

## **Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 11.04.2008**

### **Prävalenzgewichtung**

Die BPTK begrüßt die Entscheidung des BVA, die Prävalenz einer Krankheit bei der Berechnung der Gesamtkosten stärker zu gewichten, indem – statt der vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Gutachten verwendeten Logarithmisierung – nun die Quadratwurzelfunktion gewählt wird. Im Bereich psychischer Störungen werden hierdurch insbesondere die Kosten angemessener abgebildet, die durch hoch prävalente Volkskrankheiten, wie Depressionen und Angsterkrankungen, entstehen. Der besonderen Relevanz, die diese Erkrankungen für das Versorgungsgeschehen haben, wird damit angemessen Rechnung getragen.

### **Bildung der Krankheitsgruppen**

Die Zusammenfassung mehrerer DxGruppen zu einer Krankheitsgruppe „Depressionen“ und einer Krankheitsgruppe „Angsterkrankungen“ wird von der BPTK unter klinischen und gesundheitsökonomischen Aspekten ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Bei beiden Krankheiten handelt es sich um in sich homogene Störungsgruppen, die sich hinsichtlich Ätiologie, Symptomatik und Behandlungsansätzen nur wenig unterscheiden.

Ferner hält die BPTK die Entscheidung des BVA für nachvollziehbar, dass die Anwendung der Kriterien für „kostenintensiv chronisch“ und „schwerwiegend“ bereits auf der Analyseebene der Krankheiten und damit die datengestützt-empirische Krankheitsauswahl von Beginn an auf derselben Betrachtungsebene erfolgt.

### **Festlegung der berücksichtigten Krankheiten**

Unter klinischen Aspekten erscheint es wenig plausibel, dass akute schwerwiegende Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen zu den berücksichtigungsfähigen Krankheiten zählen. Per definitionem handelt es sich bei diesen Erkrankungen nicht um chronische Erkrankungen, sondern um zeitlich begrenzte Reaktionen auf außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastungen oder einschneidende Lebensereignisse und -veränderungen. Im Fall der akuten Belastungsreaktion sollten die Symptome nach wenigen Tagen und im Fall der Anpassungsstörungen nach spätestens sechs Monaten wieder abklingen, ansonsten muss nach ICD-10-Kriterien eine andere psychische Störung kodiert werden. Die „hohe“ Hospitalisierungsquote ist aus

klinischen Gründen ebenfalls schwer nachvollziehbar, da insbesondere die Anpassungsstörungen typischerweise ambulant behandelt werden können. Eine mögliche Erklärung für die hohe Kostenintensität der Gruppe von Versicherten mit einer Anpassungsstörung könnte darin liegen, dass Anpassungsstörungen im ambulanten Bereich häufig diagnostiziert werden, z. B. als Nebendiagnose im Kontext schwerer körperlicher Erkrankungen. Die hohen Kosten, die in dieser Erkrankungsgruppe entstehen, wären demnach auch auf diagnostische Unschärfen und eine hohe Multimorbidität in dieser Versichertengruppe zurückzuführen.

Im Gegensatz zu akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen, die aus den oben genannten klinischen und diagnostischen Aspekten nicht zu den schwerwiegenden und chronischen psychischen Erkrankungen gehören, zählen Angsterkrankungen neben Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen mit einer starken Tendenz zur Chronifizierung. Auch nach den Berechnungen des BVA zur Kostenbewertung liegen die Angsterkrankungen nur knapp unter den gewählten Grenzwerten in Bezug auf Chronizität und Kostenintensität.

Die Nachteile einer gesetzlichen Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von berücksichtigungsfähigen Krankheiten und eines rein datengestützten Auswahlverfahrens werden somit deutlich. Durch die Gesetzesvorgabe, sich bei der Auswahl auf 80 Krankheiten beschränken zu müssen, war das BVA gezwungen, den ursprünglich vom Beirat gewählten Grenzwert zur Bestimmung der Kostenintensität vom 70. Perzentil auf das 76,5-Prozent-Perzentil der Ausgabenverteilung über alle Krankheiten anzuheben, um nicht mehr als 80 Krankheiten auszuwählen. Eine gewisse Willkürlichkeit bei der Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Krankheiten und damit auf bestimmte Grenzwerte wird deutlich. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass eine unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Aspekten eigentlich zu berücksichtigende Krankheit nicht ausgewählt wird und umgekehrt. Im Bereich der psychischen Störungen trifft dies auf die Angsterkrankungen und Anpassungsstörungen zu.

Die BPtK würde es begrüßen, wenn bei zukünftigen Weiterentwicklungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs neben einer rein empirischen Ermittlung

kostenintensiver und chronischer Erkrankungen klinische Aspekte bei der Auswahl stärker einfließen würden. Ihre Expertise im Bereich Epidemiologie, Erscheinungsformen und Versorgung psychischer Störungen würde die BPK hierzu gerne einbringen.