

Stellungnahme

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich (RSA)

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2019

24.08.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium	3
Arzneimittelvalidierung für schwere Depression	5
Konsolidierung der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“	7
Literatur	8

Vorbemerkung

Nach § 31 Absatz 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) die Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungungsverfahren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2019 bis zum 30. September 2018 festzulegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt das empirisch gestützte Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA, dass auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2019 fortgeführt wurde.

Für das Ausgleichsjahr 2019 ist der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BVA von seiner Aufgabe, die Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu berücksichtigenden Krankheiten jährlich zu überprüfen, entbunden worden. In Hinblick auf die Aufgabe der laufenden Pflege des vom BVA ausgewählten Modells beschränkte sich der Wissenschaftliche Beirat vor dem Hintergrund der parallel erfolgenden Erstellung des Regionalgutachtens auf die Überprüfung von Änderungsvorschlägen aus den Vorschlagsverfahren der Vorjahre, wichtige Empfehlungen des Sondergutachtens aus dem Jahr 2017 und auf zwingend notwendige Überarbeitungen. Für den Bereich der psychischen Erkrankungen ist hiervon insbesondere die Prüfung einer zusätzlichen Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus und die Untersuchung der hierarchischen Struktur der Morbiditätsgruppen in der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ betroffen.

Die Stellungnahme der BPtK beschränkt sich daher im Kern auf die vorgeschlagene Anpassung der Aufgreifkriterien für depressive Erkrankungen und die vorgeschlagene Änderung der Dominanzstruktur für die Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“.

Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium

In dem Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (2017) hat der Wissenschaftliche Beirat die bisherige Nutzung von Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich dargestellt und analysiert. Hierbei wird grundsätzlich zwischen zwei Zwecken des Einsatzes im Klassifikationssystem unterschieden: zur Diagnosevalidierung – zum einen im Sinne

der Verifizierung der Richtigkeit, zum anderen im Sinne der klinischen Relevanz der Diagnose – sowie zur Differenzierung des Schweregrades.

Im Sondergutachten wird dabei deutlich, dass die Differenzierung des klinischen Schweregrades einer Erkrankung über Arzneimittel erst im Verlauf der Weiterentwicklung des Morbi-RSA zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Bezogen auf den Bereich der psychischen Erkrankungen, auch bei den Krankheiten, bei denen Arzneimittelverordnungen bereits als Aufgreifkriterium genutzt worden sind, sind Arzneimittelverordnungen für diesen Zweck jedoch bislang weder angewandt noch geprüft worden. Gerade für den Bereich der psychischen Erkrankungen erscheint aus Sicht der BPtK jedoch die Verwendung von Arzneimittelverordnungen für den Zweck der Diagnosevalidierung, sei es zur Verifizierung der Richtigkeit der Diagnose oder zur Feststellung der klinischen Relevanz der Diagnose, fraglich. Aus Sicht der BPtK wird über das M2Q-Kriterium das Risiko von Fehlkodierungen bereits deutlich reduziert. Die grundsätzliche Annahme, die der Verwendung der Arzneimittelverordnungen zur Diagnosevalidierung zugrunde liegt, dass bei einem zeitlich parallelen Ausbleiben einer entsprechenden Arzneimittelverordnung eine Diagnose als nicht ausreichend validiert bzw. als Fehlkodierung anzusehen ist, ist ausgesprochen kritisch zu bewerten. Im Gegensatz zu vielen somatischen Erkrankungen spielt in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, auch bei jenen Erkrankungen, bei denen die evidenzbasierten Leitlinien eine Arzneimitteltherapie als Monotherapie oder als Kombinationstherapie zusammen mit einer Psychotherapie empfehlen, die Patientenpräferenz eine besonders starke Rolle. Aber auch die Rate an Patientinnen und Patienten, die bei einer entsprechenden Pharmakotherapie keine Response oder im Verlauf der Behandlung sehr gravierende Nebenwirkungen aufweisen, infolgedessen sie eine Pharmakotherapie vorzeitig beenden – z. B. das Kriterium von 183 Behandlungstagen nicht erreichen – ist erheblich höher als bei den meisten chronischen somatischen Erkrankungen. Hierzu kommt, dass im Bereich der psychischen Erkrankungen mit der Psychotherapie, aber auch anderen psychotherapeutischen, psychiatrisch-pflegerischen oder psychosozialen Interventionen nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen bestehen. Im Ergebnis gibt es zum Beispiel bei den schweren depressiven Episoden einschließlich der rezidivierenden Verläufe oder bei der Schizophrenie eine relevante Gruppe von Patienten, bei denen das Arzneimittelkriterium für die chronischen Erkrankungen (183 Behandlungstage) nicht erfüllt ist, deren ambulante Diagnose aber unzweifelhaft valide und klinisch relevant ist. Um Fehlanreize zu vermeiden und das Versorgungsgeschehen angemessen abzubilden, sollten daher aus Sicht der BPtK Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium in der Regel nicht mit dem Zweck der Diagnosevalidierung verwendet werden, sondern können für bestimmte Diagnosegruppen, bei denen eine Pharmakotherapie als Mittel der Wahl ggf.

auch in Kombination mit Psychotherapie empfohlen wird, für eine mögliche Schweregrad-differenzierung eingesetzt werden, falls sich diese in den Analysen prognostisch als relevanter Kostentrenner erweisen.

Arzneimittelvalidierung für schwere Depression

Der Wissenschaftliche Beirat hat im Zuge der laufenden Pflege des Klassifikationsmodells und vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Sondergutachtens aus dem Jahr 2017 eine Anregung (insbesondere des IKK e. V.) zur Verwendung von Arzneimitteln in Form einer obligaten Arzneimittelprüfung für die DxG264 „Schwere depressive Episode/rezidivierende depressive Störungen (Major Depression)“ geprüft. Bislang enthielt die DxG264 mit den Diagnosen F33.0 und F33.1 ICD-10 auch Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störungen mit gegenwärtig leichter oder mittelgradiger Episode. Entsprechend verweist der Wissenschaftliche Beirat auf die Stellungnahme der BPTK im Vorschlagsverfahren für das Ausgleichsjahr 2012, in der die BPTK deutlich gemacht hat, dass bei diesen Diagnosen nach den Empfehlungen der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ leitliniengerecht auch mit einer Monotherapie in Form einer Psychotherapie behandelt werden könne. Eine entsprechende obligate Arzneimittelprüfung würde entsprechend einseitige Anreize in der Versorgung setzen, die mit den Leitlinienempfehlungen nicht in Einklang stehen würde.

Im aktuellen Vorschlagsverfahren hat der Wissenschaftliche Beirat nur die DxG-Abgrenzung (insbesondere der DxG264) dahingehend verändert, dass die rezidivierenden depressiven Störungen mit gegenwärtig schwerer Episode mit und ohne psychotische Symptome (F33.2 und F33.3 ICD-10) und die schweren depressiven Episoden mit und ohne psychotische Symptome (F32.2 und F32.3 ICD-10) in jeweils eigenen Dx-Gruppen zugeordnet (DxG838 und DxG839) werden und für diese Dx-Gruppen die Wirkungen einer obligaten Arzneimittelprüfung geprüft. Begründet wird dieser Schritt mit der Empfehlung in der NVL/S3-Leitlinie (3-11), nach der bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden soll, welche mit der höchsten Empfehlungsstärke A versehen ist. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auch auf die Empfehlung 3-43 hinzuweisen, bei der ebenfalls mit höchster Empfehlungsstärke A empfohlen wird, bei ambulant behandelbaren Patienten mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden soll, wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird. Hierin drückt sich aus, dass weder für die Psychotherapie noch für die Pharmakotherapie als Monotherapie eine Überlegenheit gegenüber dem jeweils anderen Behandlungsverfahren gezeigt werden konnte. Diese

Empfehlung weist aber auch darauf hin, dass der Wunsch von Patientinnen und Patienten, eine Monotherapie durchzuführen, in der Versorgungsrealität ebenso bedeutsam ist, wie der Umstand, dass nicht immer beide Behandlungsformen zeitnah zur Verfügung stehen und nicht immer bei allen Patientinnen und Patienten wirksam sind bzw. toleriert werden. Insofern wird auch bei einem veränderten Zuschnitt der Dx-Gruppen und in der Folge einem neuen Zuschnitt der betroffenen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) durch eine obligate Arzneimittelprüfung für ein chronisches Krankheitsgeschehen ein Fehlanreiz in der Versorgung gesetzt, der sich in den Leitlinienempfehlungen in dieser Form nicht widerspiegelt.

Darüber hinaus vermag es nicht zu überzeugen, dass die Diagnosen einer schweren Depression nur dann als valide gelten, wenn zeitlich parallel in denselben Quartalen auch eine Arzneimitteltherapie im Umfang von mindestens 183 Behandlungstagen erfolgt ist, und alle anderen Diagnosen als Fehlkodierungen aufgefasst werden mit der Konsequenz, dass diese im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gar nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Aus den Darstellungen im Abschnitt 9.3 der Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2019 ist dabei nicht eindeutig zu entnehmen, wie groß der Anteil der Versicherten mit einer entsprechenden Diagnose (M2Q) ist, bei denen aufgrund der obligaten Arzneimittelprüfung keine Zuschläge für die depressive Erkrankung erfolgen würden. Hier wäre eine differenzierte Darstellung wünschenswert, aus der das „N“ der hiervon betroffenen Versicherten unmittelbar ablesbar wäre.

Hinsichtlich des überarbeiteten Klassifikationsmodells ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass durch eine zusätzliche obligate Arzneimittelprüfung für diese Diagnosegruppen eine höhere Kostenhomogenität erreicht und im Vergleich zum Ausgangsmodell eine signifikante Modellverbesserung erreicht wird. Allerdings sollte zum einen geprüft werden, ob die Arzneimittelprüfung in diesen Fällen nicht besser zur Schweregraddifferenzierung genutzt werden könnte, mit einer Spiegelung der HMGs 59 und 62 (neu) durch entsprechende HMGs ohne Dauermedikation. Dies würde dem Versorgungsgeschehen deutlich besser entsprechen und weniger einseitige Fehlanreize zugunsten der Pharmakotherapie setzen. Zum anderen wäre zumindest zu prüfen, ob diese Diagnosen, wenn das Kriterium einer obligaten Arzneimittelprüfung nicht erfüllt wird, dann bei den DxG842 bzw. DxG269 zu berücksichtigen sind. Insgesamt ist es inhaltlich wenig überzeugend, wenn eine Diagnose einer schweren Depression im Vergleich zu einer mittelgradigen depressiven Epi-

sode, die in mindestens zwei Quartalen gestellt wurde, im Modell grundsätzlich als Fehlkodierung verstanden würde, wenn nicht parallel das obligate Arzneimittelkriterium erfüllt ist.

Da auch für die Diagnosegruppe der Schizophrenie bekannt ist, dass ein substanzieller Teil der Patienten auf eine Arzneimitteltherapie mit Neuroleptika nicht anspricht oder eine solche Dauermedikation ablehnt (Velligan et al., 2017), schlägt die BPtK vor, dass auch für diese Diagnosegruppe die Modifikation der Arzneimittelprüfung im Sinne einer Schweregraddifferenzierung geprüft wird. Nach unserer Einschätzung ist in diesem Bereich eine Fehlkodierung im ambulanten Bereich über mehrere Quartale als sehr unwahrscheinlich einzuschätzen. Dagegen wird in der ambulanten Versorgung aufgrund der individuellen Patientenpräferenzen, der ausbleibenden Response oder der nicht tolerierten Nebenwirkungen eine reine nicht-medikamentöse Behandlung der Schizophrenie in durchaus relevantem Umfang durchgeführt, ohne dass die ambulanten Diagnosen in Zweifel zu ziehen wären.

Konsolidierung der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“

Die Weiterentwicklung der Dominanzstruktur, insbesondere infolge der Neustrukturierung der Morbiditätsgruppen durch die Arzneimittelvalidierung der schweren depressiven Störungen, kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Dabei wird die Entwicklung der neuen HMG070 „Störungen der Impulskontrolle“ grundsätzlich befürwortet und stellt auch unter klinischen Gesichtspunkten eine vertretbare Zusammenfassung von Störungsbildern dar. Kritisch gesehen wird allerdings die Eingliederung dieser HMG in die Dominanzstruktur mit den Essstörungen (HMG060), da die Erkrankungen dieser Morbiditätsgruppen häufig unabhängig voneinander auftreten und einen eigenen Behandlungsbedarf verursachen. Darüber hinaus ist die Zuordnung der Persönlichkeitsstörungen zur HMG069 zusammen mit den nicht näher bezeichneten und akuten vorübergehenden psychotischen Störungen sowie den sonstigen Essstörungen unter klinischen Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar. Zu prüfen wäre die Herausnahme der Persönlichkeitsstörungen aus dieser Morbiditätsgruppe, um diese in einer eigenen HMG zusammenzufassen. Diese Morbiditätsgruppe wäre separat zu der bestehenden Dominanzstruktur der Hierarchie 11 zu verorten. Aufgrund der besonderen Kostenintensität der Diagnosegruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.30 und F60.31 nach ICD-10) wäre in diesem Zusammenhang auch zu prüfen, ob diese Diagnosen in einer eigenen Dx-Gruppe zusammengefasst werden sollten. Aufgrund der höheren Kostenintensität dieser Diagnosen wäre für die HMGneu „Persönlichkeitsstörungen“ dann wiederum eine nochmalige Auftrennung zu prüfen.

Literatur

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de, Zugriff am 20.08.2018.

Velligan, D.I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P. & Docherty, J.P. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for non-adherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence*, 2017; 11: 449-468.