

# **Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich**

**Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2015**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
29.08.2014**

## 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 2015 bis zum 30. September 2014 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 2015 in bewährter Weise fortgeführt wurde. Der Festlegungsentwurf, die Anlagen sowie die ausführlichen Erläuterungen zum Entscheidungsprozess des Wissenschaftlichen Beirats und des Bundesversicherungsamtes, gewährleisten ein hohes Maß an Transparenz.

Aus Sicht der BPTK ist es angesichts der umfassenden Überprüfungen und Weiterentwicklungen des Klassifikationssystems im Bereich der psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren nachvollziehbar, dass in dem diesjährigen Weiterentwicklungszyklus hierzu keine spezifischen Änderungen vorgeschlagen werden.

Die Stellungnahme der BPTK beschränkt sich daher auf die vorgeschlagene Anpassung der Aufgreifkriterien und der Änderung des Berechnungsverfahrens.

## **Anpassung der Aufgreifkriterien**

Bei der Anforderung für das M2Q-Kriterium, dass Diagnosen aus mindestens zwei Quartalen vorliegen, sollen künftig auch stationäre Hauptdiagnosen und nicht nur stationäre Nebendiagnosen berücksichtigt werden. Die bisherige Beschränkung der im M2Q-Kriterium berücksichtigten Diagnosen auf Diagnosen der ambulanten Versorgung oder stationäre Nebendiagnosen konnte dazu führen, dass ggf. nur die im Verhältnis zu den stationären Hauptdiagnosen abgewerteten stationären Nebendiagnosen und nicht die stationären Hauptdiagnosen eine derselben Krankheit zugeordnete ambulante Diagnose mit einem höheren Zuschlag aus dem gleichen Hierarchiestrang oder aus einem anderen Hierarchiestrang validieren können. Wenngleich sich die vorgeschlagene Streichung der Beschränkung der im M2Q-Kriterium berücksichtigten Diagnosen auf Diagnosen der ambulanten Versorgung oder stationäre Nebendiagnosen in Punkt 1.3.2.3 der Festlegung nur bei einer geringen Zahl von Versicherten auswirkt, ist die vorgeschlagene Änderung sachgerecht und geht ausweislich der dargestellten Untersuchung sogar mit einer geringfügigen Verbesserung der Prognosequalität des Modells einher. Gleiches gilt für die vorgeschlagene Anpassung bei der Regelung zur Absenkung der geforderten Behandlungstage für alle DxGs mit Arzneimittelzuordnung bei Vorliegen mindestens einer stationären Diagnose. Auch die Anpassung in Punkt 1.3.2.4.2 und die Streichung in Punkt 1.3.2.2 der Festlegung wird daher von der BPTK befürwortet.

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

Das Evaluationsgutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2011 konnte bereits erhebliche Fehlzuweisungen durch die gesonderte Behandlung von Versicherten mit unvollständigen Versichertenzeiten nachweisen. Aus dem bisherigen Verfahren resultierten insbesondere eine deutliche Unterdeckung der Kosten von Versicherten im hohen Lebensalter und Überdeckungen bei jungen Versicherten. Entsprechend hatte der Wissenschaftliche Beirat bereits in dem Festlegungsentwurf vom 27. Juli 2012 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 sollten für alle Versicherten ihre tatsächlichen Leistungsausgaben durch ihre Versichertentage dividiert werden.

Nachdem die bisherige Vorgehensweise, Ausgaben Verstorbener mit unvollständigen Versichertenepisoden nicht zu annualisieren, vom Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 als rechtswidrig bewertet wurde und die Entscheidungen des LSG NRW unlängst rechtskräftig geworden sind, hat das Bundesversicherungsamt bereits entsprechend korrigierte Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 und 2014 beschlossen.

Entsprechend ist es folgerichtig, dass das Bundesversicherungsamt auch für das Ausgleichsjahr 2015 der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats folgt, bei der Berechnung der Gewichtungsfaktoren die Leistungsausgaben je Versichertentag zugrunde zu legen. Die BPTK begrüßt diese Entscheidung.