

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten für das
Ausgleichsjahr 2011**

Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 5. März 2010

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
31.03.2010**

Vorbemerkung

Nach § 31 Abs. 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt u. a. die zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 festzulegen. Der vorliegende Festlegungsentwurf dokumentiert zusammen mit den zugehörigen detaillierten Anhängen in transparenter Weise die Berechnungsmethodik und Berechnungsergebnisse und macht die Weiterentwicklung bei der Krankheitsauswahl und den Krankheitsabgrenzungen gut nachvollziehbar. Zugleich ermöglichen die transparente Darstellung der Berechnungsgrundlagen und die vollständige Darstellung der Zuordnung der ICD-10-Kodes zu den 349 Krankheiten eine differenzierte Rückmeldung zu dem vorliegenden Festlegungsentwurf.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass die Krankheitsauswahl im Kern nach den gleichen Grundsätzen erfolgt, wie sie bei der Auswahl für das Ausgleichsjahr 2009 entwickelt worden sind. Auch die Präzisierungen der Krankheitsabgrenzungen stellen eine sinnvolle Weiterentwicklung dar, die auch aus unserer Einschätzung klinischen Erwägungen folgt und in den meisten Fällen zu einer stärkeren Homogenität der Krankheiten führt.

Kritisch sehen wir dagegen die strikte Anwendung der Schwellenwertprüfung bei Krankheiten, die im Schwerpunkt in einem jüngeren Lebensalter auftreten. Aufgrund der fehlenden Altersadjustierung bei der Schwellenwertprüfung kommt es hierdurch in der Konsequenz zu einer Diskriminierung von Versicherten im jüngeren Lebensalter, die durch diese Einseitigkeit des Auswahlprozesses für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem „schlechten Risiko“ werden.

Rechtliche Aspekte der Schwellenwertprüfung

§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V präzisiert die Anforderungen an das Klassifikationsmodell für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ab 2009 dahingehend, dass hierfür Versichertengruppen nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden sind, die unter anderem ...

„50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zu Grunde legen.“

In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass damit klargestellt werde, dass

„der Bestimmung der Morbiditätsgruppen eine begrenzte Zahl von 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zu Grunde zu legen ist, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen“.

Der Gesetzestext selbst lässt hingegen keinen Rückschluss darauf zu, dass sich die Auswahl auf die Krankheiten zu beschränken hat, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der von einer Krankheit betroffenen Versicherten den Schwellenwert des 1,5fachen der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten überschreiten. Der Gesetzgeber hat zu Recht darauf verzichtet, das so genannte Schwellenwertkriterium als Ausschlusskriterium vorzusehen. Der Risikostrukturausgleich soll nämlich ein morbiditätsorientierter sein. Wäre das Schwellenwertkriterium ein Ausschlusskriterium, so würde dies dazu führen, dass der Risikostrukturausgleich nicht mehr, wie vom Gesetz vorgesehen, für kostenintensive Krankheiten erfolgt, sondern für kostenintensive Versicherte. Die Nichtberücksichtigung des Schwellenwertkriteriums im Gesetzestext und die Gesetzesbegründung lassen daher darauf schließen, dass der Gesetzgeber dabei den Regelfall vor Augen hatte und davon ausging, dass bei zu berücksichtigenden Krankheiten regelmäßig die durchschnittlichen Kosten der Versicherten mit einer bestimmten Krankheit die Durchschnittskosten aller GKV-Versicherten um mehr als das 1,5fache überschreiten, zugleich aber auch Ausnahmen davon denkbar sind. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat daher bei der erstmaligen Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Jahr 2008 die gesetzlichen Vorgaben so operationalisiert, dass er zunächst die kostenintensiven chronischen Krankheiten über deren altersadjustierte relative Kosten definiert und diese erst in einem zweiten Schritt anhand des Schwellenwertkriteriums überprüft hat.

In seinem Gutachten vom Dezember 2007 hat er dabei zu Recht das Schwellenwertkriterium problematisiert:

„Dadurch werden Krankheiten, die einen Häufigkeitsgipfel in einem nach Alter abgegrenzten Lebensabschnitt aufweisen, beispielsweise

im Kindesalter, systematisch unterbewertet. Denn die Leistungsausgaben solcher Krankheiten fallen im Spektrum aller Krankheiten betrachtet vielfach selbst dann nicht als überdurchschnittlich auf, wenn für sie im Vergleich mit anderen in der gleichen Altersgruppe häufigen Krankheiten hohe individuelle Fallkosten dokumentiert sind“ (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, S. 63).

Der Verordnungsgeber hat nun das Schwellenwertkriterium im Text ausdrücklich vorgesehen und in § 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV formuliert:

„Bei der Auswahl der in Satz 2 genannten Krankheiten sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen, berücksichtigt werden.“

Dies kann jedoch nicht als Ausschlusskriterium verstanden werden. Denn der Verordnungsgeber ist nicht ermächtigt, die im Gesetz vorgesehenen Kriterien für die zu berücksichtigenden Krankheiten zu verändern. Die Gegenstände der Ermächtigung sind in § 266 Abs. 7 SGB V abschließend aufgeführt. Die (nähere) Definition der zu berücksichtigenden Krankheiten gehört nicht dazu. Bei dem Schwellenwertkriterium kann es sich daher entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nur um ein Regelkriterium handeln, durch das sichergestellt wird, dass der Risikostrukturausgleich insgesamt ganz überwiegend Krankheiten berücksichtigt, die auch in Bezug auf die Gesamtkosten der Versicherten relevant sind. Darauf lässt im Übrigen auch die Formulierung „insbesondere“ schließen.

Dies ist nicht zuletzt auch deshalb angezeigt, weil es den Sonderfall geben kann, bei dem Krankheiten mit einem schwerwiegenden Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten ganz überwiegend bei Patientengruppen auftreten, die ansonsten

ein deutlich geringeres Risiko für andere komorbide, kostenintensive Krankheiten haben. Dies ist insbesondere bei Krankheiten der Fall, die einen Häufigkeitsgipfel in einem jüngeren Lebensalter haben.

Krankheitsauswahl und Schwellenwertprüfung für das Ausgleichsjahr 2011

Bei der vorliegenden, vom Wissenschaftlichen Beirat vorgenommenen Schwellenwertprüfung für die bereits ausgewählten Krankheiten tritt genau die oben beschriebene Problematik erneut zu Tage. Während für das Jahr 2008 die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten für 324 von 349 Krankheiten oberhalb des ermittelten Schwellenwertes von 2.722,36 Euro lagen, wurde der Schwellenwert lediglich bei 25 Krankheiten unterschritten. Dies war insbesondere bei den Krankheiten der Fall, die einen deutlichen Häufigkeitsgipfel im jüngeren Lebensalter haben und im höheren Lebensalter nicht mehr oder nur noch selten diagnostiziert werden. Hiervon waren insbesondere auch die kostenintensiven Krankheiten „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ und „Umschriebene Entwicklungsstörung“ betroffen, die jeweils knapp den Schwellenwert unterschritten. Nach unseren Analysen sind knapp 90 Prozent der Versicherten mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung jünger als 18 Jahre. Circa drei Viertel der betroffenen Versicherten sind männlichen Geschlechts. So erreicht beispielsweise die Lebenszeitprävalenz der ärztlich/psychotherapeutisch diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörungen bei den elf- bis 13jährigen mit 7,1 Prozent ihren Höhepunkt und sinkt danach deutlich ab (Schlack et al. 2007). Auch für die umschriebenen Entwicklungsstörungen findet sich ein ähnlicher Häufigkeitsgipfel im frühen Lebensalter.

Die Ermittlung des Schwellenwertes für das Jahr 2008 fiel mit 2.722,36 Euro im Vergleich zu den Schwellenwerten 2007 und 2006 (2.582,13 Euro bzw. 2.525,58 Euro) etwas höher aus, da sich die durchschnittlichen GKV-weiten Leistungsausgaben aller Versicherten in diesem Zeitraum weiter leicht erhöht haben. Bereits bei der Schwellenwertprüfung für das Jahr 2007 hatte dieser Anstieg dazu geführt, dass für die Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ mit durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten in Höhe von 2.531,03 Euro der Schwellenwert um knapp zwei Prozent (51,10 Euro) unterschritten wurde. Für das Jahr 2008 wird der aktuelle Schwellenwert um knapp fünf Prozent

(128,51 Euro) erneut unterschritten. Die Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ unterschreitet den aktuellen Schwellenwert für das Jahr 2008 sogar nur um knapp 0,2 Prozent (5,17 Euro). Für die Schwellenwertprüfung bei diesen Krankheiten ist dabei weiterhin zu berücksichtigen, dass viele Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung oder der Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) versorgt werden, deren tatsächliche Behandlungskosten aufgrund der Mischfinanzierung der SPZ nur z. T. Eingang in die Berechnung der durchschnittlichen Kosten für Versicherte mit einer entsprechenden Krankheit finden können, obwohl es sich um originäre Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Vor dem Hintergrund der Schwellenwertprüfung für das Jahr 2007 hatte der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt zunächst empfohlen, die Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ aus der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2010 zu streichen. Hiervon hatte das Bundesversicherungsamt jedoch bei seiner endgültigen Festlegung der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen wieder Abstand genommen und angekündigt, dass über die isolierte Schwellenwertprüfung hinaus für das Ausgleichsjahr 2011 eine vollständige Überprüfung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten durchgeführt werden sollte, welche dann eine umfassendere Entscheidungsbasis für die Krankheitsauswahl liefern werde.

Die vorliegende vollständige Überprüfung der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011 zeigt sehr deutlich, dass die Schwellenwertprüfung anhand des 1,5fachen der mittleren Leistungsausgaben über alle Versicherten für die Auswahl insbesondere kostenintensiver chronischer Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf vollständig ungeeignet ist. Schließlich erfüllen immerhin knapp 93 Prozent aller Krankheiten dieses Schwellenwertkriterium, während lediglich sieben Prozent der Krankheiten den Schwellenwert von 2.722,36 Euro unterschreiten. Die fehlende Eignung des Schwellenwertes als Kriterium für die Krankheitsauswahl lässt sich u. a. auch an der Vielzahl der Krankheiten illustrieren, welche das Schwellenkriterium z. T. sehr deutlich überschreiten, obwohl die prospektiv berechneten erwarteten Mehrkosten im Folgejahr sogar negativ ausfallen (negatives Beta-Gewicht). Beispielhaft seien hier u. a. die Krankheiten Appendizitis (Nr. 79), Hämorrhoiden (Nr. 80) oder Varizen

(Nr. 204) genannt. Zugleich führt die Anwendung des Schwellenkriteriums zum Ausschluss von chronischen kostenintensiven Erkrankungen wie den Aufmerksamkeitsstörungen, obwohl die hohen erwarteten Mehrkosten im prospektiven Berechnungsmodell und die hohe Prävalenzrate in der Versorgung die Relevanz dieser Krankheit unterstreichen. Somit ist die Schwellenwertprüfung unter medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht geeignet, einen positiven Beitrag zur Krankheitsauswahl zu leisten.

Das Unterschreiten des Schwellenwertes ist dabei ausschließlich dem Umstand zuzuschreiben, dass diese Erkrankungen im Wesentlichen nur im jüngeren Lebensalter auftreten und diagnostiziert und behandelt werden. Bezogen auf die gesamte Auswahl der für das Ausgleichsjahr 2010 auszuwählenden Krankheiten ist es daher aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen geboten und juristisch zulässig, auch kostenintensive chronische Krankheiten auszuwählen, welche mangels einer medizinisch-wissenschaftlich erforderlichen Altersadjustierung den Schwellenwert knapp unterschreiten, solange die anderen ausgewählten Krankheiten regelhaft den Schwellenwert überschreiten. Schließlich würde auch bei einer angemessenen Berücksichtigung von kostenintensiven chronischen Krankheiten, die ganz überwiegend im jüngeren Lebensalter auftreten, der ermittelte Schwellenwert für das Jahr 2008 in Höhe von 2.722,36 Euro weiterhin von 78 der 80 auszuwählenden Krankheiten überschritten.

Zusammenfassung zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2011

§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV besagt, dass bei der Krankheitsauswahl insbesondere, aber nicht ausschließlich solche Krankheiten berücksichtigt werden sollen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen. Die vorliegenden Fälle der Krankheiten „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ und „Umschriebene Entwicklungsstörung“ sind daher ein Paradebeispiel für den vom Verordnungsgeber antizipierten Fall, dass eine Krankheit mit schwerwiegendem Verlauf bzw. eine kostenintensive chronische Krankheit berücksichtigungsfähig sein sollte, wenn die Kostenintensität der

Krankheit klar belegt ist, aber der Schwellenwert wegen eines Häufigkeitsgipfels in einem jüngeren Lebensalter nicht überschritten wird.

Aufmerksamkeitsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen erfüllen, wie die Berechnungen für die Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichjahr 2011 gezeigt haben, das Kriterium „chronisch-kostenintensiv“. Aufmerksamkeitsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen werden aber vor allem im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert und behandelt.

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen und umschriebenen Entwicklungsstörungen kostenintensiv sind, insbesondere bei einer leitliniengerechten Behandlung.

Das Fehlen dieser Krankheiten auf der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten würde dabei mittelfristig dazu führen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Selektiv- und Kollektivvertragssystem auf Vereinbarungen zu integrierten und innovativen Versorgungskonzepten ausgerechnet bei denjenigen Patientengruppen verzichten würden, bei denen eine frühzeitige Behandlung die weitere Chronifizierung und Verschlechterung der Erkrankungen, die Entwicklung komorbider psychischer Störungen und zugleich eine weitere Beeinträchtigung der schulischen und beruflichen Bildung der betroffenen Kinder und Jugendlichen einschließlich der damit verbundenen gesellschaftlichen Folgekosten verhindern oder abmildern kann.

Abgrenzung der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/ andere hyperkinetische Störungen“ – Beschränkung auf spezifische Diagnosen

Bereits im Zuge des Stellungnahmeverfahrens zum Klassifikationsmodell für den Risikostrukturausgleich in 2010 hat die BPTK in ihrer Stellungnahme vom 15. April 2009 am Beispiel der depressiven Störungen die unspezifischen Diagnosen problematisiert, die eine besondere Manipulationsanfälligkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bedingen. Bezogen auf die depressiven Störungen wurde diese Anregung der BPTK im Klassifikationssystem für das Ausgleichsjahr 2010 dahinge-

hend aufgegriffen, dass die unspezifischen Diagnosen einer depressiven Störung in einer eigenen (weniger kostenintensiven) Morbiditätsgruppe zusammengefasst wurden. Diese sinnvolle Änderung im Klassifikationssystem vermag jedoch die Folgeprobleme der unzureichenden Validität der unspezifischen Diagnosen nur begrenzt auszugleichen. Die unzureichende Validität und Manipulationsanfälligkeit der unspezifischen Diagnosen kann – anders als bei spezifischen Diagnosen – auch durch die Entwicklung und Implementierung einheitlicher Kodierrichtlinien nicht ausreichend gemindert werden. Diese Problematik der eingeschränkten Validität unspezifischer Diagnosen lässt sich auf eine Reihe anderer, im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Krankheiten übertragen und besteht in besonderer Weise für die Diagnosegruppe der Aufmerksamkeitsstörungen.

Der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ werden nach der aktuellen Krankheitsabgrenzung insgesamt vier ICD-10 Diagnosen zugeordnet. Zwei dieser ICD-10-Diagnosen, „Sonstige hyperkinetische Störungen“ (F90.8) und „Hyperkinetische Störungen“, nicht näher bezeichnet (F90.9), sind zu den unspezifischen Diagnose zu zählen, zu denen gemäß der ICD-10-Klassifikation keine klar operationalisierbaren diagnostischen Kriterien existieren. Während die aktuellen klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) für die Diagnose F90.8 keinerlei Ausführungen enthalten, heißt es zu der Diagnose der Hyperkinetischen Störung, nicht näher bezeichnet (F90.9), dass es sich hierbei um eine nicht zu empfehlende Restkategorie handele, die nur verwendet werden soll, wenn die Differenzierung zwischen F90.0 und F90.1 nicht möglich ist, die allgemeinen Kriterien für F90 aber erfüllt sind. In den überwiegenden Fällen, bei denen (ausschließlich) unspezifische Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung gestellt werden, dürfte es sich um Versicherte mit einer deutlich geringeren Krankheitsschwere, häufig subklinischer Ausprägung handeln.

Für die spezifischen Diagnosen „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) und „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) existieren dagegen in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 eindeutig operationalisierbare Diagnosekriterien.

Nach eigenen Analysen für das Jahr 2007 werden die unspezifischen Diagnosen F90.8 und F90.9 bei ca. einem Viertel der Versicherten gestellt, die unter Anwendung des M2Q-Kriteriums der DxG298 zugeordnet werden können. Hiervon entfallen mehr als 90 Prozent der Fälle auf die unspezifische Diagnose „Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung“ (F90.9). Ausschließlich unspezifische Diagnosen werden bei knapp 12 Prozent der Versicherten gestellt, die der DxG298 zugeordnet werden können. Im Vergleich zu den Versicherten, bei denen ausschließlich spezifische Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung (F90.0 und/oder F90.1) gestellt wurden, ergeben sich für Versicherte mit ausschließlich unspezifischen Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung deutlich geringere (zeitgleiche) durchschnittliche Leistungsausgaben.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, die unspezifischen Einzeldiagnosen F90.8 und F90.9 aus der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ herauszunehmen und der Krankheit „Andere psychische Erkrankungen“ als Restkategorie zuzuordnen. Dadurch lässt sich zum einen die Validität der ambulanten Diagnosen, die der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ zugeordnet werden, insgesamt erhöhen. Zum anderen können die bestehenden Verdünnungseffekte durch den Anteil der Versicherten, die lediglich einzelne Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität aufweisen, ohne die diagnostischen Kriterien der Aufmerksamkeitsstörung zu erfüllen, erheblich reduziert werden. Dies hätte vermutlich auch Auswirkungen auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben von Versicherten mit der Krankheit „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ und damit auf das Ergebnis der Schwellenwertprüfung.

Zugleich wird das Risiko des Upcoding durch eine Beschränkung auf manifeste Aufmerksamkeitsstörungen reduziert, da für die verbliebenen spezifischen Diagnosen F90.0 und F90.1 diagnostische Kriterien vorliegen, die eine valide Diagnosestellung erlauben.

Darüber hinaus sollte die Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ um die Diagnosecodes F91 bis F92 „Störungen des Sozialverhaltens“ (mit Ausnahme des Codes F91.9) erweitert wer-

den. Die Störungen des Sozialverhaltens zählen bei einer durchschnittlichen Sechsmonatsprävalenzrate von 4,9 Prozent (Ihle & Esser, 2002) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, haben eine starke Tendenz zur Chronifizierung und zählen bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten Behandlungsanlässen in der ambulanten Psychotherapie. Unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten sollte diese Krankheit nicht zuletzt aufgrund der hohen Komorbidität mit den Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen in eine Krankheit „Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens“ (alternativ: „Externalisierende Störungen“) zusammengeführt werden. Diese Zuordnung zu einer einzigen Krankheit findet seine Entsprechung in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Eine Zusammenfassung der Störungen des Sozialverhaltens mit den anderen psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, wie sie derzeit im Festlegungsentwurf vorgesehen ist, wäre dagegen mit Bezug auf das Kriterium der Homogenität der Krankheiten nicht angemessen.

Abgrenzung der Krankheit „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“

Die Auflösung der bisherigen Krankheit 134 „Ticstörungen“ (F95 und F98.1) und die Zuordnung dieser Codes zu der neuen Krankheit 152 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F91 bis F95 und F98) ist unter klinischen Gesichtspunkten grundsätzlich nachvollziehbar und wird von der BPTK befürwortet.

Abgrenzung der Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ – Beschränkung auf spezifische Diagnosen; Ausschluss der Diagnosen „Stottern und Poltern“

Der Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ werden in dem aktuellen Festlegungsentwurf auch die unspezifischen Diagnosen „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung des Sprechens“ (F80.9), „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten“ (F80.9), „Andere Entwicklungsstörungen“ (F88) und „Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen“ (F89) zugeordnet. Aufgrund der bestehenden Validitätsprobleme bei der Diagnosestellung sollte auf die Zuordnung dieser

Diagnosen zur Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ verzichtet werden, da andernfalls zu befürchten ist, dass dieser Krankheit hierdurch vorwiegend Versicherte mit einer subklinischen Symptomausprägung zugeordnet werden. Auch diese Diagnosen sollten der Krankheit „Andere psychische Erkrankung“ zugeordnet werden. Darüber hinaus sollten aus medizinisch-wissenschaftlichen Gründen die spezifischen Diagnosen „Stottern“ (F98.5) und „Poltern“ (F98.6) nicht länger der Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ zugeordnet werden, da es sowohl hinsichtlich der Ätiologie als auch der Behandlungsstrategie bei diesen psychischen Störungen kaum Gemeinsamkeiten mit den umschriebenen Entwicklungsstörungen gibt und zu Recht nach ICD-10 der Krankheitsgruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter zugeordnet werden. Diese beiden Diagnosen sollten daher der Krankheit 152 zugeordnet werden. Auch bei dieser unter klinischen Gesichtspunkten angemesseneren Krankheitsabgrenzung sind Auswirkungen auf die Schwellenwertprüfung für die Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ zu vermuten.

Darüber hinaus sollte erwogen werden, der Krankheit „Umschriebene Entwicklungsstörung“ auch die Diagnosen der „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (F84) mit Ausnahme der Codes F84.2, F84.3 und F84.5 zuzuordnen. Dabei sollte die Krankheit in „Umschriebene und tiefgreifende Entwicklungsstörung“ umbenannt werden. Die Codes F84.2, F84.3 und F84.5 sollten dabei aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen der Krankheit 149 „Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ und nicht der Krankheit 151 „Leichter/Nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ zugeordnet werden.

Abgrenzung der Krankheit „Depression“

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, dass in dem vorliegenden Entwurf die unspezifischen Diagnosen bzw. diagnostischen Restkategorien F38 und F39 aus der Krankheit „Depression“ entfernt und der Krankheit „Andere psychische Erkrankungen“ als unspezifische Restkategorie zugeordnet wurden. Diese Neuordnung erscheint uns sachgerecht und dient einer verbesserten medizinisch-klinischen Homogenität der Krankheit „Depression“. Auch die Neuordnung der Diagnose F41.2

zu der Krankheit „Angststörungen“ entspricht der Klassifikation im ICD-10 und erscheint unter diesen Gesichtspunkten sachgerecht.

Abgrenzung der Krankheit „Angststörungen“ – Erweiterung der Krankheit zu den Angst- und Zwangsspektrumsstörungen

Während die ICD-10 keine eindeutige Oberkategorie der Angststörungen definiert, sondern die phobischen Störungen (F40) von den anderen Angststörungen (F41) und den Zwangsstörungen (F42) abgrenzt, ordnet die vierte Edition des diagnostischen Klassifikationssystems für psychische Störungen „DSM-IV“ die Diagnose der Zwangsstörung (Kode 300.3 nach DSM-IV) den Angststörungen zu. Auch in dem aktuellen Entwurf für das DSM-V wird empfohlen, dass die Zwangsstörung unter die Krankheitsgruppe der Angst- und Zwangsspektrumsstörungen gruppiert wird. Darüber hinaus werden sowohl im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG als auch in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Zwangsstörungen und die (anderen) Angststörungen in einem Anwendungsbereich der Psychotherapie zusammengefasst.

Diese Zusammenfassung ist nicht zuletzt aufgrund der symptomatischen Überlappungen, gemeinsamer ätiologischer Faktoren und der Ähnlichkeit der psychotherapeutischen Behandlungsansätze gerechtfertigt. Die klinisch festzustellenden Besonderheiten der Zwangsstörungen stellen im Vergleich zu der Heterogenität der anderen Angststörungen untereinander keine relevante Abweichung dar. Insbesondere für die Zwecke der Abgrenzung und Auswahl von Krankheiten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist daher die Bildung einer eigenen Krankheitskategorie für die Diagnose der Zwangsstörung nicht zu rechtfertigen. Daher sollten die beiden Krankheiten „Angststörungen“ (Nr. 142) und „Zwangsstörungen“ (Nr. 144) zu einer Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zusammengefasst werden. Ferner sollte, wiederum analog der DSM-IV-Klassifikation, neben der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (F43.1) auch die Diagnose der „Akuten Belastungsreaktion“ (F43.0) der Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zugeordnet werden.

Abgrenzung der Krankheit „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“ – Umbenennung der Krankheit in „Essstörungen“

Im dem vorliegenden Festlegungsentwurf wird vorgeschlagen, die Diagnosenkodes F50.4 bis F50.9 aus der bisherigen Krankheit Nr. 137 „Andere psychische Krankheiten“ auszugliedern und der neuen Krankheit Nr. 145 „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“ zuzuordnen. Dies erscheint uns unter ätiologisch-nosologischen Gesichtspunkten sinnvoll. Zugleich sollte diese Krankheit in „Essstörungen“ umbenannt werden, da nicht zuletzt die Diagnose F50.9, mit der insbesondere die „Binge Eating Störung“ kodiert wird, zu den häufigsten spezifischen Störungen dieser Krankheit gehören. So entfallen einer aktuellen Berechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zufolge über 52 Prozent aller ambulanten Diagnosen aus der neuen Krankheit „Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“ in einem Quartal auf die Diagnose der „Nicht näher bezeichneten Essstörung“ (F50.9). Im Gegensatz zu den Krankheiten Depression und Aufmerksamkeitsstörung ist diese unspezifische Diagnose der Essstörung unverzichtbar, da hiermit auch die vergleichsweise häufige und über Forschungskriterien des DSM-IV gut definierte Diagnose der „Binge Eating Störung“ mangels diagnostischer Alternativen im ICD-10 kodiert werden muss.

Abgrenzung der Krankheiten „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung“ und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“

Der Festlegungsentwurf sieht eine Auftrennung der bisherigen Krankheit 127 „Psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen“ in die neue Krankheit 139 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F20 bis 29) und die neue Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ vor. Diese Neuordnungen entsprechen den Krankheitsabgrenzungen sowohl der ICD-10 als auch des DSM-IV, sind auch unter ätiologischen Gesichtspunkten sachgerecht und führen insgesamt zu einer stärkeren klinischen Homogenität der beiden Krankheiten.

Abgrenzung der Krankheit „Demenz“

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die dem Festlegungsentwurf vorgeschlagene Ausgliederung einer Reihe von spezifischen Diagnosen (G31.9, G91.2, G93.7, G94.0, G94.1, G94.2, G31.82) aus der Krankheit „Demenz“. Dies führt unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten insgesamt zu einer verbesserten Homogeni-

tät dieser Krankheit. Die Zuteilung der Codes F04, F06.5 bis F06.9 und F09 zu einer neuen Krankheit „Nicht-psychotisch organische Störung“ erscheint uns dagegen nicht geeignet, unter medizinisch-klinischen Gesichtspunkten eine neue homogene Krankheit zu bestimmen. Diese Codes sollten daher weiterhin der Krankheit „Demenz“ zugeordnet werden.

Literatur

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Schlack, R.; Holling, H.; Kurth, B. M. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 827-835.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG (Version 2.7). Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Zugriff am 30.03.2010 unter <http://www.wbpsychotherapie.de>.