

**Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Kran-
kenversicherung**

(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

BT-Drs. 17/3040

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer

07.10.2010

Inhaltsverzeichnis

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV	3
Wechsel zur privaten Krankenversicherung	4
Zusatzversicherungen durch die GKV	5
Verantwortung der Unternehmen für eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitsplätze	6
Einheitlicher Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung	7
Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden	8
Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung	9
Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik.....	11
Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher... 12	
Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA.....	12
Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.....	14
Zusammenfassung	15

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sieht wie die Bundesregierung die Notwendigkeit, eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherzustellen. Insbesondere die folgenden mit dem GKV-FinG geplanten Maßnahmen

- Wegfall der Verpflichtung der Bundesregierung zur Erhöhung des gesetzlichen Beitragssatzes, wenn dieser in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht ausreicht, die Ausgaben der GKV zu mindestens 95 vom Hundert zu decken,
- keine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch die Beibehaltung eines zusätzlichen Arbeitnehmerbeitrags in Höhe von 0,9 Prozent,
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf 7,3 Prozent,
- Finanzierung künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV ausschließlich über einen pauschalen Zusatzbeitrag der Mitglieder,
- Erleichterung des Wechsels zur privaten Krankenversicherung für einkommensstarke GKV-Mitglieder

führen jedoch in der Summe zu einer ordnungspolitischen Neuausrichtung der GKV, ohne das Ziel einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV zu realisieren. Die Aufbringung der Mittel wird durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zunehmend auf die Versicherten verlagert, die außerdem durch die Finanzierung steigender Ausgaben über einen pauschalen Zusatzbeitrag ihre individuelle Belastung in Relation zu ihrer gesamten Einkommenssituation kaum noch beurteilen können. Für die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung hat jedoch das Vertrauen der Mitglieder auf eine sozial ausgewogene Finanzierung eine zentrale Bedeutung. Dieses setzt voraus, dass Bundesbürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos beitragen. Die BPTK begrüßt, dass sich der vorgelegte Gesetzentwurf diesem Ziel verpflichtet fühlt. Bei der konkreten Ausgestaltung ist jedoch festzuhalten, dass die pauschale Erhebung des Zusatzbeitrags eindeutig festgeschrieben wird, die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs aber ab 2013 nur in Aussicht gestellt ist. Der Sozialausgleich findet damit de facto in den Reihen der GKV-Versicherten statt. Er wird auf kleine und mittlere Einkommen beschränkt, insbesondere auch deshalb, weil Versicherten mit ei-

nem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) und damit der Ausstieg aus der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten erleichtert wird.

Wechsel zur privaten Krankenversicherung

Die BPTK hat in einer Umfrage festgestellt, dass 40 von 48 Unternehmen, die im Verband der privaten Krankenversicherung organisiert sind, Menschen mit psychischen Erkrankungen keinen Versicherungsschutz anbieten wollten. Neun private Krankenversicherungen (20 Prozent) lehnten die Aufnahme sogar dann ab, wenn die psychische Erkrankung erfolgreich behandelt wurde und schon Jahre zurücklag. Katastrophal waren die Umfrageergebnisse für schwer psychisch kranke Menschen. Wer an Depression, Schizophrenie oder einer Psychose erkrankt, steht meist für immer vor den Türen der PKV. Selbst leichte Depressionen, wie z. B. nach einer Ehescheidung oder einem Trauerfall, können dazu führen, dass der Patient bis zu zehn Jahren warten muss, bevor er aus Sicht der PKV als wieder versicherungsfähig gilt.

Zusätzlich können PKV-Patienten nicht davon ausgehen, ausreichend versichert zu sein, wenn sie psychisch krank werden und unter Evidenzgesichtspunkten eine psychotherapeutische Leistung benötigen. Viele private Krankenversicherungen muten ihren Versicherten empfindliche Einschränkungen zu, die häufig genug im Kleingedruckten zu finden sind. Dazu gehören beispielsweise:

- Ausschluss von Psychotherapie in so genannten Spartarifen,
- Höchstgrenzen für Behandlungsstunden im Jahr, Gesamthonorar im Jahr oder Stundenhonorar,
- Ausschluss von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Mehrheit der qualifizierten Leistungserbringer,
- Fehlen eines transparenten und formalisierten Widerspruchsverfahrens, wenn dem Versicherten Leistungen verweigert werden,
- vor allem ein höchst problematischer Datenschutz bei der Begutachtung und Genehmigung von Leistungen.

Damit wird deutlich, dass psychisch kranke Menschen auf die Solidarität und den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund warnt die BPtK vor der Verkürzung der bisherigen Drei-Jahres-Regelung beim Wechsel von der GKV zur PKV. Der GKV werden dadurch in den nächsten drei Jahren bis zu 1,0 Milliarden Euro entzogen. Dies ist ein geradezu anachronistisches Vorgehen angesichts der Tatsache, dass aufgrund psychischer Krankheiten mit einem stetigen Ausgabenwachstum innerhalb der GKV zu rechnen ist. So stiegen beispielsweise die direkten Kosten der depressiven Erkrankungen von 4,2 Milliarden Euro im Jahr 2002 auf 5,7 Milliarden Euro im Jahr 2008. Die Behandlungskosten für einen depressiven Patienten betragen jährlich durchschnittlich 4.000 Euro. Dieser Versorgungsaufgabe entzieht sich die PKV, indem sie über ihre Risikoprüfung den Zugang zur PKV für psychisch kranke Menschen bzw. Menschen, die im Verlauf ihres Lebens einmal psychisch erkrankt waren, erschwert bzw. verhindert.

Zusatzversicherungen durch die GKV

Die Regierungskoalition plant u. U., das Angebot einer Zusatzversicherung künftig der privaten Krankenversicherung vorzubehalten. Bisher bieten auch die gesetzlichen Krankenversicherungen solche Zusatzversicherungen von der Auslandskrankenversicherung über das Zweibettzimmer im Krankenhaus bis zur Chefarztbehandlung in eigener Regie an. Vorteil der GKV-Angebote ist, dass keine Gesundheitsprüfung vor Abschluss eines Versicherungsvertrags stattfindet. Deshalb bietet ausschließlich die GKV älteren und kranken Menschen die Option einer Zusatzversicherung. Beschränkt der Gesetzgeber diese Option in Zukunft auf die privaten Krankenversicherungen, entzieht er diesen Patientengruppen Wahlmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPtK eindeutig dafür aus, wie bisher auch der gesetzlichen Krankenversicherung die Option einzuräumen, ihren Versicherten Zusatzversicherungen anzubieten.

Verantwortung der Unternehmen für eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitsplätze

Deutsche Arbeitnehmer sind immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig. Knapp elf Prozent aller Fehltage gingen 2008 auf psychische Erkrankungen zurück. Seit 2009 haben sich diese Krankschreibungen fast verdoppelt. Psychische Erkrankungen verursachen überdurchschnittlich lange Fehlzeiten in den Betrieben: bei AOK-Versicherten durchschnittlich ca. drei Wochen, bei DAK-Versicherten ca. vier Wochen und bei BARMER-Versicherten sogar ca. fünfeinhalb Wochen pro Krankschreibung.

Erwerbstätige entwickeln bei der Kombination aus hohen Anforderungen (wie z. B. Zeitdruck, Komplexität der Aufgaben, Verantwortung) und geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess überdurchschnittlich häufig psychische Erkrankungen. Auch ein gravierendes Ungleichgewicht zwischen dem Einsatz im Beruf und der Entlohnung sowie vor allen Dingen der Anerkennung (z. B. Gehalt, Wertschätzung der Person, Aufstiegschancen oder Arbeitsplatzsicherheit) gefährden die psychische Gesundheit.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung tritt gehäuft in Dienstleistungsbranchen auf und alle Krankenkassen verzeichnen in ihren jährlichen Reports, z. B. bei den Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen, in der Telekommunikation und in öffentlichen Verwaltungen überdurchschnittlich viele Fehltage aufgrund psychischer Störungen.

Diese Zahlen zeigen eindringlich, welche Verantwortung die Unternehmen bei der Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe für den Erhalt bzw. die Förderung der seelischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter haben. Neben grundsätzlichen Erwägungen ist dies ein Argument gegen die Aufkündigung der paritätischen Finanzierung der GKV auch vor dem Hintergrund, dass psychische Erkrankungen nicht als Berufserkrankungen anerkannt sind. Die mit dem GKV-FinG beabsichtigte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf 7,3 Prozent entlässt die Arbeitgeber aus der Verantwortung für steigende Gesundheitsausgaben und damit auch ein Stück weit aus ihrer Verantwortung für die Gestaltung gesundheitsverträglicher Arbeitsplätze.

Einheitlicher Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung

Es ist Ziel des Gesetzgebers, mittelfristig als Maßstab für die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem bundesweit einheitlichen Betrag für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung zu kommen. Der morbiditätsbedingte Bedarf soll differenziert nach Alter, Geschlecht und dokumentierter Morbidität ermittelt werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, ein entsprechendes Konzept zu entwickeln. Als erster Schritt ist eine asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse zwischen den KVen geplant. Der Bewertungsausschuss soll einen Schwellenwert festlegen, der bei Unter- bzw. Überschreiten zu KV-spezifischen Anpassungsfaktoren bei der Verteilung der Zuwächse der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führen wird.

Diese aufeinander aufbauenden Konzepte gehen davon aus, dass der Behandlungsbedarf eines Patienten durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Morbidität ausreichend abzubilden ist. Dabei wird realisierte Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen als Behandlungsbedarf definiert. Generell gilt, dass die Verfügbarkeit eines Behandlungsangebots einen erheblichen Einfluss darauf hat, ob und welche Leistungen ein Patient in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann. Bei psychischen Erkrankungen führt dies dazu, dass Patienten aufgrund psychotherapeutischer Unterversorgung entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien keine Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Sie müssen auf die u. U. nicht evidenzbasierte, aber allein verfügbare Alternative der Pharmakotherapie ausweichen. Der durchschnittliche Behandlungsbedarf der Patienten wird in psychotherapeutisch unzureichend versorgten Regionen deutlich unter dem Behandlungsbedarf eines Patienten liegen, der bei vergleichbarer Indikation, Geschlecht und Alter in einer Region lebt, in der mehr Psychotherapeuten zugelassen sind, sodass dort die Inanspruchnahme von Psychotherapie möglich ist.

Im Gesetzentwurf findet sich kein Hinweis, inwieweit bei einer asymmetrischen Honorarverteilung auch Aspekte der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind. Die BPTK hält dies jedoch mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Men-

schen für unverzichtbar, da ansonsten Versorgungsregionen mit einem vergleichsweise besseren psychotherapeutischen Versorgungsangebot aufgrund ihres für die ambulante Versorgung höher ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungsbedarfs pro Patient (differenziert nur nach Alter, Geschlecht und Morbidität) weniger an Honorarzuwächsen teilhaben werden. Gleichzeitig fließen Mittel in Versorgungsregionen mit unterdurchschnittlichem Behandlungsbedarf, ohne jedoch zu gewährleisten, dass diese Mittel z. B. dafür eingesetzt werden, die psychotherapeutische Versorgung durch einen entsprechenden Ausbau des Angebots zu verbessern.

Die BPtK schlägt vor diesem Hintergrund vor, dass in Artikel 1 Nummer 8 in § 87d Absatz 2 ein neuer Satz 8 eingefügt wird und der bisherige Satz 8 der neue Satz 9 wird:

„Der Bewertungsausschuss hat dabei auch regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.“

Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden

Die Aussetzung der Anpassung des Orientierungswerts in Abhängigkeit von einer festgestellten Unter- bzw. Überversorgung wird von der BPtK ausdrücklich begrüßt. Basis dieses Steuerungsansatzes war die Annahme, dass mit den Anhaltzahlen der Bedarfsplanung der Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen abgebildet wird. Die Anhaltzahlen der Bedarfsplanung reflektieren jedoch nur historisches Niederlassungsverhalten und sind kein Indikator für Unter- bzw. Überversorgung. Das Aussetzen der Regelung bis 2013 eröffnet den Spielraum, mit einer Reform der Bedarfsplanung zu einer Abbildung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs zu gelangen. Außerdem kann empirisch überprüft werden, ab welcher Größenordnung Unterschiede in der Höhe der Vergütung Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten veranlassen könnten, ihren Lebensmittelpunkt aufgrund einer zeitlich befristeten Vergütungsregelung zu verlagern bzw. anders zu planen. In der Vergangenheit haben nennenswerte Unterschiede in der Höhe der Vergütung nicht zu einer Migration der Leistungserbringer geführt.

Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung

Das GKV-FinG will durch strukturelle Reformen mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar ist aus Sicht der BPTK, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V an den Grundsatz der Beitragsstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des Deutschen Hausärzterverbands bestehen zu lassen. Wenn in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung Vereinbarungen getroffen werden, die dem Grundsatz von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht gerecht werden, so liegt dies wahrscheinlich auch an der Aussetzung des Vertragswettbewerbs. Die Lösung des Problems ist mithin, es künftig wieder den gesetzlichen Krankenversicherungen zu überlassen, ob sie für ihre Versicherten Hausarztverträge abschließen wollen. Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber Mindestanforderungen an Hausarztverträge nach § 73b SGB V gesetzlich vorgeben. Eine hausarztzentrierte Versorgung wird erst dann ein Beitrag zu mehr Qualität und Effizienz sein, wenn sie das heute prägende arbeitsteilige und weitgehend unabgestimmte Vorgehen einzelner Fachdisziplinen durch eine integrierte Versorgung ersetzt. Dies erfordert die konsequente Weiterentwicklung von Strukturen und Versorgungsprozessen. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, die den Status quo weitgehend unverändert beibehalten, können nicht zu qualitativen Verbesserungen der Versorgung führen (Artikel 1 Nummer 5, § 73b SGB V).

Damit qualitätsfördernde Innovationen Ziel der hausarztzentrierten Versorgung sind, sollte der Gesetzgeber Kriterien für den Abschluss von Verträgen vorgeben. Hierzu gehören mindestens:

- ein schrittweise umzusetzendes Konzept zur Implementierung multiprofessionell entwickelter Leitlinien inklusive des Aufbaus eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems,
- verbindliche Kooperationsstrukturen, die eine multiprofessionelle, präventiv-orientierte Versorgung ermöglichen.

Zudem sollte die Möglichkeit des direkten Zugangs zum Psychotherapeuten oder Arzt der psychotherapeutischen Arztgruppe vorgesehen werden. Dies ist erforderlich,

um Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen, nicht zu zwingen, dem Hausarzt eine psychische Erkrankung zu offenbaren.

Es sollte darüber hinaus der Entscheidung der Krankenkassen vorbehalten bleiben, ob sie ihren Versicherten ein solches Angebot machen möchten und ob dieses flächendeckend sinnvoll ist. Dementsprechend sollte die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen aufgehoben werden.

Artikel 1 Nummer 5 (§ 73b SGB V) sollte daher wie folgt gefasst werden:

„5. § 73b SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“.*
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*
 - aa) Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst: „Behandlung nach multiprofessionell abgestimmten und evidenzbasierten Leitlinien“.*
 - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst: „ein indikatorengestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement, das die Implementierung der Leitlinien angemessen unterstützt“.*
 - cc) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Geriatric“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.*
 - dd) Nummer 4 wird gestrichen.*
- c) In Absatz 3 Satz 2 1. Halbsatz werden nach den Wörtern „Leistungen der“ die Wörter „psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4“ und ein Komma eingefügt.*
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:*
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt sowie die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni 2009“ und „zu“ gestrichen.*

- bb) In Satz 4 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „zu“ gestrichen.*
- cc) Satz 2 und Satz 5 werden aufgehoben und die bisherigen Sätze 3, 4, 6 und 7 werden die Sätze 2 bis 5.*
- e) Absatz 4a wird aufgehoben.“*

Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Trotz der hohen Relevanz, die psychische Erkrankungen mittlerweile für das Versorgungssystem haben, gibt es – verglichen mit somatischen Erkrankungen – bisher nur wenig Transparenz über das Leistungsgeschehen. Die Maßnahmen der stationären und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschränken sich überwiegend auf somatische Erkrankungen.

In der stationären Krankenhausbehandlung ist die Zahl der Behandlungstage wegen psychischer Erkrankungen insgesamt von 21.745.312 Bettentagen im Jahr 2000 auf 22.317.166 Bettentage im Jahr 2008 gestiegen. Bei einem Rückgang der stationären Behandlungstage insgesamt von 167.789.000 im Jahr 2000 auf 142.534.888 Bettentage im Jahr 2008 ist der Anteil der Behandlungstage wegen psychischer Erkrankungen um über 20 Prozent auf aktuell 15,7 Prozent angestiegen.

Mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist die Einführung zusätzlicher qualitätssichernder Maßnahmen in diesem Bereich notwendig. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diskutiert aufgrund der steigenden Relevanz psychischer Erkrankungen für die Gesundheitsversorgung, bei der Themenauswahl für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung psychische Erkrankungen hoch zu priorisieren.

§ 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V sieht dennoch im Bereich der Richtlinien und Beschlüsse zur stationären Qualitätssicherung bisher nur eine Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Be-

rufsorganisationen der Pflegeberufe vor. Auch § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V beschränkt die bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligenden Organisationen auf die oben genannten.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung und Notwendigkeit von sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist eine fachliche Beteiligung der BPTK dringend geboten.

Diese sollte sich nicht auf Beschlüsse und Richtlinien zur Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beschränken, da in somatischen Krankenhäusern psychische Komorbidität bzw. spezielle psychosoziale Belastungen den Versorgungsalltag mitprägen.

§ 137 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.*
- b) In Absatz 3 Satz 5 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.*

Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA

Ab 2011 gehört das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) nicht mehr zu den Erkrankungen, deren überdurchschnittliche Behandlungskosten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abgedeckt sind. Statt des krankheitsbezogenen Zuschlags in Höhe von 1.335 Euro jährlich erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ab 2011 z. B. für einen sechsjährigen Jungen mit ADHS nur noch die krankheitsunabhängige Pauschale in Höhe von 1.052 Euro.

Da im vergangenen Jahr noch keine umfassende Überprüfung der im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfolgte, verzichtete das Bundesversicherungsamt (BVA) 2010 darauf, allein ADHS zu streichen. In diesem Jahr ergab die Prüfung für ADHS jedoch erneut ein knappes Unterschreiten des Schwellenwerts. Der Grund ist, dass im Morbi-RSA nur Krankheiten berücksichtigt werden, wenn u. a. die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten. Dabei ist es derzeit gleichgültig, ob es sich um eine Kinderkrankheit handelt oder um eine Krankheit, die in jedem Lebensalter auftreten kann. Aufgrund der deutlich niedrigeren Gesamtbehandlungskosten bei jüngeren Versicherten ist das Unterschreiten dieses Schwellenwerts für Krankheiten des jüngeren Lebensalters selbst bei hohen krankheitsspezifischen Kosten kaum zu erreichen. Vor diesem Hintergrund musste das BVA aufgrund des erneuten knappen Unterschreitens des Schwellenwerts ADHS aus dem Katalog der berücksichtigungsfähigen Krankheiten streichen. Diese Entscheidung könnte schon bald Spuren in den Verhandlungen über Verträge zur integrierten Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche hinterlassen. Die Krankenkassen werden befürchten, dass ihre ungedeckten Ausgaben für neue und bessere Behandlungsmodelle für Kinder und Jugendliche mit ADHS zu erheblichen finanziellen Belastungen führen und ihre Wettbewerbsposition durch steigende Zusatzbeiträge negativ beeinflussen.

In den Entwurf sollte daher als Artikel 1, neue Nummer 23 Folgendes aufgenommen werden:

„In § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern ‚zugrunde legen‘ ein Komma und die Wörter ‚bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die alters- und geschlechtsadjustierten GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 v. H. übersteigen‘ eingefügt.“

Die bislang fehlende Alters- und Geschlechtsadjustierung bei der Definition des Schwellenwerts des 1,5fachen der durchschnittlichen GKV-weiten Ausgaben je Versichertem führte dazu, dass kostenintensive chronische Krankheiten, die vorwiegend

in einem jüngeren Lebensalter oder bei nur einem Geschlecht auftreten, den Schwellenwert trotz der erheblichen Kostenintensität unterschreiten. Durch die vorgeschlagene Änderung wird dieses Problem behoben.

Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die im Entwurf vorgesehene Änderung von § 85 SGB V sollte zum Anlass genommen werden, die Regelungen zur Vergütung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zu verbessern (Artikel 1 Nummer 6, § 85 SGB V). Die Verordnungsraten von Psychopharmaka belegen vor dem Hintergrund der Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien die Notwendigkeit, Behandlungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche deutlich stärker psychotherapeutisch auszurichten. Als Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sollten daher neben Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten benannt werden. „Nichtärztliche Leistungen“ in diesem Zusammenhang bezeichnen dann Leistungen, die nicht von Ärzten oder Psychotherapeuten erbracht werden.

Die Indikationsentscheidungen und -maßnahmen der an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringer sollten an evidenzbasierten Leitlinien ausgerichtet werden. Durch standardisierte Basisdokumentation, Evaluation der Behandlungsergebnisse und regelmäßige Fallbesprechungen werden Struktur-, Prozessqualität und – soweit möglich – auch Ergebnisqualität darlegungsfähig. Erst ein Qualitätsmanagement in diesem Sinne verhindert, dass die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung üblicherweise vereinbarten Vergütungspauschalen unter Qualitätsgesichtspunkten unangemessene ökonomische Anreize setzen. Mit der seit 1. Juli 2009 gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung haben die Vertragspartner bereits wichtige Schritte in diese Richtung unternommen. Diese Entwicklung soll nun dadurch gestärkt werden, dass die Evaluation auf gesetzlicher Ebene vorgeschrieben wird.

Artikel 1 Nummer 6 sollte daher um einen neuen Buchstaben a ergänzt und die bisherigen Buchstaben a und b die neuen Buchstaben b und c werden:

- „a) *In Absatz 2 Satz 4 SGB V wird das Wort ‚und‘ nach dem Wort ‚sozialpädiatrischer‘ durch ein Komma ersetzt. Nach dem Wort*

„psychiatrischer“ werden die Wörter „und psychotherapeutischer“ und nach dem Wort „Nähere“ die Wörter „einschließlich einer verbindlichen Evaluation der Leistungserbringung anhand definierter Qualitätskriterien“ eingefügt.“

Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung macht eine Mitgliedschaft nicht von einer Risikoprüfung abhängig und bietet darüber hinaus psychisch kranken Menschen einen umfassenden Versicherungsschutz, der eine evidenzbasierte Versorgung erlaubt. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung schränkt demgegenüber den Zugang ein und bietet darüber hinaus i. d. R. keinen ausreichenden Schutz. Vor diesem Hintergrund lehnt die BPtK eine Förderung der privaten Krankenversicherungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Die Gesundheitsreporte aller Krankenkassen zeigen steigende Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Zahlen liegen in bestimmten Branchen besonders hoch. Ein enger Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit lässt sich belegen. Ausgabensteigerungen in der GKV lassen sich durch eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitswelt vermeiden. Die Aufhebung der paritätischen Finanzierung der GKV setzt hier falsche Signale, da sie die Arbeitgeber aus dieser Verantwortung entlässt.

Insgesamt schlägt die BPtK vor, die Relevanz psychischer Erkrankungen bei gesetzgeberischen Entscheidungen stärker zu berücksichtigen. Zentrale Ansatzpunkte, die bereits im Kontext des GKV-FinG Berücksichtigung finden könnten, sind:

- Bei der Festlegung eines bundeseinheitlichen Behandlungsbedarfs pro Versichertem sollte neben der Morbidität der Versicherten, auch die regionale Infrastruktur als entscheidender Modifikator der Inanspruchnahme von Leistungen berücksichtigt werden.
- Die Qualitätssicherung in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sollte im Nachgang zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems befördert werden.

- Eine Alters- und Geschlechtsadjustierung beim Schwellenwert für die Berechnung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Morbi-RSA sollte eingeführt werden.