

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten für das
Ausgleichsjahr 2016**

Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 30.01.2015

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
27.02.2015**

Vorbemerkung

Nach § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 festzulegen. Der vorliegende Festlegungsentwurf dokumentiert zusammen mit den Erläuterungen sowie den zugehörigen detaillierten Anhängen in transparenter Weise die vorgesehenen Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung, die Berechnungsmethodik, die Berechnungsergebnisse und die daraus resultierenden Änderungen bei der Krankheitsauswahl. Die Darstellung der Berechnungsgrundlagen und die vollständige Darstellung der Zuordnung der ICD-10-Codes zu den 362 Krankheiten schaffen die erforderliche Transparenz für das Stellungnahmeverfahren zu dem vorliegenden Festlegungsentwurf.

Anpassungen an den ICD-10-GM 2015

Die in dem Festlegungsentwurf vorgenommene Zuordnung der mit der ICD-10-GM 2015 neu eingeführten Diagnosecodes zu den Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016 ist nachvollziehbar und unter fachlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden. Insbesondere stimmt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPK) der vorgenommenen Zuordnung der ICD-10-Codes U69.33, U69.34, U69.35 und U69.36 zur Krankheit Nr. 77 „Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch“ ausdrücklich zu.

Überprüfung und Anpassung des Berechnungsverfahrens und der Aufgreifkriterien – a) Prävalenzgewichtung über die Wurzelfunktion

Bei der in der ersten Festlegung zur Krankheitsauswahl vorgenommenen Verwendung der Wurzelfunktion zur Prävalenzgewichtung bei der Ermittlung des Auswahlkriteriums „Kostenintensiv“ handelte es sich um eine normative Setzung, die helfen sollte, dass bei der Krankheitsauswahl sowohl epidemiologisch besonders häufige chronische Erkrankungen mit relevanter Kostenintensität, aber auch seltenere Erkrankungen mit besonders hoher Kostenintensität Berücksichtigung finden können.

Die vom Wissenschaftlichen Beirat für die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 vorgenommene Analyse der Effekte unterschiedlicher Prävalenzgewichtungen

zeigen deutlich, dass das bisherige Modell mit der wurzelgewichteten Prävalenz das beste R^2 aufweist. Auch hinsichtlich der anderen Kennzahlen für die Modellgüte lassen sich keine wesentlichen Anhaltspunkte ableiten, die für eine Veränderung der Prävalenzgewichtung sprechen würden. Die BPTK befürwortet daher die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, an der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten festzuhalten.

d) Kostenintensität: Berechnung der prospektiven Kosten der Krankheiten und Auswirkung auf die Prävalenzgewichtung

Grundsätzlich stimmt die BPTK unter methodischen Gesichtspunkten dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zu, ein analoges Vorgehen zwischen dem Auswahlverfahren der Krankheiten und der Berechnung der Gewichtungsfaktoren wiederherzustellen. Aus Sicht der BPTK ist es daher folgerichtig, dass der Wissenschaftliche Beirat eine entsprechende Anpassung des Umgangs mit den Ausgaben verstorbener Versicherter mit unvollständigen Versichertenepisoden auch für das Verfahren der Krankheitsauswahl vorgenommen und für das Ausgleichsjahr 2016 ebenfalls auf eine Berechnung von Leistungsausgaben je Versichertentag umgestellt hat. Entsprechend ergibt sich für die Prävalenzgewichtung, dass anstelle der Zahl der Versicherten nunmehr die Versichertenzeiten, berechnet in Versichertenjahren, angesetzt werden.

e) Schwellenwertkriterium: Verzicht auf Annualisierung der Leistungsausgaben

Die BPTK teilt die Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats, dass das in § 31 Absatz 1 Satz 3 RSAV für die Auswahl der Krankheiten formulierte Schwellenkriterium, dass „insbesondere Krankheiten (...), bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden“ sollen, keine Annualisierung der Leistungsausgaben bei der Berechnung des Schwellenwerts impliziert bzw. erforderlich macht. Eine solche Annualisierung des Schwellenwertes würde die bereits bestehende Problematik, dass kostenintensive Erkrankungen, die vornehmlich in einem jüngeren Lebensalter auftreten, als nicht berücksichtigungsfähig eingestuft werden, weil sie an dem Schwellenwertkriterium scheitern, nur noch weiter verschärfen.

Doch auch ohne Annualisierung der Leistungsausgaben bei der Berechnung des Schwellenwertes kommt es bei der diesjährigen Krankheitsauswahl zu dem bekannten Problem, dass die strikte Anwendung der Schwellenwertprüfung, ohne Altersadjustierung, bei bestimmten Krankheiten, die im Schwerpunkt in einem jüngeren Lebensalter auftreten, trotz nachweislicher Kostenintensität zu deren Ausschluss führt. Zu nennen sind hier insbesondere die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (Nr. 93) und die Entwicklungsstörungen (Nr. 91), die trotz erheblicher Kostenintensität (Perzentil der prävalenzgewichteten erwarteten Mehrkosten von 83,24% bzw. 85,25%) an dem einheitlich berechneten Schwellenwert scheitern.

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hatte in dem Wissen um diese Problematik bereits bei der erstmaligen Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Jahr 2008 die gesetzlichen Vorgaben so operationalisiert, dass er zunächst die kostenintensiven chronischen Krankheiten über deren altersadjustierte relative Kosten definiert und diese erst in einem zweiten Schritt anhand des Schwellenwertkriteriums überprüft hat.

In seinem Gutachten vom Dezember 2007 hat er dabei zu Recht das Schwellenwertkriterium problematisiert:

„Dadurch werden Krankheiten, die einen Häufigkeitsgipfel in einem nach Alter abgegrenzten Lebensabschnitt aufweisen, beispielsweise im Kindesalter, systematisch unterbewertet. Denn die Leistungsausgaben solcher Krankheiten fallen im Spektrum aller Krankheiten betrachtet vielfach selbst dann nicht als überdurchschnittlich auf, wenn für sie im Vergleich mit anderen in der gleichen Altersgruppe häufigen Krankheiten hohe individuelle Fallkosten dokumentiert sind“ (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, S. 63).

Der Verordnungsgeber hat zwar das Schwellenwertkriterium in § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV ausdrücklich formuliert. Dies sollte jedoch nicht als Ausschlusskriterium verstanden werden. Bei dem Schwellenwertkriterium kann es sich entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nur um ein Regelkriterium handeln, durch das sichergestellt wird, dass der Risikostrukturausgleich insgesamt ganz überwiegend Krankheiten berücksichtigt, die auch in Bezug auf die Gesamtkosten der Versicherten relevant sind. Darauf lässt im Übrigen auch die Formulierung „insbesondere“ schließen, die auch der Verordnungsgeber in § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV übernommen hat.

Dies ist insbesondere bei den Krankheiten mit einem schwerwiegenden Verlauf und bei kostenintensiven chronischen Krankheiten geboten, die ganz überwiegend bei Patientengruppen auftreten, die ansonsten ein deutlich geringeres Risiko für andere komorbide, kostenintensive Krankheiten haben. Dies trifft speziell auf Krankheiten zu, die einen ausgeprägten Häufigkeitsgipfel in einem jüngeren Lebensalter haben, wie dies im Gegensatz zu den meisten somatischen Erkrankungen gerade bei psychischen Erkrankungen der Fall ist.

Die fehlende Altersadjustierung bei der Berechnung des Schwellenwerts bzw. die strikte Anwendung des Schwellenwertkriteriums kann somit zu einer Diskriminierung von Versicherten im jüngeren Lebensalter führen, die durch diese Einseitigkeit des Krankheitsauswahlprozesses für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem „schlechten Risiko“ werden können. Die BPTK spricht sich daher weiterhin dafür aus, eine entsprechende Anpassung des Krankheitsauswahlprozesses vorzunehmen.

f) Berücksichtigung von Nebendiagnosen beim Aufgreifen der Krankheiten

Die BPTK befürwortet grundsätzlich, dass die bereits beschlossenen Änderungen hinsichtlich der Stellung der stationären Nebendiagnosen und der Berücksichtigung aller Diagnosen im Rahmen des M2Q-Kriteriums nun auch auf die Auswertungen zur Kostenintensität und zum Schwellenwert zu übertragen sind. Wie oben ausgeführt, wird jedoch die strikte Anwendung dieses neu kalkulierten Schwellenwertkriteriums bei Krankheiten mit einem ausgeprägten Häufigkeitsgipfel im jüngeren Lebensalter abgelehnt.