

Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2017

Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 16.12.2015

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 22.01.2016

I. Hintergrund

Gemäß § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) bis zum 30. September eines Jahres die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten für folgendes Ausgleichsjahr festzulegen.

Die ausgewählten Krankheiten dienen als „Filter“ (§ 31 Absatz 1 Satz 2 RSAV) für ein Versichertenklassifikationsmodell, das eingesetzt wird, um Versicherte auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen in Risikogruppen einzuteilen (§ 29 Satz 1 Nummer 1 RSAV).

Bei der Auswahl der Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen, berücksichtigt werden (§ 31 Absatz 1 Satz 3 RSAV).

Dem Wissenschaftlichen Beirat kommt die Aufgabe zu, zur Weiterentwicklung des RSA in regelmäßigen Abständen die Auswahl der Krankheiten zu überprüfen. Entsprechend dem etablierten Zwei-Jahres-Turnus hat der Wissenschaftliche Beirat auf der Grundlage der bisherigen Methodik die geforderte Überprüfung vorgenommen und seine Empfehlungen für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 unterbreitet.

II. Rechtliche Grundlagen und Verfahren

Der Wissenschaftliche Beirat hat für die Anpassung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017 auf das etablierte Auswahlverfahren vor dem Hintergrund einer weitgehend stabilen Systematik der Krankheitsabgrenzungen zurückgegriffen. Entsprechend beschränken sich die Änderungsvorschläge zum einem auf die durch die Einbeziehung des ICD-10 GM 2016 bedingten technischen Anpassungen, zum anderen auf einen Austausch einiger weniger Krankheiten um die Perzentilgrenze der Auswertung zur Kostenintensität.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) befürwortet grundsätzlich, dass die Krankheitsauswahl nach den gleichen Grundsätzen einer empirischen Fundierung erfolgt, die bereits in den vergangenen Jahren angewandt worden sind.

Dennoch möchten wir, auch unter Verweis auf unseren Stellungnahme vom 31. März 2010 und 20. Januar 2014, erneut auf die Problematik der strikten Anwendung des Schwellenkriteriums, mit einem Schwellenwert von 3.651,16 Euro für die Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2017, hinweisen. Die Anwendung des Schwellenkriteriums führt auch für das Ausgleichsjahr 2017 zu einer Nicht-Berücksichtigung von zwei kostenintensiven Krankheiten, „Entwicklungsstörungen“ und „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, die einen Häufigkeitsgipfel in einem jüngeren Lebensabschnitt aufweisen und wegen einer geringeren Multimorbidität der betroffenen Versicherten systematisch unterbewertet werden. Die Leistungsausgaben dieser Krankheiten fallen – im Spektrum aller Krankheiten betrachtet – bei der Schwellenwertprüfung nicht als überdurchschnittlich auf, obwohl für sie im Vergleich zu anderen, in der gleichen Altersgruppe häufigen Krankheiten hohe individuelle Fallkosten dokumentiert sind und ihre besondere Kostenintensität unstrittig ist.

III. Anpassungen an den ICD-10-GM 2016

Gegenüber der ICD-10-GM 2015 weist die ICD-10-GM 2016 insgesamt 73 neue Einträge auf. Da die neuen Codes der ICD-10-GM 2016 nicht den Bereich der psychischen Erkrankungen tangieren, enthält sich die BPtK einer fachlichen Bewertung. Gegen die geänderten Bezeichnungen von insgesamt 202 ICD-Kodes bestehen keine Bedenken.

IV. Änderungen der Krankheitsabgrenzungen

Im Folgenden beschränken sich die Einschätzungen der BPtK zu den vorgeschlagenen Änderungen der Krankheitsabgrenzungen auf den Bereich der psychischen Erkrankungen.

Unter h) Krankheit 074 „Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)“ und Krankheit 076 „Nicht-psychotisch organische Störung“ wird der Vorschlag des IKK e.V. aufgegriffen, die ICD-Kodes F04, F06.5 „Organische dissoziative Störung“, F06.6 „Organische emotional labile Störung“, F06.8 „Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit“ und F06.9 „Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit“ aus der Krankheit 074, also der Demenz, einschließlich Alzheimer Demenz und vaskulärer Demenz, herauszulösen und in die Krankheit der „nicht-psychotischen organischen Störung (Krankheit 076) einzuordnen. Die BPTK stimmt der Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats zu, dass diese ICD-10Kodes sich nicht bzw. nicht eindeutig auf dementielle Erkrankungen beziehen und daher in die Krankheit 064 verschoben werden sollten.

Darüber hinaus hat sich der Wissenschaftliche Beirat auf Anregung der BARMER GEK mit der Krankheitsabgrenzung bzw. der vorgeschlagenen Zusammenlegung der Krankheiten 082 „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ und „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“ befasst. Die BARMER GEK hatte hierzu insbesondere angeführt, dass die unterschiedliche Dauer des Behandlungsbedarfs bzw. die unterschiedliche Dauer der Beeinträchtigung wesentliche differenzierende Merkmale für die Krankheitsabgrenzung gewesen seien. Für die akuten schwerwiegenden Belastungsreaktion und sonstigen Anpassungsstörungen sei nun aber eine relativ hohe Chronizität der Krankheit mit einem Anteil von 42 Prozent der Fälle, die das Merkmal „chronisch“ im Sinne der Systematik der Krankheitsauswahl erfüllen. Daher sei zu vermuten, dass die vorgenommene Trennung im Kern nur Kodiervarianten widerspiegelt und keinen unterschiedlichen zeitlichen Bezug abbildet. Entsprechend wurde für eine Zusammenlegung der Krankheiten plädiert.

In der Tat gibt es in der Subgruppe der Anpassungsstörungen eine relevante Gruppe von Patienten von längeren Krankheitsverläufen, bei denen erwartungsgemäß auch das Merkmal „chronisch“ erfüllt wird. Hierbei handelt es sich jedoch insbesondere um die „Längere depressive Reaktion“ (F43.21), wobei die Kriterien für eine depressive Episode oder eine Dysthymie gerade nicht erfüllt werden. Vor diesem Hintergrund ist

auch eine Abgrenzung dieser Diagnose gegenüber der Krankheit „Depression“ weiterhin sinnvoll. Darüber hinaus gilt, wie in den Erläuterungen zum Entwurf der Krankheitsauswahl treffend dargestellt, dass bei den Anpassungsstörungen ein weniger spezifisches klinisch-psychopathologische Symptomatik zu beobachten ist und die psychotherapeutischen Behandlungsansätze sich im Vergleich zu denen bei Angst- und Zwangsstörungen, einschließlich der posttraumatischen Belastungsstörung stärker unterscheiden. Die BPtK begrüßt daher die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, die Krankheitsabgrenzung an dieser Stelle nicht zu verändern.

Ferner hat der IKK e.V. eine Verschiebung der ICD F80.-Kodes „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ aus der Krankheit 091 in die Krankheit 093 vorgeschlagen. Auch hier folgt die BPtK der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats, diese Diagnose in der Krankheit der Entwicklungsstörungen zu belassen, da es sich bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache um Entwicklungsstörung bestimmter Funktionen des Sprechens und der Sprachverarbeitung handelt, die auch hinsichtlich der Behandlungsansätze besser vergleichbar sind z. B. mit den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD F81.-Kodes) und nicht vorrangig den Verhaltens- und emotionale Störungen zuzuordnen sind.