

**Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu
berücksichtigenden Krankheiten für das
Ausgleichsjahr 2013**

Entwurf des Bundesversicherungsamtes vom 22.12.2011

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
27.01.2012**

Vorbemerkung

Nach § 31 Absatz 4 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat das Bundesversicherungsamt die im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2013 festzulegen. Der vorliegende Festlegungsentwurf dokumentiert zusammen mit den Erläuterungen sowie den zugehörigen detaillierten Anhängen in transparenter Weise die vorgesehenen Änderungen bei der Krankheitsabgrenzung, die Berechnungsmethodik, die Berechnungsergebnisse und die daraus resultierenden Änderungen bei der Krankheitsauswahl. Die transparente Darstellung der Berechnungsgrundlagen und die vollständige Darstellung der Zuordnung der ICD-10-Kodes zu den 388 Krankheiten erlauben eine differenzierte Rückmeldung zu dem vorliegenden Festlegungsentwurf.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass die Krankheitsauswahl im Kern nach den gleichen Grundsätzen erfolgt, die schon bei der Auswahl für das Ausgleichsjahr 2011 angewandt worden sind. Die Krankheitsauswahl sollte, wie vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlen, weiterhin empirisch fundiert erfolgen und auf den aktuellsten verfügbaren Daten beruhen. Die BPTK teilt auch die Auffassung, dass eine Reduzierung der Zahl der Krankheiten oder eine grundsätzliche Änderung der Auswahlkriterien nicht geboten ist, da sich das bisherige Vorgehen im Wesentlichen bewährt hat. Wie empfohlen, sollten bei der Weiterentwicklung der Abgrenzung und Spezifizierung der zur Auswahl stehenden Krankheit ätiologische und pathogenetische Aspekte als primäre Kriterien herangezogen werden. Dagegen sind Unterschiede in den Krankheitsverläufen und den damit verbundenen differenziellen Kosten vorrangig bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu berücksichtigen. Dieser Grundsatz wurde nach Einschätzung der BPTK insbesondere bei den Änderungen der Krankheitsabgrenzungen im Bereich der psychischen Erkrankungen nicht immer konsequent zur Anwendung gebracht. Einige der in dem Festlegungsentwurf vorgeschlagenen Änderungen werden daher als problematisch eingeschätzt und sollten noch einmal kritisch überprüft werden.

Problematisch sehen wir ferner die fortgesetzt strikte Anwendung der Schwellenwertprüfung auch bei Krankheiten, die im Schwerpunkt in einem jüngeren Lebensalter auftreten. Der Wissenschaftliche Beirat hat in seinen Erläuterungen zum Festle-

gungsentwurf treffend die Problematik der geschlechts- und altersspezifischen Erkrankungen angesprochen, die in dem gegenwärtigen Auswahlprozess systematisch benachteiligt sind. Bei den geschlechtsspezifischen Erkrankungen kommt es dabei zu einer artifiziellen Reduktion der Prävalenzen und in der Konsequenz der rechnerischen Kostenintensität. Bei den Erkrankungen, die vorwiegend im Kindes- und Jugendalter auftreten, kommt insbesondere die fehlende Altersadjustierung bei der Schwellenwertprüfung zum Tragen. Dies führt letztlich zu einer Diskriminierung von Versicherten im jüngeren Lebensalter, die durch diese Einseitigkeit des Auswahlprozesses für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem „schlechten Risiko“ werden können. Ähnlich dem Lösungsansatz bei den Erkrankungen der bösartigen Neubildungen der weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgane, für die eine Zusammenlegung zu einer Krankheit empfohlen wurde, könnte ggf. auch bei altersspezifischen Erkrankungen durch Zusammenlegung von Erkrankungen deren systematische Benachteiligung im Auswahlprozess begrenzt werden. Ein konkreter Vorschlag der BPTK hierzu bezieht sich auf die Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“.

Änderungen der Krankheitsabgrenzungen

Krankheit 134 „Demenz“ (einschließlich Alzheimer-Erkrankung und vaskuläre Demenz)

Die BPTK befürwortet zum einen die Ausgliederung der ICD-10-Kodes G31.9 und G32.8 aus der Krankheit „Demenz“ wegen der nicht näher beschriebenen Spezifikation dieser Diagnosen. Die Zuordnung dieser ICD-10-Kodes zu einer neuen Krankheit 380 „Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“ erscheint insofern sachgerecht. Zugleich stimmt die BPTK mit der Auffassung des vom Wissenschaftlichen Beirat hinzugezogenen externen Experten darin überein, dass eine Zuordnung des ICD-10-Kodes F06.7 „Leichte kognitive Störung“ zur Krankheit 134 „Demenz“ anstelle der bisherigen Zuordnung zur Krankheit 135 „Nicht-psychotische organische Störung“ wegen seiner Bedeutung bei der Kodierung eines Frühstadiums der Alzheimer-Demenz angemessener ist.

Krankheit 137 „Schwerwiegender Alkohol- und Drogenmissbrauch“

Die vom IKK e.V. angeregte Berücksichtigung der Zusatzkodierung Z51.83 Opiatsubstitution bei der Krankheit 137 sachgerecht und kann ggf. dazu beitragen, dass einzelne Defizite bei der Kodierung der Opiatabhängigkeit in der ambulanten Versorgung kompensiert werden können.

Krankheit 139 „Depression“ bzw. 140 „Bipolare affektive Störungen“

Die in den Erläuterungen zitierte Kritik u. a. der TK an der Zuordnung der Dysthymia (F34.1) zur Krankheit 139 „Depression“ und die weiteren Ausführungen zur vorgeschlagenen Neuordnung der ICD-10-Kodes F34.1 und F34.0 zu einer neuen Krankheit 366 „Anhaltende affektive Störungen“ kann nicht nachvollzogen werden. Aus wissenschaftlich-medizinischer Perspektive ist die Zuordnung der Dysthymie zur Krankheit Depression bzw. Unipolaren Depression völlig unstrittig. Entsprechend werden Fragen der Diagnostik und Behandlung sowohl der Dysthymie als auch der so genannten Double Depression, bei der sich eine depressive Episode vor dem Hintergrund einer Dysthymie entwickelt, in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression ausführlich behandelt. Bei der Dysthymie liegt chronische depressive Verstimmung vor, die seit mindestens zwei Jahren besteht und subsyndromal ausgeprägt ist, sodass die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige depressive Episode nicht erfüllt werden. In der Anamnese oder bei Beginn der Störung sind jedoch die Kriterien für eine leichte depressive Episode sehr häufig erfüllt gewesen. Dabei sind die Beeinträchtigungen, einschließlich Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund einer Dysthymie wie auch die Aufwendungen für deren Behandlung häufig erheblich. Das Merkmal der Chronizität ist dabei für die Dysthymie gegenüber der depressiven Episode kein eindeutig differenzierendes Merkmal, da auch depressive Episoden bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen einen chronischen Verlauf nehmen. Die Zugehörigkeit der Dysthymie zur Krankheit der Depression dokumentiert sich in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression auch darin, dass die Effektivität der verschiedenen Behandlungsansätze jeweils in einem gemeinsamen Abschnitt zu Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression diskutiert wird. Die vorgeschlagene Neuordnung der Dysthymie zur Krankheit 366 würde zudem dem Grundsatz entgegenstehen, dass die Krankheitsabgrenzungen primär anhand ätiologischer und pathogenetischer Kriterien vorgenommen werden sollen. Die Krite-

rien der Ätiologie und Pathogenese der Dysthymie sprechen eindeutig für den Verbleib dieser Diagnose in der Krankheit 139 „Depression“. Dagegen sind die hier ins Feld geführten und nur eingeschränkt zutreffenden Differenzierungen zwischen Dysthymie und depressiver Episode anhand von Verlaufskriterien nach den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats insbesondere bei der Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu beachten und gerade nicht geeignet für die Abgrenzung von Krankheiten. Die BPTK plädiert daher dafür, die Dysthymie (F34.1) in der Krankheit 139 „Depression“ zu belassen.

Gleiches gilt für den Vorschlag, die Zykllothymie (F34.0) aus der Krankheit 140 „Bipolare affektive Störungen“ herauszulösen und der neu geschaffenen Krankheit 366 zuzuordnen. Dieser Vorschlag ist aus wissenschaftlich-medizinischer Sicht nicht plausibel. Bei der Zykllothymie handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung, mit zahlreichen Perioden leichter Depressionen und leicht gehobener Stimmung, die in ihrer jeweiligen Ausprägung nicht schwer genug sind, um die Kriterien für eine depressive oder eine manische Episode zu erfüllen. Diese Störung kommt insbesondere gehäuft bei Verwandten von Personen mit einer bipolaren affektiven Störung vor, sodass gerade ätiologische Aspekte für den Verbleib dieser Diagnose in der Krankheit 140 sprechen. Die Unterschiede bei der Manifestation und den Kosten für die jeweiligen Krankheitsverläufe sollten sinnvollerweise erst bei der Ausgestaltung des Klassifikationssystems berücksichtigt werden, aber nicht bei der Abgrenzung der Krankheit. Die bisherige Zuordnung ist daher sachgerecht und sollte beibehalten werden. Hinsichtlich der ICD-10-Kodes F34.8 und F34.9 könnte dagegen wegen der unzureichenden Spezifität dieser Diagnosekodes erwogen werden, diese der Krankheit 148 „Andere psychische Erkrankungen“ zuzuordnen. Die Bildung einer eigenen Krankheit 366 „Anhaltende, affektive Störungen“ erscheint mangels einer erkennbaren Krankheitsentität nicht gerechtfertigt.

Krankheit 141 „Angststörungen“ bzw. 143 „Zwangsstörungen“

Zunächst einmal begrüßt die BPTK, dass der Wissenschaftliche Beirat die Anregung aus einer früheren Stellungnahme der BPTK aufgegriffen und geprüft hat, die Krankheiten 141 „Angsterkrankungen“ und 143 „Zwangsstörungen“ in einer Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zusammenzuführen. Die Begründung, mit

der dieser Vorschlag in den Erläuterungen abgelehnt wurde, kann jedoch ebenso wenig nachvollzogen werden, wie das Herauslösen der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und deren erneute Zuordnung zur Krankheit 146 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“, nachdem diese Diagnose mit der Festlegung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 aus guten Gründen bei den Angsterkrankungen neu zugeordnet worden war. Hinsichtlich der Zwangsstörungen wird dabei übersehen, dass diese nicht nur traditionell den Angststörungen zugeordnet werden, sondern dass auch die aktuell in Vorbereitung befindliche Revision des diagnostischen Klassifikationssystems – des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – in Form des Entwurfs des DSM-V eine derartige Zuordnung vorsieht. Wie bereits in unserer früheren Stellungnahme dargelegt, definiert die ICD-10 insgesamt keine eindeutige Oberkategorie der Angststörungen, sondern grenzt die phobischen Störungen (F40) von den anderen Angststörungen (F41) und den Zwangsstörungen (F42) ab. Dagegen ordnet bereits die vierte Edition des diagnostischen Klassifikationssystems für psychische Störungen „DSM-IV“ die Diagnose der Zwangsstörungen (Kode 300.3 nach DSM-IV) den Angststörungen zu und geht in dem aktuellen Entwurf für das DSM-V noch einen Schritt weiter, in dem empfohlen wird, die Zwangsstörungen unter die Krankheitsgruppe der Angst- und Zwangsspektrumsstörungen zu gruppieren. Diese wissenschaftlich-medizinische Kategorienbildung findet sich darüber hinaus, sowohl im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG als auch in der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Diese Zusammenfassung ist gerade auch mit Blick auf die symptomatischen Überlappungen, gemeinsamer ätio-pathogenetischer Faktoren und der Vergleichbarkeit der 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 Zwangsstörungen nicht zu rechtfertigen. Daher schlägt die BPTK erneut vor, die Krankheiten 141 „Angsterkrankungen“ und 143 „Zwangsstörungen“ zu einer Krankheit „Angst- und Zwangsspektrumsstörungen“ zusammenzufassen. Das

in den Erläuterungen des Wissenschaftlichen Beirats auf Seite 15 angeführte Argument gegen eine Zusammenführung dieser bislang voneinander abgegrenzten Krankheiten bezieht sich auf die Verlaufsform der Erkrankung und der damit verbundenen Kosten und Aufwendungen. Nach den Grundsätzen des Wissenschaftlichen Beirats sollen diese Aspekte gerade nicht bei der Abgrenzung der Krankheiten als primäres Kriterium herangezogen werden, sondern erst bei der Ausgestaltung des Klassifikationssystems Berücksichtigung finden. Darüber hinaus übersieht dieses Argument, dass sich auch in der Gruppe der bisherigen Krankheit 141 „Angsterkrankungen“ spezifische Diagnosen einer Angststörung finden, die durch eine besonders ausgeprägte Chronizität gekennzeichnet sind. Zu nennen wären hier insbesondere die Panikstörung (F41.0) und die Agoraphobie (F40.0), mit und ohne Angabe einer Panikstörung, die ebenfalls mit hohen Aufwänden verbunden sind.

Der in dem Festlegungsentwurf vorgeschlagenen erneuten Zuordnung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) zu der Krankheit 146 „Akute schwerwiegende Belastungsreaktion und sonstige Anpassungsstörungen“ unter ätiologischen Ordnungsgesichtspunkten liegt offenbar ein stark verkürztes Ätiologieverständnis der betroffenen spezifischen psychischen Störungen zugrunde und begegnet insofern erheblichen Bedenken. Zwar nehmen die diagnostischen Leitlinien sowohl der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) als auch der Anpassungsstörungen (F43.2) Bezug auf ein der Störung vorangehendes Ereignis bzw. eine der Störung vorangehende Belastungssituation. Diese allgemeine Bedeutung von belastenden Ereignissen oder chronischen Belastungen für die Entstehung der Erkrankung lässt sich in unterschiedlichen Ausmaß allerdings auch für die meisten anderen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel die Unipolare Depression, Abhängigkeitserkrankungen oder Essstörungen, konstatieren. Ein besonderes diagnostisches Merkmal bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist dagegen, dass das vorangehende traumatische Ereignis sehr spezifische Merkmale erfüllt, indem es eine außergewöhnliche Bedrohung oder ein belastendes Ereignis katastrophentypischen Ausmaßes darstellt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde und auf das die Betroffenen insbesondere mit massiver Angst reagieren. Hinsichtlich der weiteren Ätiopathogenese der Posttraumatischen Belastungsstörungen finden sich starke Gemeinsamkeiten insbesondere mit der Panikstörung, wobei u. a. den Symptomen des Wiedererlebens, des Hyperarousals und des Vermeidungsverhaltens eine

wichtige Bedeutung zukommt. Für die Posttraumatische Belastungsstörung lässt sich aufgrund der gemeinsamen pathogenetischen Mechanismen wie bei der Panikstörung ein hohes Chronifizierungsrisiko feststellen, während bei den Anpassungsstörungen typischerweise akute Verläufe mit einem wenig spezifischen klinisch-psychopathologischen Bild zu beobachten sind. Entsprechend unterscheiden sich auch die Behandlungsansätze bei Posttraumatischen Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen erheblich. Schließlich ist festzustellen, dass auch das DSM-IV die Posttraumatische Belastungsstörung bei den Angststörungen gruppiert. Daher spricht sich die BPtK dafür aus, die Zuordnung der Diagnose F43.1 bei der Krankheit 141 „Angsterkrankungen“ zu belassen.

Hinsichtlich der Diagnosekodes F62.0 und F62.1 erscheint dagegen auch unter ätiopathogenetischen Gesichtspunkten eine Zuordnung analog den andauernden Persönlichkeitsänderungen bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) bei der Krankheit 147 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ sachgerecht. Bei diesen Störungen handelt es sich um andauernde Persönlichkeitsveränderungen die aufgrund extremer oder besonderer Belastungen und/oder Ereignisse eingetreten sind, hinsichtlich des klinischen Bildes eine hohe Übereinstimmung mit Persönlichkeitsstörungen aufweisen und separat zu den bereits in der Akutphase der Erkrankung aufgetretenen psychopathologischen Symptomen einer spezifischen psychischen Störung zu betrachten sind. Bezüglich der Diagnose der Anpassungsstörung F43.2 lassen sich bei den Diagnosen F62.0 und F62.1 dagegen praktisch keine Gemeinsamkeiten feststellen, die eine Zuordnung zu ein und derselben Krankheit rechtfertigen könnten.

Krankheit 142 „Somatoforme Störungen/Dissoziative Störungen“

Der BPtK erscheint der Vorschlag der Deutschen Schmerzliga vom August 2011, die chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus der Krankheit 142 „Somatoforme Störungen/Dissoziative Störungen“ herauszulösen, vor dem Hintergrund der starken Heterogenität der bisherigen Krankheitsdefinition sachgerecht. Sie unterstützt daher den Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, die ICD-10-Kodes F45.4, F45.40, F45.41 sowie die Codes R52.1 „Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz“ und R52.2 „Sonstiger chronischer Schmerz“ in der neuen Krankheit 381 „Chronischer Schmerz“

zusammenzuführen. Würden diese Diagnosekodes wie bisher unterschiedlichen Krankheiten zugeordnet, bestünde die Gefahr, dass vergleichbare Krankheiten, für die eindeutige Kodierregeln in der ICD-10 fehlen, unterschiedlichen Gruppen zugeordnet werden.

Krankheit 145 „Ticstörungen“

Die vorgeschlagene Herauslösung der Diagnose F98.4 „Stereotype Bewegungsstörungen“ aus der Krankheit 145 „Ticstörungen“ erscheint unter ätiologischen Gesichtspunkten sachgerecht. Allerdings schlägt die BPTK vor, diese Diagnose nicht der neuen Krankheit „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, sondern wegen der sonst zu erwartenden zusätzlichen Heterogenität dieser neuen Krankheit besser der bereits bestehenden Krankheit 148 „Andere psychische Erkrankungen“ zuzuordnen.

Krankheit 151 „Leichter/nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand“

Die BPTK begrüßt, dass ihre Anregung aufgegriffen wurde, die ICD-10-Kodes der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84) wegen der differenziellen Ätiologie und der unterschiedlichen Schwere der Erkrankung aus der Krankheit 151 herauszulösen und einer neuen Krankheit 367 „Tiefgreifende Entwicklungsstörung“ zuzuordnen. Der sich daran anschließende Auswahlprozess für die Erkrankungen zeigte, dass damit eine Krankheit abgegrenzt werden konnte, die trotz der besonderen Relevanz im Kindes- und Jugendalter aufgrund seiner besonders hohen Kostenintensität auch das Schwellenkriterium erfüllt und künftig zu den 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten zählen soll. In diesem Sinne befürwortet die BPTK die vorgeschlagene Zuordnung dieser Diagnosekodes zu einer eigenen Krankheit 367.

Krankheit 156 „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ und Krankheit 152 „Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn in der Kindheit“

Zum wiederholten Male droht die Aufnahme die Krankheit 156 unter den 80 berücksichtigungsfähigen Erkrankungen an der Schwellenwertprüfung trotz nachgewiesener

ner hoher Kostenintensität dieser Krankheit zu scheitern. Der Wissenschaftliche Beirat hat in der Vergangenheit konsequent eine flexiblere Auslegung der gesetzlichen Vorgabe zur Schwellenwertprüfung abgelehnt. Dabei wurde aber sehr wohl die Problematik einer systematischen Benachteiligung von geschlechts- und altersspezifischen Erkrankungen im Auswahlprozess gesehen. Hierzu wurde bei der aktuellen Krankheitsauswahl sogar erstmalig ein Vorschlag zur Kompensation der Benachteiligungen der geschlechtsspezifischen Erkrankungen unterbreitet. Daher schlägt die BPTK für den aktuellen Auswahlprozess vor, zur Reduktion dieser systematischen Benachteiligung auch bei einzelnen altersspezifischen Erkrankungen eine gezielte Zusammenlegung von Krankheiten vorzunehmen. Bereits in ihrer Stellungnahme aus dem Jahr 2011 hatte die BPTK angeregt, 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) zu erweitern. Alternativ könnten grundsätzlich die Krankheiten 156 und 152 zusammengelegt werden. Diese Zusammenlegung lässt sich auch aus medizinischen Gründen rechtfertigen. So ließen sich aufgrund der Heterogenität eher Krankheitsabgrenzungen innerhalb der Krankheit 152 rechtfertigen als zwischen den Störungen des Sozialverhaltens (F91 bis F92) und der Krankheit 156.

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 und haben eine starke Tendenz zur Chronifizierung. Sie zählen bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten Behandlungsanlässen in der ambulanten Psychotherapie. Bei dieser Krankheit besteht eine hohe Komorbidität mit den Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, die eine Zusammenlegung in eine Krankheit „Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens“ (alternativ: „Externalisierende Störungen“) begründen. Die vorgeschlagene Zuordnung der bisherigen Krankheiten 152 und 156 zu einer einzigen Krankheit findet auch seine Entsprechung in den Anwendungsbereichen der Psychotherapie gemäß Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Diese zusammengefasste Krankheit „Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens“ würde ganz deutlich zu den 80 kostenintensivsten Krankheiten zählen und könnte aufgrund der deutlich höheren mittleren zeitgleichen Ausgaben bei der Krankheit 152 als neu gebildete Krankheit auch die

Hürde der Schwellenwertprüfung erfolgreich nehmen. Somit könnte bereits in dem aktuellen Auswahlprozess der grundsätzliche gesetzliche Webfehler bei der Auswahl der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen, der zu einer systematischen Benachteiligung von Krankheiten mit einem Auftretensschwerpunkt im Kindes- und Jugendalter führt, an einer wichtigen Stelle korrigiert werden. Das Fehlen dieser Krankheiten auf der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten würde mittelfristig dazu führen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Selektiv- und Kollektivvertragssystem auf Vereinbarungen zu integrierten und innovativen Versorgungskonzepten ausgerechnet bei denjenigen Patientengruppen verzichten, bei denen eine frühzeitige Behandlung die weitere Chronifizierung der Erkrankungen, die Entwicklung komorbider psychischer Störungen und eine weitere Beeinträchtigung der schulischen und beruflichen Bildung der betroffenen Kinder und Jugendlichen, einschließlich der damit verbundenen gesellschaftlichen Folgekosten, verhindern oder abmildern kann.

Literatur

- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.). (2009). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Verfügbar unter: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf [23.01.2012].
- 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 (2010). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG (Version 2.8). Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Zugriff am 23.01.2012 unter <http://www.wbpsychotherapie.de>.