

BKJPP e. V. • Geschäftsstelle • Hohenzollerndamm 124 • 14199 Berlin

Herrn
Dr. Göppfahrt
Bundesversicherungsamt
Referat VII 2-Risikostrukturausgleich
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

29. März 2010

Stellungnahme des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. in Deutschland zum Entwurf des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im derzeitigen Entwurf des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes zur Liste der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) im Jahr 2011 zu berücksichtigenden Krankheiten verfehlen zwei spezifische Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter, ADS/ADHS und die umschriebenen Entwicklungsstörungen, knapp den errechneten Schwellenwert von 2.722,36 Euro!

Erlauben Sie uns zunächst eine Vorbemerkung zu möglichen Auswirkungen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS!

Im letzten Jahr sind wir Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten gemeinsam mit Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Versorgung mit Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS einen großen Schritt vorangekommen! Nach dreijährigen Verhandlungen in der KBV-Vertragswerkstatt haben wir einen „ADHS-Vertrag“ vereinbart, der die Qualität der Diagnostik und Behandlung und Qualität der Behandler festlegt, um die Kinder und Jugendlichen zu erfassen, die intensive und komplexe Behandlungsprogramme benötigen. Dieser Vertrag wird bisher leider nur in Baden-Württemberg von einem einzigen Kassenverband seit 1.4.09 finanziert, dort aber mit Erfolg umgesetzt. Allerdings wurde beim Abschluss des Vertrages das Finanzierungsangebot mit der Tatsache begründet, dass ADS/ADHS eine der 80 Diagnosen des Morbi-RSA ist. Wir sind in großer Sorge, dass dieser Vertrag zum Jahresende wieder gekündigt wird und weitere interessierte Kassen diesem Vertrag nicht beitreten werden, wenn ADS/ADHS aus den 80 Krankheiten des Morbi-RSA gestrichen wird!

Vorsitzender

Dr. med. Maik Herberhold
Hauptstr. 207, 44892 Bochum
Tel.: 02 34 – 2 98 96 20
Fax: 02 34 – 2 98 96 21
herberhold@bkjpp.de

Stellv. Vorsitzende

Dr. med. Christa Schaff
Stuttgarter Str. 51 (Im Spital)
71263 Weil der Stadt
Tel.: 0 70 33 – 69 11 36
Fax: 0 70 33 – 69 06 60
schaff@dr-schaff.de

Dr. med. Susanne Jödicke-Fritz

Petersdorfer Str. 51
15517 Fürstenwalde
Tel.: 0 33 61 – 53 05
Fax: 0 33 61 – 53 05
dr.susanne.joedicke@kjp-fuerstenwalde.de

Schatzmeisterin

Oya Uzelli-Schwarz
Schermerweg 6, 45894 Gelsenkirchen
Tel.: 02 09 – 59 11 44
Fax: 02 09 – 59 11 60
o.uzelli-schwarz@t-online.de

Beisitzer

Dr. med. Ute Müller
Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln
Tel.: 02 21 – 8 20 14 38
Fax: 02 21 – 8 20 14 39
kjp-utemueller@web.de

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg
Tel.: 09 31 – 5 80 22
Fax: 09 31 – 57 11 87
dr.k.u.oehler@t-online.de

Dr. med. Gisela Schimansky
Lister Str. 41, 30163 Hannover
Tel.: 05 11 – 3 94 51 55
Fax: 05 11 – 3 94 51 56
kjpg-schimansky@gmx.de

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brinsinski
LVR-Kliniken Viersen
Horionstr. 14, 41747 Viersen
Tel.: 0 21 62 – 96 50 00
Fax: 0 21 62 – 96-5647
ingo.spitzcokvonbrinsinski@lvr.de

Kooperierte Mitglieder

1. Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
Prof. Dr. med. Renate Schepker
ZfP Weissenau, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Weingartshofer Str. 2, 88214 Weissenau
Tel.: 07 51 – 76 01-2302
Fax: 07 51 – 76 01-2121
renate.schepker@zfp-weissenau.de

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen der Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174, 45147 Essen
Tel.: 02 01 / 72 27-4 66
Fax: 02 01 / 72 27-3 02
johannes.hebebrand@lvr.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte
Kto.-Nr.: 164 164 300
BLZ: 422 600 01

Geschäftsstelle BKJPP

Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40
Fax: 0 30 / 83 22 48 96
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Um das zu verhindern haben wir uns zu den Berechnungsgrundlagen im Entwurf des Wissenschaftlichen Beirates und zur Sortierung der Diagnosengruppen Gedanken gemacht:

Zur Schwellenwertberechnung möchten wir generell anmerken, dass nach unserem bisherigen Verständnis die derzeitige Berechnung des Schwellenwertes als das 1,5-fache der mittleren Krankheitskosten aller Patienten über alle Altersgruppen die spezifischen Kosten von Krankheitsbildern, die nur oder überwiegend im Kindes- und Jugendalter vorkommen, systematisch unterschätzt! So wie bei den Grundpauschalen aus dem Gesundheitsfond nach Altersgruppen differenziert wird, müssten auch die Krankheitskosten auf Altersgruppen bezogen verglichen werden! Unseres Wissens lässt die gesetzliche Vorgabe im SGB V eine solche Vorgehensweise zu!

Wir haben uns auch gefragt, ob häufige und spezifische Kosten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen und ADS/ADHS in die Berechnungen eingeflossen und für diese Altersgruppe spezifisch gewichtet worden sind:

Dabei geht es einerseits um die Kosten für die sog. Sozialpsychiatrie-Pauschale in unseren kinder- und jugendpsychiatrischen sozialpsychiatrischen Praxen (ca. 450), in denen ca. 35% gesicherte Diagnosen ADS/ADHS gestellt werden und über 50% der diagnostizierten und behandelten Kinder und Jugendlichen umschriebene Entwicklungsstörungen haben (Quelle: kjp-Qualitätsstudie von Prof. Mattejat, Marburg, www.kjp-qualitaet.de) Die Kosten für die SPV-Pauschalen lagen in 2007 bei ca. 80 000 Euro pro Jahr und sind vermutlich in 2009 weiter gestiegen.

Andererseits geht es um die Kosten für Heilmittel bei Kindern mit den beschriebenen Diagnosen, die genauso wie die Zahl der Heilmittelerbringer jährlich steigen. Wir haben die Information, dass die Kosten für Heilmittel grundsätzlich in die Berechnungen eingeflossen sind, es stellt sich aber auch hier die Frage, ob diese Kosten Altersgruppen spezifisch berücksichtigt wurden und ob sie Personen bezogen für Kinder und Jugendliche mit umschriebenen Entwicklungsstörungen oder ADS/ADHS berechnet worden sind. Das wäre nach unserer bisherigen Einschätzung dringend notwendig.

Nun zu den beiden Diagnosegruppen im Einzelnen:

Für die Gruppe „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ werden die Diagnosen mit ICD.10-Codes F 90.0, F 90.1, F 90.8 und F 90.9 herangezogen. Dabei sind nur die Diagnosen F 90.0 und F 90.1 diagnostisch klar definiert und bilden die diagnostischen Kriterien des Syndroms aus Impulsivität,

Unaufmerksamkeit und motorischer Unruhe ab - mindestens zwei Symptome davon müssen in mindestens zwei Lebensbereichen mit Beginn vor dem 7. Lebensjahr kontinuierlich, mindestens ein halbes Jahr, beobachtet worden und gravierend sein! Leider werden viele symptomatische Störungen, z. B. eine isolierte Unaufmerksamkeit mit F 90.8 und F 90.9 verschlüsselt, ohne dass eine differenzierte ADHS-Diagnostik nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards erfolgt ist! Kostenintensiv sind vor allem Diagnostik und Behandlungen bei ADS/ADHS-Kindern und -Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) und dem komplexen ADS/ADHS-Syndrom nach F 90.0. Wir empfehlen daher eine Berechnung des Schwellenwertes ohne die Diagnosen F 90.8 und F 90.9.

Bei der Gruppe „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ empfehlen wir ebenfalls die unspezifischen Diagnosen F 80.9, F 81.9, F 82.9 und F 89 („nicht näher bezeichnet“) herauszunehmen. Dieser Gruppe ist auch das „Stottern“ und „Poltern“ zugeordnet, das nach ICD 10-Klassifikation aber zu den „Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ gehört und genauso gut dort stehen bleiben könnte.

Wir haben uns auch Gedanken gemacht, ob es grundsätzlich sinnvoll ist bei den bisher vorgeschlagenen Diagnosengruppen zu bleiben!

Die Diagnosen für Kinder und Jugendliche aus dem F-Kapitel des ICD 10 können auch in lediglich 3 Gruppen eingeteilt werden:

Entwicklungsverzögerung mit mittelschwerer und schwerer Intelligenzminderung

Dazu könnten die Gruppe „Schwerer oder schwerster Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ und die Gruppe „Mäßiger Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ für Diagnosen, die sich auf spezifische Syndrome und Kinder mit geistiger Behinderung und schwerer Lernbehinderung beziehen, zusammengefasst werden.

Entwicklungsverzögerungen mit oder ohne leichte Intelligenzminderung

In diesem Diagnosenbereich könnte die Gruppe „Umschriebene Entwicklungsverzögerungen“ mit der Gruppe „Leichter, nicht näher bezeichneter Entwicklungsrückstand/Lernbehinderung“ zusammenfasst werden. Dieser zweiten Gruppe sind bisher die „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (ICD 10 F 84.0-F 84.9) zugeordnet, also Diagnosen mit Störung der emotionalen und sozialen Entwicklung und leichten Entwicklungsverzögerungen der Intelligenz. Für eine Zusammenfassung in eine Gruppe spricht auch, dass der „kombinierte Entwicklungsrückstand“ oft schwer vom „tiefgreifenden Entwicklungsrückstand“ abzugrenzen ist, und dass „kombinierte“ (F 81.3) und „sonstige“ (F 81.8) „Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“ (aus der Gruppe der „umschriebenen Entwicklungsstörungen“) viel mit leichten Intelligenzminderungen mit oder ohne Verhaltensstörung gemeinsam haben.

Verhaltensstörungen und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter (ICD 10 F 90-F98)

Diese Gruppe sollte dann auch die Gruppe „Aufmerksamkeitsstörung/attention deficit disorder/andere hyperkinetische Störungen“ enthalten. Ebenso könnten die Diagnosen „Stottern“ und „Poltern“ dieser Gruppe zugeordnet werden. Klinisch wäre es auch stimmig die Gruppe der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (F 84.0-F84.9) nicht wie oben vorgeschlagen in einer gemeinsamen Gruppe der Entwicklungsstörungen zusammenzufassen, sondern in diese Gruppe der spezifischen emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen des Kindes- und Jugendalters aufzunehmen. Bindeglied wäre vor allem der Asperger Autismus!

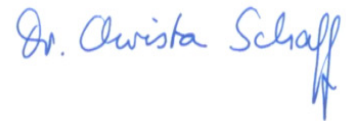
Mit einer solchen Zusammenfassung der Diagnosegruppen nach klinischen Gesichtspunkten stellen wir uns über die Jahre eine größere Stabilität der Kostensätze bei den Diagnosen und ein deutliches Überschreiten der jeweiligen Schwellenwerte in den kommenden Jahren für

Entwicklungsstörungen und spezifische psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter vor! Ein wesentlicher Kostenanteil wird nach allen Erfahrungen in den letzten Jahren (siehe auch Schlander, M. et al, Gesundheitsökonomie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Deutschland, Nervenarzt 2009) auf die Diagnosen ADS/ADHS zurückzuführen sein. Es wäre aber dann für uns hoffentlich Planungssicherheit für qualitätsgesicherte Zusatzverträge für die nächsten Jahre und die finanzielle Grundlage der Versorgung für Kinder und Jugendliche mit ADS/ADHS und/oder psychische Störungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter gegeben. Dabei sollten - wie oben gefordert - alle Kosten (incl. Heilmittel und SPV) möglichst Personen spezifisch für Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden und alle unspezifischen Diagnosen nach ICD 10 (meistens die 9er - Diagnosen) wegfallen!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading 'Dr. Maik Herberhold'.

Dr. Maik Herberhold
Vorsitzender

A handwritten signature in blue ink, reading 'Dr. Christa Schaff'.

Dr. Christa Schaff
Stellvertretende Vorsitzende