

**Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV:  
Morbiditätsgruppen, Algorithmus für die Zuordnung der  
Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, Regressionsver-  
fahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und Be-  
rechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
20.06.2008**

## Morbiditätsgruppen

Das Bundesversicherungsamt unterscheidet in seinem aktuellen Entwurf auf der Grundlage der 80 ausgewählten Krankheiten insgesamt 102 Morbiditätsgruppen. Für die ausgewählten psychischen Krankheiten erscheinen die vorgenommenen Differenzierungen und Zusammenlegungen in den entsprechenden Morbiditätsgruppen im Wesentlichen sachgerecht. Sie führen, soweit sich dies aus den der BPTK vorliegenden Daten ableiten lässt, zu einer gewissen Kostenhomogenität innerhalb der Gruppen.

Auch die erneute Auftrennung der Krankheit Depression in zwei verschiedene Morbiditätsgruppen dürfte mit dem Ziel der Bildung kostenhomogener Morbiditätsgruppen gut begründbar sein, wenngleich diese Auftrennung nicht ganz der Gesamtsystematik entspricht. Dies kommt insbesondere dadurch zum Tragen, dass die diagnostische Unterscheidung zwischen mittelgradigen und schweren depressiven Episoden anhand der Zahl und Ausprägung der depressiven Symptome in der stationären und ambulanten Versorgung in der Regel nur eingeschränkt valide getroffen wird. Gleiches gilt für die Unterscheidung zwischen depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen, die u. U. auf der Bewertung von zum Teil weit in der Vergangenheit liegenden Episoden psychischer Beschwerden beruht. Aufgrund der Zuordnung der Krankheit Depression zu zwei verschiedenen Morbiditätsgruppen könnte es zu einem Upcoding kommen.

Für eine spätere Überarbeitung des Klassifikationssystems sollte darüber hinaus geprüft werden, ob eine Verschiebung der Diagnose der Dysthymie (F34.1) aus der DxGruppe 269 zur DxGruppe 264 im Sinne einer stärkeren Kostenhomogenität sinnvoll wäre. Daten aus dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheitssurveys zeigen, dass Personen mit der 12-Monatsdiagnose einer Dysthymie mit 38,4 Ausfalltagen in den letzten 12 Monaten vor Befragung im Vergleich zu Patienten mit einer depressiven Episode (F32) mit 22,2 Ausfalltagen und Patienten mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störungen mit 14,3 Ausfalltagen deutlich länger anhaltende Beeinträchtigungen angeben. Auch der Anteil der vorzeitig Berenteten fällt bei Patienten mit der Diagnose einer Dysthymie mit 12,2 Prozent etwas höher aus als bei Patienten mit einer depressiven Episode (8,8 Prozent) bzw.

einer rezidivierenden depressiven Episode (7,8 Prozent). Ob diese Unterschiede auch in einem prospektiven Modell zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in der GKV Bestand haben, wäre dabei zu prüfen. Vor dem Hintergrund der per definitionem gegebenen Chronizität der Dysthymie mit einer Mindestkrankheitsdauer von zwei Jahren wäre das jedoch erwartbar.

### **Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen**

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt ausdrücklich, dass in sachgerechter Weise bei den meisten berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen ausschließlich die stationäre und die ambulante Diagnose in zwei Quartalen als Aufgreifkriterium definiert wurden. Auf die Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen mit definierten Tagesdosen wurde in diesen Fällen sinnvollerweise verzichtet. Sowohl durch den Verzicht auf die Zuordnung von Arzneimittelwirkstoffen als auch durch die Zuordnung der Versicherten mit stationärer oder ambulanter Diagnose zu einer Morbiditätsgruppe werden Fehlanreize vermieden, die die Versorgungsneutralität gefährden könnten.

Mit Ausnahme der psychotischen Störungen und der bipolaren affektiven Störungen (vgl. AWMF Leitlinien<sup>1</sup>, NICE Leitlinien<sup>2</sup>) sind bei den anderen berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen nach der besten verfügbaren Evidenz in der Regel auch oder gar ausschließlich nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden als Behandlungsmethode der ersten Wahl indiziert. Eine leitliniengerechte Behandlung oder eine Behandlung nach der besten verfügbaren Evidenz dieser berücksichtigungsfähigen Krankheiten aus dem Spektrum der psychischen Störungen umfasst die Verordnung von Psychotherapie und nur bei bestimmten Schweregraden auch in Kombination mit Pharmakotherapie (vgl. u. a. AWMF Leitlinien<sup>3+4</sup>, NVL Depression<sup>5</sup>, NICE Leitlinien<sup>6</sup>).

Darüber hinaus gibt es, wie wir bereits in einer früheren Stellungnahme dargelegt haben, keine definierten Arzneimittelwirkstoffe, die eindeutig der Behandlung von schwerwiegendem Alkohol- und Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder unipolaren depressiven Erkrankungen zugeordnet werden könnten.

Auch aufgrund dieses Mapping-Problems stellen Arzneimittelwirkstoffe kein valides Aufgreifkriterium für die Zuordnung der entsprechenden Morbiditätsgruppen dar.

Für die DxGruppen 262 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ und die DxGruppe 263 „Bipolare affektive Störungen“ hat das Bundesversicherungsamt diesen DxGruppen in seinem aktuellen Entwurf Gruppen von Arzneimittelwirkstoffen zugeordnet und die Verordnung von 183 DDD dieser Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung der ambulanten Diagnose als obligatorisches Aufgreifkriterium definiert, falls keine stationäre Diagnose vorliegt. Dabei wurden die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel je DxGruppe so breit definiert, dass zum einen das bereits für die anderen berücksichtigungsfähigen psychischen Erkrankungen dargelegte Mapping-Problem auch hier zum Tragen kommt und zum anderen eine Reihe von berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen nicht in Einklang stehen mit den aktuellen Leitlinienempfehlungen zu diesen Indikationen. Insgesamt erscheint bei den genannten DxGruppen ein so breit definiertes Spektrum von berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln nicht geeignet, im Sinne einer Validierung der ambulanten Diagnosen herangezogen zu werden. Beispielhaft sei für die DxGruppe der bipolaren affektiven Störungen auf die Arzneimittelgruppe der Benzodiazepin-Derivate (N05BA) hingewiesen. Die Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen kann lediglich für eine Akutbehandlung indiziert sein, sie ist für die DxGruppe 263 nicht spezifisch 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. Auch die Verwendung des Arzneimittelwirkstoffes Johanneskraut (N06AP01 und N06AP51) als zusätzliches Aufgreifkriterium ist mit gängigen Leitlinienempfehlungen nicht kompatibel und eignet sich nicht für die Validierung der ambulanten Diagnose.

Vor diesem Hintergrund regt die BpTK an, für die genannten DxGruppen 262 und 263 zu prüfen, ob die zusätzliche Verwendung der aufgeführten Arzneimittelwirkstoffe als Aufgreifkriterium zu einer substanziellen Verbesserung der Vorhersage der Leistungsausgaben im Folgejahr führt. Wäre dies nicht der Fall, sollte auf die Verwen-

dung der Arzneimittelwirkstoffe als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium zur Validierung der ambulanten Diagnose verzichtet werden. Hierfür spräche auch der substanzielle Prozentsatz von Patienten mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren affektiven Störung, bei denen eine Behandlungsresistenz auf eine pharmakologische Behandlung festzustellen ist oder die eine psychopharmakologische Behandlung ablehnen. Wenn sich aus den Daten keine Hinweise ergeben, dass diese Versicherten-Gruppe ohne entsprechende Arzneimittelverordnung überwiegend aus klinisch nicht relevanten Fällen besteht, sollte sie nach Möglichkeit bei der Bildung der zugehörigen Morbiditätsgruppen berücksichtigt werden.

Die in dem Entwurf vorgenommenen Hierarchisierungen der Morbiditätsgruppen (HMG) für die Krankheit „Drogen- und Alkoholmissbrauch“ (Hierarchie 10) und die Psychischen Erkrankungen (Hierarchie 11) und die damit einhergehenden Beschränkungen in der Zuschlagsberechnung erscheinen grundsätzlich sachgerecht und werden von der BPTK befürwortet. Ebenso angemessen erscheint die gesonderte Betrachtung der Aufmerksamkeitsdefizitstörungen als einzige Morbiditätsgruppe in der Hierarchie 12 der Entwicklungsstörungen.

### **Regressionsverfahren**

Zum Regressionsverfahren regt die BPTK an, dass für den Fall, dass eine in der Hierarchie höher stehende HMG einen niedrigeren Koeffizienten erhält, diese Inkonsistenz nicht, wie vom BVA vorgeschlagen, automatisch dadurch geheilt wird, dass die Risikomerkmale in Form einer Variablen in eine erneute Berechnung einbezogen werden und damit jeweils den gleichen Koeffizienten erhalten. Vielmehr sollte zunächst die Zusammensetzung der betroffenen HMG, ggf. bis hin zur Zuordnung einzelner ICD-10 Diagnosen, zu den jeweiligen DxGruppen auf mögliche Fehlzuordnungen geprüft werden, die zu einer stärkeren Kostenheterogenität innerhalb einzelner HMG geführt haben könnten. Erst, wenn sich die hierarchischen Inkonsistenzen im Regressionsmodell durch entsprechende Modifikationen bei der Bildung der Morbiditätsgruppen beseitigen lassen, sollte zur Herstellung der Konsistenz der Hierarchie für die Berechnung der Koeffizienten eine Zusammenlegung von zwei HMG in einer Variablen vorgenommen werden. Dieses Verfahren wäre dann ggf. zu wiederholen, bis alle Inkonsistenzen beseitigt sind.

## 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>3h</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.