

## **Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells: Validierung der Diagnostik psychischer Störungen und der Festlegung von Aufgreifkriterien**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
09.05.2008**

## **Arzneimittelwirkstoffe – Validierung der Diagnostik und Aufgreifkriterium bei psychischen Störungen**

Der Gesetzgeber hat in der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV) festgelegt, dass die Risikozuschläge für die durch das BVA ausgewählten Krankheiten auf der Grundlage von ambulanten Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen ermittelt werden sollen. Eine ambulante Diagnose gilt danach als gesichert und als Aufgreifkriterium für die Berechnung eines Zuschlags, wenn sie durch die Verordnung eines entsprechenden Arzneimittelwirkstoffes validiert wird. Diese Vorgabe setzt voraus, dass die fachgerechte und evidenzbasierte Behandlung einer ausgewählten chronischen und schwerwiegenden Krankheit in der Regel die Verordnung von Medikamenten einschließt. Für den Bereich der psychischen Störungen trifft dies jedoch nur bedingt zu.

Zu den berücksichtigungsfähigen psychischen Störungen gehören nach der vorläufigen Auswahl durch das BVA:

- schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen,
- Depression,
- bipolare affektive Störungen,
- Essstörungen,
- akute Belastungsreaktionen und sonstige Anpassungsstörungen,
- Aufmerksamkeitsstörungen/andere hyperkinetische Störungen.

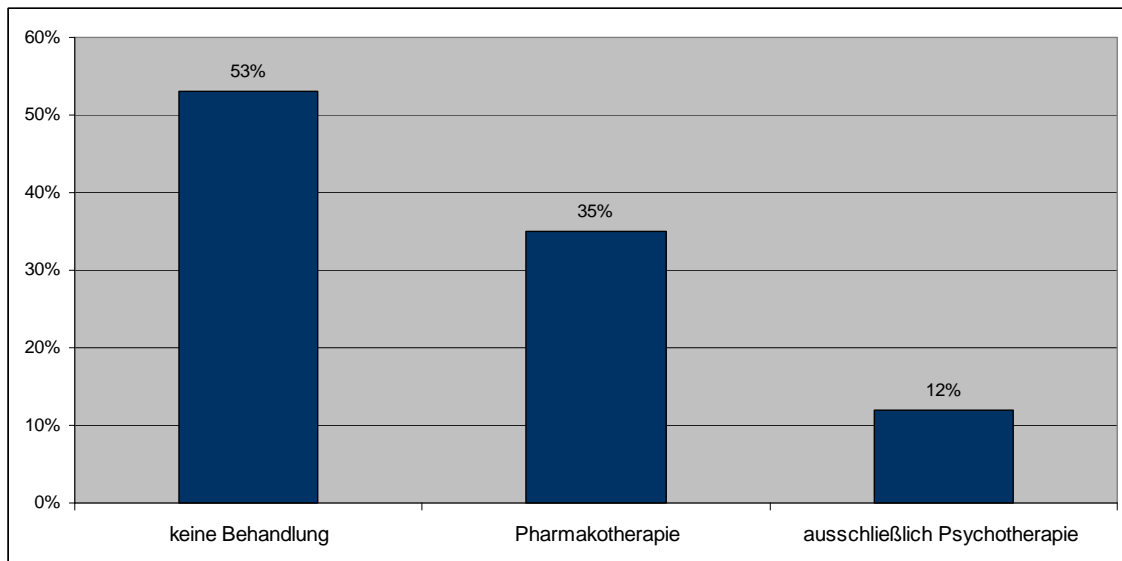
Mit Ausnahme der psychotischen Störungen und der bipolaren affektiven Störungen, bei denen in der Regel immer auch eine pharmakotherapeutische Behandlung indiziert ist (vgl. AWMF Leitlinien<sup>1</sup>, NICE Leitlinien<sup>2</sup>), umfasst eine leitliniengerechte Behandlung oder eine Behandlung nach der besten, verfügbaren Evidenz der übrigen definierten Krankheiten aus dem Spektrum der psychischen Störungen die Verordnung von Psychotherapie, auch in Kombination mit Pharmakotherapie (vgl. u. a. AWMF Leitlinien<sup>3+4</sup>, NVL Depression<sup>5</sup>, NICE Leitlinien<sup>6</sup>).

Es gibt zudem keine definierten Arzneimittelstoffe, die eindeutig der Behandlung von schwerwiegendem Alkoholmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder

akuten Belastungsstörungen sowie sonstigen Anpassungsstörungen zugeordnet werden könnten. Auch aufgrund dieses Mapping-Problems stellen Arzneimittelwirkstoffe allein kein valides Aufgreifkriterium zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen dar.

### **Konsequenzen der Beschränkung auf Arzneimittelwirkstoffe am Beispiel unipolare Depression**

Analysen von Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KV Bayerns) zeigen, dass von den Versicherten mit einer unipolaren depressiven Störung, die sich in Behandlung befinden, 35 Prozent Pharmakotherapie und 12 Prozent ausschließlich Psychotherapie erhalten (siehe Abb. 1). Der Morbiditätsgruppe, die zur Berechnung der Zuschläge für Versicherte mit einer unipolaren depressiven Störung gebildet würde, würden demnach die Kosten von 35 Prozent der Versicherten mit einer unipolaren depressiven Störung zugrunde gelegt. Berücksichtigt man, dass die einmalige Verordnung eines Arzneimittelwirkstoffs als Aufgreifkriterium vermutlich nicht ausreichen wird, sondern dieser über eine noch zu definierende bestimmte Dauer verordnet worden sein muss, wird sich der Anteil der Versicherten, die bei der Berechnung der Zuschläge berücksichtigt werden, noch weiter verringern. Bei einer zusätzlichen Berücksichtigung der Versicherten, die ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden, würde sich der Anteil der Versicherten, die bei der Berechnung der Zuschläge einbezogen werden, um mindestens 12 Prozent erhöhen. Hierdurch wäre eine realistischere Kostenabschätzung und Berechnung der Risikozuschläge möglich, da neben einer exakteren Bestimmung des Anteils der Versicherten auch die Kosten adäquater abgebildet würden.

**Abb. 1: Leistungsspektrum bei Versicherten mit unipolaren depressiven Störungen**

Quelle: KV Bayerns

## **Psychotherapie zur Validierung der Diagnosen und als Aufgreifkriterium für die Bildung von Morbiditätsgruppen**

Aus den genannten Gründen

- keine eindeutige Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen zu mehreren berücksichtigungsfähigen psychischen Störungen,
- systematische Unterschätzung der Kosten in diesen Morbiditätsgruppen durch die Nicht-Berücksichtigung der Ausgaben für Psychotherapie,
- Fehlanreize für eine vorrangig pharmakotherapeutische Behandlung

regt die BPTK an, bei den berücksichtigungsfähigen psychischen Störungen neben der Verordnung von Arzneimittelwirkstoffen die Durchführung von Psychotherapie zur Validierung der ambulanten Diagnosen und als Aufgreifkriterium für die Bildung der Morbiditätsgruppen zu verwenden.

Die Feststellung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse für Psychotherapie erfolgt über ein Gutachterverfahren (vgl. § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen), in dem die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Behandlung beurteilt wird. Die Einschätzung des unabhängigen Gutachters über die Krankheitswertigkeit einer Störung, die Notwendigkeit ihrer Be-

handlung und die Indikation beruht auf einer Synopse der Angaben des antragstellenden Psychotherapeuten und der Krankenkassen zu relevanten Vorerkrankungen, ätiologischen und diagnostischen sowie sozialmedizinischen Aspekten. Die Einschätzung des Gutachters ist in diesem Sinne ein Qualitätssicherungsinstrument und eine Validierung der Diagnose des antragstellenden Psychotherapeuten.

Eine genehmigte Psychotherapie könnte damit zusätzlich zur Verordnung bestimmter Arzneimittelstoffe als Validierung für ambulante Diagnosen und als Aufgreifkriterium zur Bildung der Morbiditätsgruppen für die definierten Krankheiten aus dem Spektrum der psychischen Störungen verwendet werden. Im Vergleich zur Verordnung von Arzneimittelwirkstoffen, die nicht durch eine zweite Instanz geprüft wird, ist die Verordnung von Psychotherapie sogar ein belastbareres Kriterium zur Bestätigung einer Diagnose.

## Literatur

- <sup>1</sup>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, November 2005.
- <sup>2</sup>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.
- <sup>3</sup>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 239 – 254.
- <sup>4</sup>Schmidt L.G., Gastpar M., Falkai P., Gaebel W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, Deutscher Ärzte Verlag, 2006.
- <sup>5</sup>Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, hrsg. von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), erscheint 2008.
- <sup>6</sup>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.