



Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte
Gleiwitzer Str. 15 91301 Forchheim



Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Mielenforster Str. 2 51069 Köln

Herrn
Dr. Göppfahrt
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2 – Risikostrukturausgleich
Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

80.29.3.

23.3.2010

**Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte
und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte
zu**

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

(Entwurf des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit großer Bestürzung haben wir zur Kenntnis genommen, dass im Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes zur Liste der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich im Jahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten ADHS nicht mehr enthalten sein soll.

Als Begründung für die Herausnahme von ADHS aus der Liste wird angegeben: „Entfällt aufgrund des Schwellenwertes“. Der Schwellenwert von 2.722,36 Euro wurde allerdings nur geringfügig unterschritten – um rund 119 Euro. Die anderen Kriterien für die Aufnahme von ADHS in die Auswahl der beim Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten sind aber gegeben. Das Kriterium Chronizität wird erfüllt. Bei dem Kriterium Kostenintensität überschreitet ADHS mit einem Perzentilrang von 79,13% deutlich den Cut-off-Wert von 72%.

Den Schwellenwert nach der hier angewandten Methode als entscheidendes Kriterium für den Ausschluss von ADHS heranzuziehen, halten wir für sachlich fragwürdig.

Da der Schwellenwert über alle Altersgruppen ermittelt wurde (definiert als 1,5-faches der mittleren Krankheitskosten aller Patienten), die Kosten für ADHS aber weit überwiegend in der Altersgruppe der 6-18jährigen entstehen mit Altersgipfel bei 9 Jahren, halten wir den Vergleich der Krankheitskosten durch ADHS mit diesem die Leistungsausgaben aller Altersgruppen einschließenden Schwellenwert für nicht sachgerecht. So wie bei den Grundpauschalen aus dem Gesundheitsfonds nach Altersgruppen differenziert wird, müssten auch die Krankheitskosten altersgruppenbezogen verglichen werden. Wenn man die direkten Krankheitskosten für ADHS in dieser Altersgruppe mit denen bei Gleichaltrigen vergleicht, ergeben sich 2,5mal höhere Kosten für die Kinder und Jugendlichen mit ADHS¹.

Zur Berechnung der Leistungsausgaben für ADHS wurden zur Diagnoseauswahl die ICD-Codes F90.0, F90.1., F90.8 und F90.9 herangezogen. Hierbei sind zweifellos die mit F90.0

und F90.1 diagnosecodierten Patienten die „schwereren“ Fälle und damit auch die kostenintensiveren. Während bei den Patienten mit F90.0 und F90.1 von einer typischen Symptomatik ausgegangen werden kann und für die nach diesen Codes zu verschlüsselnden Diagnosen genaue Diagnosekriterien vorliegen, ist die Verwendung von F90.8 und F90.9 nicht genau definiert. Hätte man nur die Leistungsausgaben der Patienten mit den Diagnosecodes F90.0 und F90.1 in die Kostenberechnung eingeschlossen, wären die durchschnittlichen Kosten für ADHS höher ausgefallen.

Wir sind daher sicher, dass die direkten Kosten für ADHS deutlich höher sind als das in den Berechnungsergebnissen des wissenschaftlichen Beirats dargestellt wird.

Wir appellieren dringend an die Verantwortlichen des Bundesversicherungsamtes, in Anbetracht der dargelegten sachlichen Gründe ADHS in die Liste der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten aufzunehmen.

Eine qualitativ hochwertige leitlinienorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist sehr kostenintensiv. Mittel aus Zuschlägen des Morbi-RSA können von den Krankenkassen sinnvoll dazu eingesetzt werden, um entsprechende qualitätsgesicherte Versorgungsmodelle zu finanzieren. Dies geschieht derzeit in Baden-Württemberg, wo seit April 2009 mit der Vertrags-AG der BKK der in der KBV-Vertragswerkstatt entwickelte Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS erfolgreich umgesetzt wird. Mit diesem Vertrag steht ein Versorgungsmodell zur Verfügung, das eine interdisziplinär koordinierte leitlinienorientierte qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patienten gewährleistet. Damit erfüllt der Vertrag eine seit langem von Politik, Öffentlichkeit, medizinischen Sachverständigen und wesentlich an der Versorgung dieser Patienten beteiligten Fachgruppen gestellte Forderung.

Sollte ADHS nicht mehr in der Liste der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten sein, wäre damit bei weiteren Krankenkassen, mit denen bereits Verhandlungen anstehen, keine Bereitschaft mehr zu erwarten, diesem Vertrag beizutreten.

Wir sind sehr besorgt, dass dadurch die dringend notwendige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS nachhaltig gefährdet wird.



Dr. Kirsten Stollhoff

**Vorstand der Arbeitsgemeinschaft ADHS
der Kinder- und Jugendärzte**



Dr. Klaus Skrodzki



Dr. Wolfram Hartmann

**Präsident des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte**