

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich

Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2012

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
01.04.2011**

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass das Bundesversicherungsamt bei der Weiterentwicklung des bestehenden Versichertenklassifikationsmodells den konstruktiven Austausch mit den Organisationen der Krankenkassen, Leistungserbringer sowie der Patienten und Versicherten fortführt und dem Anpassungsprozess für das Ausgleichsjahr 2012 erneut ein Vorschlagsverfahren voranstellt.

Die BPTK befürwortet 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 Jahresausgleich 2012 beibehalten werden sollte. Zur Vermeidung von Fehlanreizen sollten auch in Zukunft bei den meisten Diagnosegruppen (DxGs) Zuschläge sowohl durch stationäre als auch durch ambulante Diagnosen ausgelöst werden. Auch der weitgehende Verzicht auf Arzneimittelwirkstoffe zur Validierung von ambulanten Diagnosen ist sachgerecht und vermeidet einseitige Anreize für pharmakologische Behandlungen zum Nachteil von leitlinienkonformen, nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen. An dieser Grundausrichtung des Klassifikationsmodells sollte festgehalten werden.

Auch das Problem der unspezifischen Diagnosen war vom Bundesversicherungsamt für den Bereich der depressiven Störungen bereits bei der Revision des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2010 aufgegriffen worden, in dem diese Diagnosen eigenen DxGruppen zugeordnet und schließlich in einer gesonderten Morbiditätsgruppe gruppiert wurden. Dieser Ansatz könnte ggf. erfolgreich auf einige andere Erkrankungen und die ihnen zugeordneten unspezifischen Diagnosen übertragen werden.

Erweiterung der berücksichtigungsfähigen Krankheit „Angsterkrankungen“

Wenngleich bei dem diesjährigen Anpassungsprozess auf Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit eine Überprüfung der im kommenden Ausgleichsjahr zu berücksichtigenden Krankheiten ausgesetzt wird, möchte die BPTK anregen, dennoch eine Aktualisierung der Krankheitsdefinition der Erkrankung Nr. 142 „Angsterkrankungen“ dahingehend vorzunehmen, dass darin auch die bislang als eigene Erkrankung Nr. 144 „Zwangsstörungen“ inkludiert wird.

In der aktuellen Fassung der ICD-10-GM wird keine eindeutige Oberkategorie der Angststörungen definiert. Vielmehr werden die „Phobischen Störungen“ (F40) von den „Anderen Angststörungen“ (F41) und den „Zwangsstörungen“ (F42) abgegrenzt. Stattdessen ordnet die vierte Edition des diagnostischen Klassifikationssystems für psychische Störungen „DSM-IV“ die Diagnose der Zwangsstörungen (Kode 300.3 nach DSM-IV) den Angststörungen zu. Auch in dem aktuellen Entwurf für das DSM-V wird empfohlen, dass die Zwangsstörungen unter die Krankheitskategorie der Angst- und Zwangsspektrumsstörungen gruppiert werden. Auch im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG als auch in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden die Zwangsstörungen und die (anderen) Angststörungen in einem Anwendungsbereich der Psychotherapie zusammengefasst.

Diese Zusammenfassung ist nicht zuletzt aufgrund der symptomatischen Überlappungen, gemeinsamer ätiologischer Faktoren und der Ähnlichkeit der psychotherapeutischen Behandlungsansätze gerechtfertigt. Die klinisch festzustellenden Besonderheiten der Zwangsstörungen stellen im Vergleich zu der Heterogenität der anderen Angststörungen untereinander keine relevante Abweichung dar. Insbesondere für die Zwecke der Abgrenzung und Auswahl von Krankheiten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist daher die Bildung einer eigenen Krankheitskategorie für die Diagnose der Zwangsstörungen nicht zu rechtfertigen. Daher schlägt die BPTK vor, dass die beiden Krankheiten „Angststörungen“ (Nr. 142) und „Zwangsstörungen“ (Nr. 144) zu einer Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zusammengefasst werden. Ferner sollte, wiederum analog der DSM-IV-Klassifikation, neben der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (F43.1) auch die Diagnose der

„Akuten Belastungsreaktion“ (F43.0) der Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zugeordnet werden.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen DxG 273, DxG 278 und DxG 263 und deren Gruppierung zu den hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG)

Mit der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2010 wurden bereits die unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung in eigene Diagnosegruppen (DxG 817 und DxG 818) ausgelagert, welche zunächst in die neue Morbiditätsgruppe HMG 057 „Depressive Episoden (nicht näher bezeichnet)“ und für das Ausgleichsjahr 2011 in die neue HMG 057 „Angststörungen und unspezifische depressive Störungen“ führte. Diese Unterscheidung war unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten sinnvoll und führte zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer. Die Ausgliederung der unspezifischen Diagnosen in eigene Dx-Gruppen halten wir generell für einen sinnvollen Ansatz, der zu einer weiteren Verbesserung der Validität des Klassifikationssystems beitragen kann.

Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, dass dieser Ansatz für das Ausgleichsjahr 2012 auch für die Gruppe der Angsterkrankungen geprüft wird. Die DxG 278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angststörungen“ beinhaltet bereits ausschließlich unspezifische Diagnosen, die per se als Verdachtsdiagnose bzw. als diagnostische Restkategorie zu betrachten sind, in denen sich zu einem großen Teil eine eingeschränkte klinische Relevanz der Erkrankung im Sinne einer subklinischen Ausprägung der Symptomatik manifestiert. Dies gilt auch für die Diagnosen F40.8 und F40.9 aus der Diagnosegruppe DxG 273 „Phobische Störungen“. Daher sollte die Möglichkeit geprüft werden, die unspezifischen Diagnosen F40.8 und F40.9 aus der DxG 273 „Phobische Störungen“ herauszunehmen und der DxG 278 „Andere und nicht näher bezeichnete Angstzustände“ zuzuordnen. Im Weiteren könnten dann – wenn im Sinne der Kostenhomogenität vertretbar – die Diagnosegruppen DxG 270 „Panikstörung/Panikattacken“, DxG 271 „Generalisierte Angststörungen“ und DxG 273 „Phobische Störungen“ zu einer eigenen Morbiditätsgruppe „Spezifische Angststörungen“ gruppiert werden. In diese Morbiditätsgruppe könnte bei entsprechender

Erweiterung der Krankheit Nr. 142 „Angsterkrankungen“ auch die Diagnosegruppe der Zwangserkrankungen DxG 274 gruppiert werden.

Ferner möchte die BPTK für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2012 anregen zu prüfen, ob die Auslagerung der unspezifischen Diagnosecodes der DxG 263 „Bipolare affektive Störungen“ (F30.8, F30.9, F31.8, F31.9, F34.8 und F34.9) in eigene Dx-Gruppen „Sonstige, nicht näher bezeichnete manische Episoden“ und „Sonstige, nicht näher bezeichnete bipolare/anhaltende affektive Störungen“ und die Zuordnung dieser neuen Dx-Gruppe zur HMG 057 ebenfalls zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer führt. Die HMG 057 könnte in diesem Falle umbenannt werden in „Unspezifische Angststörungen und unspezifische affektive Störungen“.

Anpassung der Hierarchie „Psychische Erkrankungen“

Hinsichtlich der bisherigen Hierarchie der Morbiditätsgruppen der psychischen Erkrankungen stellt sich jedoch die Frage, ob die bisherige strikt lineare Hierarchie über alle Morbiditätsgruppen psychischer Erkrankungen mit Ausnahme der substanzbezogenen Erkrankungen hinreichend begründet ist. Insbesondere psychotische Erkrankungen treten häufig weitgehend unabhängig von anderen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel den Essstörungen oder Angststörungen, auf, sodass die Erkrankungen jeweils einen eigenen Behandlungsbedarf und somit unterschiedliche Kosten verursachen. Daher schlägt die BPTK vor, die Hierarchie aufzugliedern in eine lineare Hierarchie der Morbiditätsgruppen, die psychotische Erkrankungen inkludieren (HMG 054 → HMG 055 → HMG 056), und für die anderen Morbiditätsgruppen psychischer Erkrankungen eine separate Hierarchisierung vorzunehmen (HMG 060 → HMG 058 → HMG 057). Hierbei wäre ggf. zu prüfen, ob die DxG 264 und DxG 269 anstelle der HMG 058 in einer eigenen HMG gruppiert werden und für diese neue Morbiditätsgruppe zusätzlich eine Hierarchiebeziehung zwischen der HMG 055 und der neuen HMG mit den DxGs der spezifischen unipolaren depressiven Störungen definiert wird (HMG 055 → HMG neu [DxG 264, DxG 269]). In diesem Zusammenhang wäre auch zu prüfen, ob auch die Diagnosegruppe der Persönlichkeitsstörungen (DxG 268) statt in der HMG 056 besser in einer eigenen Morbiditätsgruppe gruppiert werden sollte, da unter medizinischen Gesichtspunkten kein vorrangiger

Zusammenhang zwischen wahnhaften Störungen sowie den reaktiven und vorübergehenden psychotischen Störungen einerseits und Persönlichkeitsstörungen andererseits besteht und diese Erkrankungen einen voneinander unabhängigen Behandlungsbedarf auslösen.

Aufgreifkriterium Arzneimittelwirkstoffe bei psychischen Störungen

Das Bundesversicherungsamt hatte bei der letztjährigen Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells den Vorschlag der BPtK zur Überprüfung des Aufgreifkriteriums Arzneimittelwirkstoffe bei den Diagnosegruppen „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“, „Bipolare affektive Störungen“ und „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ aufgegriffen. Die Überprüfung bezog sich auf die Fragestellung, ob die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen bei diesen Diagnosegruppen als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium zu einer Validierung der ambulanten Diagnosen beiträgt bzw. für eine Schweregraddifferenzierung geeignet ist.

Die Analysen hatten seinerzeit 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 kostenintensiven Fälle zu erreichen.

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme vom 27. August 2010 angeregt, vor dem Hintergrund des Inkrafttretens der Ambulanten Kodierrichtlinien, die für die Zukunft eine Verbesserung der Diagnosequalität bei diesen Störungen erwarten lassen, das Aufgreifkriterium Arzneimittel bei diesen Diagnosen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu überprüfen. Sollten die Ambulanten Kodierrichtlinien die erwartete Wirkung entfalten, dürfte sich die Diagnosequalität in der ambulanten Versorgung kontinuierlich verbessern und insbesondere der Anteil der unspezifischen Diagnosen aus diesen Diagnosegruppen sollte in den kommenden Jahren weiter zurückgehen. Aufgrund der Verzögerungen bei der Einführung und Umsetzung der Ambulanten Kodierrichtlinien wäre eine solche Überprüfung des Aufgreifkriteriums zum jetzigen Zeitpunkt allerdings verfrüht und dürfte erst in einigen Jahren wieder angezeigt sein.

Vor dem Hintergrund eines Vorschlags des IKK e.V. im Stellungnahmeverfahren vom April 2010 zur erweiterten Nutzung des Aufgreifkriteriums Arzneimittel, auch bei der DxG 264, möchten wir an dieser Stelle noch einmal explizit darauf hinweisen, dass ein Aufgreifkriterium Arzneimittel bei dieser Diagnosegruppe weder sachgerecht noch versorgungsneutral wäre. Denn die aktuelle NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ empfiehlt gerade nicht, wie die Argumentation der IKK e.V. nahegelegt, bei mittelgradigen und schweren akuten Depressionen generell eine Pharmakotherapie. 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. Und 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 bei Diagnosen der DxG 264 Fehlanreize hin zu einer pharmakologischen Behandlung setzen und verstieße gegen die im Gesetzestext beschriebene Versorgungsneutralität des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

In diesem Zusammenhang möchte die BPtK noch darauf hinweisen, dass auch bei den im kommenden Ausgleichsjahr zu berücksichtigenden psychischen Erkrankungen „Angststörungen“, „Essstörungen“ oder „Persönlichkeitsstörungen“ eine Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als zusätzliches, obligatorisches Aufgreifkriterium bei ambulanten Diagnosen nicht in Betracht kommt, da eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung dieser Störungen nach den evidenzbasierten Leitlinien als mindestens gleichwertige Behandlungsalternative zur pharmakologischen Behandlung empfohlen wird. Die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als obligatorisches Aufgreifkriterium bei Angststörungen würde daher zu medizinisch nicht gerechtfertigten Fehlanreizen für eine vorrangig pharmakologische Behandlung führen.

Literatur

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.

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.

McIntosh A, Cohen A, Turnbull N, Esmonde L, Dennis P, Eatock J, Feetam C, Hague J, Hughes I, Kelly J, Kosky N, Lear G, Owens L, Ratcliffe J, Salkovskis P (2004) *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder* Sheffield: University of Sheffield/London: National Collaborating Centre for Primary Care.

National Institute for clinical excellence (NICE) (Eds.): *Post Traumatic Stress Disorder – The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline 26*, 2005.