

Stellungnahme

Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich

Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2020

22.08.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Arzneimitteldifferenzierung der HMG054 „Schizophrenie“	4
Arzneimittelvalidierung vs. Arzneimitteldifferenzierung für schwere Depression.....	6
Einführung von Alterssplits in der HMG066 und der HMG067	7

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 2020 bis zum 30. September 2019 festzulegen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt das empirisch gestützte Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA, das auch bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems und des Berechnungsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2020 fortgeführt wurde.

Die jährliche Prüfung der Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für das Ausgleichsjahr 2020 zu berücksichtigenden Krankheiten durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat dazu geführt, dass gleich drei psychische Erkrankungen („Bipolare affektive Störungen“, „Essstörungen“ und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“) nicht mehr zum RSA-relevanten Morbiditätsspektrum zählen. Bei früheren Überprüfungen der Krankheitsauswahl war bereits u. a. die besonders häufig auftretende Krankheit der „Angst- und Zwangsstörungen“ entfallen. Insgesamt kann dadurch die psychische Morbidität und deren prognostische Kostenrelevanz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nur sehr unzureichend abgebildet werden.

Insofern begrüßt die BPtK die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem Referentenentwurf des Faire-Kassenwahl-Gesetzes den Weg für die seit vielen Jahren diskutierte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu bahnen und insbesondere ein Vollmodell unter Berücksichtigung aller Krankheiten vorzusehen und damit die Beschränkung auf die vermeintlich 80 kostenintensivsten Krankheiten aufzuheben. Dies ist insbesondere für die psychischen Krankheiten aufgrund des geringeren Ersterkrankungsalters und der höheren Prävalenzraten in den jüngeren Lebensjahrzehnten bedeutsam, was wiederholt dazu geführt hat, dass der Schwellenwert des 1,5-Fachen der Durchschnittskosten aller GKV-Versicherter nicht erreicht und psychische Krankheiten deshalb nicht für den Morbi-RSA ausgewählt wurden.

Davon abgesehen, sind die aus der geänderten Krankheitsauswahl resultierenden Anpassungen bei der hierarchischen Struktur der Morbiditätsgruppen in der Hierarchie 11 „Psychische Erkrankungen“ nachvollziehbar und sachgerecht.

Die Stellungnahme der BPTK beschränkt sich daher im Kern auf die vorgenommene Prüfung der Arzneimitteldifferenzierung der HMG054 „Schizophrenie“, das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat, 10 BT“ der DxG838 und DxG839 sowie die Einführung von Altersplits in zwei der bisherigen Morbiditätsgruppen für depressive Erkrankungen (HMG066 und HMG067).

Arzneimitteldifferenzierung der HMG054 „Schizophrenie“

In dem Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (2017) hat der Wissenschaftliche Beirat die bisherige Nutzung von Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterium im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ausführlicher 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.

Die Differenzierung des klinischen Schweregrades einer Erkrankung über Arzneimittel hat demnach erst im Verlauf der Weiterentwicklung des Morbi-RSA zunehmend an Bedeutung gewonnen. Im Stellungnahmeverfahren des Vorjahres hatte die BPTK angeregt, insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen von der Verwendung von Arzneimittelverordnungen für den Zweck der Diagnosevalidierung, sei es zur Verifizierung der Richtigkeit der Diagnose oder zur Feststellung der klinischen Relevanz der Diagnose, abzusehen und für die Dx-Gruppen, bei denen „Arzneimittel obligat“ als Aufgreifkriterium angewandt wurde, alternativ die Schweregraddifferenzierung von Zuschlagsgruppen über Arzneimittelkriterien zu prüfen. Das M2Q-Kriterium reduziert nach Einschätzung der BPTK bei ambulanten Diagnosen bereits in ausreichendem Maße das Risiko von Fehlkodierungen. Insofern erscheint die der bisherigen Verwendung der Arzneimittelverordnungen zur Diagnosevalidierung zugrundeliegende Annahme, dass bei einem zeitlich parallelen Ausbleiben einer entsprechenden Arzneimittelverordnung eine Diagnose als nicht ausreichend validiert bzw. als Fehlkodierung anzusehen ist, als nicht sachgerecht. In diesem Zusammenhang hat die BPTK bereits in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass auch bei jenen psychischen Erkrankungen, bei denen die evidenzbasierten Leitlinien eine Arzneimitteltherapie als Monotherapie oder als Kombinationstherapie zusammen mit einer Psychotherapie empfehlen, Patientenpräferenzen von besonderer Bedeutung sind. Daneben darf auch die Rate an Patientinnen und Patienten, die bei einer entsprechenden Pharmakotherapie keine Response oder im Verlauf der Behandlung sehr gravierende Nebenwirkungen aufweisen und infolgedessen eine Pharmakotherapie vorzeitig beenden oder bei einer erneuten Episode nicht mehr in Anspruch nehmen, nicht unterschätzt werden. Sie

ist in der Regel erheblich höher als bei den meisten chronischen somatischen Erkrankungen. Hinzu kommt, dass im Bereich der psychischen Erkrankungen mit der Psychotherapie, aber auch anderen psychotherapeutischen, psychiatrisch-pflegerischen oder psychosozialen Interventionen nicht-medikamentöse Behandlungsalternativen bestehen, die jedoch aufgrund der rechtlichen Bestimmungen derzeit nicht als Aufgreifkriterien herangezogen werden können.

Im Ergebnis gibt es z. B. bei den schweren depressiven Episoden einschließlich der rezidivierenden Verläufe und bei der Schizophrenie eine relevante Gruppe von Patientinnen und Patienten, bei denen das Arzneimittelkriterium nicht erfüllt ist, deren ambulante Diagnose aber unzweifelhaft valide und klinisch relevant ist.

Die BPtK begrüßt es daher ausdrücklich, dass der Wissenschaftliche Beirat den Vorschlag der BPtK aufgegriffen und in diesem Jahr eine Arzneimitteldifferenzierung der HMG054 „Schizophrenie“ untersucht hat. Im Ergebnis der Untersuchung wird der Vorschlag zur Einführung einer Arzneimitteldifferenzierung der HMG054 nicht umgesetzt. Dies ist zunächst nachvollziehbar, wenn man die Ergebnisse der beiden alternativen Modelle 1d und 2a zugrunde legt. Im Modell 2a ergibt sich ein Rückgang der Besetzungszahl der HMG054 um knapp 19.000 Fälle, was zugleich verbunden ist mit einem Absinken des Kostenschätzers für die HMG054 um rund 300 Euro. Dies ist offenkundig dadurch verursacht, dass überdurchschnittlich kostenintensive stationäre Fälle nicht länger der HMG054 zugeordnet werden, weil sie in dem neuen Modell das Arzneimittelkriterium nicht erfüllen. Hierbei handelt es sich offenbar um eine besonders kostenintensive Patientengruppe, die wegen einer Schizophrenie stationär behandelt werden muss (prospektiv ggf. wiederholt), in der ambulanten Versorgung für die chronische Erkrankung keine dauerhafte Medikation (von mindestens 183 Behandlungstagen) erhält oder eine solche ablehnt. Gerade dieser Umstand dürfte im Durchschnitt mit einem erhöhten Rehospitalisierungsrisiko und entsprechend prospektiv mit deutlich erhöhten Kosten im Folgejahr verbunden sein.

Für das Klassifikationsmodell sollte jedoch nicht die Konsequenz daraus sein, auf eine Arzneimitteldifferenzierung zu verzichten und an dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat – 183 BT“ festzuhalten. Vielmehr bietet es sich an, das Modell dahingehend zu modifizieren, stationäre Fälle weiterhin grundsätzlich – unabhängig von einem Arzneimittelkriterium – der HMG054 zuzuordnen, weil allein der Umstand einer stationären Behandlung wegen einer Schizophrenie ein geeigneter Indikator für die Schwere einer Erkrankung und das prospektive Kostenrisiko ist. In Ergänzung dazu sollte jedoch ein vollständiger Einbezug der nach dem M2Q-Kriterium validierten, rein ambulanten Fälle erfolgen, die hinsichtlich ihrer Schwere anhand eines Arzneimittelkriteriums differenziert werden könnten.

Entsprechend sollte auch ein Modell untersucht werden, bei dem Personen mit einer Schizophrenie drei verschiedenen Schweregraden bzw. Risikofaktoren zugeordnet werden: 1. Schizophrenie – stationär, 2. Schizophrenie – ambulant mit Dauermedikation und 3. Schizophrenie – ambulant ohne Dauermedikation. Angesichts der mehr als 155.000 Personen, also circa ein Drittel der Patienten, bei denen eine Schizophrenie als Hauptdiagnose stationär oder nach dem M2Q-Kriterium ambulant in mindestens zwei Quartalen gestellt worden ist, sollte in diesem Sinne eine umfassendere Berücksichtigung dieser Erkrankung im RSA angestrebt werden. Auch nach Abzug der Personen aus der HMG059 „Schizophrenie ohne Dauermedikation“ dürfte der Wert des Kostenschätzers für diese HMG immer noch im annähernd vierstelligen Bereich liegen und damit auch im Vergleich zu anderen Morbiditätsgruppen durchaus bedeutsam ausfallen.

Arzneimittelvalidierung vs. Arzneimitteldifferenzierung für schwere Depression

Im Zuge des Vorschlagsverfahrens für das Ausgleichsjahr 2019 hatte der Wissenschaftliche Beirat die DxG-Abgrenzung der DxG264 dahingehend verändert, dass Personen mit rezidivierenden depressiven Störungen mit gegenwärtig schwerer Episode mit und ohne psychotische Symptome (F33.2 und F33.3 ICD-10) und schweren depressiven Episoden mit und ohne psychotische Symptome (F32.2 und F32.3 ICD-10) jeweils eigenen Dx-Gruppen zugeordnet (DxG838 und DxG839) werden und für diese Dx-Gruppen das Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat – 10 BT“ eingeführt wird. Begründet wurde dieser Schritt mit der Empfehlung in der NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ (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. Unzureichende Berücksichtigung fand hierbei jedoch die Empfehlung 3-43 der NVL/S3-Leitlinie, bei der ebenfalls mit höchster Empfehlungsstärke A empfohlen wird, dass bei ambulant behandelbaren Patientinnen und 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. Weder für die Psychotherapie noch für die Pharmakotherapie konnte demnach als Monotherapie eine Überlegenheit gegenüber dem jeweils anderen Behandlungsverfahren nachgewiesen werden. Zugleich gibt es eine substanzielle Zahl von Patientinnen und Patienten, die die Durchführung einer Monotherapie präferiert. Zudem sind die jeweiligen Behandlungen nicht immer bei allen Patientinnen und Patienten wirksam bzw. werden von ihnen nicht toleriert.

Insofern ist nicht nachvollziehbar, dass mit dem veränderten Zuschnitt der Dx-Gruppen für die schweren Depressionen und dem Aufgreifkriterium „Arzneimittel obligat – 10 BT“ eine solche Engführung erfolgt. Zu beachten ist dabei auch, dass dadurch Personen, die

ausschließlich ambulant und nicht-medikamentös wegen einer schweren depressiven Episode oder einer rezidivierenden schweren Depression über mindestens zwei Quartale behandelt worden sind, im RSA weder über die HMG066, HMG067, HMG068 noch über die HMG057 berücksichtigt werden, während dies jedoch bei Kodierung einer mittelgradigen oder leichten depressiven Episode oder rezidivierenden leichten oder mittelgradigen Depression entsprechend der Fall ist.

Unter klinischen Gesichtspunkten vermag es nicht zu überzeugen, dass die Diagnosen einer schweren depressiven Episode oder einer rezidivierenden schweren Depression nur dann als valide gelten, wenn zeitlich parallel in einem der Quartale auch eine Arzneimitteltherapie im Umfang von mindestens 10 Behandlungstagen erfolgt ist, und andernfalls wie Fehlkodierungen behandelt werden mit der Konsequenz, dass diese dann im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gar nicht mehr berücksichtigungsfähig sind. Das Arzneimittelkriterium ist dabei zugleich so niedrig angesetzt, dass in dieser Behandlungszeit für eine prototypische medikamentöse Behandlung, beispielsweise mit einem SSRI oder einem trizyklischen Antidepressivum, noch kein Wirkeintritt zu erwarten ist.

Wir möchten daher anregen, analog zur Schizophrenie, auch für die schweren Depressionen zu untersuchen, inwieweit eine Schweregraddifferenzierung dieser Zuschlagsgruppen über Arzneimittel zu einer umfassenderen und sachgerechteren Berücksichtigung dieser Erkrankung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich führt. Hierbei wäre auch zu prüfen, ob sich durch die Bildung von je drei eigenen Morbiditätsgruppen für die HMG055 und HMG058 durch eine Schweregraddifferenzierung anhand von Arzneimitteln sowie der gesonderten Berücksichtigung stationärer Behandlungen (1. stationär, 2. ambulant mit Medikation – 10 BT und 3. ambulant ohne Medikation) eine entsprechende Verbesserung der Vorhersagegüte des Gesamtmodells erzielen lässt.

Einführung von Alterssplits in der HMG066 und der HMG067

Die in den Erläuterungen dargelegten Untersuchungen zur Einführung von Alterssplits für die Morbiditätsgruppen „Rezidivierende depressive Störung“ und „Leichte oder mittelgradige depressive Episode“ zeigen sehr deutlich, dass dies geeignet ist, bestehende Unter- und Überdeckungen im Ausgangsmodell substanziell zu korrigieren. Die Herleitung der konkreten Alterssplits bei 54/55 Jahren für die HMG066 und bei 49/50 Jahren für die HMG067 ist mit Verweis auf die Berechnungen in Tabelle 7.3. der Erläuterungen zum Festlegungsentwurf gut nachvollziehbar. In dem konkreten Fall sind auch die gewählten Abweichungen beim Alterssplit insoweit unkritisch, als dass bei der im Vergleich zur HMG067 kostenintensiveren Morbiditätsgruppe HMG066 die Gruppe der jüngeren Versicherten,

die durchschnittlich kostenintensiver ist, eine größere Altersspanne umfasst. Im umgekehrten Fall könnte es jedoch dazu kommen, dass für Versicherte mit einer vergleichsweise schwereren (weil rezidivierenden) Erkrankung in der kritischen Altersgruppe (50 - 54 Jahre) aufgrund des abweichenden Alterssplits geringere Zuschläge resultieren als für Versicherte mit einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode. Um dies zu vermeiden, spricht sich die BPtK dafür aus, die Festlegung von Alterssplits für Morbiditätsgruppen, die einer Erkrankung zuzurechnen sind (hier Krankheit 26: Depression), möglichst einheitlich vorzunehmen, wenn dem nicht fachliche Gründe entgegenstehen oder andernfalls erhebliche Unter- oder Überdeckungen zulasten der Vorhersagegüte des Gesamtmodells unkorrigiert bleiben.