

Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich

Anpassung des Modells für den Jahresausgleich 2011

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
09.04.2010**

Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (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 Jahrgleich 2011 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.

Bereits bei der letztjährigen Überarbeitung des Klassifikationssystems hat das Bundesversicherungsamt bei einigen Diagnosegruppen die Zweckmäßigkeit der Validierung dokumentierter ambulanter Diagnosen durch Arzneimittelwirkstoffe überprüft und diese im Falle der demenziellen Erkrankungen weitgehend aufgegeben. Der Verzicht auf eine Validierung ambulanter Diagnosen über Arzneimittelwirkstoffe könnte unserer Einschätzung nach im Falle der Bestätigung durch entsprechende Datenanalysen noch auf einige weitere Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen ausgedehnt werden. Auch das Problem der unspezifischen Diagnosen hat das Bundesversicherungsamt für den Bereich der depressiven Störungen bereits bei der letztjährigen Revision des Klassifikationssystems aufgegriffen und diese Diagnosen einer eigenen Morbiditätsgruppe zugeordnet. Dieser Ansatz könnte ggf. erfolgreich auf einige andere Erkrankungen und die ihnen zugeordneten unspezifischen Diagnosen übertragen werden.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen DxG 263, DxG 264, DxG 269, DxG 817 und DxG 818

Mit der letztjährigen Weiterentwicklung des Klassifikationssystems wurden die unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung in eigene Diagnosegruppen (DxG 817 und DxG 818) ausgelagert, welche in die neue Morbiditätsgruppe HMG057 „Depressive Episoden (nicht näher bezeichnet)“ führt. Diese Abgrenzung war unter me-

dizinisch-klinischen Gesichtspunkten sinnvoll und führte zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer. Entsprechend der aktuell vorgeschlagenen Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 wird die Diagnosegruppe um die unspezifischen Diagnosen einer affektiven Störung F38.0, F38.1, F38.8 und F39 bereinigt, da bei der Krankheitsauswahl diese Diagnosecodes nicht länger der Krankheit Depression zugeordnet werden. Zusätzlich wurde der Diagnosecode F41.2 neu der Krankheit „Angststörungen“ zugeordnet.

Die Bereinigung der Krankheitsdefinition um unspezifische Diagnosen, wie sie in dem Festlegungsentwurf vorgeschlagen wurde, halten wir für einen sinnvollen Ansatz, um zu einer weiteren Verbesserung der Validität des Klassifikationssystems beizutragen. Für den Fall, dass es nicht vertretbar erscheint, unspezifische Diagnosen bei der Zuordnung von Diagnosecodes zu einer Krankheit in einer „Krankheitsrestkategorie“ auszulagern (wie im Falle der psychischen Erkrankungen in die Krankheit Nr. 148 „Andere psychische Erkrankungen“ gemäß Anhang 4 des Entwurfs der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011), sollte die Möglichkeit geprüft werden, die unspezifischen Diagnosen einer eigenen Diagnosegruppe zuzuordnen und – wenn unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten und im Sinne der Kostenhomogenität vertretbar – diese DxGruppen einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe zuzuordnen. Für die Weiterentwicklung des Klassifikationssystems für das Ausgleichsjahr 2011 möchten wir daher 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 DxGruppen „Sonstige nicht näher bezeichnete manische Episoden“ und „Sonstige, nicht näher bezeichnete bipolare/anhaltende affektive Störungen“ und die Zuordnung dieser neuen DxGruppe zur HMG057 zu einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer führt. Die HMG057 könnte in diesem Falle umbenannt werden in „Affektive Störungen (nicht näher bezeichnet)“.

Vorschläge zur Änderung der Zuordnung von ICD-10-Codes zu den Diagnosegruppen DxG 275

Mit der diesjährigen Überprüfung der Krankheitsauswahl wurden in dem Festlegungsentwurf vom 5. März 2010 sachgerecht die Diagnosecodes F50.4, F50.5, F50.8 und F50.9 der Krankheit Nr. 40 „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“ zuge-

ordnet. Nach Auswertung der KV Bremen für das Jahr 2008 macht der Diagnosecode F50.9 ca. 55 Prozent aller Diagnosen aus dieser Krankheit aus.¹ Weitere 14 Prozent entfallen auf die Diagnosecodes einer Anorexia nervosa (F50.0 und F50.1) und 18 Prozent auf die einer Bulimia nervosa (F50.2 und F50.3). Die anderen Diagnosecodes sind deutlich seltener (F50.4: 4,6 Prozent; F50.5: 1,7 Prozent und F50.8: 6,6 Prozent). Grundsätzlich könnte analog den Überlegungen bei den bipolaren affektiven Störungen geprüft werden, ob eine Auslagerung der Diagnosecodes F50.4, F50.5, F50.8 und F50.9 in eine eigene DxGruppe „Andere Essstörungen“ und eine anschließende Zuordnung dieser DxG zu einer eigenen Morbiditätsgruppe (ggf. aber auch zur HMG057) unter der Perspektive der Kostenhomogenität sinnvoll sein könnte, da die mit diesem unspezifischen Diagnosecodes kodierten Versicherten die grundsätzlich kostengünstigeren Fälle sein könnten. Allerdings besteht für den Diagnosecode F50.9 die Besonderheit, dass nach ICD-10 bislang auch die spezifische Essstörung „Binge Eating Störung“ mit diesem Code einer „Essstörung, nicht näher bezeichnet“ kodiert werden muss. Erst für die ICD-11 ist analog den aktuellen Entwürfen für das DSM-V mit einer Aufnahme der „Binge Eating Störung“ als eigene Diagnose in das Klassifikationssystem zu rechnen². Daher ist der Anteil der subklinischen Fälle an den Versicherten mit dem Diagnosecode F50.9 gegenwärtig nur schwer abzuschätzen. Die Zweckmäßigkeit einer Zuordnung im Sinne einer besseren Abgrenzung der Kostenschätzer sollte in jedem Fall empirisch überprüft werden.

Aufgreifkriterium Arzneimittelwirkstoffe bei psychischen Störungen

Die Bundespsychotherapeutenkammer möchte nochmals ihren Vorschlag zur Überprüfung des Aufgreifkriteriums Arzneimittelwirkstoffe bei psychischen Störungen aus ihrer Stellungnahme vom 15. April 2009 bekräftigen. In dieser Stellungnahme hatte die BPTK insbesondere für die Diagnosegruppen „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, „Bipolare affektive Störungen“ und „Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn“ angeregt zu prüfen, ob die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen bei ambulanten Diagnosen als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium tatsächlich zur gewünschten Validierung der ambulanten Diagnosen bzw. zur Eingrenzung auf die klinisch relevanten Fälle beiträgt.

¹ Hierbei handelt es sich um eine grobe Schätzung der Verhältniszahlen, da Doppeldiagnosen möglich waren und das M2Q-Kriterium keine Anwendung fand.

² Der aktuelle Vorschlag der Diagnosekriterien für das DSM-V zur Diagnose „Binge Eating Disorder“ ist einsehbar unter: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/EatingDisorders.aspx>.

Nach unserer Einschätzung wurden die berücksichtigungsfähigen Arzneimittel bei diesen DxGruppen so breit definiert, dass zum einen ein Mapping-Problem zum Tragen kommt und zum anderen eine Reihe von berücksichtigungsfähigen Arzneimittelwirkstoffen für die jeweiligen Indikationen nicht zugelassen sind.

Für die Diagnosegruppe der bipolaren affektiven Störungen (DxG 263) 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 DxG 263 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 Störungen sind, sondern bei einer Reihe weiterer Indikationen, z. B. unipolare depressive Störungen, chronische Schmerzen, Angststörungen etc., eingesetzt werden. Die Gruppe der trizyklischen Antidepressiva ist 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 z. T. 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) erscheinen insgesamt unangemessen.

Auch bei der Diagnosegruppe der Schizophrenie führt die aktuelle Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als obligatorisches zusätzliches Aufgreifkriterium 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.

Im Gegensatz zu einigen unspezifischen Einzeldiagnosen aus den DxG 817 und DxG 818 kann bei den Diagnosegruppen „Bipolare, affektive Störungen“ und „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ davon ausgegangen werden, dass Einzeldiagnosen aus diesen Gruppen i. d. R. auf der Grundlage einer systematischen, kriterienorientierten Diagnostik gestellt werden und keiner weiteren Validierung durch Arzneimittelwirkstoffe bedürfen. Schon heute werden Diagnosen aus den DxG 262 und DxG 263 ganz überwiegend von spezifisch für den Bereich der psychischen Erkrankungen qualifizierten Fachärzten und Psychotherapeuten gestellt, die eine kriterienorientierte Diagnostik gewährleisten. Darüber hinaus setzt Version 2010 gemäß den Plausibilitätskriterien der ambulanten Kodierrichtlinien künftig die Kodierung einer gesicherten Diagnose einer Schizophrenie, schizotyper und wahnhafter Störungen sowie manischer und bipolarer affektiver Störungen eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus:

„Plausibilitätskriterien:

Die Kodierung der Schizophrenie sowie schizotyper und wahnhafter Störungen (ICD-Kodes aus F20 bis F29) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Die Kodierung manischer und bipolarer affektiver Störungen (ICD-Kodes aus F30 bis F31) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine (Mit-)Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus“ (Auszug aus den Ambulanten Kodierrichtlinien, Version 2010).

Daher ist nach unserer Einschätzung schon heute eine Validierung der ambulanten Diagnosen aus den DxG 262 und DxG 263 verzichtbar bzw. kontraindiziert. Zugleich ist vor dem Hintergrund der Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien eine weitere Verbesserung der Validität der ambulanten Diagnosen aus diesem Diagnosespektrum zu erwarten. Sofern eine Überprüfung des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA nicht zu anderen Ergebnissen kommt, sollte somit bereits für den Jahresausgleich 2011 auf die Verwendung von Arzneimittelwirkstoffen als zusätzliches obligatorisches Aufgreifkriterium bei den ambulanten Diagnosen einer bipolaren, affektiven Störung bzw. einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung vollständig verzichtet werden.

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, dass für die gemäß dem aktuellen Festlegungsentwurf für die Auswahl der Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 neu ausgewählte Krankheit „Angststörungen“, wie u. a. auch bei den unipolaren depressiven Störungen, 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 Auf-

greifkriterium bei Angststörungen würde daher zu medizinisch nicht gerechtfertigten einseitigen Anreizen für eine pharmakologische Behandlung führen.

Literatur

¹ Benkert, O. & Hippus, H. (2007). Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 6. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag.

²National 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.

³National 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.

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.

⁶National 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.

⁷ 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.

⁸National 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.