

# **Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010**

**Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 16. Juli 2009**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
14.08.2009**

## Vorbemerkung

Nach § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt unter anderem die zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 bis zum 30. September 2009 festzulegen. Die BPTK befürwortet die Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats, auf eine Überarbeitung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2010 zu verzichten und stattdessen prioritär das Klassifikationsmodell anzupassen und weiterzuentwickeln. Dies erscheint vor dem Hintergrund der späten Berufung des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt und dessen zahlreichen Aufgaben im Zusammenhang mit den zum 30. September 2009 nach § 31 Abs. 4 RSAV zu treffenden Festlegungen zum Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2010 sinnvoll. Der entsprechende, inzwischen ebenfalls vorliegende Entwurf zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsmodell und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt dokumentiert auf transparente Weise die verschiedenen Analyseschritte, Schlussfolgerungen und Prioritätensetzungen des Wissenschaftlichen Beirats bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells.

Es wäre nach unserer Einschätzung jedoch angemessener gewesen, vor dem Hintergrund der beschriebenen Rahmenbedingungen für das Ausgleichsjahr 2010 auf eine Überarbeitung der Krankheitsauswahl zum derzeitigen Zeitpunkt vollständig zu verzichten. Die isolierte Schwellenwertprüfung sollte aus unserer Sicht nicht als alleinige Entscheidungsgrundlage im Sinne eines gesetzlich nicht vorgesehenen Ausschlusskriteriums dienen. Darüber hinaus sollten vor einer Entscheidung zur Krankheitsauswahl anhand der Schwellenwertprüfung beispielsweise Fragen der Krankheitsabgrenzung detaillierter untersucht werden.

## Krankheitsauswahl und Schwellenwertprüfung

§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V präzisiert die Anforderungen an das Klassifikationsmodell für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ab 2009 dahingehend, dass hierfür Versichertengruppen nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden sind, die unter anderem...

*50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zu Grunde legen.*

In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass damit klargestellt werde, dass

*der Bestimmung der Morbiditätsgruppen eine begrenzte Zahl von 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zu Grunde zu legen ist, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen.*

Der Gesetzestext selbst lässt hingegen keinen Rückschluss darauf zu, dass sich die Auswahl auf die Krankheiten zu beschränken hat, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der von einer Krankheit betroffenen Versicherten den Schwellenwert des 1,5-fachen der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten überschreiten. Der Gesetzgeber hat zu Recht darauf verzichtet, das sog. Schwellenwertkriterium als Ausschlusskriterium vorzusehen. Der Risikostrukturausgleich soll nämlich ein morbiditätsorientierter sein. Wäre das Schwellenwertkriterium ein Ausschlusskriterium, so würde dies dazu führen, dass der Risikostrukturausgleich nicht mehr wie vom Gesetz vorgesehen für kostenintensive Krankheiten erfolgt, sondern für kostenintensive Versicherte. Die Nichtberücksichtigung des Schwellenwertkriteriums im Gesetzestext und die Gesetzesbegründung lassen daher darauf schließen, dass der Gesetzgeber dabei den Regelfall vor Augen hatte und davon ausging, dass bei zu berücksichtigenden Krankheiten regelmäßig die durchschnittlichen Kosten der Versicherten mit einer bestimmten Krankheit die Durchschnittskosten aller GKV-Versicherten um mehr als das 1,5-fache überschreiten, zugleich aber auch Ausnahmen davon denkbar sind. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat daher 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.

Er hat dabei in seinem Gutachten vom Dezember 2007 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 Ordnungsgeber hat nun das Schwellenwertkriterium im Text ausdrücklich vorgesehen und in § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV formuliert:

*Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten 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 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden.*

Dies kann jedoch nicht als Ausschlusskriterium verstanden werden. Denn der Ordnungsgeber ist nicht ermächtigt, die im Gesetz vorgesehenen Kriterien für die zu berücksichtigenden Krankheiten zu verändern. Die Gegenstände der Ermächtigung sind in § 266 Abs. 7 SGB V abschließend aufgeführt. Die (nähere) Definition der zu berücksichtigenden Krankheiten gehört nicht dazu. Bei dem Schwellenwertkriterium kann es sich daher 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.

Dies ist nicht zuletzt auch deshalb angezeigt, weil es den Sonderfall geben kann, bei dem Krankheiten mit einem schwerwiegenden Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten ganz überwiegend bei Patientengruppen auftreten, die ansonsten ein deutlich geringeres Risiko für andere komorbide, kostenintensive Krankheiten haben. Dies ist insbesondere bei Krankheiten der Fall, die einen Häufigkeitsgipfel in einem jüngeren Lebensalter haben.

Bei der vorliegenden vom Wissenschaftlichen Beirat vorgenommenen Schwellenwertprüfung für die bereits ausgewählten Krankheiten tritt genau die oben beschriebene Problematik zu Tage. Während für das Jahr 2007 die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten für alle anderen der 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten oberhalb des ermittelten Schwellenwertes lagen, wurde der Schwellenwert bei der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“, die einen sehr deutlichen Häufigkeitsgipfel im Kindesalter hat und im höheren Lebensalter nicht mehr diagnostiziert wird, knapp unterschritten. Nach unseren Analysen sind knapp 90 Prozent der Versicherten, die der DxG298 zugeordnet werden können, jünger als 18 Jahre. Circa drei Viertel der Versicherten mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung sind männlichen Geschlechts.

Die Ermittlung des Schwellenwertes für das Jahr 2007 fiel mit 2.582,13 € im Vergleich zum Schwellenwert 2006 (2.525,58 €) etwas höher aus, da sich die durchschnittlichen GKV-weiten Leistungsausgaben aller Versicherten in diesem Zeitraum leicht erhöht hatten. Dieser Anstieg führte bei der Schwellenwertprüfung für das Jahr 2007 dazu, dass für die Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ mit durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in Höhe von 2.531,03 € der neu bestimmte Schwellenwert um knapp 2 Prozent (51,10 €) unterschritten wurde. Vor dem Hintergrund dieser Schwellenwertprüfung für das Jahr 2007 hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt empfohlen, die Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ aus der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 zu streichen.

Bezogen auf die gesamte Auswahl der für das Ausgleichsjahr 2009 ausgewählten Krankheiten ergibt die Schwellenwertprüfung für das Jahr 2007, dass die Vorgaben für die Krankheitsauswahl gemäß § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV auch für das Ausgleichs-

jahr 2010 erfüllt werden. Schließlich wird der ermittelte Schwellenwert für das Jahr 2007 in Höhe von 2.582,13 € von 79 der 80 ausgewählten Krankheiten überschritten. § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV besagt, dass bei der Krankheitsauswahl insbesondere, aber nicht ausschließlich solche Krankheiten berücksichtigt werden sollen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen. Der vorliegende Fall der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ ist daher ein Paradebeispiel für den vom Verordnungsgeber antizipierten Fall, dass eine Krankheit mit schwerwiegendem Verlauf bzw. eine kostenintensive chronische Krankheit berücksichtigungsfähig sein sollte, wenn die Kostenintensität der Krankheit klar belegt ist, aber der Schwellenwert wegen eines Häufigkeitsgipfels in einem jüngeren Lebensalter nicht überschritten wird.

Aufmerksamkeitsstörungen erfüllen, wie die Berechnungen für die Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichjahr 2009 gezeigt haben, sowohl das Kriterium „schwerwiegend“ als auch das Kriterium „chronisch-kostenintensiv“. Aufmerksamkeitsstörungen werden aber vor allem im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert und behandelt (die Lebenszeitprävalenz erreicht mit 7,1 Prozent bei den 11- bis 13jährigen ihren Höhepunkt und sinkt danach deutlich ab; Schlack et al., 2007). Aufgrund des Altersbezugs unterschreiten aber die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Versicherten mit dieser Krankheit im Jahr 2007 das Schwellenwertkriterium geringfügig, da die Ausgaben für die Aufmerksamkeitsstörungen im Spektrum aller Krankheiten bei einer fehlenden Altersadjustierung der Schwellenwertprüfung nicht als überdurchschnittlich auffallen.

Es besteht jedoch kein Zweifel daran, dass die Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen kostenintensiv ist, insbesondere bei einer leitliniengerechten Behandlung. Das Fehlen dieser Krankheit auf der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten würde dabei mittelfristig dazu führen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Selektiv- und Kollektivvertragssystem auf Vereinbarungen zu integrierten und innovativen Versorgungskonzepten für diese Patientengruppe verzichten würden.

## **Abgrenzung der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ – Beschränkung auf spezifische Diagnosen**

Im Zuge des Stellungnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell für den Risikostrukturausgleich in 2010 hat die BPTK in ihrer Stellungnahme vom 15. April 2009 am Beispiel der depressiven Störungen die unspezifischen Diagnosen problematisiert, die eine besondere Manipulationsanfälligkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bedingen. Diese kann – anders als bei spezifischen Diagnosen – auch durch die Entwicklung und Implementierung einheitlicher Kodierrichtlinien nicht ausreichend gemindert werden. Diese Problematik der eingeschränkten Validität unspezifischer Diagnosen lässt sich sicherlich auf eine Reihe anderer im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Krankheiten übertragen und besteht auch für die Diagnosegruppe der Aufmerksamkeitsstörungen.

Der DxG298 „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ werden in dem aktuellen Klassifikationsmodell insgesamt vier ICD-10 Diagnosen zugeordnet. Zwei dieser ICD-10-Diagnosen, sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8) und Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet (F90.9) sind zu den unspezifischen Diagnose zu zählen, zu denen gemäß der ICD-10-Klassifikation keine klar operationalisierbaren diagnostischen Kriterien existieren. Während die aktuellen klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) für die Diagnose F90.8 keinerlei Ausführungen enthalten, heißt es zu der Diagnose der Hyperkinetischen Störung, nicht näher bezeichnet (F90.9), dass es sich hierbei um eine nicht zu empfehlende Restkategorie handele, die nur verwendet werden soll, wenn die Differenzierung zwischen F90.0 und F90.1 nicht möglich ist, die allgemeinen Kriterien für F90 aber erfüllt sind. In den überwiegenden Fällen, bei denen (ausschließlich) unspezifische Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung gestellt werden, dürfte es sich um Versicherte mit einer deutlich geringeren Krankheitsschwere, häufig subklinischer Ausprägung handeln.

Für die spezifischen Diagnosen einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) und hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) existieren dage-

gen in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 eindeutig operationalisierbare Diagnosekriterien.

Eigene Analysen für das Jahr 2007 zeigen, dass die unspezifischen Diagnosen F90.8 und F90.9 bei circa einem Viertel der Versicherten gestellt werden, die unter Anwendung des M2Q-Kriteriums der DxG 298 zugeordnet werden können. Hiervon entfallen mehr als 90% der Fälle auf die unspezifische Diagnose „nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung“ (F90.9). Ausschließlich unspezifische Diagnosen werden bei knapp 12 Prozent der Versicherten gestellt, die der DxG298 zugeordnet werden können. Im Vergleich zu den Versicherten, bei denen ausschließlich spezifische Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung (F90.0 und/oder F90.1) gestellt wurden, ergeben sich für Versicherte mit ausschließlich unspezifischen Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung deutlich geringere (zeitgleiche) durchschnittliche Leistungsausgaben.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, die unspezifischen Einzeldiagnosen F90.8 und F90.9 aus der DxG298 zu streichen. Dadurch lässt sich zum einen die Validität der ambulanten Diagnosen, die der HMG 066 zugeordnet werden, insgesamt erhöhen. Zum anderen können die im aktuellen Klassifikationsmodell bestehenden Verdünnungseffekte durch den Anteil der Versicherten, die lediglich Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung aufweisen ohne die diagnostischen Kriterien der Störung zu erfüllen, erheblich reduziert werden. Dies hätte vermutlich auch Auswirkungen auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Versicherten mit der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ und damit auf das Ergebnis der Schwellenwertprüfung.

Zugleich wird das Risiko des Upcoding durch eine Beschränkung auf manifeste Aufmerksamkeitsstörungen reduziert, da für die verbliebenen spezifischen Diagnosen F90.0 und F90.1, die der HMG 066 zugeordnet werden, diagnostische Kriterien vorliegen, die eine valide Diagnosestellung erlauben. Zur Verbesserung der Validität der ambulanten, teilstationären und stationären Diagnosen von Aufmerksamkeitsstörungen sollten baldmöglichst verbindliche Vorgaben in Form entsprechender Kodierrichtlinien gemacht werden.