

Morbi-RSA

Inhalt:

- *Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit: Erfüllt der Morbi-RSA seinen Zweck?*
- *Depression: Eine wiederkehrende und chronische Krankheit*
- *Depression: Fehl- und Unterversorgung in der ambulanten Versorgung*
- *Aufmerksamkeitsdefizite: Häufige Kinderkrankheit nicht im Morbi-RSA*
- **Interviews:**
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Prof. Dr. Volker Amelung
Rudi Bittner
Dr. Rudy Douven

Seit zwei Jahrzehnten hat die Gesundheitspolitik parteiübergreifend vor allem ein Ziel: Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem durch mehr Wettbewerb zu verbessern. Die Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) legte einen Schwerpunkt auf mehr Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

GKV – einkommensabhängige Beiträge

In einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann Wettbewerb unerwünschte Nebenwirkungen haben. Die Versicherten zahlen, anders als in der privaten Krankenversicherung, einkommensabhängige Beiträge für ihren Versicherungsschutz. Die Beiträge sind nicht nach dem Krankheitsrisiko des Versicherten gestaffelt. Im Ergebnis zahlen deshalb Gesunde für Kranke und gut Verdienende für gering Verdienende. Das bedeutet, dass Versicherte, die selten oder nur leicht erkranken, mehr einzahlen als sie kosten. Versicherte,

die oft erkranken oder an teuren Krankheiten leiden, sind dagegen ein Minusgeschäft. Man spricht von „negativen Deckungsbeiträgen“ bzw. „schlechten Risiken“.

Risikoselektion und Risikostrukturausgleich

Unter diesen Umständen ist es für Kassen wirtschaftlich rational, sich im Wettbewerb vor allem um junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte zu bemühen und alles zu vermeiden, was sie für kranke Menschen attraktiv macht (Risikoselektion), z. B. qualitätsgestützte Behandlungsprogramme. Deshalb wurde 1993 der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, ein gesetzlich geregelter Finanztransfer zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, der die Vor- und Nachteile durch gute und schlechte Risiken ausgleichen soll.

Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitrag

Ab 2009 – gleichzeitig mit der Einführung des Morbi-RSA –

startet der Gesundheitsfonds. In den Gesundheitsfonds fließen alle Beitragseinnahmen der GKV sowie Steuermittel. Zukünftig gilt für alle Krankenkassen ein gesetzlich festgelegter Beitragssatz. Bis spätestens 1. November 2008 setzt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) diesen per Rechtsverordnung für alle Krankenkassen fest.

Die Kassen erhalten aus dem Fonds risikoadjustierte Zuweisungen. Kommt eine Kasse hiermit nicht aus, muss sie Zusatzbeiträge direkt bei ihren Versicherten erheben. Wirtschaftet eine Kasse dagegen erfolgreich, kann sie ihren Versicherten Beiträge zurückerstatten (Prämien-, Bonus-Systeme) und damit den einheitlichen Beitragssatz de facto unterbieten. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die Krankenkassen Zusatzbeiträge vermeiden müssen, um im Wettbewerb bestehen zu können.

Alter – Geschlecht – Krankheit

Bisher orientiert sich der Risikostrukturausgleich vor allem

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie kennen den BPtK-Newsletter. Unser aktuelles Nachrichtenjournal bekommt jetzt Ergänzung durch das BPtK-Spezial zu Schwerpunktthemen. Unsere erste Ausgabe behandelt den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dank einer Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns können wir Wesentliches und Neues zur Versorgung psychisch kranker Menschen berichten. Erstmals liegen Daten zu ambulanten Diagnosen und Therapien von Patienten mit Depression und AD(H)S vor. Wir gehen der Frage nach, wie der Morbi-RSA aussehen sollte, damit der Wettbewerb der Kassen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit auch der Versorgung psychisch kranker Menschen zugute kommt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Rainer Richter

an Alter und Geschlecht der Versicherten. Beide Kriterien erfassen jedoch das unterschiedliche Krankheitsrisiko der Versicherten so unzureichend, dass ab 2009 das Kriterium Krankheit (Morbidität) hinzukommen soll. Der neue morbiditätsorientierte RSA (Morbi-RSA) soll allerdings nicht alle Morbiditätsrisiken ausgleichen, sondern sich zunächst auf 50 bis 80 Krankheiten beschränken. Die Krankheiten sollen „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sein und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (Begründung GKV-WSG). Für die Auswahl der Krankheiten ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig, das bei seiner Arbeit von einem Wissenschaftlichen Beirat unterstützt wird.

Morbi-RSA – aber eingeschränkt

Ein auf bestimmte Krankheiten eingeschränkter, morbiditätsorientierter Risikostrukturaus-

werden deren Ausgaben nicht ausreichend decken. Deshalb ist zu erwarten, dass sich Krankenkassen bei nicht berücksichtigten Erkrankungen im Vertragsbereich auf ein rigides Kostenmanagement konzentrieren.

Vom Beirat empfohlene, berücksichtigungsfähige psychische Krankheiten*

Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch
Schizophrenie
Schwere Depression
Essstörungen
Posttraumatische Belastungsstörung
Intelligenzminderung
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

*Nach einer Korrektur der Datengrundlage ist eine Anpassung dieser Empfehlung möglich.

Morbi-RSA und Unterversorgung

Die Zuweisungen für die Krankheiten des Morbi-RSA werden jeweils für das kommende Jahr geschätzt (prospektive Ausgestaltung) und sollen in etwa dem kassen- und landesübergreifenden durchschnittlichen Ausgabenniveau je Versicherten entsprechen. Jede Kasse wird die risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Fonds mit den eigenen Ausgaben für ihre Versicherten vergleichen (Deckungsbeitragsrechnung). Will eine Krankenkasse Zusatzbeiträge verhindern, muss sie versuchen, ihre durchschnittlichen Ausgaben mindestens so niedrig zu halten wie die Fondszuweisungen. Das heißt: Kassen werden auch bei berücksichtigungsfähigen Krankheiten nicht in die Versorgung investieren, wenn dies zu höheren Ausgaben führt. Dies ist jedoch, wenn es um den Abbau von Unterversorgung geht, zumindest kurzfristig der Regelfall. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich behindert so gesehen die qualitative Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

Morbi-RSA und psychische Krankheiten

Für psychisch kranke Menschen ist zunächst entscheidend, dass chronisch-kostenintensive und schwerwiegende psychische Krankheiten überhaupt im Morbi-RSA berücksichtigt sind. Ist dies der Fall, bleibt als Problem, dass die risikoadjustierten Zuschläge voraussichtlich das in vielen Bereichen unzureichende Versorgungsniveau psychisch kranker Menschen abbilden werden.

Für die Berechnung der risikoadjustierten Zuschläge werden innerhalb der berücksichtigungsfähigen Krankheiten so genannte Morbiditätsgruppen gebildet. Hierbei spielen die verordneten Arzneimittelwirkstoffe eine zentrale Rolle. Dies könnte im Ergebnis dazu führen, dass Zuschläge im Morbi-RSA bei psychischen Krankheiten nur erfolgen, wenn dem Patienten definierte Arzneimittelwirkstoffe verordnet wurden. Dies würde fatale Anreize für die Vertragsstrategien der Krankenkassen setzen. Welche Krankenkasse engagiert sich dann noch dafür, den Zugang zu einer unter Evidenzgesichtspunkten notwendigen Psychotherapie zu verbessern? Sie werden sich voraussichtlich darauf beschränken, durch Psychoedukation die Compliance in der Pharmakotherapie zu erhöhen. Psychisch kranke Menschen können die Funktionalität des Morbi-RSA in zwei bis drei Jahren daran messen, ob ihre Krankenkasse ihnen qualitätsgestützte Behandlungsangebote unterbreitet, die ihnen die Wahl zwischen Pharmako- und Psychotherapie eröffnen oder Kombinationsbehandlungen ermöglichen, ohne monatelanges Warten auf einen Therapieplatz. Es ist gut, dass der Morbi-RSA ein „Lernendes System“ sein soll.

„Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und der Verbesserung des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung gelegt...“

(Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-WSG, BT-Drs. 16/4200 vom 31.01.2007)

gleich kann nicht genauso wirken wie ein umfassender. Er setzt spezielle Anreize für die Vertragsstrategien der Krankenkassen.

Die Einnahmen der Krankenkassen für Versicherte mit Krankheiten, die nicht im Morbi-RSA berücksichtigt sind,

„Methodik gelobt, Ergebnis kritisiert“

Interview mit Prof. Dr. Gerd Glaeske

Warum brauchen wir eine Reform des Risikostrukturausgleichs? Die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs ist aus meiner Sicht notwendig und sinnvoll, um die in den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedliche Morbiditätslast auszugleichen. Kassen mit einem höheren Anteil älterer Menschen und Frauen oder einem hohen Anteil von Versicherten mit einem niedrigeren sozialen Status haben immer einen höheren Versorgungsaufwand zu leisten als Kassen, in denen männliche Versicherte oder Versicherte aus mittleren sozialen Schichten überwiegen. Krankheiten treten in unserer Gesellschaft eben nicht normal verteilt auf, sie sind vielmehr eindeutig abhängig vom sozial-ökonomischen Status, von Alter und Geschlecht der Menschen. Ein morbiditätsorientierter RSA soll daher zielgerichteter funktionieren als der bisherige RSA, der vor allem Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt.

Wie waren die Reaktionen auf ihr Gutachten? Man kann nicht auf Beifall von allen Seiten hoffen, wenn der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen neu geregelt wird – immerhin werden dadurch 16 bis 17 Mrd. Euro umverteilt. Es gibt Zahlerrassen und Empfängerrassen. Das Interessante an den bisherigen Reaktionen war, dass die von uns erarbeitete Methodik allgemein gelobt wurde, die alternativen Vorschläge hielten sich sehr in Grenzen. Kritisiert wurde von manchen Betroffenen vor allem das Ergebnis, das sich aufgrund unserer Herangehensweise ergibt. Wir können das Ergebnis aber sehr gut vertreten: Unser Konzept erfasst 23 Prozent der Versicherten und 67 Prozent der prognostizierbaren Ausgaben. Dieses Verhältnis lässt darauf schließen, dass ein

guter Mix von seltenen, besonders teuren und häufig vorkommenden Krankheiten im Katalog der 80 Krankheiten berücksichtigt wurde. Unser Vorschlag ist außerdem ein erster Schritt, ein Zwischenergebnis, keineswegs die völlige Abbildung der Morbidität in Deutschland.

Die Arzneimittelwirkstoffe werden voraussichtlich ein entscheidender Faktor sein, um die Risikozuschläge zu ermitteln. Bei psychischen Krankheiten besteht allerdings die Wahl zwischen Pharmako- und Psychotherapie. Wir kennen diese Problematik. Ich möchte allerdings an dieser Stelle betonen, dass sich auch eine Reihe psychischer Krankheiten im Katalog der 80 Krankheiten finden, z. B. schwere Depression und Schizophrenie. Innerhalb der Krankheiten sind unterschiedliche Zuschläge vorgesehen, die sich an den Behandlungskosten orientieren. Wir wurden bereits von einer Kassenärztlichen Vereinigung darauf hingewiesen, dass insbesondere bei der Depressionsbehandlung die Psychotherapie eine wichtige Rolle spielt – auch unter Kostengesichtspunkten. Wir werden solche Aspekte sicherlich berücksichtigen, damit es nicht durch zu geringe Zuschläge zu einer möglichen Verschlechterung der Versorgung kommt. Die Verteilung der Zuschläge ist der nächste Arbeitsschritt in unserem Beirat; bis Ende Mai müssen wir diese Aufgabe bewältigt haben.

Besteht bei einer Krankheit eine Unterversorgung, fallen auch die Zuschläge durch den Morbi-RSA niedrig aus. Wir können keine theoretischen Zuschläge vergeben, sondern ausschließlich solche, die sich aus der durchschnittlichen Ausgabenbelastung je Versicherten für diese Krankheit erklären

lassen. In den Durchschnittswerten der Leistungsausgaben spiegelt sich die Realität der gesetzlichen Krankenversicherung wider, mit allen Aspekten der Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die Kassen haben im Übrigen nicht nur einen ausdrücklichen Versorgungsauftrag für die Krankheiten, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Sie sind vielmehr grundsätzlich verpflichtet, „zusammen mit den Leistungserbringern eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleis-

BPtK-Dialog



Prof. Dr. Gerd Glaeske

Vorsitzender des „Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – Aufgaben des Bundesversicherungsamtes:

Erstellung eines Kataloges der zu berücksichtigenden Krankheiten (Morbiditätsfilter)

Auswahlkriterien:

- schwerwiegender Verlauf
- kostenintensiv-chronisch
- durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherten 50 Prozent über den Durchschnittsausgaben aller Versicherter
- eng abgrenzbar (§ 31 Abs. 1 RSAV)

anvisierter Termin: März 2008

Auswahl eines Versichertenklassifikationsmodells:

Anforderungsprofil:

- Ermittlung von Zuschlägen auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen
- Einsatzfähigkeit für das deutsche Gesundheitssystem wissenschaftlich untersucht und bestätigt (§ 29 Abs. 1 Nr. 1 RSAV)
- keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung
- keine Anreize zur Risikoselektion
- Anpassung an den Morbiditätsfilter und prospektive Ausgestaltung (§ 31 Abs. 1 RSAV)

gesetzlich vorgegebener Termin: Juli 2008

ten.“ Es kann ja nicht sein, dass Kassen nur unter dem Aspekt zusätzlicher Anreize eine bedarfsgerechte Versorgung anbieten. Dennoch kenne ich diese Diskussionen – wir alle soll-

Fortsetzung auf Seite 5

Wie der Wissenschaftliche Beirat seine Krankheiten ausgewählt hat

Am 3. Mai 2007 berief das Bundesgesundheitsministerium einen sechsköpfigen Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Er hat u. a. die Aufgabe, 50 bis 80 Krankheiten für den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen vorzuschlagen. Zur Auswahl der Krankheiten wertete der Beirat die Daten einer großen Versichertenstichprobe aus.

Die Festlegung auf die Krankheiten erfolgte in mehreren Schritten:

1. Entscheidung für Diagnosegruppen: Der Beirat entschied sich für ein amerikanisches Klassifikationsmodell, das ICD-Diagnosen zu größeren Diagnosegruppen (DxGroups) zusammenfasst. Es ordnete damit rund 14.000 Einzeldiagnosen unter klinischen und ökonomischen Aspekten größeren Diagnosegruppen zu.
2. Berechnung der Versorgungskosten: Bei den einzelnen Diagnosegruppen wird neben den standardisierten Durchschnittskosten nach Altersgruppen auch die Krankheitshäufigkeit in der deutschen Bevölkerung (Prävalenz) berücksichtigt. Um den Einfluss der Krankheitshäufigkeit auf die Durchschnittskosten abzuschwächen, geht die Prävalenz heißt: Die altersstandardisierten Durchschnittskosten werden mit dem Logarithmus der Zahl der Kranken multipliziert. Bei einer logarithmischen Gewichtung werden damit seltene, teure Krankheiten bevorzugt.
3. Auswahl der Diagnosegruppen, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden: Der Gesetzgeber gab vor, dass grundsätzlich kostenintensiv-chronische und schwerwiegende Krankheiten im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Der Beirat definierte diese Kriterien mittels statistischer Verfahren:
 - Eine Diagnosegruppe erfüllt das Kriterium „kostenintensiv-chronisch“, wenn sowohl die Kosten dieser DxGroup je Versicherten oberhalb des 70. Perzentils der gesamten Ausgabenverteilung liegen (d. h. 70 Prozent der untersuchten DxGroups verursachen niedrigere Kosten) als auch bei mehr als 50 Prozent der Versicherten dieser DxGroup die Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres dokumentiert worden ist.
 - Eine Diagnosegruppe erfüllt das Kriterium „schwerwiegend“ entweder, wenn mindestens fünf Prozent der Versicherten aufgrund der Krankheit in ein Krankenhaus eingewiesen wurden (Hospitalisierungsquote) oder wenn die Ausgaben für die Versicherten oberhalb des 70. Perzentils der gesamten Ausgabenverteilung liegen.
4. Nochmaliges Zusammenfassen der Diagnosegruppen: Die Diagnosegruppen, die als kostenintensiv-chronisch oder als schwerwiegend identifiziert wurden, werden nochmals unter klinischen Gesichtspunkten zu größeren Krankheitsgruppen zusammengefasst, z. B. „schwerwiegender Alkohol und Drogenmissbrauch“. Für diese Krankheitsgruppen prüft der Beirat das Überschreiten des Schwellenwertes.
5. Prüfung des gesetzlichen Schwellenwertes: Der Gesetzgeber gibt für die Krankheiten, die im morbiditätsorientierten Risikostrukturalen Schwellenkriterium vor. Danach müssen durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um 50 Prozent überschreiten. Eine Prüfung je Altersgruppe findet bei dieser Schwellenwertprüfung nicht mehr statt. Dies hat zur Folge, dass Krankheiten, die in einer bestimmten Altersgruppe durchaus chronisch-kostenintensiv und schwerwiegend sind, systematisch unterbewertet werden. Dies ist z. B. bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung der Fall, eine der häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.
6. Bei der Auswahl der 80 Krankheiten berücksichtigte der Beirat außerdem folgende, zusätzliche Kriterien:
 - Risikoselektion begegnen: Erfüllt eine klinisch leichtere Form einer Erkrankung die Einschlusskriterien der datengestützten Auswertung, so sollten auch klinisch schwerwiegendere bzw. kostenintensivere Formen mit einem Zuschlag berücksichtigt werden, auch wenn diese die Aufnahmekriterien aufgrund ihrer niedrigeren Prävalenz nicht erfüllen. Alternativ ist die Herausnahme der leichteren Form zu prüfen.
 - Upcoding vermeiden: Ärzte und Krankenkassen können gemeinsam ein Interesse daran haben, eine Krankheit als ausgleichsfähige Krankheit zu klassifizieren. Dies ist insbesondere leicht möglich, wenn eine kostenintensive Variante der Krankheit die Kriterien zur Aufnahme in die Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfüllt, eine leichtere Form derselben Krankheit jedoch nicht.
 - Keine falschen präventiven Anreize setzen: Bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, sollten Fehlanreize, die zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen führen, vermieden werden.

Seite des Bundes-
versicherungsamtes:

www.bva.de

BPtK-Stellungnahme in Kürze

BPtK-Spezial



Zahlreiche psychische Krankheiten sind teilweise schwerwiegend und kostenintensiv. Patienten mit diesen Krankheiten gehören für die gesetzlichen Krankenkassen zu den so genannten schlechten Risiken. Für psychisch kranke Menschen ist es daher von erheblicher Bedeutung, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich das Interesse der Krankenkassen an Risikoselektion gering hält.

Hervorzuheben ist zunächst, dass sich schwere und kostenintensive psychische Störungen in der Liste derjenigen Krankheiten finden, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen. Dies ist bis auf einige Feinjustierungen bei den Vorschlägen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs der Fall. Anregungen der BPtK sind:

- Die Prävalenz sollte bei der Krankheitsauswahl so gewichtet werden, dass Volkskrankheiten mit hoher Versorgungsrelevanz zu den im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten gehören.
- Der Rückgriff auf die Gruppierungslogik des DCG/HCC-Modells der Firma DxCG ist grundsätzlich nachvollziehbar und plausibel, genauso wie die Operationalisierung der zentralen Auswahlkriterien „schwerwiegender Verlauf“ und „chronisch-kostenintensiv“. Unter klinischen Aspekten erfordert das Klassifikationsmodell der amerikanischen DxCG aber eine Anpassung an das deutsche

Gesundheitssystem.

- a) Bildung einer DxGruppe für unipolare Depression,
- b) Bildung einer DxGruppe für Angststörungen,
- c) Alternativ: Bildung einer DxGruppe „Affektive Störungen und Angststörungen“.

Depressionen und Angststörungen sind homogene Begriffe für eine psychische Störung. Leichte und mittlere Depressionen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von schweren depressiven Störungen. Eine starke Differenzierung der Angststörungen ist aufgrund der diagnostischen Überlappungen ebenfalls eine Überdifferenzierung. Um willkürliche Kodierungen zu vermeiden, ist eine DxGruppe für unipolare Depressionen und eine DxGruppe für Angststörungen erforderlich. Depressionen treten überdurchschnittlich häufig zusammen mit Angststörungen auf. Aufgrund der ausgeprägten Komorbidität ist deshalb eine DxGruppe „Affektive Störungen und Angststörungen“ zu erwägen.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gehört zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie ist in der Krankheitsliste des Wissenschaftlichen Beirats nicht enthalten, weil die gesetz-

lichen Vorgaben keine Altersadjustierung ermöglichen. Damit werden Kinder- und Jugendkrankheiten systematisch von einer Berücksichtigung im Morbi-RSA ausgeschlossen. Die BPtK sieht hier wie der Beirat dringenden gesetzlichen Handlungsbedarf.

Bei der Berechnung der morbiditätsadjustierten Zuschläge sollte bei der Bildung der Morbiditäts-

Logarithmische Gewichtung der Prävalenz

Im Morbi-RSA sollen vor allem Krankheiten berücksichtigt werden, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht wird (vgl. amtliche Begründung zu § 31 Abs. 1 RSAV).

Eine Logarithmierung als statistischer Ansatz zur Gewichtung der Prävalenz führt jedoch dazu, dass Krankheiten mit besonderer Bedeutung für die Kostenrelevanz keine Berücksichtigung finden. Hierzu folgendes Fallbeispiel:

DxGruppe	Fallzahl	Fallkosten	Gesamtkosten	Mit log. Fallzahl
1	500	15.000 €	7,5 Mio. €	93.219,00 €
2	5.000.000	5.000 €	25,0 Mrd. €	77.124,00 €

Obwohl die DxGruppe 2 mehr als 3.000fach höhere Gesamtkosten verursacht, wird sie durch die Logarithmierung deutlich geringer bewertet als die DxGruppe 1. Notwendig sind andere statistische Verfahren, eventuell ergänzt um klinischen Sachverstand, damit sichergestellt ist, dass diejenigen Krankheiten Berücksichtigung im Morbi-RSA finden, die einen wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben.

gruppen neben den Arzneimittelwirkstoffen auch die Durchführung von Psychotherapie berücksichtigt werden. Ansonsten bilden die Zuschläge die Unter- und Fehlversorgung psychisch kranker Menschen ab und setzen keine Anreize für Krankenkassen, in eine bessere psychotherapeutische Versorgung zu investieren.

Fortsetzung von Seite 3

den daher weiterhin auf die Qualität der Versorgung achten und sie immer wieder einfordern.

Wie werden die Zuschläge berechnet? Wir haben zunächst die Krankheiten und die dazu gehörenden Diagnosen benannt. Nun geht es um differenzierte Zuschläge innerhalb der Krankheitsgruppen. Wir werden auch hier erneut Neuland betreten

und eine weitere Methodik verabschieden müssen. Und wiederum werden wir kritische „Begleitmusik“ nicht vermeiden können: Denn erst auf der Basis der Zuschläge können Kassen wirklich ausrechnen, wie sie finanziell letztlich dastehen. Da es dann ums Geld geht, werden diese Diskussionen wahrscheinlich noch intensiver geführt werden als die jetzigen um die Liste der Krankheiten. Da wir das

Gutachten nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus medizinischer Sicht verfassen, werden wir auch diese Konsequenzen auf die Versorgungsqualität so weit wie möglich zu antizipieren versuchen. Übrigens hat unser Gutachten nur empfehlenden Charakter, das Bundesversicherungsamt trifft letztlich alle Entscheidungen. Wir sollten uns daher im Juli dieses Jahres wieder sprechen.

Depression: Eine wiederkehrende und chronische Krankheit

Depression – eine der häufigsten Volkskrankheiten

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Im Verlauf eines Lebens erkrankt fast jeder fünfte Deutsche mindestens einmal an einer depressiven Störung. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass Depressionen im Jahr 2020 in den westlichen Industrienationen neben Herz-Gefäß-Erkrankungen zu den häufigsten Volkskrankheiten zählen werden.

Depressionen kehren wieder oder sind chronisch

Zwei Drittel der Depressionen sind keine einmalige Erkrankung. Bei einem Drittel der Patienten kehrt die Krankheit zurück. Die depressive Phase verlängert sich und die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass die Symptome überhaupt wieder abklingen. Bei einem weiteren Drittel entwickelt sich die Krankheit chronisch, das heißt, die depressive Störung prägt permanent das Leben des Patienten. Es gibt keine Lebensphasen mehr, die frei von krankheitswertiger Niedergeschlagenheit, Freud- und Hoffnungslosigkeit sind.

Insgesamt leiden also zwei Drittel aller Patienten mehrmals oder dauerhaft an depressiven Störungen. Depressionen sind eine Krankheit, die die meisten Patienten ihr Leben lang begleitet.

Auch leichte Depressionen sind andauernde Erkrankungen

Experten unterscheiden zwischen depressiven Störungen, die in einer oder mehreren Phasen ablaufen („Major depression“), und Depressionen, die keine Phasen erkennen lassen (Dysthymie). Dysthyme Störungen sind nicht so schwer ausgeprägt wie Depressionen, die sich in Phasen entwickeln. Doch die leichtere depressive Verstimmung prägt andauernd und ohne Unterbrechung das alltägliche Erleben des Patienten. Sie wird diagnostiziert, wenn die Symptome über zwei Jahre lang anhalten.

Depressionen sind lebensbedrohlich

Depressive Störungen sind nicht selten tödlich. Zwischen 20 und 60 Prozent der schwer depressiv kranken Menschen versuchen einen Suizid, 15 Prozent töten sich selbst.

Prävalenz der verschiedenen Depressionen

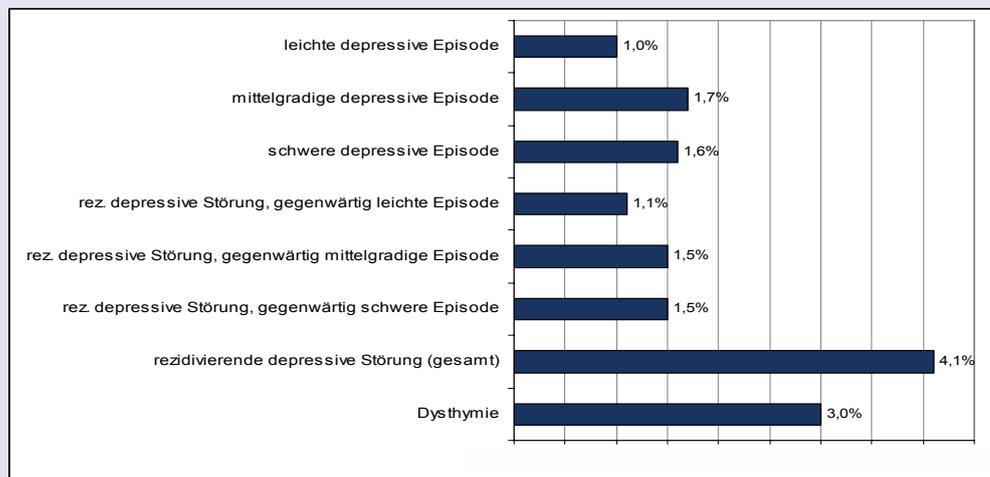
Die 12-Monatsprävalenz einer depressiven Störung liegt nach Zahlen des Bundesgesundheits-surveys von 1998 bei 11,4 Prozent. Betrachtet man die verschiedenen Untergruppen der „Major depression“, verteilen sich die Prävalenzen nahezu gleichmäßig über die unterschiedlichen Schweregrade (Abbildung 1).

Aktuelle Daten aus der ambulanten Versorgung

Nach aktuellen Analysen von Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) bilden Patienten mit einer Depression die größte Gruppe (39,2 Prozent) der Versicherten mit einer psychischen Störung. Ihre Behandlung ist kostenintensiv. Sie haben eine besondere Relevanz für die Ausgabenbelastung der Krankenkassen. Die verschiedenen Formen depressiver Störungen verteilen sich dabei wie folgt: Rezidivierende depressive Störungen haben mit 44 Prozent den größten Anteil unter den depressiven Störungen, gefolgt von erstmalig auftretenden mittelgradigen (19 Prozent) und

Fortsetzung auf Seite 8

Abbildung 1: 12-Monatsprävalenzen für unipolare depressive Störungen



Quelle: Bundesgesundheitsurvey, 1998

Ohne Morbi-RSA kein Wettbewerb

Interview mit Prof. Dr. Volker Amelung

Brauchen wir überhaupt einen Risikostrukturausgleich? Das hängt davon ab, ob es tatsächlich mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem geben soll oder nicht. Wer allerdings mehr Wettbewerb der Krankenkassen will, der muss auch dafür sorgen, dass alle Kassen gleiche Chancen haben. Ein Risikostrukturausgleich ist dann die Grundlage dafür, dass der Wettbewerb überhaupt funktioniert. Wettbewerb ohne RSA führt zu Marktversagen. Dann wäre es für die Krankenkassen strategisch rational, Risikoselektion zu betreiben.

Warum wäre Risikoselektion dann so Erfolg versprechend? Weil einzelne Versicherte im Gesundheitssystem enorm teuer werden können. Das Risiko, durch wenige Versicherte im Wettbewerb nicht bestehen zu können, ist in der gesetzlichen Krankenversicherung weit größer als in anderen Versicherungszweigen. Das belegen Untersuchungen der Medizinischen Hochschule Hannover, die 1,3 Millionen Versichertenanalysen analysierte: 30 Prozent der Versicherten verursachen überhaupt keine Kosten. 20 Prozent der Versicherten aber über 90 Prozent der Kosten, 10 Prozent über 50 Prozent und 0,5 Prozent über 21 Prozent. Das heißt: Einzelne Versicherte können sehr, sehr große Behandlungskosten in Millionenhöhe verursachen. Eine Strategie der Risikoselektion wäre nicht nur rational, sondern außerordentlich vorteilhaft. Wer also mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen will, muss dafür sorgen, dass nicht einzelne Kassen durch besonders teure Versicherte benachteiligt werden. Die Morbiditätsstruktur einer Krankenkasse darf nicht entscheidend dafür sein, ob eine Krankenkasse wirtschaftlich erfolgreich ist. Krankenkassen sind schließlich

dafür da, eine bedarfsgerechte Behandlung für Kranke anzubieten. Ohne RSA wäre dieses Ziel ernsthaft gefährdet, weil im Fokus der Krankenkassen gesunde Versicherte ständen, die keine Kosten verursachen.

Warum reicht der bisherige Risikostrukturausgleich nicht aus? Der bisherige Risikostrukturausgleich beruht auf nicht sehr spezifischen Kriterien, vor allem Alter und Geschlecht. Er versucht also mittels soziodemographischer Merkmale zu erfassen, ob ein Versicherter überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursacht. Das Merkmal Krankheit ist erheblich zweckmäßiger. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist deshalb längst überfällig.

Was halten Sie von der Variante, die jetzt eingeführt werden soll? Es ist ein erster, durchaus plausibler Schritt. Es geht darum, jetzt Erfahrungen zu sammeln und zukünftig weiter anzupassen und zu justieren. Eine häufige Kritik lautet: Der jetzt geplante Risikostrukturausgleich ist präventionsfeindlich. Er bietet zu wenig Anreize, dass Krankheiten vorgebeugt wird oder sich die Versorgung verbessert. Andererseits ist es gar nicht die Aufgabe eines Risikostrukturausgleichs, präventiv zu wirken, sondern konstruktiven Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Generell muss man sagen, dass sich das Gesundheitssystem nicht mit einem Instrument vollständig ausrichten lässt. Wir brauchen stets ein Set an Anreizen, um eine Fehlsteuerung zu vermeiden.

Reichen 50 bis 80 Krankheiten aus, um einen funktionierenden Wettbewerb zu gewährleisten? Den Risikostrukturausgleich auf 50 bis 80 Krankheiten zu beschränken, halte ich für sinnvoll. Ich bin durchaus

dafür, den Risikostrukturausgleich etwas grobkörnig zu gestalten. Es ist immer vernünftig, das Verhältnis von Genauigkeit und Aufwand im Auge zu behalten.

Sind nicht Kassenstrategien denkbar, sich vor allem auf Versicherte mit den 50 bis 80 Krankheiten zu konzentrieren? Entscheidend wird sein, ob die Kosten je Versicherten über oder unter den Einnahmen aus Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich liegen. Es könnte für eine Kasse also auch eine Strategie sein, sich durch einzelne überdurchschnittliche Behandlungsprogramme am Markt zu profilieren. Als Spezialist für diese Krankheiten könnten sie bessere und kürzere Behandlungen anbieten. Gelingt es ihnen, auch kostengünstiger als der Durchschnitt der Krankenkassen zu behandeln, erarbeiten sie sich Wettbewerbsvorteile. In Zukunft gilt aber vor allem: Ein teurer Kranker ist nicht mehr grundsätzlich ein schlechtes Risiko, weil die Kassen für ihn auch mehr Geld bekommen. Das ist der entscheidende Fortschritt, der mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erzielt wird. Für eine Krankenkasse wird es deshalb entscheidend sein, ein konsequentes Versorgungsmanagement aufzubauen. Wer hierbei schlampft, besteht nicht im Wettbewerb.

Wie groß sind die Chancen, dass der Morbi-RSA diesmal kommt? Es wäre für die Bundesregierung politisch enorm schädlich, den Morbi-RSA jetzt noch einmal in Frage zu stellen. Ohne Morbi-RSA käme auch kein Gesundheitsfonds – und das käme einem Scheitern der gesamten Gesundheitsreform der jetzigen Bundesregierung gleich. Einen solchen Offenbarungseid kurz vor der nächsten Bundestagswahl halte ich für ausgeschlossen.



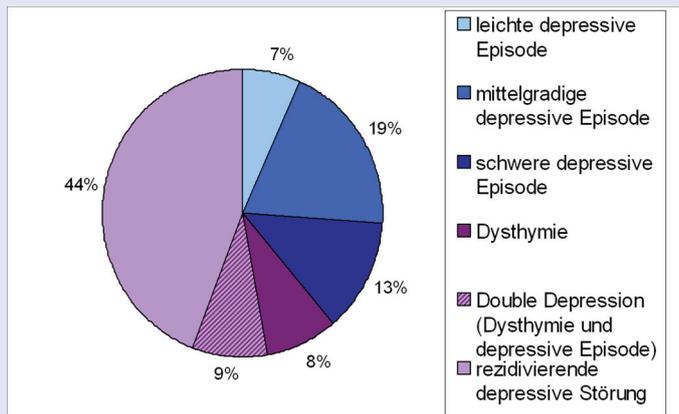
Prof. Dr. Volker Amelung
Vorstandsvorsitzender
des Bundesverbandes
Managed Care

Fortsetzung von Seite 6

schweren (13 Prozent) depressiven Episoden. Erstmalig auftretende, leichte depressive Episoden, Dysthymie und „Double depressions“ werden mit 7 bis 9 Prozent ungefähr gleich häufig diagnostiziert (Abb. 2).

Abb. 2: Verteilung der Versicherten mit einer unipolaren depressiven Störung auf die verschiedenen Diagnosegruppen

Quelle: KV Bayerns, 2007

**Depressionen im Morbi-RSA**

Depressionen sind eine besonders häufige Krankheit, die sich in verschiedenen Ausprägungen zeigen kann. Leichte und schwere Depressionen sind aber keine zwei verschiedenen Krankheiten. Aus leichten depressiven Episoden entwickeln sich vielmehr häufig rezidivie-

rende oder chronische depressive Erkrankungen. Auch sind scheinbar leichte Depressionen mitunter der Beginn langjähriger Erkrankungen (Dysthymie: über zwei Jahre).

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA schlägt auf der Basis eines amerikanischen Klassifikationsmodells vor, Depressionen in zwei unterschiedliche Diagnosegruppen zu unterteilen. Außerdem sollen nur die Gruppe der schweren depressiven Episoden und die der rezidivierenden Depressionen nach derzeitigem Stand im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Aus Sicht der BPTK ist es jedoch mehr als bedenklich, erstmalig auftretende leichte und mittlere depressive Störungen sowie Dysthymien vom Finanztransfer zwischen den Krankenkassen auszunehmen. Finden diese Formen der Depression im Morbi-RSA keine Berücksichtigung, entstehen keine Anreize für Krankenkassen in eine Verbesserung der Versorgung

zu investieren. Genau dies wäre aber notwendig, um Depressionen im Anfangsstadium besser zu erkennen und mit der Behandlung nicht zu warten, bis sich eine schwere, rezidive oder chronische Krankheit mit hohem Suizidrisiko ausgeprägt hat.

Für den Behandlungserfolg ist entscheidend, dass eine Depression möglichst früh behandelt wird, damit es bei einer einzigen Phase der Erkrankung bleibt. Zwei Drittel der depressiven Störungen entwickeln sich zu einer rezidiven oder chronischen Krankheit. Bei der erstmaligen Diagnose einer depressiven Episode besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine depressive Erkrankung handelt, die sich schwerer ausgeprägt wiederholt. Aus fachlicher Sicht ist es deshalb empfehlenswert, auch leichte und mittlere Depressionen in den Morbi-RSA einzubeziehen. Ohne Berücksichtigung der leichten und mittleren Depressionen und Dysthymien in der Liste der ausgleichsfähigen Krankheiten fehlen Anreize, eine potenziell schwerwiegende Krankheit ausreichend zu versorgen bzw. damit zu beginnen, bevor sie für den Patienten unter Umständen lebensgefährlich wird.

Glossar: Depression

Depressive Episode („Major depression“): Fast jeder Mensch ist irgendwann einmal traurig, niedergeschlagen, antriebslos. Eine depressive Stimmung ist jedoch erst krankhaft und behandlungsbedürftig, wenn sie länger als zwei Wochen andauert und nicht durch die Trauer um eine geliebte Person zu erklären ist. Es werden leichte, mittlere und schwere depressive Episoden unterschieden.

Rezidivierende depressive Störung: Depressive Episoden, die sich zwei oder mehrmals wiederholen. Zwischen den einzelnen Phasen („Episoden“) müssen mehr als zwei Monate liegen, in denen die Symptome wesentlich abklingen.

Chronische depressive Störung: Depressive Störung, bei der die Symptome zwischen den Phasen nicht mehr abklingen.

Dysthymie: Chronische depressive Störung, die nicht das volle klinische Bild einer depressiven Episode erfüllt, jedoch ohne Unterbrechung länger als zwei Jahre dauert. Die Patienten haben ein bis zu 75 Prozent erhöhtes Risiko, im Verlauf zusätzlich an einer „Major depression“ zu erkranken.

Unipolare Depression: depressive Störung ohne manische Phasen.

Bipolare Depression: depressive Störung mit manischen Phasen. Tritt im Krankheitsverlauf neben Episoden einer „Major depression“ auch mindestens eine Phase mit manischen Symptomen auf, lautet die Diagnose fortan „bipolare Depression“, auch wenn in späteren Phasen keine manischen Symptome auftreten.

Manische Phase: z. B. abnorme und anhaltende euphorische oder reizbare Stimmung, übersteigter Selbstwert oder Größenideen.

Komorbidität: Das Auftreten depressiver Störungen zusammen mit anderen psychischen (Angststörungen, Suchterkrankungen, somatoformen Störungen) und körperlichen Erkrankungen (Diabetes, Herzinfarkt).



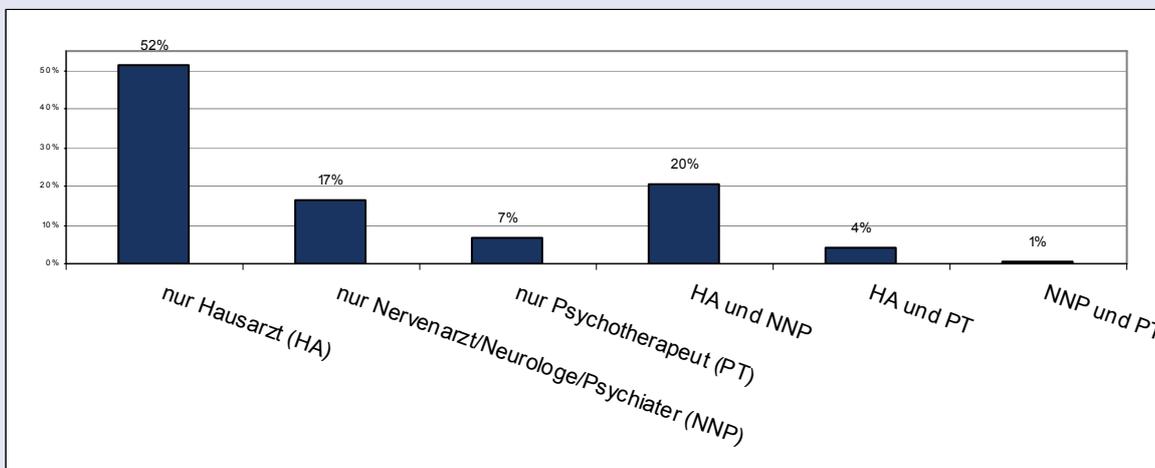
Depression: Fehl- und Unterversorgung in der ambulanten Behandlung

Psychotherapie kommt in der ambulanten Behandlung von depressiven Störungen erheblich zu kurz. Nach Analysen der Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist die Art der Behandlung von Depressionen stark abhängig von der behandelnden Fachgruppe. Über die Hälfte der Patienten befindet

sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung und erhält keine oder eine ausschließlich pharmakotherapeutische Behandlung. Etwa jeder fünfte Patient ist sowohl in hausärztlicher als auch fachärztlicher Versorgung und wird vorwiegend pharmakotherapeutisch behandelt. Nur jeder 25. Patient wird hausärztlich und psy-

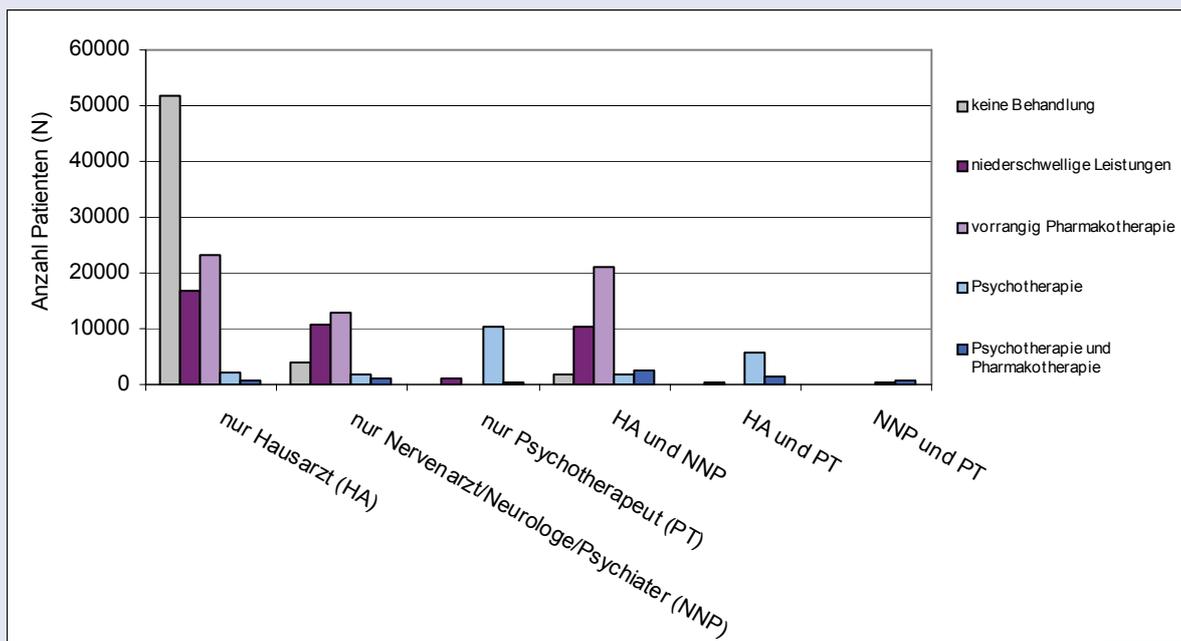
chotherapeutisch behandelt (siehe Abbildungen 3 und 4). Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) für unipolare Depression empfiehlt für akute leichte bis mittelgradige depressive Störungen Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Dabei sind beide als gleichwertige Behandlungsalternativen zu betrachten. Bei

Abbildung 3: Verteilung der Versicherten in % auf die behandelnden Fachgruppen



Quelle: KV Bayerns, 2007

Abbildung 4: Versicherte (N) mit einer bestimmten Leistung in Abhängigkeit von der behandelnden Fachgruppe



Legende: Psychotherapie = antragspflichtige Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie); niederschwellige Leistungen: psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesprächsangebot

Quelle: KV Bayerns, 2007

allen übrigen Formen depressiver Erkrankungen wird eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen (siehe Kasten). Die Versorgungsdaten belegen ein erhebliches Maß an Unter- und Fehlversorgung in der Behandlung depressiver Störungen.

Die Versorgungsdaten zeigen außerdem, dass depressive Störungen ähnlich behandelt werden – unabhängig davon, ob es sich um leichte, mittlere oder schwere, rezidivierende oder chronische Depressionen handelt. Die ambulanten Ver-

sorgungsleistungen von erstmalig auftretenden, leichten, mittelschweren oder schweren depressiven Störungen unterscheiden sich nur geringfügig von den ambulanten Leistungen bei einer rezidivierenden depressiven Störung (siehe Abbildungen 5 und 6). Auch die chronische Dysthymie wird behandelt wie rezidivierende Depression (Abbildung 6).

Ansätze für bessere Versorgung

Vergleicht man den Stand der ambulanten Versorgung von

Patienten mit einer depressiven Störung mit den Behandlungsempfehlungen der NVL Unipolare Depression, wird deutlich, dass diese nur zu einem kleinen Teil umgesetzt werden. So erhalten z. B. nur fünf Prozent der Versicherten mit einer schweren depressiven Störung eine Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie, wie sie in der NVL empfohlen wird. Fast jeder dritte Patient wird gar nicht behandelt.

Die bayerischen Versorgungsdaten belegen, dass sich die Behandlung depressiver Pati-

Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*

Insbesondere leichte und mittelgradige depressive Störungen lassen sich erfolgreich ambulant behandeln. Bei schweren Depressionen kann unter anderem bei einer akuten Gefahr der Selbsttötung oder psychotischen Symptomen eine stationäre Behandlung erforderlich werden.

Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung und klinisches Expertenwissen haben gleichermaßen Eingang in die Formulierung einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) zur Behandlung der unipolaren Depression gefunden. Dabei ist die NVL Unipolare Depression als Handlungsempfehlung zu verstehen, die evidenzbasiert Empfehlungen zur Behandlung und Versorgungskoordination von Patienten mit depressiven Störungen gibt. Die wichtigsten Aussagen werden im Folgenden zusammengefasst.

Zusammenfassung Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Es wird empfohlen, akute **leichte bis mittelgradige** depressive Episoden mit einer **Psychotherapie** zu behandeln. Patienten mit einer akuten mittelgradigen depressiven Episode kann zudem eine Pharmakotherapie empfohlen werden. Dabei sind eine alleinige **Psychotherapie oder Pharmakotherapie** als **gleichwertig** zu betrachten.

Bei allen übrigen Formen depressiver Erkrankungen wird eine **Kombinationsbehandlung** aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen.

Im Einzelnen:

Akute leichte depressive Episoden

Zur Behandlung akuter leichter Episoden soll Patienten eine Psychotherapie angeboten werden. Zur Erstbehandlung sollten Antidepressiva nicht generell eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Kosten-Nutzen-Risikos.

Akute mittelgradige depressive Episoden

Bei akuten mittelgradigen depressiven Episoden soll Patienten eine Psychotherapie und/oder eine Pharmakotherapie angeboten werden. Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll dem Patienten eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

Akute schwere depressive Episoden

Bei akuten schweren Depressionen soll Patienten eine Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva und Psychotherapie angeboten werden. Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll dem Patienten eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

Dysthymie, Double Depression, chronische Depression

Der Patient soll darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.

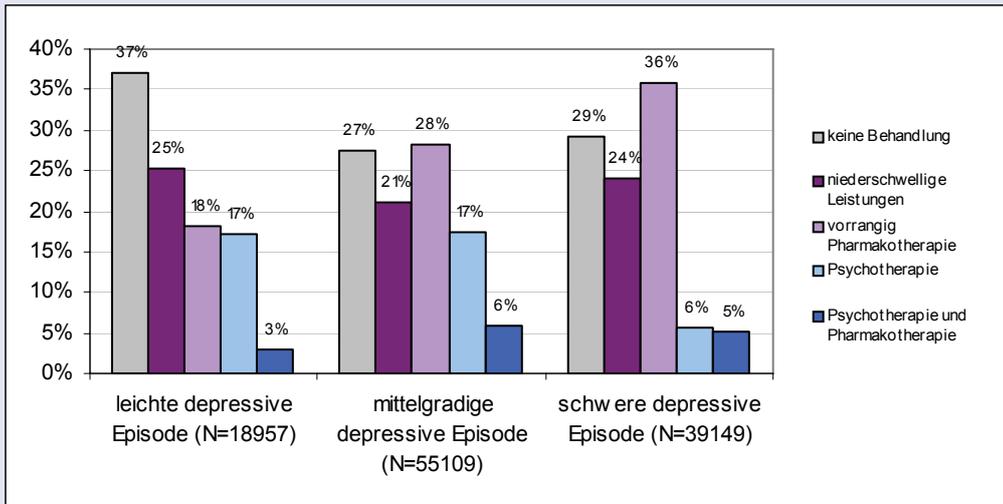
Schwere, rezidivierende sowie chronische Depressionen

Vor einer alleinigen Psycho- oder Pharmakotherapie sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig geprüft werden.

*vorläufige Endversion: noch in der letzten Abstimmungsrunde mit den Fachgesellschaften



Abbildung 5: Leistungsspektrum bei depressiven Episoden



Legende: Psychotherapie = antragspflichtige Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie); niederschwellige Leistungen: psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesprächsangebot
 Quelle: KV Bayerns, 2007

enten erheblich verbessern lässt, auch wenn man berücksichtigt, dass es vor allem bei leichten depressiven Episoden zu Spontanremissionen kommen kann und dass bei der Entscheidung für eine Behandlung Patientenpräferenzen eine Rolle spielen.

Hausärzte in zentraler Rolle

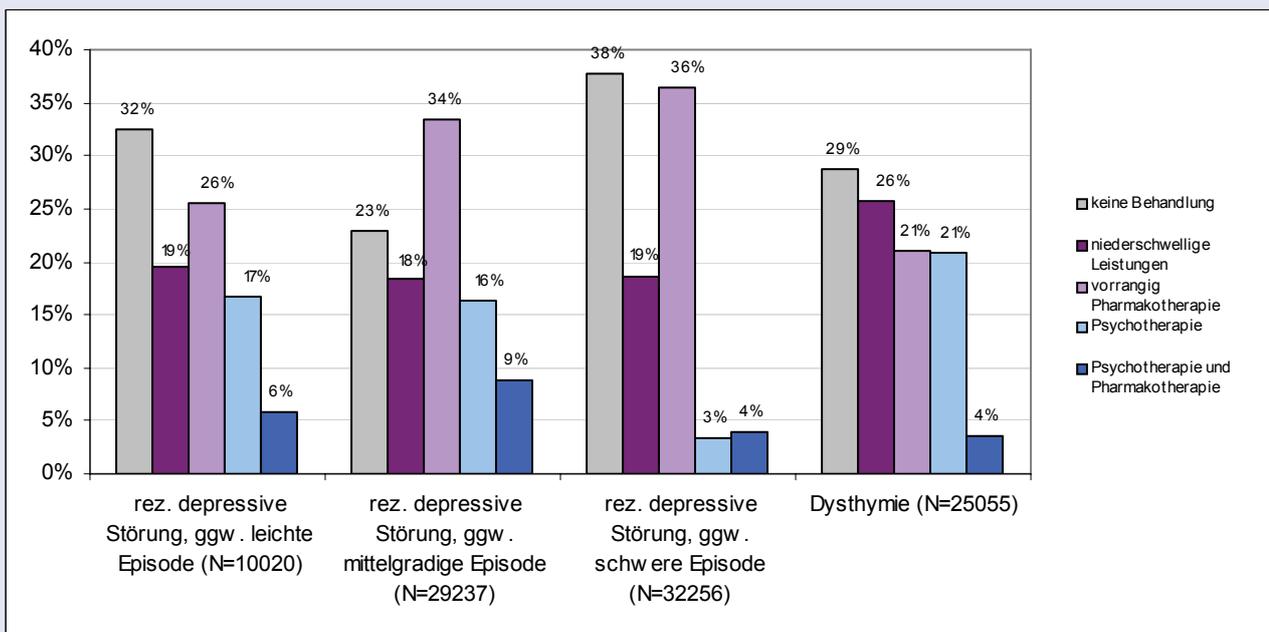
Die Versorgungsdaten zeigen, dass dem Hausarzt in der Ver-

sorgung psychisch kranker Menschen eine zentrale Rolle zufällt. Vom Hausarzt hängt es ab, ob Patienten nach den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie behandelt werden. Seine Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, z. B. Psychotherapeuten, ist von entscheidender Bedeutung für eine sachgerechte Behandlung depressiver Patienten. Hausärzte könnten ihrer zen-

tralen Rolle nach Ansicht der BPtK besser gerecht werden, wenn

- mehr Fortbildungen zum Thema „evidenzbasierte Versorgung psychischer Erkrankungen“ angeboten und wahrgenommen werden,
- Hausärzte ausreichend Zeit haben, um ihre Patienten über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren,

Abbildung 6: Leistungsspektrum bei rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymie



Legende: Psychotherapie = antragspflichtige Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie); niederschwellige Leistungen: psychiatrisch-psychotherapeutisches Gesprächsangebot
 Quelle: KV Bayerns, 2007

- Voraussetzungen für eine bessere Vernetzung von Hausärzten und Psychotherapeuten geschaffen werden.

Depressionen – Morbi-RSA

Die ambulanten Versorgungsleistungen für Versicherte mit verschiedenen Formen depressiver Störungen unterscheiden

che Leistungsausgaben zugrunde. Diese spiegeln die derzeit bestehende Unter- und Fehlversorgung wider. Die Zuschläge fallen entsprechend niedrig aus. Dem kann man bei der Bildung der für die Zuschläge relevanten Morbiditätsgruppen gegensteuern, indem z. B. nicht behandelte Patienten

wenn den Patienten ein Arzneimittelwirkstoff verordnet wird – auch dies eine problematische Anreizwirkung. Insgesamt könnte es für Krankenkassen rational werden, nicht in den Abbau der Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie zu investieren, sondern ihr Engagement auf die Förde-

Tabelle 1: Unipolare depressive Störungen und Leistungen

ICD-Code	Diagnose	DxGroup	berücksichtigungsfähig* (ja/nein)	N (Patienten)	Psychotherapie (Anteil Patienten in %)	Pharmakotherapie (Anteil Patienten in %)	Psycho- u. Pharmakoth. (Anteil Patienten in %)
F32.0	Leichte, depressive Episode	269	nein	18.957	17	18	3
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	269	nein	55.109	17	28	6
F32.2	schwere depressive Episode	264	ja	39.149	6	36	5
F33.0	rez. depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	264	ja	10.020	17	26	6
F33.1	rez. depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	264	ja	29.237	16	34	9
F33.2	rez. depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode	264	ja	32.256	3	36	4
F34.1	Dysthymie	269	nein	25.055	21	21	4

* Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats

Quelle: KV Bayerns, 2007

sich nur geringfügig (siehe Tabelle 1). Die Zuordnung der Depressionen zu einer Krankheitsgruppe (DxGruppe) im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist deshalb auch aus ökonomischen Gründen empfehlenswert. Der Berechnung der Risikozuschläge für depressive Erkrankungen liegen durchschnittli-

ten bei der Kalkulation der Zuschläge außen vor bleiben. Bei der Bildung der Morbiditätsgruppen für die Berechnung der risikoadjustierten Zuschläge sollen u. a. deshalb Arzneimittelwirkstoffe eine zentrale Rolle spielen. Dies könnte im Ergebnis dazu führen, dass Zuschläge im Morbi-RSA bei Depressionen nur gezahlt wer-

den, wenn die Compliance in der Pharmakotherapie zu beschränken. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, für die Bildung der Morbiditätsgruppen neben der Verordnung definierter Arzneimittelwirkstoffe auch die alternative bzw. ergänzende Behandlungsoption Psychotherapie zu berücksichtigen.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höfing, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (5), 597-611.

Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, hrsg. von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), erscheint 2008

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.

Psychische Krankheiten sind schwerwiegend und kostenintensiv

Interview mit Rudi Bittner

Die Datenanalyse der KV Bayerns ermöglicht erstmals einen Einblick in die Realität der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen. Was ist auffällig? Vor allem die Dominanz der Pharmakotherapie bei psychischen Störungen. Wir müssen noch Einiges dafür tun, dass der Stand der wissenschaftlichen Forschung in der Versorgungsrealität ankommt. In der Nationalen Versorgungsleitlinie wird beispielsweise empfohlen, akute leichte bis mittlere depressive Episoden mit Psychotherapie zu behandeln. Bei allen übrigen depressiven Erkrankungen wird eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen. In der Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (AD(H)S) bei Kindern und Jugendlichen bedarf die Pharmakotherapie einer sorgfältigen Abwägung der Risiken und des Nutzens. Bei Kindern unter sechs Jahren sind Medikamente erst dann empfehlenswert, wenn andere Interventionen nicht ausreichen. In der Realität der AD(H)S-Behandlung sind wir davon noch weit entfernt.

Was ist aus Ihrer Sicht der vordringliche Handlungsbedarf? Ganz offensichtlich erhalten zu wenige Patienten Psychotherapie. Ich bin überzeugt davon, dass die Analyseergebnisse die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen verstärkt für das Thema sensibilisieren werden. Wenn das Problembewusstsein gesteigert ist, wird – so hoffe ich – auch die Bereitschaft zunehmen, die Versorgung von Patienten mit psychischen Krankheitsbildern besonders zu fördern. Ich halte es für einen großen Schritt vorwärts, solche Routinedaten aus der konkreten Versorgungspraxis systematisch und vollständig zu gewinnen, aufzubereiten und auch zu veröffentlichen. Die vorliegenden Daten gilt es nun zu besprechen – auch im Dialog zwischen den

beteiligten Fachgruppen – und nach Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen. Manches versteht man vielleicht in der gegenseitigen Betrachtung allmählich besser, wenn man sich die realen Welten hinter diesen Zahlen vorzustellen beginnt. Höchste Aufmerksamkeit ist gefordert, wenn es um finanzielle Konsequenzen, beispielsweise im Risikostrukturausgleich, geht. Die Durchführung von Psychotherapien muss eine stabile und ausreichende materielle Grundlage erhalten.

Was kann die KV Bayerns tun? Das gemeinsame und kollektiv geregelte Vertragssystem der KVB bietet die notwendigen strukturellen Bedingungen für die Patientenversorgung im Bereich psychischer Störungen. Nur so kann eine flächendeckende Versorgung einer oft benachteiligten Gruppe sichergestellt werden. In Bezug auf die Schnittstellenproblematik kann der Dialog und die Planung mit allen beteiligten Gruppen und allen landesweit Tätigen unter einem Dach durchgeführt werden. Dies kann bei Einzelverträgen mit einzelnen Kassen nicht erreicht werden. Im Kollektivvertrag können sich die behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten im kollegialen Austausch viel mehr auf Behandlungsfragen konzentrieren.

Was ist bei der Gestaltung des Morbi-RSA notwendig? Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich war akuter Anlass unserer Analysen. Wenn wir davon ausgehen, dass dieser reformierte Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen 2009 kommen wird, dann müssen wir darauf hinwirken, dass psychische Erkrankungen dabei einen angemessenen Platz einnehmen. Psychische Krankheiten gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten Krankheiten. Sie

müssen bei Ausgleichszahlungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden – und zwar nicht allein mit den Kosten, die ihre Pharmakotherapie verursacht, sondern auch mit den Kosten einer Psychotherapie, wie sie beispielsweise in Nationalen Versorgungsleitlinien beschrieben ist. Mit der gemeinsamen Initiative von BPtK und KVB – ein Novum übrigens – haben wir einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, die Versorgungswirklichkeit realistisch zu erfassen. Jetzt kommt es darauf an, die Sache zu einem guten Abschluss zu bringen.

Was fordern Sie vom Gesetzgeber? Ich sehe vor allem den Bundesgesetzgeber in der Pflicht. Er hat viel versäumt und es ist ohnehin fraglich, ob die Defizite der vergangenen Reformen noch aufgefangen werden können. Jede Reform hat sich bisher weiter von dem konkreten Versorgungsgeschehen entfernt. Die Belange und Bedürfnisse der Patienten, z. B. nach psychotherapeutischer Behandlung, wurden immer mehr außer Acht gelassen und die Bürokratie in den psychotherapeutischen ebenso wie in den ärztlichen Praxen hat ein Maß erreicht, das nicht mehr vermittelbar ist. Und es fehlen ausreichend finanzielle Mittel für die Versorgung der Kranken. Die Psychotherapeuten können hier wahrlich ein Lied davon singen. Das muss ein Ende haben, es müssen insgesamt und für die Psychotherapeuten insbesondere mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Nur so könnte ein angemessenes Honorar gezahlt werden und die psychotherapeutische Versorgung am Bedarf orientiert ausgebaut werden. Ich fordere vehement, dass sich die Gesetzgebung wieder mehr am Patientenwohl orientiert und die Voraussetzungen für professionelles Handeln gerade in den nicht-technischen Fächern

BPtK-Dialog



Rudi Bittner

Psychologischer Psychotherapeut, ist zweiter stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Aufmerksamkeitsdefizite: Häufige Kinderkrankheit nicht im Morbi-RSA

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (AD(H)S) wurde vom Wissenschaftlichen Beirat nicht in die Liste der Krankheiten aufgenommen, die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Dabei erfüllt sie, wie die Berechnungen im Gutachten zeigen, sowohl das Kriterium „schwerwiegend“ als auch das Kriterium „chronisch-kostenintensiv“.

Grund für den Ausschluss ist, dass AD(H)S vor allem eine Krankheit von Kindern und Jugendlichen ist. Insgesamt haben knapp fünf Prozent aller Kinder und Jugendlichen und jeder zehnte Junge im Alter von elf bis 17 Jahren AD(H)S. Damit gehört AD(H)S zu den psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, die am häufigsten diagnostiziert werden. Berücksichtigungsfähig sind Krankheiten im Morbi-RSA jedoch nur, wenn die durchschnittlichen Behandlungsausgaben für die Patienten insgesamt oberhalb eines gesetzlich definierten Schwellenwertes liegen. Da der Schwellenwert nicht altersadjustiert

ist, führt dies mit einer gewissen Zwangsläufigkeit dazu, dass Krankheiten, die in erster Linie Kinder und Jugendliche treffen, an der Schwellenwertprüfung scheitern und im Morbi-RSA nicht berücksichtigt werden können.

Keine oder medikamentöse Versorgung

Analysen von Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns geben Aufschluss, wie Kinder und Jugendliche mit AD(H)S in der ambulanten Versorgung behandelt werden (Abb. 7): Ein Drittel erhält keine Behandlung und über 40 Prozent erhalten ausschließlich eine Pharmakotherapie. Knapp jedes 30. Kind erhält ausschließlich eine Psychotherapie.

Diese stark medikamentenlastige Versorgung entspricht nicht den Empfehlungen einer leitliniengerechten Versorgung. Auffällig ist, dass zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen (64 Prozent) ausschließlich vom Hausarzt/Kinderarzt behandelt werden (Abb. 8). Hausärzte/

Kinderärzte behandeln AD(H)S bei 48,6 Prozent der Kinder gar nicht oder ordnen vor allem eine rein medikamentöse Therapie (38 Prozent).

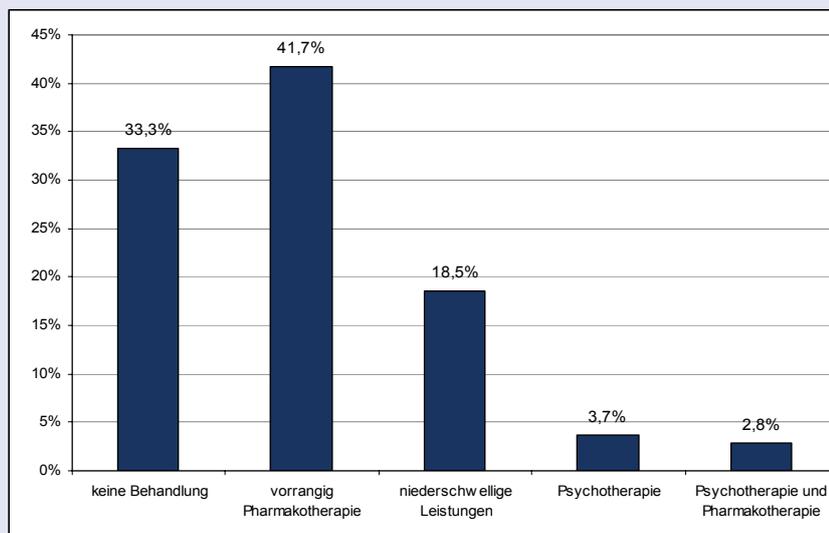
Mangel an Psychotherapie

Der geringe Anteil an Kindern und Jugendlichen, die psychotherapeutisch behandelt werden, ist auch auf einen Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückzuführen. Etwa 20 Prozent der deutschen Wohnbevölkerung ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern erreicht jedoch nur einen Anteil von 12,2 Prozent.

AD(H)S und Morbi-RSA

Die Diagnostik von AD(H)S erfordert Zeit und spezielle Kenntnisse. Spezialisten nehmen sich dafür mehrere Stunden Zeit. Sie sprechen mit den Eltern und altersabhängig auch mit dem Kind und beobachten

Abbildung 7: Leistungsspektrum bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen



Quelle: KV Bayerns, 2007



beide. Bei der Exploration des Kindes können zusätzlich auch Testverfahren und Spiel- oder maltherapeutische Techniken zum Einsatz kommen. Wichtig ist es auch, Informationen vom Kindergarten oder der Schule einzuholen. Erst so ist zuverlässig festzustellen, ob ein Kind krankhaft unruhig ist oder ein Jugendlicher sich kaum dauerhaft konzentrieren kann. Ohne eine gründliche Anamnese ist eine fachgerechte Entscheidung über die adäquate Behandlung nicht zu fällen. Sie ist auch unverzichtbar, weil die Auswirkungen einer jahrelangen medikamentösen Behandlung noch nicht ausreichend

erforscht sind. AD(H)S erfordert unbedingt eine bessere Vernetzung zwischen Hausärz-

ten werden dies jedoch nur tun, wenn sie dafür im Wettbewerb nicht bestraft werden.

Multimodale AD(H)S-Therapie

In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass insbesondere Kinder mit nicht behandelten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (AD(H)S) eine ungünstige Prognose hinsichtlich ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung haben. Erste gesundheitsökonomische Studien lassen abschätzen, welche Kosten dem Gesundheitssystem mittel- und langfristig entstehen, wenn AD(H)S nicht behandelt wird.

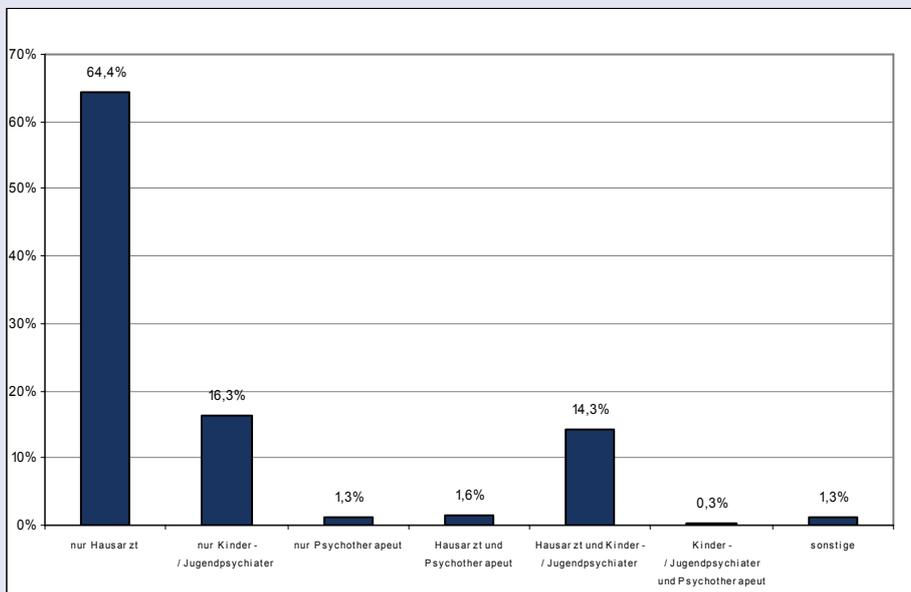
Empfohlen wird eine multimodale Therapie zur AD(H)S-Behandlung. Diese umfasst folgende Interventionen:

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und des Erziehers bzw. Klassenlehrers,
- Elternterapie und Familientherapie zur Verminderung der Symptomatik in der Familie,
- Interventionen im Kindergarten oder in der Schule,
- Psychotherapie des Kindes/Jugendlichen,
- Pharmakotherapie, unter sorgfältiger Abwägung des Nutzens und der Risiken. Bei Kindern im Vorschulalter (< 6 Jahren) grundsätzlich erst dann, wenn andere Interventionen nicht ausreichen.

ten/Kinderärzten, Fachärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Mit anderen Worten: Die Krankenkassen müssten in eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S investieren. Krankenkassen

Das setzt voraus, dass AD(H)S im Morbi-RSA berücksichtigt wird und Zuweisungen über den Morbi-RSA in etwa den durchschnittlichen Ausgaben für eine leitlinienbasierte Behandlung von Kindern mit AD(H)S entsprechen.

Abbildung 8: Behandelnde Fachgruppen



Quelle: KV Bayerns, 2007

Barkley, R.A.: Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry 63, Suppl. 12, 2002, S. 10-15.

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 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 239 – 254.

Schlack R, Hölling, H. et al., 2007, Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, 827-835.

Harter Wettbewerb in den Niederlanden

Interview mit Dr. Rudy Douven

Leiter des Central Plaan Bureau, Den Haag



Warum gibt es in den Niederlanden einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich? Die Entwicklung eines Risikoausgleichssystems begann 1991 und wurde ständig weiter verbessert. In den Niederlanden sind die Kassen verpflichtet, jedem Versicherten eine Basisversorgung zu einem festen Beitrag anzubieten, der nicht von Einkommen oder einem Krankheitsrisiko abhängig ist. In Deutschland wird so ein Beitrag Kopfpauschale genannt. Versicherte, für die voraussichtlich hohe Gesundheitsausgaben entstehen, sind damit schlechte Risiken. Der Risikostrukturausgleich war notwendig, um das Interesse der Krankenkassen an Risikoselektion zu begrenzen.

Wie wurde der Risikostrukturausgleich weiterentwickelt? Ein wichtiger Schritt wurde 2002 gemacht. Ziel der niederländischen Regierung war es damals sicherzustellen, dass die Ausgaben für chronisch kranke Versicherte besser erfasst werden. Zunächst gab es Ausgleichszahlungen, die auf der Basis von Arzneimittelverordnungen im ambulanten Bereich berechnet wurden, so genannte Pharmacy-based Cost Groups (PCGs). Seit 2008 gibt es 20 PCGs. Sie werden seit 2004 durch so genannte Diagnostic Cost Groups (DCGs) ergänzt. DCGs erfassen das Ausgabenrisiko von Patienten, die bei festgelegten Diagnosen stationär behandelt werden. Seit 2008 gibt es 13 DCGs.

Wie berechnen sich die DCGs? Für die Definition der Diagnosegruppen benutzt die niederländische Regierung ein internationales Klassifikationssystem. 2005 waren Krankheiten in 172 medizinische Diagnosegruppen eingeteilt. Von diesen 172 Gruppen entsprechen 67 Diagnosegruppen schwerwiegenden chronischen Erkrankungen mit hohen Ausgaben. Mit den DCGs sind nicht alle Erkrankungen erfasst, damit falsche Anreize vermieden werden. Leistungserbringer könnten zum Beispiel mehr Patienten in Krankenhäuser einweisen, selbst wenn diese relativ gesund sind, um zukünftig höhere Zahlungen zu bekommen. Deshalb werden in den DCGs nur Patienten berücksichtigt, die im vorangegangenen Jahr mindestens drei Tage oder länger in einem Krankenhaus behandelt wurden. Zweitens muss die Patientenzahl in einer Diagnosegruppe mehr als 1.000 betragen. Die große Patientenzahl erhöht die Genauigkeit der Ausgleichszahlung für eine DCG. Drittens ist entscheidend, dass DCGs eindeutig und klinisch stimmig sind. So wird vermieden, dass Leistungsanbieter vage Diagnosen stellen oder Spielräume entstehen, einen Patienten der einen oder anderen Gruppe zuzuordnen.

Was bestimmt die Höhe der Ausgleichszahlungen? Das System ist wie in der Bundesrepublik Deutschland prospektiv ausgerichtet. Die Ausgleichszahlungen hängen von unterschiedlichen, auch sozioökonomischen Parame-

tern ab, z. B. Alter (19 Kategorien), Geschlecht (2 Kategorien), Verstädterung (10 Kategorien), Art des Einkommens (5 Kategorien), sozialer Lebensstandard (4 Kategorien), PCGs (21 Kategorien) und DCGs (14 Kategorien). Jeder niederländische Versicherte wird für jeden Parameter jeweils einer Kategorie zugeordnet. Auf der Basis der durchschnittlichen Vorjahresausgaben wird sein Kostenrisiko für das Folgejahr geschätzt. Entsprechend fallen die Ausgleichszahlungen aus.

Beeinflusst der niederländische Morbi-RSA die Vertragsstrategien der Krankenkassen? Das erste bemerkenswerte Ergebnis der Reform 2006 war, dass Krankenversicherer einen Krieg mit niedrigen Beiträgen eröffneten. Die Beiträge deckten teilweise nicht die Ausgaben. In den Anfangsjahren machten die Krankenkassen im Basistarif einen geschätzten durchschnittlichen Verlust von 40 bis 45 Euro je Versicherten. Dies war möglich, weil die meisten Kassen vorher substanzielle Finanzreserven aufgebraucht hatten. Außerdem wechselte jeder fünfte Versicherte seine Krankenkasse – mehr als jemals zuvor. Mit so vielen Versicherten, die ihre Krankenkasse wechselten, hatte niemand gerechnet. Die Medien hatten so intensiv über die Gesundheitsreform und die unterschiedlichen Versicherungsverträge und -beiträge berichtet, dass sich die Menschen sehr bewusst wurden, welche Wahlmöglichkeiten sie haben.

Es gab auch Angebote für spezielle Patientengruppen. Viele Krankenkassen vereinbarten Gruppenverträge mit einzelnen Unternehmen, mit Organisationen älterer Menschen, aber auch mit Selbsthilforganisationen, z. B. im Bereich Diabetes oder Rheuma. Diese Gruppenverträge sind sehr attraktiv aufgrund hoher Beitragsermäßigungen. Sie sind für diejenigen Patientengruppen möglich, deren Krankheiten im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Wie beurteilen niederländische Patientenvertreter den Morbi-RSA? Sie stehen ihm grundsätzlich positiv gegenüber, fordern allerdings eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Ausgleichssystems, vor allem durch die Berücksichtigung weiterer Krankheiten.

Impressum

BPtK-Spezial zum Thema „Morbi-RSA“

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Judith Scheide

Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch aus-
zugsweise nicht gestattet.

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Telefon: 030-278785-0

Fax: 030-278785-44

E-Mail: info@bptk.de

Internet: www.bptk.de