BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 30. Januar 2014

Stellungnahme des

Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.

**zur Leitlinie für die sozialmedizinische Begutachtung –
Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen
der Deutschen Rentenversicherung von August 2012**

Vorbemerkung

Die Leitlinie soll sich an alle Personen richten, die mit Fragen der sozialmedizinischen Beurteilung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen für die gesetzliche Rentenversicherung befasst sind. Sie soll dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgutachter Beurteilungshilfen im Hinblick auf die speziellen sozialmedizinischen Fragestellungen und Unterstützung für die Erstellung sozialmedizinisch schlüssiger Gutachten geben.

Im Jahr 2013 sind die Bewilligungen in der Indikation Psychosomatik bei der DRV Bund um 11% zurückgegangen. Diese Entwicklung ist umso besorgniserregender, weil psychische Erkrankungen mittlerweile die Hauptursache für vorzeitige Verrentungen sind. Im dritten Fortschrittsreport „Altersgerechte Arbeitswelt“, welcher im November 2013 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales vorgelegt wurde, wird festgestellt, dass jeder Zweite, der wegen einer psychischen Erkrankung eine volle Erwerbsminderung bewilligt bekam, in den letzten fünf Jahren weder eine medizinisch-psychosomatische Rehabilitation noch eine regelmäßige ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen hatte. Und weniger als zehn Prozent der psychisch kranken Frührentner wurde eine medizinische oder berufliche Rehabilitation empfohlen, so die BPtK-Studie zu psychischen Erkrankungen und Frührente.

Wir gehen davon aus, dass die neue Begutachtungsleitlinie mitursächlich für den Rückgang der Rehabilitationsmaßnahmen bei der DRV im Jahr 2013 ist. Die Leitlinie versucht eine strikte Abgrenzung zwischen dem Reha- und dem Akutbereich vorzunehmen, wobei möglichst viele Antragsteller dem Akutbereich zugeordnet werden sollen. Dies lässt sich anhand der folgenden Beispiele aus der Begutachtungsleitlinie darlegen.

Kapitel 5

Die in der Leitlinie dargestellte Auslegung der Begriffe „zumutbare Willensanspannung“ sowie „Rehabilitationsbedürftigkeit“ und „Rehabilitationsfähigkeit“ im allgemeinen Teil führen dazu, dass es aus psychiatrischer Sicht möglich ist, fast jeden Antrag eines psychisch erkrankten Menschen auf psychosomatische Rehabilitation abzulehnen, weil er sich entweder nicht genug angestrengt hat oder ambulante oder akutstationäre Behandlung indiziert ist oder die Beschwerden eine aktive und erfolgversprechende Teilnahme zweifelhaft erscheinen lassen.

Gleich zu Beginn des Kapitels 5 der Leitlinie wird auf die Notwendigkeit der Abgrenzung hin zur Akutbehandlung hingewiesen, auch bei chronischen Verläufen, ohne dass tatsächlich konkrete Kriterien für diese Differenzierung genannt werden. Dies steht im Widerspruch zum SGB IX, wonach die Rentenversicherungsträger verpflichtet sind, Aktivitäten und Teilhabe zu sichern und wieder herzustellen. Stattdessen werden Symptome, Diagnosen und Prognosen in den Vordergrund gestellt und daraus dann negative Bedarfe für psychosomatische Rehabilitation und LTA abgeleitet sowie die Zuständigkeit der Leistungserbringer des SGB V betont.

Deutlich wird der beschriebene Fokus der Leitlinie, sich mehr nach der Symptomatik als an Aspekten der Teilhabe- bzw. Aktivitäten auszurichten, noch an weiteren Stellen. So wird in der Leitlinie bei einzelnen Diagnosen auf eine Krankenhausbehandlung als präferierte Behandlungsform hingewiesen, wie z.B. auf Seite 28 (Kapitel 5.2):“…dass Personen mit psychischer Multimorbidität, die einer intensiven Psychotherapie bedürfen nur mit Mitteln eines Krankenhauses behandelt werden können, wie zum Beispiel bei einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ, verbunden mit einer Anorexie und sozialen Phobie….“ Dies entspricht nicht der bisher gelebten Praxis, da sehr wohl in geeigneten Rehabilitationskliniken mit gezielter Psychotherapie Patienten mit diesen Störungsbildern in der Rehabilitation integriert behandelt werden und die Intensität in dem ganzheitlichen Ansatz zur Teilhabe sinnvoll, gewünscht und auch fachlich vom Leistungsträger gefordert wird.

Verstärkt wird die Schwierigkeit des Trennungsversuchs Akut - Reha durch die Nennung von Krankheitssymptomen, die nach der Leitlinie nicht mehr im Fokus der Rehabilitationsbehandlung stehen sollen. So wird unter Punkt 5.2 auf Seite 28 beschrieben: „Die Rehabilitation von Menschen mit psychischer Störungen dient nicht dazu, die Symptome beispielsweise einer Schizophrenie, Depression, Essstörung, post-traumatischen Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörung zu behandeln.“ Im Folgenden wird dann jedoch erläutert, dass der Fokus der Rehabilitation in medizinischer, psychologischer, pädagogischer und beruflicher Unterstützung bestehe, um eine betroffene Person trotz Bestehens einer oder mehrerer Erkrankungen oder Behinderungen

zu befähigen am Erwerbsleben teilzuhaben und/ oder ein möglichst normales Alltagsleben zu führen.

Dass die Krankheitssymptome nur insofern reharelevant sind, als sie Rehabilitationsbedürftigkeit bedingen und eine Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist, ist nachvollziehbar. Dies bedeutet jedoch auch, dass die Rehabilitationsziele nur erreicht werden können, wenn die Krankheitssymptome adäquat mitbehandelt werden. Andernfalls müsste die DRV darlegen, wie Rehabilitation ohne Behandlung auch der Symptome aussehen und wie man die Betroffenen, unter ihren Symptomen leidenden Menschen zu einer solchen Maßnahme motivieren soll, da es gerade die Symptome sind, die die Teilhabe einschränken. Die Antriebsstörung einer Depression z.B. führt doch zu einer Einschränkung sozialer Bezüge und Minderung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Deshalb ist es auch unabdingbar, in der Rehabilitation zur Verbesserung der Teilhabe die Symptome zu behandeln. Es gibt praktisch keine Therapieform, die entweder nur die Symptome oder ausschließlich die Ziele der Teilhabe verbessern. Sollten folglich gewisse Krankheitssymptome nicht mehr im Fokus der Rehabilitation stehen bzw. gezielt im Rahmen dieser behandelt werden, wäre Rehabilitation nicht mehr möglich.

In Punkt 8 auf Seite 109 der Leitlinie wird der Widerspruch deutlich. Danach wird im Rahmen des Eingehens auf spezifische Störungen durchaus sowohl intensive Psychotherapie als auch Symptomreduktion und insbesondere auch die Behandlung multimorbider Fälle zum Gegenstand der Rehabilitation erklärt (z.B. bei konfrontativer Traumatherapie).

Kapitel 6

Im Kapitel 6.5 auf Seite 60 wird eine Rehabilitationsbehandlung beim Vorliegen einer akuten Behandlungsbedürftigkeit generellen ausgeschlossen,: „das Störungsbild darf nicht mehr akut behandlungsbedürftig im Sinne des SGB V…sein“. Gerade jedoch bei Patienten, die noch Teile der „Akutbehandlung“ erhalten (Medikation; Psychotherapie) und für die eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist, ist oft eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit bzw. Chronifizierung gegeben. Per Definition des SGB IX §26 Abs. 2 Nr.1-3 sind solche „akutmedizinischen“ Behandlungen auch vom Behandlungsauftrag der Rehabilitationskliniken abgedeckt.

Kapitel 8

Im Kapitel 8 werden die verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder in der Reihenfolge der ICD-10 abgehandelt: Es wird jeweils eine Beschreibung und Definition des Krankheitsbildes, gemischt mit Aussagen zum Schweregrad und zur sozialmedizinischen Beurteilung sowie zur Rehabilitation und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz (LTA) vorgenommen. Dies wird beispielhaft deutlich im Kapitel 8.3.4.3 Depressive Episoden:

Dieses Kapitel beginnt mit folgendem Satz: „Eine einzelne mittelgradige oder schwere depressive Episode bedingt in den meisten Fällen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit und erfordert eine Krankenhausbehandlung, stellt jedoch in Anbetracht der üblicherweise vollständigen Remission keine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit dar."

Es wird dann fortgefahren, dass auch bei rezidivierenden depressiven Störungen nicht mit einer erheblichen Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe zu rechnen sei und das die Notwendigkeit für spezifische Rehabilitationsleistungen aufgrund der überwiegenden guten ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten sowie der überwiegen günstigen Prognose nur im Einzelfall gegeben sind.

Spätestens hier wird einem neutralen und fachlich geschulten Leser deutliche, dass es wohl in erster Linie nicht darum geht, eine Begutachtung basierend auf den Grundsätzen Aktivitäten, Teilhabe und Inklusion zu ermöglichen und so dem gesetzlichen Auftrag gerecht zu werden, sondern eine möglichst große Zahl an Indikationen auszuschließen. In dem oben zitierten und angefügten Beispiel ist dies umso absurder, als dass in der Fachliteratur chronisch, chronisch rezidivierende und nicht vollständig remittierte Verläufe 30 bis 50% der Gesamtheit aller depressiven Erkrankungen ausmachen, dass die Behandlung gerade der Kombination von chronischen und rezidivierenden Verläufen nach wie vor extrem schwierig und prognostisch ungünstig ist und diese Menschen inzwischen den überwiegenden Anteil an Berentungen aus medizinischen Gründen ausmachen. Für andere ICD-10 Diagnosen wird dies, abhängig wohl auch von der Häufigkeit des Vorkommens, in ähnlicher Weise abgehandelt.

Fazit

Die Begutachtungsleitlinie zeigt anhand der angeführten Punkte, dass eine „trennscharfe Betrachtung" von Diagnosen nicht geeignet ist für eine fundierte fachliche Einschätzung und Trennung von Rehabilitationsnotwendigkeit. Die Schnittstelle von Akut und Reha sollte weiterhin dem gesetzlichen Auftrag des SGB IX folgen, wonach die Rententräger verpflichtet sind, Aktivitäten und Teilhabe zu sichern und wieder herzustellen.

Die mögliche Bewilligungspraxis auf Basis dieser Leitlinie birgt eindeutig die Gefahr eines „Verschiebbahnhofs" von Rehabilitationsbedürftigen aufgrund einer „künstlichen Symptomsicht" von Diagnosen. Leidtragende sind in erster Linie die psychisch erkrankten Menschen, denen oft weder eine ausreichende oder spezifische ambulante oder stationäre Behandlung noch eine so gute Prognose zur Verfügung steht. Die ganzheitliche Bertachtung unter Einschluss der Indikationen und der Betrachtung der Auswirkungen auf die Teilhabe sollte mit einer Überarbeitung der Leitlinie wieder in den Fokus gerückt werden.

In der Leitlinie werden zudem viele Entscheidungskriterien genannt. Hier wäre eine Checkliste mit Operationalisierungshinweisen und Formulierungen praxisbezogener

Handlungsempfehlungen sinnvoll. Auch eine klare Trennung von gutachtenrelevanten Informationen und ergänzenden Informationen wäre hilfreich.

Bedenklich ist zudem der Konsentierungsprozess dieser Leitlinie. Es fällt auf, dass hauptsächlich DRV-(Klinik-)Mitarbeiter und nur wenige Fachgesellschaft und keine Vertragsklinik der DRV zur Mitwirkung und Kommentierung eingeladen wurden.

Eine Überarbeitung der Leitlinie ist dringend erforderlich, um eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen. Die Beteiligung der Leistungserbringer-Verbände an der Überarbeitung ist zwingend notwendig.