

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich

**Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen,
Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und
Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 2. September 2011**

Vorbemerkung

Nach § 31 Abs. 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 2012 bis zum 30. September 2011 festzulegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt das empirisch gestützte Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt, das auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2012 in bewährter Weise fortgeführt wurde. Die Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren – einschließlich der darin enthaltenen detaillierten Darstellung der durchgeführten Überprüfungen vor dem Hintergrund der Anregungen aus den eingegangenen Stellungnahmen – gewährleisteten dabei ein hohes Maß an Transparenz. Dies ermöglicht es, dass die Empfehlungen des Beirats im Einzelnen nachvollzogen werden können und der konstruktive Diskurs zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems fortgesetzt werden kann.

Aus Sicht der BPTK ist es erfreulich, dass im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems gerade auch im Bereich der berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen eine Reihe von Vorschlägen, unter anderem der BPTK, in einem mehrstufigen Verfahren einer empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Die daraus resultierenden Veränderungen der Zuordnungen und der Hierarchie des vorliegenden Entwurfs im Bereich der psychischen Erkrankungen stellen einen wichtigen Fortschritt bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems dar und werden von der BPTK befürwortet. Hinsichtlich der Hierarchiestränge schlägt die BPTK unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten und zur Vermeidung von negativen Kodieranreizen lediglich kleinere Modifikationen vor, die in ihren Auswirkungen ggf. noch einmal empirisch überprüft werden sollten.

Neugestaltung der Hierarchie 11: Psychische Erkrankungen

Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme vom 1. April 2011 angeregt, die bisherige Hierarchie der Morbiditätsgruppen der psychischen Erkrankungen in zwei Hierarchiestränge umzubauen. Der Vorschlag der BPTK sah konkret vor, einen Hierarchiestrang für die Morbiditätsgruppen der psychotischen Erkrankungen (HMG 054, 055 und 056) und einen separaten Hierarchiestrang mit den weiteren psychischen Erkrankungen in den HMG 057, 058 und 060 vorzusehen. In diesem Zusammenhang hatte die BPTK weiterhin angeregt, die Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen (DxG 268) aus medizinischen Gründen statt in der HMG 056 in eine eigene Morbiditätsgruppe zu gruppieren, da kein vorrangiger Zusammenhang zwischen den wahnhaften Störungen sowie den reaktiven und vorübergehenden psychotischen Störungen einerseits und den Persönlichkeitsstörungen andererseits besteht und diese Erkrankungen in der Regel einen voneinander unabhängigen Behandlungsbedarf auslösen.

Diese Anregungen der BPTK hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in seiner jüngsten Überarbeitung aufgegriffen. Die Überprüfung des vorgeschlagenen Modells mit zwei Hierarchiesträngen zeigte, dass mit der vorgeschlagenen Weiterentwicklung der Hierarchie eine größere Zielgenauigkeit erreicht wird. Im Verlauf der empirischen gestützten Weiterentwicklung und Neugestaltung der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ hat der Beirat auch den Vorschlag aufgegriffen, die Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen aus der HMG 056 herauszunehmen und in eine andere Morbiditätsgruppe umzugruppieren.

Die BPTK begrüßt, dass der Beirat den Vorschlag der BPTK eines Hierarchiemodells mit zwei Strängen über die Überprüfung hinaus zu einem Hierarchiemodell mit drei Hierarchiesträngen weiterentwickelt hat. So konnte medizinischen Erwägungen noch stärker Rechnung getragen werden und im Zuge der empirischen Überprüfung eine weitere Verbesserung des Modells erreicht werden.

Wir befürworten in diesem Zusammenhang, dass die HMG 055 unter der Erwägung der Verringerung von Fehlverteilungen der Zuweisungen im Strang der psychotischen Erkrankungen verblieben ist und nicht in die Hierarchie der affektiven Störungen eingegliedert wurde. Aus unserer Sicht könnte es jedoch sinnvoll sein, zusätzlich

eine einfache Dominanzbeziehung zwischen der HMG 055 und der HMG 058 zu ergänzen, um zu verhindern, dass Versicherte zwei Zuschläge sowohl für die HMG 055 als auch für die HMG 058 erhalten. Dies wäre auch deshalb sachgerecht, weil die neue Zusammensetzung der HMG 058 lediglich die Diagnosegruppen der unipolaren Depression (DxG 264 und 269) einschließt und die ehemals zugeordneten DxG 276, DxG 281 und DxG 285 in dem aktuellen Entwurf in die HMG 060 und 230 umgruppiert worden sind. Nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10 ist eine unipolare depressive Episode als bipolare affektive Störung entsprechenden Schweregrades zu diagnostizieren (F31.3, F31.4 bzw. F31.5), wenn sich in der Anamnese des Versicherten wenigstens eine hypomanische, manische oder gemischt affektive Episode findet. Insofern sollte über die Definition einer gesonderten Dominanzbeziehung HMG 055 → HMG 058 ausgeschlossen werden, dass ein Versicherter den Zuschlag für beide HMG erhält, da diese in der Regel auf teilweise fehlerhafte Kodierungen derselben Erkrankung zurückzuführen wären.

Zugleich möchten wir anregen, dass die neue HMG 231 lediglich durch die HMG 058 dominiert wird. Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate zwischen den in der HMG 230 zusammengefassten spezifischen Angststörungen (Panikstörung und näher bezeichnete Phobien) und den unipolaren Depressionen (DxG 264 und 269) ist es gerechtfertigt, diese Morbiditätsgruppe in einen Hierarchiestrang mit der Morbiditätsgruppe der unipolaren Depression (HMG 058) zu integrieren. Die Dominanzbeziehung zwischen der HMG 230 und der HMG 231 sollte jedoch aus medizinischen Erwägungen aufgehoben werden. Gleiches gilt im Prinzip für die Dominanzbeziehung zwischen der HMG 056 und der HMG 231, wobei einschränkend anzumerken ist, dass eine solche Aufhebung der Dominanzbeziehung wegen der Zuordnung der DxG 844 „sonstige anhaltende affektive Störungen“ zur HMG 231 wegen einer relevanten Korrelation zwischen DxG 263 „näher bezeichnete bipolare affektive Störung“ und DxG 843 „sonstige manische und bipolare affektive Störungen“ einerseits und DxG 844 „sonstige anhaltende affektive Störungen“ andererseits problematisch sein könnte. Falls das in der verbleibenden Zeit möglich ist, möchten wir anregen, diesen Aspekt noch einmal empirisch zu überprüfen.

Die vorgeschlagenen Dominanzbeziehungen der drei Hierarchiestränge zur HMG 057 erscheinen dagegen sachgerecht, da dieser Morbiditätsgruppe die Diagnose-

codes der unspezifischen depressiven Störungen und der unspezifischen Angststörungen zugeordnet wurden und andernfalls negative Kodieranreize gesetzt würden.

Darüber hinaus befürwortet die BPtK die vorgenommene Umgruppierung der Posttraumatischen Belastungsstörungen (DxG 276) in die HMG 060 unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität und der dadurch erzielten Modellverbesserung, wenn gleich unter medizinisch-klinischer Perspektive zwischen diesen Diagnosegruppen kein vorrangiger Zusammenhang besteht. Gleiches gilt für die Zusammensetzung der neuen HMG 230 „Persönlichkeitsstörungen- und Verhaltensstörungen, sonstige Essstörungen“, die unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität und der Konstruktion des dritten Hierarchiestrangs nachvollzogen werden kann, auch wenn die dadurch zusammengefassten Erkrankungen unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten durchaus heterogen sind. Der mit den Umgruppierungen erzielten Verbesserung des Modells sollte hier Priorität eingeräumt werden.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme vom 2. April 2011 vorgeschlagen, die Auslagerung der unspezifischen Diagnosecodes der DxG 263 und 273 in jeweils eigene Diagnosegruppen zu überprüfen. Darüber hinaus hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Umgruppierung der Dysthymie (F34.1) und der leichten depressiven Episode (F32.0) aus der DxG 264 bzw. DxG 269 in die DxG 818 vorgeschlagen, um darüber eine bessere Abgrenzung der Versicherten mit schweren Verlaufsformen und damit kostenintensiveren Fällen zu erreichen.

Die BPtK begrüßt, dass der Wissenschaftliche Beirat diese Vorschläge so umfassend überprüft hat, und stimmt den daraus resultierenden Umgruppierungen bestimmter ICD-Codes zu anderen DxGruppen zu.

Dies betrifft zum einen die Umgruppierung der ICD-Codes F34.1, F34.8, F34.9 und F41.2 in die neue gebildete DxG 844 (Sonstige anhaltende affektive Störungen) unter Verzicht auf eine Arzneimittelprüfung und deren Zuordnung zur HMG 231. Zum anderen betrifft dies die Umgestaltung der DxG 273 und DxG 818 und die Zuordnung

der modifizierten DxGruppen 270 und 273 zur HMG 231 in der Weise, dass diese Morbiditätsgruppe mit der Panikstörung, der Agoraphobie, der sozialen Phobie und der spezifischen Phobie mit Ausnahme der Generalisierten Angststörung die wesentlichen näher bezeichneten Angststörungen umfasst und so zu einer weiteren Verbesserung des Modells führt. Der Verbleib der DxG 271 (Generalisierte Angststörung) in der HMG 057 mit den DxGruppen der überwiegend unspezifischen Angststörungen und unspezifischen depressiven Störungen ist, vor dem Hintergrund einer sonst resultierenden Verschlechterung der Modellanpassung, nachvollziehbar und im Sinne der angestrebten Kostenhomogenität der Morbiditätsgruppen geboten.