

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2016

März
2016

Themen dieser Ausgabe:

- *Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik*
- *Psychisch kranken Flüchtlingen droht die Abschiebung BPTK kritisiert Asylpaket II*
- *Mühsame Novellierung der GOÄ/GOP*
- *Honorarbeschluss in Kraft Überarbeitung der Zuschläge erforderlich*
- **BPTK-Dialog:**
*Wartezeiten auf eine Psychotherapie führen zu längeren Krankengeldzahlungen
Interview mit Prof. Dr. Gerlach*
- **BPTK-Fokus:**
Psychische Erkrankungen und Krankengeld

Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik

Fast ein Jahr nach Beginn des strukturierten Dialogs zum Pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nun Eckpunkte für die neue Finanzierung der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen vorgelegt.

Bisherige Budgets bleiben

Statt als Preissystem soll das neue Entgeltsystem als Budgetsystem ausgestaltet werden. Die Konvergenz auf landesweit einheitliche Preise entfällt. Das PEPP-System dient nur noch zur Ermittlung des Behandlungsaufwands für verschiedene Patientengruppen. In dieser eingeschränkten Form ist es künftig Grundlage der Budgetverhandlungen der einzelnen Krankenhäuser. Das BMG verzichtet also auf einheitliche Preise für jedes Bundesland („landeseinheitliche Basisentgeltwerte“), denn Ausgangspunkt der Verhandlungen bleiben die hausindividuellen Budgets. Die Budgets können zusätzlich um krankenhauseinzelne Besonderheiten, die z. B. durch die regionale Versorgungsverpflichtung entstehen, ergänzt werden.

Damit greift das BMG einen wesentlichen Kritikpunkt der psychiatrischen Krankenhäuser

am PEPP auf. Die Eckpunkte sollen noch in diesem Jahr gesetzlich umgesetzt werden. Der Umstieg auf das neue Psych-Entgeltsystem soll für alle Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2017 verpflichtend erfolgen.

Kliniken im Vergleich

Das BMG fordert von den Kliniken gleichwohl mehr Leistungsgerechtigkeit und Transparenz. Da Ausgangspunkt für die Verhandlung die bisherigen hausindividuellen Budgets der Kliniken sein sollen, gehören zunächst die Krankenhäuser zu den Gewinnern, die bereits jetzt über hohe Budgets verfügen. Für Kliniken mit geringen Budgets wird es weiterhin schwierig sein, die finanziellen Mittel zu verhandeln, die sie für eine leitlinienorientierte Personalausstattung benötigen.

Die einzelnen Kliniken müssen sich jedoch mittelfristig einem repräsentativen Krankenhausvergleich (Benchmarking) stellen. Dies wird möglich, da die Leistungen der Häuser auf Grundlage des modifizierten PEPP-Systems verhandelt werden, mit dem bundesweit einheitlich Patientengruppen gebildet werden, die den gleichen Aufwand benötigen. Der Aufwand für die Patientengruppen soll auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe von Kal-

kulationshäusern ermittelt werden. Diese müssen verbindliche Personalstandards erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gestützt auf Behandlungsleitlinien festlegt. Bis der G-BA soweit ist, müssen die Kalkulationshäuser die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 100-prozentig umsetzen und eine leitliniengerechte Behandlung sicherstellen. Damit entstehen repräsentative, bundeseinheitliche Maßstäbe für die Bewertung von Klinikleistungen („Relativgewichte für aufwandsgleiche Patientengruppen“). Daran werden sich die Kliniken in den Verhandlungen über ihre hausindividuellen Budgets messen lassen müssen. Dieser Krankenhausvergleich soll durch die Selbstverwaltungspartner geschaffen werden und als Orientierungspunkt für die Verhandlungen vor Ort genutzt werden. Wie gut dieses Instrument zu leistungsgerechteren Budgets führt, wird von der konkreten Ausgestaltung des Krankenhausvergleichs abhängen.

Der empirisch ermittelte Aufwand für unterschiedliche Patientengruppen auf der Basis einer leitlinienorientierten Personalausstattung ermöglicht künftig eine stärker psychotherapeutisch orientierte Versor-

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

viele der Flüchtlinge, die in den letzten Monaten zu uns gekommen sind, leiden an Ängsten, Depressionen und traumatischen Erlebnissen. Allen kann mit einer psychosozialen Beratung und Betreuung geholfen werden. Schon in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist zusätzlich Psychotherapie notwendig für Menschen, die besonders schwer leiden und deshalb stark beeinträchtigt sind. Die Lebensumstände sind dort nicht selten so, dass sich psychische Leiden noch verschlimmern. Psychosoziale Beratung und Betreuung ersetzt für diese Menschen keine Psychotherapie.

Die Aufgabe, vor der wir hier stehen, ist riesig. Da liegt manchmal die Idee nahe, die Qualitätsstandards des deutschen Gesundheitssystems zu umgehen. Wir sollten das nicht tun! Grundsätzlich gilt: – unabhängig vom Aufenthaltsstatus – Menschen, die eine Behandlung brauchen und für sich eine Psychotherapie akzeptieren, werden von Psychotherapeuten und Ärzten behandelt. Abstriche bei der Qualität gehen zulasten der kranken Menschen, die bisher zu Recht auf die professionelle Kompetenz des deutschen Gesundheitssystems bauen können.

Herzlichst

Ihr Dietrich Munz

gung in den Krankenhäusern. Psychotherapeutische Leistungen werden so angemessener in die Beschreibung und Kalkulation der Leistungen und Kosten für die Behandlung unterschiedlicher Patientengruppen einfließen. Damit wird aber auch eine aussagekräftige und differenzierte Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) notwendig. Es bleibt abzuwarten wie gut dies der Selbstverwaltung gelingt.

Verbindliche Personalanforderungen

Zukünftig soll außerdem flächendeckend eine ausreichende Personalausstattung für eine leitlinienorientierte Versorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sichergestellt werden. Dazu soll der G-BA Personalstandards erarbeiten, die dann als verbindliche Mindestanforderungen festgelegt werden. In den Eckpunkten des BMG wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich der G-BA bei den Personalstandards an den Empfehlungen evidenzbasierter Behandlungsleitlinien orientieren soll. Wo das nicht möglich ist, soll er sich auf externe Expertise stützen. Die Frist, bis zu der der G-BA diese Personalstandards erarbeiten soll, wird bis 1. Januar 2020 verlängert.

BPTK-Forderungen wurden berücksichtigt

Verbindliche Personalanforderungen waren die Hauptforderung der BPTK in der Diskussion um die Weiterentwicklung des PEPP. Eine qualitativ gute stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen hängt entscheidend von ausreichenden personellen und zeitlichen Ressourcen der Kliniken ab. Die Erarbeitung der personellen Mindeststandards durch den G-BA sichert ein darlegungsfähiges und transparentes Verfahren. Ihre Festlegung in einer Strukturrichtlinie macht es auch möglich, dass die personellen Vorgaben als untergesetzliche Normen überprüft und sanktioniert werden können, wenn Kliniken sie nicht einhalten. Bedauerlich ist, dass der G-BA erst jetzt diesen

klaren Auftrag erhält. Es ist viel Zeit verstrichen, in der der G-BA damit beschäftigt war, den bisher unklaren Auftrag zu klären. Eine Verlängerung der Frist bis zum 1. Januar 2020 ist daher sachlich richtig und sinnvoll, um am Ende zu einem durchdachten und inhaltlich angemessenen Ergebnis kommen zu können.

lantent Versorgung soll damit nicht verbunden sein. Näheres sollen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbaren. Dies ist jedoch eine einseitige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen. Sie löst keines der Schnittstellenprobleme

Weiterentwicklung des OPS

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel wird jährlich weiterentwickelt. Dafür können jeweils bis Ende Februar eines Jahres Vorschläge beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information eingereicht werden. Ziel der Weiterentwicklung ist es, zu aussagekräftigen Leistungsbeschreibungen zu kommen, mit deren Hilfe im stationären Bereich besonders aufwendige und damit kostenintensive Leistungen besser identifiziert werden können. Bei den Leistungsbeschreibungen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern besteht noch erheblicher Verbesserungsbedarf.

Die BPTK hat für den OPS 2017 deshalb unter anderem einen Vorschlag zur besseren Erfassung besonders aufwendiger Behandlungen von Borderline-Störungen eingereicht. Die dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan ist ein störungsspezifisches Psychotherapieprogramm, dessen besonderer Kostenaufwand aufgrund spezifischer Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität mit den bereits existierenden OPS-Codes nicht richtig erfasst wird. Zukünftig könnten weitere Komplexcodes nach diesem Muster entwickelt werden.

Psych-PV oft nicht erfüllt

Die Personalausstattung, wie sie bisher aufgrund der Psych-PV festgelegt ist, reicht vielfach für eine leitlinienorientierte und damit stärker psychotherapeutisch ausgerichtete Versorgung nicht aus. Ob und wie zusätzliche Mittel für eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken bereitgestellt werden sollen, lässt das Eckpunktepapier offen. Das anstehende Gesetzgebungsverfahren muss daher kritisch begleitet werden.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die Eckpunkte bleiben schließlich bei der sektorenübergreifenden Versorgung hinter den Erwartungen zurück. Zukünftig sollen Krankenhäuser auch komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlungen im häuslichen Umfeld der Patienten (multiprofessionelle Teams im Home-Treatment) anbieten können. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt im Rahmen der Krankenhausvergütung. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung der ambu-

zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Für eine sektorenübergreifende Versorgung müsste der ambulante Bereich einbezogen bzw. die Schnittstelle zur ambulanten Versorgung genau definiert werden. Ferner wäre die Frage zu klären, wie psychiatrische oder künftig auch psychosomatische Institutsambulanz in eine sektorenübergreifende Versorgung einzubinden sind. Der G-BA sollte den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung der Patienten mit einem komplexen Leistungsbedarf festzulegen, z. B. die Definition der Patientengruppe, des Leistungsumfangs und der Anforderungen an die Leistungserbringer.

Dies könnte analog zu den Regelungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfolgen. Aufbauend auf den Vorgaben des G-BA sollten die Akteure vor Ort möglichst große Freiräume erhalten, eine sektorenübergreifende Versorgung aufzubauen und die notwendigen vertraglichen Vereinbarungen zu treffen.

Link: Pressemitteilung
vom 24.02.2016
www.bptk.de

Link: Eckpunkte
zur Weiterentwicklung
des Psych-Entgeltsystems
www.bptk.de

Wartezeiten auf eine Psychotherapie führen zu längeren Krankengeldzahlungen

Interview mit Prof. Gerlach zum Sondergutachten zum Krankengeld

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Dezember 2015 ein Sondergutachten zum Krankengeld vorgelegt. Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, ist Vorsitzender des Sachverständigenrats.

Herr Prof. Gerlach, was sind Ursachen für den Anstieg der Krankengeldausgaben?

Hier gibt es überraschende, gute Nachrichten: Der Anstieg der Ausgaben für Krankengeld ist bei weitem nicht so dramatisch, wie er auf den ersten Blick erscheint: Zwar steigen die Ausgaben seit 2006 jährlich um 8,1 Prozent. Allerdings sind die Ausgaben in den zehn Jahren zuvor fast ebenso deutlich gesunken. Und noch etwas Bemerkenswertes: Die Hälfte des Anstiegs seit 2006 lässt sich auf drei sozialpolitisch erwünschte Ursachen zurückführen. Zum einen ist seit 2006 die Zahl der Beschäftigten und damit auch der Krankengeldberechtigten gestiegen. Zum zweiten sind die Einkommen und damit auch die Krankengeldzahlungen gestiegen, die ja den Lohn ersetzen sollen. Drittens gibt es heute mehr ältere Beschäftigte und diese haben ein höheres Risiko, längerfristig zu erkranken und sie verdienen außerdem im Durchschnitt mehr als jüngere, womit auch aus diesen Gründen die Krankengeldzahlungen steigen.

Welche Bedeutung haben psychische Erkrankungen?

Psychische Erkrankungen und vor allem depressive Erkrankungen sind der zweithäufigste Grund für besonders lange Arbeitsunfähigkeit und damit auch für Krankengeld. Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz ausfallen, sind im Mittel länger arbeitsunfähig als bei den meisten anderen Krankheiten. Das Überwinden einer Depression dauert in der Regel nun einmal länger als das Auskurieren einer Infektion.

Wie lassen sich die Ausgaben wegen psychischer Erkrankungen verringern?

Wenn ein Patient mit einer Depression erst nach sechs Wochen einen Termin für ein Erstgespräch bekommt und vielleicht erst nach drei Monaten eine Therapie beginnen kann, ist das inakzeptabel und führt mehr oder weniger zwangsläufig auch zu längeren Krankengeldzahlungen.

Drei unserer insgesamt dreizehn Empfehlungen betreffen deshalb diesen Bereich: So sollte nach unserer Auffassung zukünftig geprüft werden, inwieweit die tatsächlich erbrachten Psychotherapiestunden mit der Zahl der Kassensitze, die nach „Köpfen“ gezählt werden, korreliert. Das würde gezielte Anpassungen der Bedarfsplanung an die tatsächliche Versorgungskapazität erlauben. Wir empfehlen darüber hinaus, Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu nutzen – so wie in Baden-Württemberg bereits praktiziert –, die schnellere Zugänge zum Psychotherapeuten vorsehen. Auch die flächendeckende Einrichtung niedrigschwellig erreichbarer psychotherapeutischer Akutsprechstunden und Honoraranreize für ambulante Therapeuten, die die Behandlung von schweren Erkrankungen fördern, scheinen uns sinnvolle Lösungsansätze. Außerdem empfehlen wir den Ausbau gestufter Versorgungsmodelle und flexibler, ambulanter Angebote – etwa Krisenpensionen oder ambulantes Case Management – insbesondere im Krisenfall.

Sie schlagen auch vor, nicht immer zu 100 Prozent krankzuschreiben. Warum?

Aus meiner langjährigen allgemeinärztlichen Erfahrung kenne ich viele Patienten, die kürzer treten wollen oder müssen, aber durchaus weiterarbeiten wollen. Das kann ein erschöpfter Altenpfleger, eine Verkäuferin, die im

Laden acht Stunden stehen muss, oder ein Bürosachbearbeiter sein, der mit einem Bänderriss aus dem Skiurlaub zurückkommt. Für alle diese Fälle haben wir heute keine Lösung. Es gilt das Alles-oder-Nichts-Prinzip: entweder 100 Prozent gesund oder 100 Prozent krank. Ein alternatives Modell gibt es in Schweden schon seit über 25 Jahren: Dort kann man auch zu 25, 50 oder 75 Prozent krankgeschrieben werden. Da sich das Konzept dort bewährt hat, haben auch Dänemark, Finnland und Norwegen die Möglichkeit einer Teilarbeits-(un)fähigkeit eingeführt. Bei Rückenbeschwerden und psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, ist bekannt, dass nicht wenige Patienten davon profitieren könnten. So haben Menschen mit depressiven Erkrankungen häufig die Tendenz, sich sozial zurückzuziehen, was für das Überwinden ihrer Erkrankung nicht unbedingt hilfreich ist. Sie schon früher teilweise in die Arbeitswelt zu integrieren, kann ihnen helfen, nicht noch tiefer in ihre Krankheit und in eine Isolation zu versinken und eine Tagesstruktur zu behalten.

Ganz wichtig ist uns, dass eine solche Teilkrankschreibung nur im Konsens mit dem Patienten erfolgen soll, freiwillig und ohne jeden Druck. Im besten Fall würden alle Seiten gewinnen: Der Arbeitnehmer würde in den Arbeitsalltag integriert bleiben, seine positiven Ressourcen würden gestärkt und die Gesundheit unterstützt. Außerdem könnte er sogar mehr Geld als bisher erhalten – bei einer halbtägigen Tätigkeit konkret 50 Prozent ungekürzten Lohn und 50 Prozent das niedrigere Krankengeld. Bisher erhält er nur das reduzierte Krankengeld. Der Arbeitgeber hingegen würde sich nach der Entgeltfortzahlung mit einer Lohnzahlung beteiligen müssen und würde im Gegenzug die teilweise Arbeitsleistung seines Mitarbeiters erhalten.

BPtK-Dialog



Prof. Dr. med.
Ferdinand M. Gerlach

Bild: Michael Fuchs, Remseck



Teilzeitarbeitsunfähigkeit – eine sinnvolle Alternative für psychisch Kranke

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Sondergutachten zum Krankengeld die Einführung einer Teilzeitarbeitsunfähigkeit (Teilzeit-AU). Die Experten schlagen vor, dass Versicherte im Krankheitsfall nicht mehr nur zu 100 Prozent arbeitsunfähig geschrieben werden können, sondern auch zu 25, 50 oder 75 Prozent – je nach Gesundheitszustand des Patienten.

Dieser Ansatz ist innovativ. Er flexibilisiert die aktuell in Deutschland praktizierte Alles-oder-Nichts-Regel bei Krankschreibungen und wird der Tatsache gerecht, dass Menschen nicht entweder uneingeschränkt gesund oder völlig arbeitsunfähig sind. Es lohnt daher darüber nachzudenken, ob das Konzept der Teilzeit-AU gerade auch für Arbeitnehmer, die wegen einer psychischen Erkrankung nicht mehr voll arbeiten können, sinnvoll sein kann.

Psychische Erkrankungen zählen zu denjenigen Erkrankungen, die zu den längsten Krankschreibungen führen. Im Durchschnitt sind Arbeitnehmer wegen einer psychischen Erkrankung 34 Tage krankgeschrieben – das sind fast fünf Wochen. Unabhängig von den volkswirtschaftlichen Kosten, die das mit sich bringt, kann eine lange Krankschreibung für den Betroffenen selbst und seine Gesundheit ungünstig sein. Menschen mit Depressionen neigen zum Beispiel dazu, sich zurückzuziehen und inaktiv zu werden. Ihnen fällt es schwer, selbständig eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten. Das kann dazu beitragen, die Depression aufrecht zu erhalten oder sogar zu verschlimmern. Ein Behandlungsziel der Psychotherapie bei depressiv Erkrankten ist, dass

diese wieder aktiv werden, positive Aktivitäten durchführen und Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen. Die berufliche Tätigkeit kann sie hierbei positiv unterstützen. Stresige und belastende Arbeitsbedingungen können zwar psychisch belasten und krank machen, aber auch der Wegfall von Arbeit kann die psychische Erkrankung auslösen oder verschlimmern. Studien zeigen, dass hierfür folgende Aspekte relevant sind: die fehlende Tagesstruktur, die Abnahme positiver, selbstwertförderlicher Aktivitäten, ein Mangel an sozialen Kontakten und der Verlust des Gefühls, nützlich zu sein. Es kann also hilfreich sein, wenn psychisch kranke Menschen – solange und soweit es ihre Gesundheit zulässt – weiterhin, wenn auch in verringertem Umfang, am Arbeitsprozess teilnehmen.

Bereits heute kann bei längerer Erkrankung, im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung ab der siebten Krankheitswoche, die individuelle Arbeitszeit an den Gesundheitszustand eines Menschen angepasst werden. Hierbei kann die Arbeit über einen längeren Zeitraum mit wenigen Stunden täglich wieder aufgenommen und stufenweise bis zur vollen Arbeitszeit gesteigert werden.

Ich halte es für sinnvoll, dieses Konzept auch auf die ersten sechs Wochen der Krankschreibung auszuweiten. Selbstverständlich muss dann eine auf den Behandlungsprozess und Gesundheitszustand des Patienten bezogene Indikation für die Teilzeittätigkeit bestehen und diese muss für die Betroffenen machbar sein. Und es muss klar sein, dass eine Teilzeit-AU nicht bei jeder Erkrankung, nicht bei jedem Patienten und – nicht zuletzt – nicht bei jedem

Arbeitsplatz möglich ist. Beispielsweise ist es bei einer Verwaltungstätigkeit praktisch umsetzbar, dass eine Zeit lang nur zwei Arbeitsstunden pro Tag erbracht werden, bei Arbeit am Fließband und im Schichtbetrieb kann dies schon schwieriger zu organisieren sein. In solchen Fällen muss im Einzelfall und gemeinsam mit dem Patienten entschieden werden. Ich halte es jedoch – vor allem mit Blick auf psychische Erkrankungen – für wichtig, das Konzept der Teilzeit-AU offen zu diskutieren und zu überlegen, unter welchen Bedingungen dessen Einsatz Vorteile hat.

Problematisch ist jedoch, dass die Kompetenzen der Psychotherapeuten bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit nur indirekt genutzt werden können. Psychotherapeuten sind weiterhin nicht befugt, ihre Patienten krankzuschreiben. Das dürfen nur Ärzte. Dies ist unverständlich, da Psychotherapeuten Spezialisten für die Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen und die daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag und Beruf sind. Sie sind dafür qualifiziert einzuschätzen, ob, in welchem Umfang und mit welchen Aufgaben ihre Patienten in der Lage sind, zu arbeiten. Sie können im Behandlungsprozess mit ihren Patienten am besten klären und psychotherapeutisch bearbeiten, in welchem Umfang eine Teilzeitarbeitsunfähigkeit möglich und therapeutisch sinnvoll bzw. indiziert ist.

Wir fordern daher, dass auch Psychotherapeuten psychisch kranke Menschen krankschreiben können. Bis dahin sollte die Krankschreibung – ob nun in Voll- oder Teilzeit – in enger Abstimmung zwischen Psychotherapeuten und Hausarzt des Patienten erfolgen.

Psychische Erkrankungen und Krankengeld Sondergutachten des Sachverständigenrats

BPtK-Fokus



Die Ausgaben für Krankengeld haben sich von 2006 bis 2014 von 5,7 Milliarden Euro auf 10,6 Milliarden Euro nahezu verdoppelt. Deshalb hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Dezember 2015 ein Sondergutachten zum Krankengeld vorgelegt. Die Gutachter sollen analysieren, wie es zu der Kostensteigerung gekommen ist und was getan werden kann, um die Ausgaben für Krankengeld zu verringern. Das Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die ein Versicherter auch nach der sechswöchigen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers bei längerer Krankheit und Arbeitsunfähigkeit finanziell abgesichert werden soll. Der Versicherte erhält beides zusammen maximal 78 Wochen lang für dieselbe Krankheit innerhalb von drei Jahren. Zur Berechnung der Höhe des Krankengeldes wird das Arbeitseinkommen der Versicherten herangezogen. Somit führten sowohl höhere durchschnittliche Erwerbseinkommen als auch eine größere Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in der Tendenz zu höheren Krankengeldausgaben. Deshalb betont der Sachverständigenrat, dass ein erheblicher Teil der Ausgabensteigerungen seit 2006 auf diese politisch erwünschten Entwicklungen zurückzuführen sei. Zugleich wirkte sich die Zunahme von älteren Versicherten mit durchschnittlich höheren Einkommen, aber auch höherem Krankheitsrisiko steigend auf die Krankengeldausgaben aus.

Psychische Erkrankungen zweithäufigste Ursache

Ferner stellten die Gutachter fest, dass psychische Erkrankungen ein immer häufigerer Grund für Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld sind. Danach sind psychische Erkrankungen inzwischen der zweithäufigste Grund

für Krankengeld. Bei fast einem Viertel der Fälle war eine psychische Erkrankung der Anlass für Krankengeld. Nur Muskel-Skelett-Erkrankungen waren mit 29 Prozent noch häufiger (Abbildung). Auch bei den Krankengeldtagen sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache. 14 Prozent aller Krankengeldtage sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Muskel-Skelett-Erkrankungen: 25 Prozent).

Krankengeldausgaben zwei weitere psychische Erkrankungen. Bei den Männern stehen an zweiter und dritter Stelle der häufigsten Ursachen für Krankengeldausgaben Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden. Bei den Krankengeldfällen liegt bei Frauen die depressive Episode mit rund 14 Prozent der Krankengeldfälle auf Platz 1, bei Männern mit etwa neun Prozent nach Rückenschmerzen auf Platz 2.

Abbildung. Anteil der Hauptdiagnosen gemäß ICD-Kapiteln an allen Krankengeldfällen der BARMER GEK



Quelle: SVR, 2015, eigene Darstellung der BPtK

Depressionen besonders häufig

Unipolare Depressionen sind bei den psychischen Erkrankungen, die zu Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld führen, besonders häufig. Sie ist die Erkrankung mit den größten Anteilen an Krankengeldfällen, -tagen und -ausgaben. Auswertungen der Daten von acht Krankenkassen durch den Sachverständigenrat für das Jahr 2014 zeigen, dass bei Frauen fast ein Viertel der Krankengeldausgaben auf eine depressive Episode zurückzuführen ist. Bei Männern waren es etwa 17 Prozent. Bei Frauen folgen mit Anpassungs- und Belastungsstörungen und rezidivierenden depressiven Störungen mit jeweils etwa zehn Prozent der

Krankengeldmanagement

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den vergangenen 20 Jahren das Krankengeldmanagement aufgebaut, damit kranke Arbeitnehmer schneller wieder arbeitsfähig werden. Der Sachverständigenrat hat für sein Sondergutachten eine Umfrage bei 91 gesetzlichen Krankenkassen zu ihren speziellen Angeboten an Versicherte, die Krankengeld beziehen, durchgeführt. Die Befragung zeigt, dass die Kassen dabei besonders auf psychische Erkrankungen fokussieren. Auf die Frage, welche Erkrankungen bei ihren Kontakten mit Krankengeldbeziehern besonders wichtig seien, nannten sie psychische Erkrankungen am häufigsten.

Link:
<http://www.svr-gesundheit.de>

Psychisch kranken Flüchtlingen droht die Abschiebung BPtK kritisiert Asylpaket II

Link: Pressemitteilung
vom 03.02.2016
www.bptk.de

Bundestag und Bundesrat haben Ende Februar 2016 das Asylpaket II beschlossen. Danach werden insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) nicht zu den „schwerwiegenden Erkrankungen“ gehören, die eine Abschiebung verhindern. Der Gesetzgeber spricht in diesem Zusammenhang von „vermeintlich gesundheitlichen Gründen“ und stellt damit Flüchtlinge unter Generalverdacht, psychische Leiden nur vorzutäuschen.

Link: Stellungnahme
der BPtK vom
01.02.2016
www.bptk.de

Die Bundesregierung orientiert sich damit nicht an der EU-Aufnahmerichtlinie vom 26. Juni 2013, nach der psychisch kranke Flüchtlinge und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu den besonders schutzbedürftigen Personen zählen. Im Gesetz begründet sie die neuen Regelungen vielmehr damit, dass die Begutachtung von psychischen Erkrankungen die deutschen Behörden vor eine „große Herausforderung“ stelle.

Flüchtlinge leiden häufig unter psychischen Erkrankungen, vor allem unter Depressionen und PTBS. Diese Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen von Menschen, die vor Krieg, Terror und Gewalt geflohen sind und können schwere und lebensbedrohliche Verläufe nehmen. Deshalb ist es nicht erstaunlich, dass Flüchtlinge häufig an schweren psychischen Störungen leiden und diese in asylrechtlichen Verfahren geltend machen. Die Bundesregierung behauptet, dass psychische Erkrankungen „schwer diagnostizierbar und überprüfbar“ seien. Richtig ist jedoch, dass für psychische Erkrankungen wissenschaftlich konsenterte und überprüfbare Diagnosekriterien bestehen. Auch können qualifizierte Ärzte und Psychotherapeuten vorgetäuschte von tatsächlichen psychischen Erkrankungen unterscheiden.

Dies hat die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Stellungnahme klargestellt und gefordert, dass schwerwiegende oder lebensbedrohliche psychische Erkrankungen grundsätzlich eine Abschiebung nicht möglich machen. "Die deutliche Voreingenommenheit des Gesetzgebers gegen psychische Erkrankungen ist fachlich falsch und fördert massiv die Stigmatisierung aller psychisch kranken Menschen in Deutschland", stellt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest. Mit dem Asylpaket II werden künftig nur „lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen“ eine Abschiebung verhindern. Die Erkrankung muss sich außerdem durch die Abschiebung „wesentlich verschlechtern“. Gerade dies ist aber bei Depressionen und posttraumatischen Erkrankungen häufig der Fall. 40 Prozent der PTBS-Patienten hatten bereits Pläne, sich das Leben zu nehmen oder haben versucht, sich umzubringen. Außerdem ist es sehr wahrscheinlich, dass sich eine PTBS verschlechtert, wenn der Erkrankte wieder an den Ort zurückgeschickt wird, der mit seinen traumatischen Erlebnissen verbunden ist.

Aus Sicht der BPtK sind ferner einzelne Vorschriften des beschleunigten Asylverfahrens für psychisch kranke Flüchtlinge gar nicht umsetzbar. So sollen Flüchtlinge innerhalb einer Woche alle Untersuchungen durchführen lassen und Gutachten einholen und damit belegen, dass ihre psychische Erkrankung so schwer ist, dass sie nicht abgeschoben werden können. Das ist in der Praxis kaum

möglich. Das beschleunigte Asylverfahren benachteiligt besonders Menschen, die unter einer PTBS leiden. Es gehört zu den Merkmalen der Erkrankung, dass diese Patienten nicht zusammenhängend und chronologisch über ihre traumatischen Erlebnisse berichten können. Außerdem führen Scham- und Schuldgefühle dazu, dass die Erkrankten Zeit brauchen, um Vertrauen in einen Gesprächspartner zu fassen und sich in ihrer jetzigen Situation ausreichend sicher zu fühlen, um über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen zu können. Hinzu kommt, dass ein Flüchtling, der kein Deutsch spricht, in so kurzer Zeit seine Erkrankung kaum belegen kann.

Der Gesetzentwurf behauptet weiter, „qualifizierte Kriterien für ärztliche Bescheinigungen“ zu schaffen. Die Bundesregierung gibt vor, dass bei Abschiebungen nur noch „approbierte Ärzte“ aller Fachgebiete Begutachtungen über Erkrankungen durchführen dürfen. Psychotherapeuten bleiben hier zukünftig außen vor. Das alleinige Vorliegen einer Approbation als Arzt, ohne Weiterbildung zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen, genügt jedoch nicht, um eine psychische Erkrankung verlässlich zu diagnostizieren. Für die Bescheinigung psychischer Erkrankungen sind allein Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie qualifiziert. Zudem ist es ständige Rechtsprechung, dass Psychotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation befähigt sind, insbesondere in asylrechtlichen Verfahren psychische Erkrankungen zu diagnostizieren.

Mühsame Novellierung der GOÄ/GOP Hindernisse bleiben

Die seit vielen Jahren andauernden Beratungen zur Novellierung der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) erreichen langsam die Zielgerade. Damit rückt automatisch auch die Novellierung der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) näher, da diese auf die entsprechenden Abschnitte der GOÄ verweist. Geht es nach Gesundheitsminister Hermann Gröhe, soll die überfällige Reform der Gebührenordnungen noch in dieser Legislaturperiode über die Bühne gebracht werden. Übergreifende Ziele der GOÄ-Novellierung sind insbesondere die Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit sowie die Schaffung der Strukturen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der Gebührenordnung. Die Beratungen zu den Detailfragen der neuen GOÄ laufen seit März 2015

unter Leitung des Bundesgesundheitsministeriums. Für die diagnostischen und Behandlungsleistungen der Psychotherapeuten war dabei ein von Bundesärztekammer (BÄK) und BPTK konsentierter Entwurf die maßgebliche Beratungsgrundlage. Sowohl von Seiten der privaten Krankenkassenversicherer als auch der BÄK war eingangs betont worden, dass Gesprächsleistungen insgesamt und psychotherapeutische Leistungen im Speziellen gefördert werden sollen.

Zuletzt stockten die Verhandlungen über die Bewertungen der einzelnen Gebührenpositionen, weil es zu innerärztlichen Konflikten, insbesondere bei der Rolle der Gemeinsamen Kommission und den geplanten Einschränkungen der Steigerungsmöglichkeiten bei der Abrechnung gekommen war. Auf An-

trag von drei Landesärztekammern fand am 23. Januar 2016 ein außerordentlicher Ärztetag statt, der sich ausschließlich mit der Novellierung der GOÄ befasste. Der BÄK-Vorstand erhielt dort für seine Verhandlungsführung eine Zustimmung von rund 90 Prozent der Delegierten. Damit konnten die Verhandlungen wieder aufgenommen werden. Der Fahrplan, der ein Inkrafttreten der neuen GOÄ zum 1. Oktober 2016 vorsieht, wurde von Seiten aller Beteiligten nochmals bekräftigt. Zugleich hat sich die SPD-Bundestagsfraktion aufgrund der von ihr angestrebten Bürgerversicherung explizit gegen eine Novellierung ausgesprochen. Eine neue GOÄ als Rechtsverordnung des BMG bedürfte aufgrund seiner finanziellen Folgewirkungen der Zustimmung des Bundesrates.

Honorarbeschluss in Kraft Überarbeitung der Zuschläge erforderlich

Psychotherapeuten erhalten zukünftig auf ihre Honorare Zuschläge, je nachdem wie ihre Praxis ausgelastet ist. Das Bundesgesundheitsministerium hat den Honorarbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 nicht beanstandet. Die BPTK hält diese Zuschläge für nicht sachgerecht. Die Zuschläge sind von der Auslastung der Praxis abhängig, berücksichtigen nur die antragspflichtigen Leistungen und sind nicht nachvollziehbar gestaffelt. Psychotherapeuten mit vollem Versorgungsauftrag erhalten bei durchschnittlich 36 antragspflichtigen Einzeltherapiestunden pro Woche den Zuschlag I in halber Höhe, das heißt 7,46 Euro pro Stunde. Bei durchschnittlich 19 antragspflichtigen Einzeltherapiestunden pro Woche verringern sich die Zuschläge dagegen auf ein Zwanzigstel. „Solche Honorarerhöhungen sind nicht leistungsgerecht“, kritisiert BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz den Beschluss. „Mit der Einfüh-

rung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist der Beschluss zudem schon wieder hinfällig. Der Gesetzgeber muss dem Bewertungsausschuss klare gesetzliche Vorgaben machen, wann und nach welchen Kriterien psychotherapeutische Honorare zu überprüfen und anzupassen sind.“

Mit dem Honorarbeschluss wurden drei Zuschläge eingeführt:

- Zuschlag I bei Einzeltherapie
- Zuschlag II bei Gruppenpsychotherapie
- Zuschlag III bei kleiner Gruppe von Kindern und Jugendlichen und Behandlung mittels tiefenpsychologischer und analytischer Psychotherapie

Die Höhe der Zuschläge ist von der Auslastung einer psychotherapeutischen Praxis ausschließlich mit antragspflichtigen Leistungen abhängig. Nicht antragspflichtige Leistungen wie

probatorische Sitzungen, neuropsychologische Diagnostik und Therapie und künftig auch psychotherapeutische Sprechstunden werden bei der Berechnung der Auslastung der Praxis nicht berücksichtigt. Der Beschluss gefährdet sowohl das Ziel, dass Patienten schneller einen ersten Gesprächstermin beim Psychotherapeuten erhalten als auch eine angemessene Versorgung mit neuropsychologischer Diagnostik und Behandlung. Darüber hinaus wurde versäumt, zwischen Gruppen mit Verhaltenstherapie und Gruppen mit tiefenpsychologischer oder analytischer Psychotherapie zu unterscheiden. Verhaltenstherapeutische Gruppen werden in 50-Minuten-Einheiten abgerechnet, während dies bei tiefenpsychologischen und analytischen Gruppen in 100-Minuten-Einheiten erfolgt. Dadurch können bei den verhaltenstherapeutischen Gruppen pro Zeiteinheit doppelt so viele Zuschläge abgerechnet werden.

Prof. Dr. Rainer Richter im Expertenbeirat des Innovationsausschusses

Es geht um viel Geld für ein moderneres deutsches Gesundheitssystem. In den kommenden vier Jahren sollen aus einem Innovationsfonds jährlich Versorgungsforschungsprojekte im Umfang von 75 Millionen Euro und neue Versorgungsformen in der Höhe von 225 Millionen Euro gefördert werden. Die ersten Entscheidungen stehen an. Am 18. Januar 2016 konstituierte sich der Expertenbeirat des Innovationsausschusses. Das Bundesministerium für Gesundheit berief in das zehnköpfige Gremium auch den vormaligen BPTK-Präsidenten Professor Dr. Rainer Richter. Als Vorsitzender des Expertenbeirates wurde Professor Dr. Holger Pfaff und als stellvertretende Vorsitzende Professorin

Dr. Marie-Luise Dierks gewählt. Der Expertenbeirat hat die Aufgabe, Empfehlungen zu den Förderbekanntmachungen abzugeben, Kurzbegutachtungen der eingereichten Förderanträge durchzuführen und dem Innovationsausschuss Empfehlungen zur Förderentscheidung abzugeben. Laut Geschäftsordnung sind die Empfehlungen des Expertenbeirats in die Entscheidungen des Innovationsausschusses einzubeziehen und bei abweichenden Entscheidungen sind diese schriftlich zu begründen. Am 29. Februar 2016 gab der Innovationsausschuss für die neuen Versorgungsformen und die Versorgungsforschung jeweils einen themenoffenen und mehrere themenspezifische Förder-

schwerpunkte der ersten Förderwelle bekannt. Im themenspezifischen Teil des Förderbereichs „neue Versorgungsformen“ wurde u. a. der Förderschwerpunkt „Versorgungsmodelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ausgewiesen. Der Innovationsfonds wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingerichtet und soll insbesondere der Förderung von sogenannten Prozessinnovationen dienen, insbesondere von Projekten und Versorgungsformen, die das Potential haben, dauerhaft in die GKV-Versorgung aufgenommen zu werden.

Link:

<https://innovationsfond.g-ba.de>

Unterbringungen in der Psychiatrie nach dem Fall Mollath

Ein Straftäter, der zum Zeitpunkt der Tat schuldunfähig oder vermindert schuldfähig war, kann nach § 63 Strafgesetzbuch in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden. In den vergangenen Jahren waren – insbesondere aufgrund des Falls Mollath – sowohl die Gutachten als auch die Dauer der Unterbringung von schuldunfähigen Straftätern in psychiatrischen Krankenhäusern heftig in die Kritik geraten. Der Bundestag hat Mitte Februar Experten zu einem Gesetzentwurf (BT-Drucksache 18/7244), der die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus strenger regeln

soll, angehört. In Zukunft sollen zum einen die Voraussetzungen für eine Unterbringung konkretisiert und verschärft und zum anderen die Frequenzen zur Einholung externer Gutachten erhöht werden. Ziel ist es, unverhältnismäßig lange Unterbringungen damit zukünftig zu vermeiden.

Die Regelungen des Gesetzentwurfs können aus BPTK-Sicht nur ein erster Schritt zur Verbesserung des Unterbringungsrechts sein. Der Gesetzentwurf sollte mittelfristig um bundeseinheitliche Regelungen für den Maßregelvollzug sowie einheitliche und aus-

reichende Behandlungsstandards in den Einrichtungen ergänzt werden. Außerdem sind die Anforderungen an externe Gutachter aus Sicht der BPTK im Gesetzentwurf nicht hoch genug. Rechtspsychologen ohne Approbation sollten nicht als externe Gutachter beauftragt werden dürfen.

Da es bei einer Unterbringung im Maßregelvollzug immer um die Frage von Schuldfähigkeit, verminderter Schuldfähigkeit oder um eine Prognose vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung geht, ist heilkundliches Wissen unabdingbar.

Familiengerichte: Neue Anforderungen an Sachverständige

Der Bundestag hat am 17. Dezember 2015 eine Neuregelung des Sachverständigenrechts (BT-Drucksache 18/6985) beraten, „um gegen das Ärgernis mangelhafter Gutachten in Gerichtsverfahren vorzugehen“. Richter sollen u. a. verpflichtet werden, eine Abgabefrist für Gutachten zu setzen, um zu verhindern, dass Gerichtsverfahren verzögert werden. Bei Fragen z. B. des elterlichen Sorgerechts oder der Vormundschaft („Kindschaftssachen“) sollen Qualitätsanforderungen für Gutachter gesetzlich vorgegeben werden.

Die BPTK hat das Anliegen des Gesetzgebers, die Qualität von Gutachten vor allem im familiengerichtlichen Bereich zu verbessern, begrüßt. Die festgelegten Anforderungen gehen der BPTK jedoch nicht weit genug. Sie fordert daher im Gesetzestext

besondere zusätzliche Kenntnisse und Erfahrungen festzulegen, die über die Berufsqualifikation hinausgehen. Die BPTK fordert ferner, dass Gerichte die geplanten Fristen für Gutachten mit Sachverständigen absprechen sollten. Damit können Sachverständige bereits bei der Fristsetzung dem Gericht die voraussichtliche Dauer der Begutachtung begründen. Im Referentenentwurf war vorgesehen, dass das Gericht die Auswahl des Sachverständigen schriftlich begründen soll. Diese Regelung findet sich nicht mehr im Regierungsentwurf. Eine Regelung, die das Gericht verpflichtet sich mit der Auswahl des Sachverständigen in nachvollziehbarer Weise zu beschäftigen, dient der Transparenz bei der Sachverständigenauswahl. Aus diesem Grund spricht sich die BPTK für eine Begründungspflicht aus.

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Inga Lange
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.
Erscheinungsweise: viermal jährlich

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Telefon: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
E-Mail: info@bptk.de
Internet: www.bptk.de