

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2016

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 21. August 2015

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 2016 bis zum 30. September 2015 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 2016 in bewährter Weise fortgeführt wurde. Aufgrund der durchgeführten Aktualisierung der Krankheitsauswahl beinhaltet der diesjährige Entwurf der Modellüberarbeitung insbesondere Anpassungen der Versichertenklassifikation an das geänderte Morbiditätsspektrum.

Die BPTK hatte sich bereits in ihrer Stellungnahme zu dem Entwurf der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 kritisch zu dem resultierenden Ausschluss mehrerer bisher berücksichtigungsfähiger, kostenintensiver Erkrankungen geäußert, die aufgrund eines ausgeprägten Häufigkeitsgipfels der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter an dem Schwellenwertkriterium gescheitert sind. Die Änderungen des überarbeiteten Klassifikationsmodells im Bereich der psychischen Erkrankungen sind daher ganz überwiegend auf den Ausschluss dieser psychischen Krankheiten bei der Krankheitsauswahl zurückzuführen. Die Umsetzung der Folgeänderungen in dem überarbeiteten Klassifikationsmodell ist dabei nachvollziehbar.

Die Stellungnahme der BPTK beschränkt sich im Folgenden auf die vorgeschlagenen Anpassungen der Hierarchien 10 „Drogen- und Alkoholmissbrauch“, 11 „Psychische Erkrankungen“ und 16 „Entwicklungsstörungen“.

Hierarchie 10 „Drogen- und Alkoholmissbrauch“

Die vier neu hinzugekommenen ICD-Codes U69.33, U69.34, U69.35 und U69.36 sollen der DxG261 „Konsum von Heroin und sonstigen psychotropen Substanzen“ zugeordnet werden. Dies entspricht auch der Zuordnung der im Ausgangsmodell bereits berücksichtigten Zusatzkennzeichen U69.30, U69.31 und U69.32. Da es dem Wissenschaftlichen Beirat in dem aktuellen Überarbeitungszyklus nicht möglich war, eine vollständige Überprüfung einer alternativen Einsortierung der neuen Zusatzkennzeichen durchzuführen, ist es für die BPtK gut nachvollziehbar, dass diese aus medizinischen Gründen zunächst der DxG261 zugeordnet werden. Die BPtK würde es befürworten, wenn bei einer künftigen Überarbeitung des Klassifikationsmodells insgesamt die Möglichkeiten einer Schweregraddifferenzierung der Suchterkrankungen auf der Ebene der vierten Stelle der ICD-10 Codes aus dem Bereich F10-F19 untersucht und in diesem Zusammenhang auch alternative Einsortierungen der genannten Zusatzkennzeichen Gegenstand der Untersuchung werden. Angesichts des Anpassungsbedarfs des Klassifikationsmodells aufgrund der durch die Krankheitsauswahl bedingten Änderungen ist es der BPtK nachvollziehbar, dass diese Überprüfung in den aktuellen Anpassungszyklus aus zeitlichen Gründen nicht möglich war.

Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Durch den Wegfall der Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ bei der diesjährigen Krankheitsauswahl kommt es zu einem Wegfall bzw. Veränderung einiger DxGruppen und zu einer veränderten Zusammensetzung der HMG231 und HMG057, die eine Überprüfung der Auswirkungen auf die Kostenstruktur und der Notwendigkeit von Anpassungen erforderlich gemacht hat. Schon aus medizinischen Gründen würde sich die BPtK dafür aussprechen, die verbliebene Diagnose „Dysthymie“ (F34.1) nicht in eine DxG818 „sonstige depressiven Episoden“ zu verschieben. Die BPtK schließt sich in diesem Zusammenhang dem Argument der BARMER GEK an, dass die Dysthymie von den sonstigen depressiven Episoden hinsichtlich Schweregrad und insbesondere Dauer und Verlauf deutlich zu unterscheiden ist. Darüber hinaus weist der häufige Gebrauch der ICD-10 Codes F32.8, F32.9, F33.8 und F33.9 auf eine zum Teil unzureichende Diagnosequalität in der ambulanten Versorgung hin. Eine Separierung von diesen unspezifischen Diagnosecodes ist daher geboten. Die empirische Über-

prüfung einer Verschiebung der Diagnose F34.1 in die DxG818 und einer Zusammenlegung der HMG231 und HMG057 durch den Wissenschaftlichen Beirat hat ferner gezeigt, dass diese mit einer Verschlechterung des Modells bei allen Kennzahlen einhergehen und somit die Zielgenauigkeit abnehmen würde. Entsprechend befürwortet die BPtK, dass die DxG844 unter der Bezeichnung „Dysthymie“ erhalten bleibt und in die HMG231 mit derselben Bezeichnung führt. Bei der Anpassung der Bezeichnungen der DxG817 und DxG818 sowie der HMG057 sollte die fehlende Spezifität der hier zugeordneten Diagnosen weiterhin deutlich werden. Die BPtK schlägt daher vor, die DxG817 als „sonstige rezidivierende depressive Störungen“ und die DxG818 als „sonstige depressive Episoden“ zu bezeichnen. Die HMG057 könnte als übergreifende Bezeichnung mit „sonstige depressive Störungen“ betitelt werden. Die in dem Festlegungsentwurf vorgeschlagene Bezeichnung „Depressive Episoden und Störungen“ würde dagegen vom Wortsinn her gerade auch die spezifischen Diagnosen aus den DxG264 und DxG269 mit umfassen.

Damit der veränderten Krankheitsauswahl die Diagnose F43.1 künftig nicht mehr Bestandteil der DxG276 ist und sich diese DxGruppe auf die beiden ICD-10 Codes F62.0 und F62.1 beschränkt, wäre aus Sicht der BPtK zu prüfen, inwieweit diese beiden ICD-10-Codes nicht besser in die DxG268 zu den Persönlichkeitsstörungen verschoben werden sollten anstatt sie in der DxG276 zu belassen und diese DxGruppe in „andauernde Persönlichkeitsveränderungen“ umzubenennen. Alternativ wäre zu prüfen, inwieweit die DxG276 weiterhin in die HMG060 führen oder im Sinne der Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells besser der HMG230 zugeordnet werden sollte. Eine Umbenennung der HMG060 in „Anorexia nervosa/Bulimie“ wäre in beiden Fällen erforderlich.

Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“

Durch die Krankheitsauswahl entfällt in der Hierarchie 12 „Entwicklungsstörungen“ die Krankheit 93 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“. Somit entfallen in der Hierarchie 12 HMG291 „Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion“, HMG255 „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom“ und HMG257 „Tic- und andere Entwicklungsstörungen“ vollständig. Da die einzig verbleibende HMG254 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ von der veränderten Krankheitsauswahl nicht

tangiert ist, sind auch nach Einschätzung der BPTK in der Hierarchie 12 neben dem Wegfall von HMG291, HMG255 und HMG257 keine weiteren Anpassungen erforderlich.