

Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 01.02.2008

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	3
2. Zuordnung der ICD-10-Kodes zu DxGroups.....	5
3. Empirische Kriterien zur Bewertung berücksichtigungsfähiger Diagnosegruppen	7
4. Bildung von Krankheitsgruppen	8
5. Fehlende Altersadjustierung bei der Schwellenwertprüfung.....	9
6. Berechnungsverfahren zur Ermittlung von Risikozuschlägen	9
7. Quellen.....	11
8. Anhang.....	12

1. Zusammenfassung

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken gewährleisten, also Risikoselektion verhindern. Er ist Voraussetzung eines Kassenwettbewerbs um qualitätsgestützte und effiziente Versorgungsformen. Die Anregungen der BPtK orientieren sich an diesen Zielen.

Die Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 80 berücksichtigungsfähige Krankheiten unter Rückgriff auf das Klassifikationsmodell „DCG/HCC“ zu definieren, ist aus Sicht der BPtK zielführend.

Positiv zu bewerten ist außerdem die vom Wissenschaftlichen Beirat gefundene Operationalisierung der zentralen Begriffe „schwerwiegend“ und „kostenintensiv-chronisch“.

Die BPtK regt an, die Prävalenz nicht logarithmisch zu gewichten. Als Alternative bietet sich eine Gewichtung nach der Quadratwurzelfunktion an. Nicht auszuschließen ist, dass statistische Verfahren alleine nicht zu funktionalen Ergebnissen führen. Korrekturen auf der Basis klinischen Sachverständes sind u. U. notwendig. Zielgerecht sind aus Sicht der BPtK nur Lösungen, die sicherstellen, dass Volkskrankheiten mit sehr hoher Prävalenz und einer damit verbundenen hohen Relevanz für das Versorgungsgeschehen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eine den Zielen des Morbi-RSA angemessene Berücksichtigung finden.

Die BPtK begrüßt das Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats, die DxGroups zunächst alters- und geschlechtsadjustiert zu analysieren und die vom Gesetz vorgeschriebene, nicht altersjustierte Schwellenwertprüfung von 150 Prozent der durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Krankheitsgruppe erst am Ende des Auswahlprozesses vorzunehmen.

Die BPtK schließt sich der Einschätzung des Wissenschaftlichen Beirats an, dass das Fehlen einer Altersadjustierung bei der gesetzlichen Vorgabe des Schwellenwertes nicht zielführend ist. Der Ausschluss von Erkrankungen, die vornehmlich bei jün-

geren Versicherten auftreten, wie z. B. die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS), setzt mit Blick auf die Vertragsstrategien der gesetzlichen Krankenkassen für diese Patientengruppen problematische Anreize.

Unter klinischer Perspektive stimmt die BPtK den von den Gutachtern vorgenommenen Korrekturen bei den Zuordnungen der ICD-10-Kodes zur DxGroup 282 (Ticstörungen) und den Umbenennungen der DxGroups 255; 256; 282 und 295 zu.

Aus Sicht der BPtK gibt es im Klassifikationsmodell der Firma DxCG mit Blick auf die psychischen Krankheiten weiteren Anpassungsbedarf. Die BPtK empfiehlt unter gesundheitsökonomischen und klinischen Gesichtspunkten, die leichten und mittelschweren depressiven Episoden sowie die Dysthymie der DxGroup 264 zuzuordnen. Problematisch ist zudem, dass das Klassifikationsmodell Angststörungen fünf verschiedenen DxGroups zuordnet. Diese starke Differenzierung ist vor dem Hintergrund diagnostischer Überlappungen und Komorbiditätsmuster nicht nachvollziehbar. Die BPtK schlägt daher vor, die derzeit auf fünf DxGroups verteilten Angststörungen in einer DxGroup zusammenzufassen oder aufgrund der großen Komorbidität und der deutlichen Überlappung der psychologischen Symptomatik eine Krankheitsgruppe „Affektive Störungen und Angststörungen“ zu bilden.

Für die weiteren Entwicklungsschritte, insbesondere die Berechnung der Risikozuschläge für die im Morbi-RSA berücksichtigten DxGroups, regt die BPtK an, bei der Gruppenbildung für die Berechnung der standardisierten Normkosten empirisch belegte Unter- und Fehlversorgung zu berücksichtigen. Dies ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre wettbewerblichen Gestaltungsspielräume für eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nutzen.

2. Zuordnung der ICD-10-Kodes zu DxGroups

Die der Krankheitsgruppenbildung zugrunde liegende Logik und die Zuordnung von ICD-Kodes zu einzelnen Diagnosegruppen (DxGroups) im Bereich der affektiven Störungen sollten aus klinischen und gesundheitsökonomischen Gründen adjustiert werden.

- **Unipolare Depression**

Die DxGroup 264, im Klassifikationsmodell als „Major Depression“ bezeichnet, sollte aus klinischer Sicht alle depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen umfassen. Die entsprechenden ICD-Kodes werden im amerikanischen Klassifikationsmodell der Firma DxCG unvollständig zugeordnet. Gemäß der vierten Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) werden unter einer „Major Depression“ leichte, mittelschwere und schwere depressive Episoden sowie alle Formen der rezidivierenden depressiven Störungen gefasst. Im ICD-10 wird der Begriff der „Major Depression“ zwar nicht explizit gebraucht, aber auch hier bilden alle depressiven Episoden (F32) eine Störungskategorie. Der DxGroup 264 wurden im vorliegenden Gutachten jedoch nur schwere depressive Episoden (F32.2 und F32.3) sowie alle rezidivierenden depressiven Störungen (F33) zugeordnet. Leichte und mittelschwere depressive Episoden, wie auch die Dysthymie (F34.1), befinden sich in DxGroup 269. Das ist angesichts der gültigen Klassifikationssysteme, aber vor allem unter klinischen Gesichtspunkten nicht sinnvoll.

Zudem haben – wie aktuelle Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zeigen – leichte und insbesondere mittelschwere Episoden eine vergleichbare Relevanz für das Versorgungsgeschehen wie schwere depressive Episoden oder depressive Episoden, die im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung auftreten. Die ambulanten Versorgungsleistungen für Versicherte mit einer mittelschweren bzw. schweren depressiven Episode unterscheiden sich nur unwesentlich (siehe Abbildung 1, Anhang). Zugleich belegen die Daten des Gutachtens, dass die DxGroup 264 im Vergleich zur DxGroup 269 auch unter Berücksichtigung ihrer 3,5fach geringeren Prävalenzrate prospektiv aufgrund der höheren Hospitalisierungsrate mit höheren Kosten im stationären Sektor verbunden ist.

Leichte und mittelschwere depressive Episoden treten auch im Rahmen rezidivierender depressiver Störungen auf und werden daher im amerikanischen Klassifikationssystem bereits der DxGroup 264 zugeordnet. Die Behandlung bei leichten und mittelschweren depressiven Episoden im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (Abbildungen 1 und 2, Anhang) unterscheidet sich nur geringfügig von derjenigen bei erstmalig auftretenden, leichten oder mittelschweren depressiven Episoden. Somit ist auch hier nicht von systematischen Versorgungsunterschieden in der Behandlung dieser Patientengruppen auszugehen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei der Diagnosestellung depressiver Störungen, insbesondere in der Primärversorgung, frühere depressive Episoden oftmals nicht systematisch erfasst werden, so dass fälschlicherweise keine Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt wird.

Aus klinischer Sicht sollte auch die Dysthymie (F34.1) der DxGroup 264 zugeordnet werden, da sie per definitionem als chronische Erkrankung einzuordnen ist, bei der häufig im Sinne einer Double Depression komorbid auch depressive Episoden auftreten, die länger dauernde Behandlungen erforderlich macht und somit eine hohe Relevanz für das Versorgungsgeschehen hat (siehe Abbildung 2 und 3, Anhang).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass unter gesundheitsökonomischen und klinischen Gesichtspunkten leichte und mittelschwere depressive Episoden sowie die Dysthymie der DxGroup 264 zugeordnet werden sollten.

- **Angststörungen**

Das amerikanische Klassifikationsmodell der Firma DxCG ordnet die Angststörungen fünf verschiedenen DxGroups zu, wobei sowohl DxGroup 276 als auch DxGroup 271 jeweils lediglich einem vierstelligen ICD-10-Kode, nämlich der posttraumatischen Belastungsstörung bzw. der generalisierten Angststörung, zugeordnet wurden. Diese starke Differenzierung der Angststörungen muss vor dem Hintergrund der diagnostischen Überlappungen und der Komorbiditätsmuster als eine Überdifferenzierung bewertet werden. Die Gesamtgruppe der Angststörungen ist hinsichtlich ihrer Ätiologie, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten eine relativ homogene Störungsgruppe. Die BPTK regt an, die verschiedenen Angststörungen, die sich in dem aktuellen Modell auf fünf DxGroups verteilen, in einer DxGroup zusammenzufassen.

3. Empirische Kriterien zur Bewertung berücksichtigungsfähiger Diagnosegruppen

Zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit werden im Gutachten die ermittelten Kosten nicht linear, sondern logarithmisch mit der Prävalenz gewichtet. Hiermit soll verhindert werden, dass Diagnosegruppen, die im Einzelfall mit hohen Leistungsausgaben einhergehen, zugleich aber eine geringe Verbreitung aufweisen, unberücksichtigt bleiben.

Die Einführung eines Gewichtungsfaktors wird von der BPTK befürwortet, dieser sollte jedoch den Einfluss der Prävalenz weniger stark modulieren. Die im Gutachten gewählte Variante der Logarithmisierung hat zur Folge, dass selbst Krankheiten mit sehr hoher Prävalenz („Volkskrankheiten“) und damit verbundener hoher Relevanz für das Versorgungsgeschehen die Kriterien „schwerwiegend“ oder „kostenintensiv-chronisch“ nicht erfüllen. Die BPTK schlägt daher hier eine Gewichtung nach der Quadratwurzelfunktion vor.

Im Bereich psychischer Störungen trifft die unzureichende Berücksichtigung von hoch prävalenten Volkskrankheiten insbesondere auf die Gruppe der leichten und mittelgradigen depressiven Episoden zusammen mit der Dysthymie (DxGroup 269) und den Angststörungen (DxGroups 270, 271, 273, 274 und 278) zu.

Die 12-Monatsprävalenz einer „Major Depression“ liegt nach Zahlen des Bundesgesundheitssurveys (BGS) von 1998 bei 8,3 Prozent (Jacobi et al., 2004; Wittchen et al., 2001). Betrachtet man die verschiedenen Untergruppen der Major Depression, verteilen sich die Prävalenzen folgendermaßen über die unterschiedlichen Schweregrade. Die Prävalenz für leichte depressive Episoden beträgt 1 Prozent, die für mittelschwere Episoden 1,7 und die für schwere depressive Episoden liegt bei 1,6 Prozent. Rezidivierende depressive Störungen haben eine 12-Monatsprävalenz von 4 und die Dysthymie eine Prävalenz von 3 Prozent. Diese Verteilung spiegelt sich auch in den aktuellen Versorgungsdaten der KVB wider (siehe Abbildungen 3 und 4, Anhang).

Neben Depressionen zählen Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen mit einer starken Tendenz zur Chronifizierung. Nach Daten des Bundesgesundheits surveys (Jacobi et al., 2004; Wittchen et al., 2001) liegt ihre 12-Monatsprävalenz bei 14,5 Prozent und übersteigt damit sogar die Prävalenz affektiver Störungen (siehe Abbildung 4, Anhang).

Unter dem Aspekt der besonderen Relevanz dieser Erkrankungen für das Versorgungsgeschehen ist es nicht zielführend, wenn aufgrund der Logarithmisierung der Prävalenz die verschiedenen DxGroups, denen die Angststörungen zugeordnet werden, die Kriterien für chronisch-kostenintensiv nicht erfüllen und dadurch für den Morbi-RSA nicht zu den berücksichtigungsfähigen Krankheiten gezählt werden.

4. Bildung von Krankheitsgruppen

- **Affektive Störungen und Angststörungen**

Alternativ zur Veränderung der Gruppierungslogik innerhalb der depressiven Erkrankungen und der Angststörungen schlägt die BPTK eine Zusammenfassung der beiden häufigsten psychischen Erkrankungen, die zudem hohe Komorbiditäten miteinander aufweisen, zu einer Krankheitsgruppe „Affektive Störungen und Angststörungen“ vor. 45 Prozent aller Patienten mit einer depressiven Störung weisen komorbid mindestens eine Angststörung auf; umgekehrt haben ca. 1/3 der Patienten mit einer Angststörung ebenfalls eine depressive Störung (BGS, 1998).

Darüber hinaus besteht regelhaft eine deutliche Überlappung hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik beider Erkrankungen. Weiterhin werden in der psychopharmakologischen Behandlung zu einem großen Teil die gleichen Arzneimittelwirkstoffe aus der Gruppe der Antidepressiva (ATC: N06A) eingesetzt.

- **Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen**

Ergänzend möchten wir als Anmerkung eher redaktioneller Natur erwähnen, dass die Krankheitsgruppe 35 fälschlicherweise als „Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und dissoziative Störungen“ bezeichnet wird. Dissoziative Störungen (F44) sind jedoch nicht in dieser Krankheitsgruppe enthalten, dagegen beinhaltet diese Krank-

heitsgruppe die bipolaren Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Falls die bipolaren Störungen nicht zur Krankheitsgruppe „Affektive und Angststörungen“ zugeordnet werden, schlägt die BPTK vor, Krankheitsgruppe 35 in „Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen“ umzubenennen. Andernfalls wäre die Bezeichnung „Schizophrenie, schizotype, wahnhaft und Persönlichkeitsstörungen“ angemessen.

5. Fehlende Altersadjustierung bei der Schwellenwertprüfung

Die BPTK begrüßt die Anregung des Wissenschaftlichen Beirats an den Gesetzgeber, eine Altersadjustierung bei der Vorgabe eines Schwellenwertes einzuführen. Ohne diese Altersadjustierung werden Krankheiten wie die Aufmerksamkeitsstörung, die in einem nach Alter abgegrenzten Lebensabschnitt Häufigkeitsgipfel aufweisen, systematisch unterbewertet.

Aufmerksamkeitsstörungen erfüllen, wie die Berechnungen zeigen, sowohl das Kriterium „schwerwiegend“ als auch das Kriterium „chronisch-kostenintensiv“. Da Aufmerksamkeitsstörungen aber vor allem im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert und behandelt werden (die Lebenszeitprävalenz erreicht mit 7,1 Prozent bei den 11- bis 13jährigen ihren Höhepunkt und sinkt danach deutlich ab, Schlack et al., 2007), erfüllen die Leistungsausgaben für diese Störung knapp nicht das Schwellenkriterium, da die Ausgaben im Spektrum aller Krankheiten fälschlicherweise nicht als überdurchschnittlich auffallen.

Die Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen ist jedoch kostenintensiv und das Fehlen dieser Störung auf der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten wird mittelfristig dazu führen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Selektiv- und Kollektivvertragssystem auf Vereinbarungen zu integrierten und innovativen Versorgungskonzepten für diese Patientengruppe verzichten.

6. Berechnungsverfahren zur Ermittlung von Risikozuschlägen

Bei der Berechnung von Zuschlägen für die im Morbi-RSA berücksichtigten Dx-Groups empfiehlt die BPTK, empirisch belegte Unter- und Fehlversorgung bei der Gruppenbildung zu berücksichtigen.

Nach aktuellen Berechnungen der KVB werden Versicherte mit einer schweren depressiven Erkrankung zu großen Teilen unter- bzw. fehlversorgt, wenn man die Behandlungsempfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression zugrunde legt. So werden ca. 30 Prozent der Versicherten mit einer schweren depressiven Episode gar nicht behandelt oder erhalten – wie ca. 60 Prozent – ausschließlich Pharmakotherapie (siehe Abbildung 1, Anhang). Lediglich 5 Prozent der Versicherten werden sowohl psychotherapeutisch als auch pharmakotherapeutisch und somit leitliniengerecht behandelt. In der Gruppe der Versicherten mit einer rezidivierenden depressiven Störung zeigen die Daten ein vergleichbares Behandlungsprofil.

Werden zur Berechnung der Risikozuschläge für schwere depressive Erkrankungen die aktuellen Leistungsausgaben zugrunde gelegt und mittelt man diese über die Gruppe der Versicherten, die gar keine Behandlung erhalten (30 Prozent) bzw. die ausschließlich Pharmakotherapie (36 Prozent), niedrigschwellige Leistungen (24 Prozent), Psychotherapie (6 Prozent) oder eine Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie (5 Prozent) erhalten, werden die Risikozuschläge für Patienten mit dieser Krankheit dementsprechend niedrig ausfallen. Anreize, die bestehende Unter- oder Fehlversorgung dieser Patientengruppe abzubauen und innovative Behandlungskonzepte für diese Patientengruppe zu entwickeln, können so nicht entstehen. Anreize in diese Richtung werden gesetzt, wenn die standardisierten Normkosten der Patientengruppe zugrunde gelegt werden, die eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Behandlung erhält.

7. Quellen

American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition American Psychiatric Press, Washington DC.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(5), 597-611.

Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, hrsg. von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), erscheint 2008

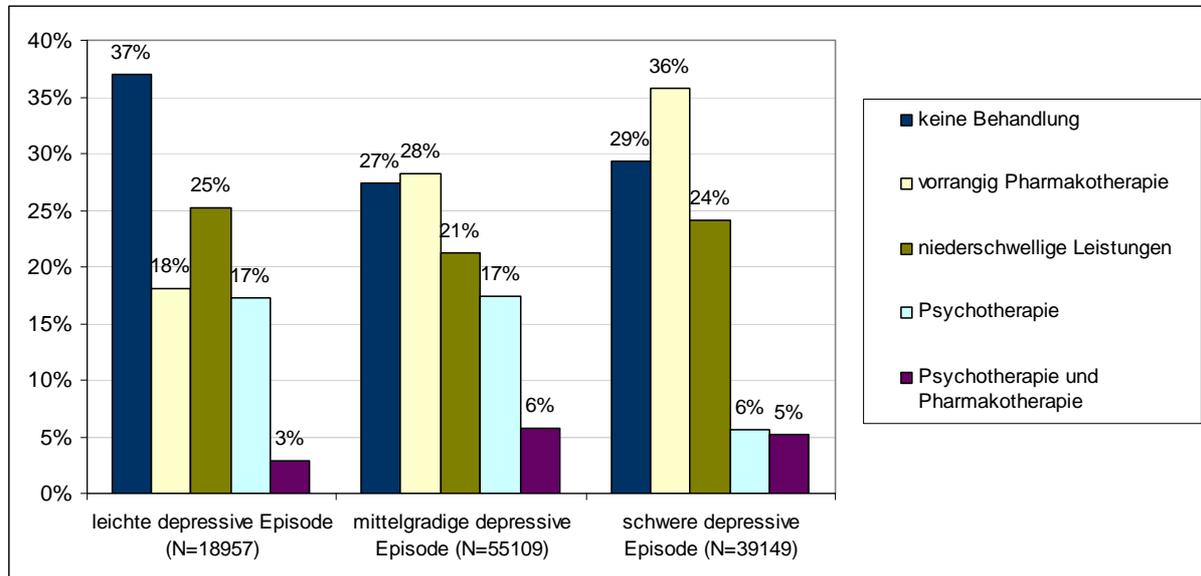
Schlack R, Hölling, H. et al., 2007, Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50, 827-835.

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

World Health Organization (1993). 10th revision of the international classification of diseases, chapter V (F): mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO Genf.

8. Anhang

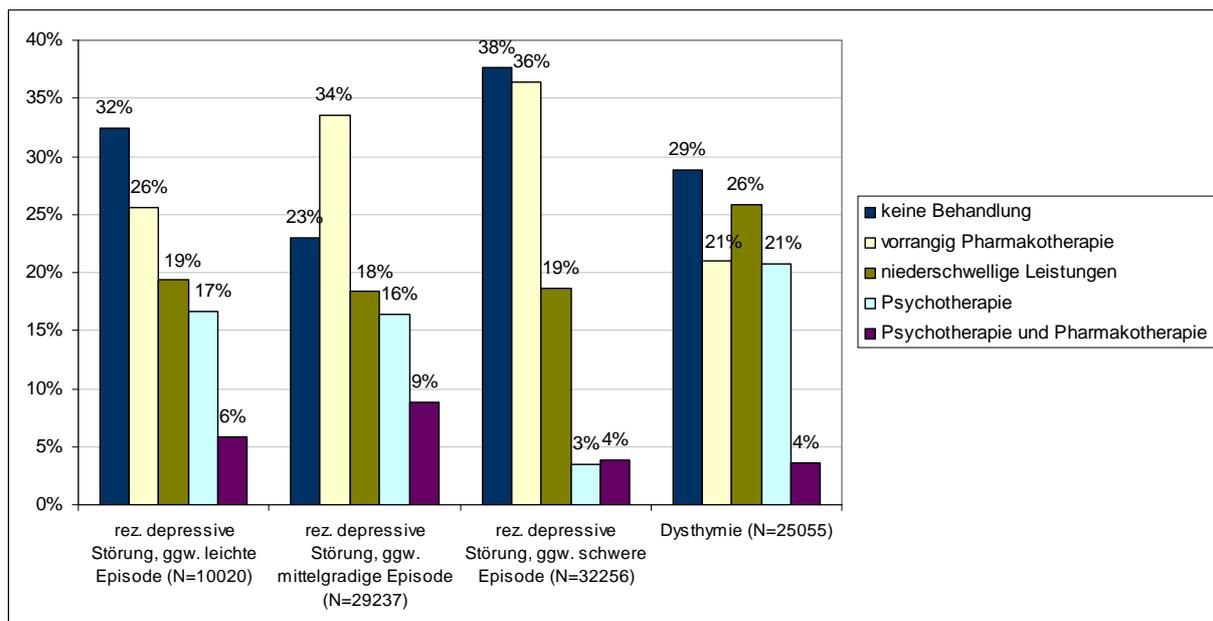
Abbildung 1: Leistungsspektrum bei depressiven Episoden



Quelle: KV Bayerns, 2007 (N = 113 215)

Legende: niedragschwellige Leistungen: psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesprächsangebot; Psychotherapie: antragspflichtige Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie)

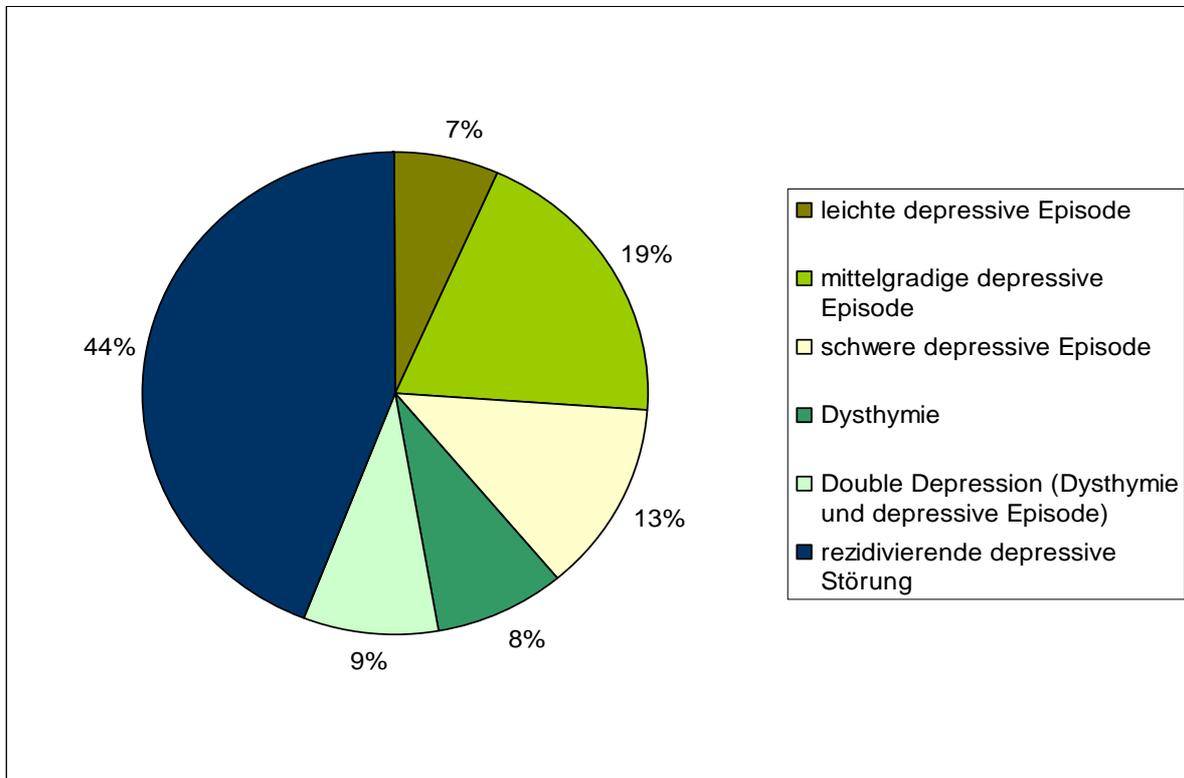
Abbildung 2: Leistungsspektrum bei rezidivierenden depressive Störungen und Dysthymie



Quelle: KV Bayerns, 2007 (N = 96 568)

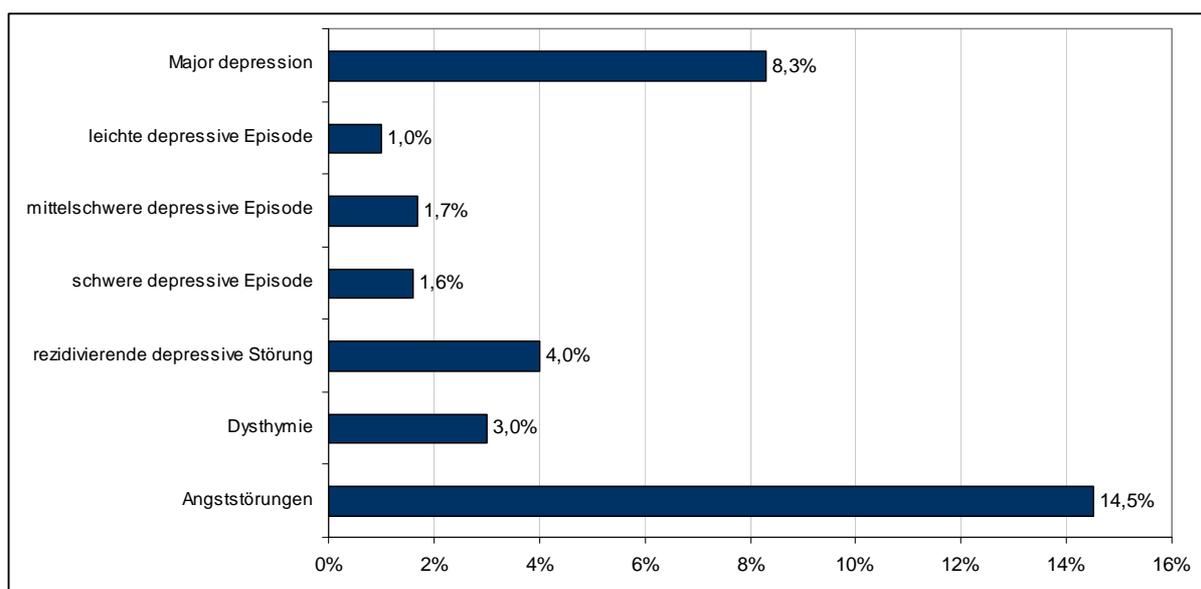
Legende: niedragschwellige Leistungen: psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesprächsangebot; Psychotherapie: antragspflichtige Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie)

Abbildung 3: Verteilung der Versicherten der KVB mit einer depressiven Störung auf die verschiedenen Diagnosegruppen



Quelle: KV Bayerns, 2007 (N=298 131)

Abbildung 4: 12-Monatsprävalenzen für ausgewählte Diagnosen



Quelle: Bundesgesundheitsurvey, 1998