

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2010

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
15.04.2009**

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) befürwortet ausdrücklich das vom Bundesversicherungsamt gewählte „all-encounter-Modell“, das im Sinne der gebotenen Versorgungsneutralität des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auch bei der weiteren Anpassung des Modells für den Jahrgang 2010 beibehalten werden sollte. Dadurch, dass bei den meisten Diagnosegruppen (DxGs) sowohl durch stationäre als auch durch ambulante Diagnosen Zuschläge ausgelöst werden, können Fehlanreize für stationäre Aufenthalte vermieden werden. Auch der weitgehende Verzicht auf Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung von ambulanten Diagnosen ist sachgerecht und verhindert, dass einseitige Anreize für pharmakologische Behandlungen zum Nachteil von leitlinienkonformen nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen gesetzt werden. An dieser Grundausrichtung des Klassifikationsmodells sollte festgehalten werden. Der Verzicht auf Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung dokumentierter ambulanter Diagnosen könnte dabei noch auf einige weitere Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen ausgedehnt werden.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen DxG264 und DxG269

Im Zuge des Stellungnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell für den Risikostrukturausgleich in 2009 ist das Bundesversicherungsamt der Anregung der BPTK gefolgt, zum einen die Dysthymie (F34.1) als chronische depressive Erkrankung der DxG264 zuzuordnen und zum anderen die beiden Diagnosegruppen zu depressiven Störungen, DxG264 und DxG269, in einer Morbiditätsgruppe (HMG 058) zusammenzufassen. Dies ist nicht zuletzt wegen der geringen Trennschärfe der diagnostischen Kriterien zwischen mittelgradigen (F32.1 aus der DxG269) und schweren depressiven Episoden (F32.2 aus der DxG264) und zur Vermeidung eines Upcoding sinnvoll. Allerdings beinhaltet die Diagnosegruppe DxG269 auch eine Reihe von unspezifischen Diagnosen, die per se als Verdachtsdiagnose bzw. als diagnostische Restkategorie zu betrachten sind, in denen sich die eingeschränkte klinische Relevanz der Erkrankung im Sinne einer subklinischen Ausprägung der Symptomatik manifestiert (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39 und F41.2).

Eine aktuelle Analyse der Routinedaten der GEK aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung weist darauf hin, dass gerade diese diagnostischen Restkategorien für die Zuordnung eines erheblichen Teils der Versicherten zu der HMG 058 verantwortlich sind. Bei den GEK-Versicherten mit einer Zuordnung zur HMG 058 wurde allein in 63,5 Prozent der Fälle die Diagnose „Depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9)“ kodiert. Weitere häufige unspezifische Diagnosen waren die ICD-Diagnosen F33.9 mit 9,5 Prozent, F32.8 mit 9,2 Prozent und die Diagnose „Angst und Depression, gemischt“ (F41.2) mit 10 Prozent. Wenngleich sich die berichteten Häufigkeiten nicht auf 100 Prozent aufsummieren lassen, ist aus den Daten erkennbar, dass der überwiegende Anteil der Zuordnungen von Versicherten zur HMG 058 auf den genannten unspezifischen Depressionsdiagnosen beruht, die per se nicht als valide Diagnosen betrachtet werden können und sich in den ganz überwiegenden Fällen durch eine deutlich geringere Krankheitsschwere auszeichnen dürften. Damit sind deutliche Verdünnungseffekte bezüglich der prognostizierten Kosten von Versicherten mit einer der HMG 058 zugeordneten Diagnose einer depressiven Erkrankung zu erwarten.

Eigene Analysen anhand von Diagnosedaten der KVB im ersten Quartal 2006 bestätigen den hohen Anteil von unspezifischen Diagnosen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung an den Depressionsdiagnosen. Allein 56 Prozent aller Fälle mit einer Depressionsdiagnose im ersten Quartal 2006 gingen auf die Diagnosen einer sonstigen depressiven Episode (F32.8) und einer nicht näher bezeichneten depressiven Episode (F32.9) zurück.¹ Weitere 8,4 Prozent entfielen auf die Diagnosen F33.8 und F33.9. Dabei werden die unspezifischen Diagnosen mit einem Anteil von 82,9 Prozent insbesondere in der hausärztlichen Versorgung gestellt. Weitere 6,7 Prozent der unspezifischen Diagnosen wurden bei Versicherten gestellt, bei denen eine Depression ausschließlich von einem somatischen Facharzt diagnostiziert wurde.

Auch die Auswertungen innerhalb der einzelnen Arztgruppen machen deutlich, dass in der hausärztlichen Versorgung regelhaft unspezifische Depressionsdiagnosen ge-

¹ Für Versicherte, bei denen im selben Quartal unterschiedliche Depressionsdiagnosen gestellt wurden, wurden für die Analysen die jeweils spezifischeren bzw. schwerwiegenderen Diagnosen verwendet. Versicherte, bei denen der Hausarzt eine Depressionsdiagnose gestellt hatte und die zugleich Kontakt mit einem Facharzt aus den Bedarfsplanungsgruppen der Psychotherapeuten und/oder der Nervenärzte hatten und von diesen keine Depressionsdiagnose erhalten hatten, wurden als „falsch Positive“ von den Analysen ausgeschlossen.

stellt werden. Dies spiegelt eine im Vergleich zur fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wesentlich ungenauere Diagnostik dieser Gruppe psychischer Störungen in der Primärversorgung wider. Bei den Hausärzten machen die unspezifischen Diagnosen einen Anteil von 78,8 Prozent aller Depressionsdiagnosen aus. Dagegen stellen die unspezifischen Depressionsdiagnosen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung eher die Ausnahme dar. Der Anteil der unspezifischen Diagnosen liegt in der Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater bei 25,3 Prozent und bei den Psychologischen Psychotherapeuten bei nur 7,9 Prozent.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, die unspezifischen Einzeldiagnosen F32.8, F32.9, F38.0, F38.1, F38.8, F39 und F41.2 aus der DxG269 und die unspezifischen Einzeldiagnosen F33.8 und F33.9 aus der DxG264 zu streichen. Dadurch lässt sich zum einen die Validität der ambulanten Diagnosen, die der HMG 058 zugeordnet werden, insgesamt erhöhen. Zum anderen können die im aktuellen Klassifikationsmodell bestehenden Verdünnungseffekte durch eine Vielzahl von Versicherten mit leichten Formen depressiver Verstimmungen erheblich reduziert werden. Dabei wird das Risiko des Upcoding durch eine Beschränkung auf manifeste depressive Erkrankungen reduziert, da für die verbliebenen Diagnosen depressiver Störungen, die der HMG 058 zugeordnet werden, diagnostische Kriterien vorliegen, die eine valide Diagnosestellung erlauben. Dennoch sollte zur Verbesserung der Validität der ambulanten, teilstationären und stationären Diagnosen depressiver Erkrankungen mittelfristig auch für diese Diagnosegruppen erwogen werden, verbindliche Vorgaben in Form entsprechender Kodierrichtlinien zu machen. Alternativ wäre eine Beschränkung der berücksichtigungsfähigen Diagnosen auf die von Fachärzten und Psychotherapeuten aus den Bedarfsplanungsgruppen der Nervenärzte und der Psychotherapeuten gestellten Diagnosen in Betracht zu ziehen.

Aufgreifkriterium Arzneimittelwirkstoffe bei psychischen Störungen

Das Bundesversicherungsamt hat für das aktuelle Klassifikationsmodell in sachgerechter Weise bei den meisten berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen ausschließlich stationäre und ambulante Diagnosen entsprechend dem M2Q-Kriterium als Aufgreifkriterium definiert. Das aktuelle Klassifikationsmodell verzichtet zu

Recht bei den meisten berücksichtigungsfähigen Erkrankungen auf die Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen mit definierten Tagesdosen. Diese Notwendigkeit ergibt sich zum einen daraus, dass bei den meisten berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen nach der aktuell besten verfügbaren Evidenz in der Regel auch oder gar ausschließlich nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden als Behandlungsmethode der ersten Wahl indiziert sind. Darüber hinaus gibt es für eine Reihe von berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen keine definierten Arzneimittelwirkstoffe, die eindeutig diesen Diagnosegruppen zugeordnet werden könnten oder welche die ambulanten Diagnosen plausibilisieren bzw. validieren würden. Zu nennen sind hier u. a. die Diagnosegruppen Alkohol- und Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen. Auch aufgrund dieses Mapping-Problems stellen Arzneimittelwirkstoffe kein valides Aufgreifkriterium für die Zuordnung der entsprechenden Morbiditätsgruppen dar.

Sowohl durch den Verzicht auf die Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen als auch durch die Zuordnung der Versicherten mit stationärer oder ambulanter Diagnose zu einer Morbiditätsgruppe vermeidet somit das aktuelle Modell Fehlanreize, die die Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs gefährden könnten.

Eine Ausnahme hiervon stellen jedoch die psychotischen Störungen, einschließlich der Schizophrenie, die bipolaren affektiven Störungen und die demenziellen Erkrankungen dar, bei denen für die ambulanten Diagnosen Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium festgelegt worden sind.

Für die Diagnosegruppen DxG262 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, DxG263 „Bipolare affektive Störungen“ und DxG265 „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ sowie die Demenzerkrankungen der HMG 049 (DxG244, DxG245, DxG248 und DxG249) hat das Bundesversicherungsamt diesen DxGruppen jeweils ein breites Spektrum von Arzneimittelwirkstoffen zugeordnet und die Verordnung von 183 DDD (bzw. 10 DDD bei der DxG265) dieser Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung der ambulanten Diagnose als obligatorisches Aufgreifkriterium definiert. Dabei wurden die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxGruppe so breit definiert, dass zum einen ein Mapping-Problem zum Tragen kommt und zum anderen eine Reihe von berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen für die je-

weiligen Indikationen nicht zugelassen sind. Insgesamt erscheint bei den genannten DxGruppen ein so breit definiertes Spektrum von berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln als nicht geeignet, im Sinne einer Validierung der ambulanten Diagnosen oder zur Eingrenzung auf klinisch relevante Fälle herangezogen zu werden.

Für die Diagnosegruppe der bipolaren affektiven Störungen (DxG263) ist dabei besonders auf die Arzneimittelgruppe der Benzodiazepin-Derivate (N05BA), die trizyklischen Antidepressiva und die atypischen Neuroleptika hinzuweisen. Benzodiazepine können lediglich für eine Akutbehandlung indiziert sein, sie sind dabei in keiner Weise spezifisch für die Diagnosegruppe DxG263 und eine Verordnung von mindestens 183 DDD weist auf eine problematische Abhängigkeitsentwicklung hin, kann aber nicht als Hinweis für die Validität der Diagnose gelten. Ferner gilt für die gesamte Gruppe der Antidepressiva (N06A), dass die zugehörigen Arzneimittelwirkstoffe nicht spezifisch für die Behandlung der bipolaren affektiven Störung sind, sondern bei einer Reihe weiterer Indikationen, z. B. unipolare depressive Störungen, chronische Schmerzen, Angststörungen etc., eingesetzt werden. Die Gruppe der trizyklischen Antidepressiva sind darüber hinaus wegen des erhöhten Risikos, eine Manie oder Hypomanie zu induzieren und die Phasenfrequenz zu steigern, bei bipolaren Störungen nicht indiziert. Die Verordnung eines trizyklischen Antidepressivums weist daher eher auf eine fehlerhafte Kodierung hin, als dass sie für die Validität der Diagnosekodierung spricht. Schließlich erscheint es problematisch, dass Arzneimittel wie z. B. Clozapin (N05AH02), die bei einer bipolaren Störung nur als Off-Label-Use zum Einsatz kommen können, ebenfalls als Aufgreifkriterium verwendet werden.

Sowohl die derzeitige Eingrenzung von Versicherten mit der ambulanten Diagnose einer bipolaren Störung auf der Grundlage der Verordnung von zum Teil ungeeigneten Arzneimittelwirkstoffen als auch die Ausgrenzung von Versicherten mit der Diagnose einer bipolaren Störung, aber ohne entsprechende Arzneimittelverordnung (z. B. nach fehlendem Ansprechen des Patienten auf eine medikamentöse Behandlung) erscheint insgesamt unangemessen. Im Gegensatz zu einigen unspezifischen Einzeldiagnosen aus den depressiven Diagnosegruppen DxG264 und DxG269 kann bei der Diagnosegruppe der bipolaren Störungen davon ausgegangen werden, dass Einzeldiagnosen aus dieser Gruppe in der Regel auf der Grundlage einer systematischen, kriterienorientierten Diagnostik gestellt werden und keiner weiteren Validie-

rung durch Arzneimittelwirkstoffe bedürfen. Diagnosen aus dieser Gruppe dürften auch im Gegensatz zu unipolaren Depressionen ganz überwiegend von Psychiatern und Psychotherapeuten und nur selten von Hausärzten gestellt werden und daher mit einer höheren Validität behaftet sein.

Daher regt die Bundespsychotherapeutenkammer an, bei der Überarbeitung des Klassifikationsmodells für den Jahresausgleich 2010 zu prüfen, inwieweit bei einem Verzicht auf eine ergänzende Arzneimittelprüfung für bipolare Störungen Fehlklassifizierungen wahrscheinlicher würden und die Vorhersage von Leistungsausgaben im Folgejahr bei dieser Versichertengruppe in relevantem Ausmaß abgeschwächt würde. Wäre das nicht der Fall, sollte auf Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches Aufgreifkriterium bei der ambulanten Diagnose einer bipolaren Störung vollständig verzichtet werden.

Auch bei der Diagnosegruppe der Schizophrenie kann von einer relativ hohen Validität der ambulanten Diagnosen ausgegangen werden. Auf Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches Aufgreifkriterium kann daher bei dieser Diagnosegruppe vermutlich ebenfalls verzichtet werden. Die aktuelle Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als obligatorisches zusätzliches Aufgreifkriterium führt bei der Schizophrenie zu einer Ausgrenzung einer wesentlichen Gruppe von Versicherten, die z. B. wegen eines geringen Therapieerfolges oder erheblicher Nebenwirkungen eine weitere pharmakologische Behandlung ablehnen und stattdessen einer intensiveren psychosozialen und psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen. Die aktuelle NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie schätzt den Anteil an Patienten mit einer Schizophrenie, die eine unzureichende Response auf medikamentöse Behandlungsstrategien zeigen, auf bis zu 40 Prozent.

Vor diesem Hintergrund regt die BPTK an, für die Diagnosegruppe DxG263 zu prüfen, ob die zusätzliche Verwendung der aufgeführten Arzneimittelwirkstoffe als Aufgreifkriterium tatsächlich zu einer substantiellen Verbesserung der Vorhersage der Leistungsausgaben im Folgejahr führt. Ferner wäre zu untersuchen, bei wie vielen Versicherten wegen des Aufgreifkriteriums Arzneimittelwirkstoff trotz ambulanter Diagnose einer Schizophrenie keine Zuschläge ausgelöst werden und wie hoch der Anteil der Versicherten wäre, die ausschließlich wegen einer ambulanten Diagnose einer Schi-

zophrenie in der Primärversorgung einen entsprechenden Zuschlag auslösen würden.

Wäre die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen mit keiner verbesserten Vorhersage der Leistungsausgaben im Folgejahr verbunden oder würde eine wesentliche Anzahl von Versicherten mit der ambulanten Diagnose einer Schizophrenie aus der Sekundärversorgung durch das Modell ausgegrenzt, sollte auf die Verwendung der Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium zur Validierung der ambulanten Diagnose verzichtet werden.

Schließlich erscheint die Forderung nach einer Verordnung von 183 Tagesdosen Antidementiva bei demenziellen Erkrankungen (HMG 049) in Anbetracht der sehr beschränkten Erfolgsaussichten dieser pharmakologischen Behandlungsansätze unangemessen. Darüber hinaus machen Wechselwirkungen der Antidementiva mit anderen Arzneimitteln oder das Nebenwirkungsspektrum häufig einen Therapieabbruch erforderlich. Zudem bewirkt eine Behandlung mit Antidementiva maximal eine Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung, so dass im Verlauf der Behandlung u. U. bei Fortschreiten der Erkrankung eine pharmakologische Behandlung beendet werden kann. Auch bei dieser Versichertengruppe würde parallel dazu die Bedeutung psychosozialer Interventionen weiter ansteigen. Diese Versicherten sollten aus diesem Grund auch ohne Arzneimittelverordnung entsprechende Zuschläge auslösen können. Die BPTK schlägt daher vor, für die Demenzerkrankungen (HMG 049) zu prüfen, ob auf Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches Aufgreifkriterium zur ambulanten Diagnose verzichtet werden kann, ohne dass es für diese Morbiditätsgruppe zu einer deutlichen Verschlechterung der Vorhersage der Leistungsausgaben im Folgejahr kommt.

Literatur

- ¹ Benkert, O. & Hippus, H. (2007). Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 6. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag.
- ² National Institute for clinical excellence (NICE) (Eds.): Bipolar disorder –The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care, Clinical Guideline 38, 2006.
- ³ 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.
- ⁵ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, hrsg. von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), erscheint 2009.
- ⁶ National Institute for clinical excellence (NICE) (Eds.): Eating disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, Clinical Guideline 9, 2004.