

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2011

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
27.08.2010**

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 2011 bis zum 30. September 2010 festzulegen.

Die BPTK begrüßt das empirisch gestützte Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2011. Die Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren – einschließlich der darin enthaltenen Darstellung und Diskussion der eingegangenen Stellungnahmen – gewährleisten dabei ein hohes Maß an Transparenz. Dies ermöglicht es, dass die Empfehlungen des Beirats im Einzelnen nachvollzogen werden können und ein konstruktiver Diskurs zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems fortgesetzt werden kann.

Vor dem Hintergrund der zahlreichen Anregungen und Vorschläge in den eingegangenen Stellungnahmen aus den letzten Anhörungen ist es nachvollziehbar, dass in einem jährlichen Überarbeitungsturnus zu dem Klassifikationssystem stets nur ein Teil der Vorschläge einer empirischen Überprüfung unterzogen werden kann. Daher möchten wir uns ausdrücklich dafür bedanken, dass das Bundesversicherungsamt bei der aktuellen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems die Anregungen der Bundespsychotherapeutenkammer zur Prüfung von Arzneimitteln als Mittel zur Schweregraddifferenzierung bei den Diagnosegruppen DxG 262 und DxG 263 aufgegriffen hat. Die durchgeführten empirischen Analysen zu den Diagnosegruppen Schizophrenie und Bipolare Störungen haben bezogen auf das aktuelle diagnostische und therapeutische Vorgehen in der ambulanten Versorgung für Klarheit sorgen können.

Aufgreifkriterium Arzneimittelwirkstoffe bei psychischen Störungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte bei den vergangenen Anhörungen den Vorschlag zur Überprüfung des Aufgreifkriteriums Arzneimittelwirkstoffe bei bestimmten psychischen Störungen eingebracht. Dies galt insbesondere für die Diagnosegruppen „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, „Bipolare affektive Störungen“ und „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ mit der Fragestellung, ob die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen bei diesen Diagnosegruppen als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium tatsächlich zur gewünschten Validierung der ambulanten Diagnosen beiträgt bzw. für eine Schweregraddifferenzierung geeignet ist.

Unter anderem hatte die BPTK vermutet, dass dies zu einer Ausgrenzung bzw. Nichtberücksichtigung von Versicherten führt, die auf eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung nicht ansprechen oder diese aus anderen Gründen ablehnen, prospektiv aber zugleich kostenintensiv sind, sei es durch eine intensivere psychosoziale oder psychotherapeutische Unterstützung in der ambulanten Versorgung oder durch erforderliche stationäre Behandlungen. So schätzt z. B. die aktuelle NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie den Anteil an Patienten mit einer Schizophrenie, die eine unzureichende Response auf medikamentöse Behandlungsstrategien zeigen, auf bis zu 40 Prozent.

Die Analysen des Bundesversicherungsamts haben sehr deutlich gezeigt, dass die ergänzende Arzneimittelprüfung sowohl bei der Diagnosegruppe Schizophrenie als auch bei der Diagnosegruppe Bipolare Störungen ein sehr wirksames Instrument ist, um eine Eingrenzung in diesen Diagnosegruppen auf die schweren bzw. kostenintensiven Fälle zu erreichen. Bei der Diagnosegruppe Schizophrenie wird durch die Anwendung der Arzneimittelprüfung eine Eingrenzung auf zwei Drittel derjenigen Versicherten erreicht, welche das M2Q-Kriterium erfüllen. Das Beta-Gewicht unterscheidet sich bei dieser Untergruppe mit 4.279,60 € dramatisch von dem Beta-Gewicht von 361,96 € der Untergruppe der Versicherten, bei der die Arzneimittelprüfung negativ ausfiel. Auch bei den Bipolaren Störungen fällt die Diskrepanz hinsichtlich der Kostenintensität in Abhängigkeit von der Arzneimittelprüfung sehr deutlich aus. Dem Beta-Gewicht von 2.437,50 € der 70 Prozent der Versicherten mit der Dia-

gnose einer Bipolaren Störung, die zugleich auch das Arzneimittelkriterium erfüllen, steht sogar ein negatives Beta-Gewicht von 8,82 € für die 30 Prozent der Versicherten mit der ambulanten Diagnose einer Bipolaren Störung gegenüber, die aber das Arzneimittelkriterium nicht erfüllen. Insofern ist es aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer folgerichtig, die Arzneimittelprüfung für Versicherte aus den DxG 262 und DxG 263 unverändert zu lassen.

Für die Zukunft könnte es interessant sein zu untersuchen, welchen Anteil wiederum Versicherte mit unspezifischen Einzeldiagnosen aus den DxG 262 und DxG 263 in der Gruppe der Versicherten haben, die zwar das M2Q-Kriterium erfüllen, aber an der Arzneimittelprüfung scheitern. Die Ambulanten Kodierrichtlinien, die zum 1. Januar 2011 in Kraft treten werden, haben nicht zuletzt für diese beiden Diagnosegruppen spezifische Vorgaben gemacht und u. a. Plausibilitätskriterien definiert, die für eine gesicherte Diagnose einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung die Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Voraussetzung machen:

„Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung der Schizophrenie sowie schizotyper und wahnhafter Störungen (ICD-Kodes aus F20 bis F29) mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung manischer und bipolarer affektiver Störungen (ICD-Kodes aus F30 bis F31) mit dem Zusatzkennzeichen ‚G‘ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus“ (Auszug aus den Ambulanten Kodierrichtlinien, Version 2010).

Vor dem Hintergrund der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien kann daher für die Zukunft eine weitere Verbesserung der Validität der ambulanten Diagnosen aus diesem Diagnosespektrum erwartet werden. Dies könnte aus unserer Perspektive zum Anlass genommen werden, in einigen Jahren bei einer erneuten empirischen Überprüfung die Eignung von Arzneimitteln als Mittel zur Schweregraddifferenzierung noch spezifischer für einzelne Diagnosen aus den genannten Diagnosegruppen zu prüfen. Insbesondere der Anteil der unspezifischen Diagnosen aus diesen Diagnosegruppen sollte in den kommenden Jahren im Zuge der Verbesserung der Diagnosequalität in der ambulanten Versorgung weiter zurückgehen.

Abschließend möchten wir zu diesem Punkt noch darauf hinweisen, dass der Vorschlag der IKK e.V., für die DxG 264 Arzneimittel als zwingendes Aufgreifkriterium festzulegen, nicht sachgerecht ist. Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression empfiehlt nicht, wie die Argumentation der IKK e.V. nahegelegt, generell eine Pharmakotherapie bei mittelgradigen und schweren akuten Depressionen. Vielmehr wird bei mittelgradigen akuten Depressionen eine Monotherapie entweder als Psychotherapie oder als Pharmakotherapie empfohlen, da für eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie bei dieser Patientengruppe kein Zusatznutzen belegt ist. Eine Kombinationsbehandlung wird dagegen für schwere akute Depressionen, Dysthymie und chronische majore Depressionen empfohlen. Aber selbst bei der Patientengruppe mit einer schweren akuten Depression soll in dem Fall, dass eine Monotherapie erwogen wird, den Patienten eine Psychotherapie gleichwertig zu einer Pharmakotherapie angeboten werden. Das Kriterium der obligaten Arzneimittelverordnung würde daher im Fall der DxG 264 Fehlanreize hin zu einer pharmakotherapeutischen Behandlung setzen und verstieße gegen die im Gesetzestext beschriebene Versorgungsneutralität des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

Im Gegensatz dazu wird bei den Diagnosegruppen Schizophrenie und Bipolare Störungen in evidenzbasierten Leitlinien grundsätzlich eine Pharmakotherapie empfohlen. Nicht-medikamentöse Behandlungsansätze werden hier als ergänzende, aber nicht als alternative, die Pharmakotherapie ersetzende Therapien empfohlen.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen DxG 263, DxG 264, DxG 269, DxG 817 und DxG 818

In unserer Stellungnahme vom April 2010 werden bestimmte unspezifische Diagnosen einer psychischen Störung grundsätzlich in die Krankheit Nr. 148 „Andere psychische Erkrankungen“ gemäß Anhang 4 des Entwurfs der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 auszulagern und damit die verschiedenen Krankheitsdefinitionen zu bereinigen. Als Alternative hatten wir angeregt, diese Diagnosen analog der unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung, welche in eigene Diagnosegruppen (DxG 817 und DxG 818) ausgelagert worden sind und welche in die neue Morbiditätsgruppe HMG 057 „Depressive Episoden (nicht näher bezeichnet)“ führen, in neue „unspezifische“ DxGruppen auszulagern und so die Spezifität und Genauigkeit des Klassifikationssystems zu verbessern. Bei der Depression war diese Abgrenzung unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten sinnvoll und hatte zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer geführt.

Das Bundesversicherungsamt legt in seinen Erläuterungen hierzu nachvollziehbar dar, dass vor dem Hintergrund des Umfangs der dafür notwendigen Auswertungen und der Zeitknappheit eine Prüfung dieser Anregungen bei der aktuellen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems noch nicht möglich war. Die BPK plädiert für eine empirisch gestützte Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und befürwortet daher den Ansatz des Bundesversicherungsamts, bei den empirischen Überprüfungen der Vorschläge und Anregungen aus den Stellungnahmen Prioritäten zu setzen und Anpassungen insbesondere dort vorzunehmen, wo die empirischen Überprüfungen vorliegen und diese entsprechende Anpassungen unterstützen. Wir würden uns daher freuen, wenn die genannten Vorschläge der BPK zu einem späteren Zeitpunkt einer empirischen Prüfung zugeführt werden könnten.

Vorschlag zur Neugruppierung der DxGruppen und Anpassungsvorschlag für die Hierarchie „Psychische Erkrankungen“

Die BPTK befürwortet vor dem Hintergrund der empirischen Überprüfung zur Hierarchie „Psychische Erkrankungen“ und der besonderen Kostenintensität der „Bipolaren affektiven Störungen“ die vorgeschlagene Aufhebung der Zusammenlegung der DxG 263 mit der DxG 275 in einer gemeinsamen HMG. Diese Zusammenlegung war in der Vergangenheit ausschließlich durch den Aspekt der Kostenhomogenität getrieben und widersprach medizinisch-klassifikatorischen Überlegungen, sodass eine Auftrennung in zwei separate HMG geboten erscheint.

Die Neuordnungen der DxG 276 „Posttraumatische Belastungsstörungen“, DxG 281 „Sonstige Essstörungen“ und DxG 285 „Sonstige Verhaltensstörungen“ zur HMG 058 ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Voruntersuchung im Sinne der angestrebten Kostenhomogenität angemessen, wenngleich unter medizinischen Gesichtspunkten andere Zuordnungen näherliegend wären. Hinsichtlich der untersuchten zwei Modelle für die Ausgestaltungen der weiteren HMG befürwortet die BPTK zum gegenwärtigen Zeitpunkt die vorgeschlagene Variante B, bei der auch die DxG 270 „Panikstörung/Panikattacken“, DxG 271 „Generalisierte Angststörungen“, DxG 273 „Phobische Störungen“ und DxG 278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände“ der HMG 057 zugeordnet werden. Die BPTK würde allerdings vorschlagen, die HMG 057 präziser als „Angststörungen und unspezifische depressive Störungen“ zu bezeichnen, da die Diagnosen einer leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episode (F32.0 bis F32.3) der HMG 058 zugeordnet sind. Auch die Bezeichnung der HMG 056 mit „Wahn, Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen“ ist irreführend, da dissoziative Störungen (F44 ICD-10) weder der DxG 268 noch einer anderen DxG der HMG 058 zugeordnet sind. Stattdessen sollten in der Bezeichnung der HMG 056 die Persönlichkeitsstörungen aufgenommen werden, welche den Kern der DxG 268 bilden. Wir würden daher als Bezeichnung der HMG 056 vorschlagen: „Wahn, psychotische und Persönlichkeitsstörungen“.

Literatur

National Institute for clinical excellence (NICE) (Eds.): Schizophrenia – Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). Clinical Guideline 82, 2009.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.