen befürwortet wurde, von politischer Seite verhindert wurde.

Inzwischen hat das LSG Nordrhein-Westfalen am 4. Juli 2013 für das Ausgleichsjahr 2013 entschieden, dass das Berechnungsverfahren zum Umgang mit unvollständigen

Versichertenepisoden zu ändern sei. Da die Urteile noch nicht rechtskräftig sind, beharrt die Bundesregierung jedoch auf ihrer alten Position und weist das Bundesversicherungsamt an, an der bestehenden Regelung festzuhalten.

Diese Form der politischen Einflussnahme, die auch die rechtlich gebotene wissenschaftliche Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verhindert, ist aus Sicht der BPtK nicht nachvollziehbar. Die BPtK spricht sich daher ausdrücklich dafür aus, dass die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats umzusetzen, das Regressionsverfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren mit dem Ausgleichsjahr 2014 umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag zu verwenden sind.