

Die wichtigsten Inhalte des Koalitionsvertrages aus psychotherapeutischer und gesundheitspolitischer Perspektive

Stellungnahme von DGVT und DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe

Die Verhandlungen über den Koalitionsvertrag von Union und SPD sind abgeschlossen, seit dem 27. November 2013 liegt der Koalitionsvertrag vor. Vorläufig unterschrieben wurde der Koalitionsvertrag mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ mittlerweile von CDU-Chefin Angela Merkel, CSU-Chef Horst Seehofer und SPD-Chef Sigmar Gabriel. Die endgültige Unterschrift folgt nach dem SPD-Mitgliederentscheid und dem kleinen Parteitag der CDU.

Im Koalitionsvertrag wurden auch einige Veränderungen im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich benannt, die für die psychosozialen Berufsgruppen relevant sind und zu denen die DGVT und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe nachfolgend Stellung nehmen.

Reform des Psychotherapeutengesetzes

Laut dem Koalitionsvertrag soll eine Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes samt der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung in der kommenden Legislaturperiode durchgeführt werden. Näheres dazu wurde nicht ausgeführt.

Im Mittelpunkt der Reform sollte unseres Erachtens die Frage stehen: Wie muss eine Psychotherapeutenausbildung ausgestaltet sein, damit sie zu einem vertretbaren und verantwortbaren Qualitätsstandard im Sinne einer hoch stehenden Psychotherapieversorgung der PatientInnen führt? Für die DGVT müssen deshalb bestimmte Kriterien erfüllt sein, unabhängig von den verschiedenen Modellen, die derzeit zur Diskussion stehen. Vor allem muss die Zugangsproblematik (Master/Bachelor) gelöst werden und für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung müssen angemessene Vergütungswege gefunden werden. Reformmaßnahmen müssen wissenschaftlich begründet und die Reform muss sorgfältig evaluiert werden.

Psychotherapeutische Versorgung

Positiv bewerten die DGVT und DGVT-BV, dass der Beruf des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin in den Verhandlungsergebnissen explizit genannt wird. Problematisch ist jedoch, dass insbesondere für die ambulante Versorgung Änderungen vorgesehen sind, die eher eine Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung befürchten lassen: So sollen die gesetzlichen Vorgaben zum „Abbau von Überversorgung“¹ durch den Aufkauf von Arztsitzen von

¹ In der ambulanten Psychotherapie gibt es bundesweit nirgendwo eine Überversorgung – in fast jeder Region gibt es unerträglich lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Die behauptete Überversorgung im Psychotherapiebereich ergibt sich nur, wenn man die absolut unzureichende Zahl von Psychotherapeuten, die im Jahr 1999 niedergelassen waren, zum Standard oder „Bedarf“ erklärt (entsprechend dem Konzept der Bedarfsplanungsrichtlinie). Dies bedeutet dann letztlich eine Zementierung der unzureichenden Versorgung zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes.

einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung überführt werden. Damit könnten langfristig Tausende von psychotherapeutischen Praxen bedroht sein.

Die bundesweit steigenden Wartezeiten auf ein Erstgespräch bzw. auf einen Psychotherapieplatz sind zunächst Ausdruck eines steigenden Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung. Eine angebliche „Überversorgung“, die auf der Grundlage von unangemessenen Verhältniszahlen beim Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 beruht, verdeckt einen eklatanten Mangel und lässt unberücksichtigt, dass psychische Erkrankungen zum einen zunehmen, zum anderen aber auch besser diagnostiziert werden. Leider ist nicht die Rede davon, dass die Bedarfsplanung reformiert werden soll.

Ausbau von Kurzzeit- und Gruppenpsychotherapie: Der Ausbau von Kurzzeitpsychotherapie und Gruppenpsychotherapie ist grundsätzlich zu begrüßen, er darf aber nicht dazu führen, dass die Kosten das alleinige Kriterium für die Genehmigung einer Psychotherapie sind und die nachhaltige Behandlung psychischer Erkrankungen, die ihre Wirksamkeit bewiesen haben, keine Rolle spielen. Der Ausbau der Kurzzeittherapie oder Gruppenpsychotherapie muss aus Sicht der DGVT auf Grundlage einer korrekten Indikationsstellung erfolgen und darf nicht auf Kosten der Behandlungsqualität der PatientInnen gehen.

Befugnisweiterungen: Die laut Koalitionsvereinbarung vorgesehene Überprüfung der bestehenden Befugnisbeschränkungen für PsychotherapeutInnen begrüßen wir sehr. Die Befugnisbeschränkungen in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V sind aufzuheben und PsychotherapeutInnen ist es zu ermöglichen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen, ins Krankenhaus einzuweisen, Rehabilitationsbehandlungen und Soziotherapie zu verordnen, an andere Fachärzte zu überweisen und Heilmittel zu verordnen.

Gutachterverfahren: Die vorgesehene Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens ist sicher sinnvoll, allerdings kommt es auf die detaillierte Umsetzung an. Bei allen unterschiedlichen Standpunkten zum derzeitigen Bewilligungsverfahren dürfen vermeintlich weniger bürokratische, leistungsbezogene Qualitätsmaßstäbe – wie psychometrische Testverfahren – nicht in letzter Instanz darüber entscheiden, ob eine Psychotherapie indiziert ist bzw. durchgeführt oder verlängert werden kann. Sie stellen lediglich eine Möglichkeit der (Verlaufs-)Diagnostik dar, die immer individuell im Kontext der Therapiefragestellung bzw. des laufenden Therapieprozesses beurteilt werden muss, nicht zuletzt, weil sie in hohem Maße störanfällig ist, wie aktuelle Studien zeigen. Die Psychotherapie-Richtlinie ist so zu flexibilisieren, dass den Belangen unterschiedlicher Patientengruppen besser Rechnung getragen werden kann.

Veränderung der Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen: Nach dem Wortlaut der Koalitionsvereinbarung sollen zukünftig die Hausärzte die Hälfte der Sitze innerhalb der Vertreterversammlungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVen und KBV) erhalten; die andere Hälfte die Fachärzte. Dass die Hausärzte gestärkt werden sollen, ist zunächst durchaus unterstützenswert. Allerdings muss der Schutz der Belange der PsychotherapeutInnen dabei beachtet und gesetzlich klar geregelt werden, damit auch zukünftig eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Versorgung gewährleistet bleibt.

Gesundheits- und sozialpolitische Ergebnisse

Finanzierung und Risikostrukturausgleich

Die Verhandlungspartner haben sich auf die Abschaffung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags verständigt. Damit werden überdurchschnittliche Belastungen für Versicherte mit geringem Einkommen vermieden. Die Einigung ist zu begrüßen. Aus ihr folgen jedoch Belastungen an anderer Stelle, da davon auszugehen ist, dass die bestehende Finanzierung des Gesundheitsfonds bereits ab dem Jahr 2015 nicht mehr ausreicht. Da im Koalitionsvertrag bei der künftigen Finanzierung der unter der schwarz-gelben Regierung erfolgte Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht rückgängig gemacht wurde, trifft der einkommensabhängige Zusatzbeitrag zukünftig nur die Arbeitnehmer. Hinweise auf eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlagen oder aber gar auf eine einheitliche Krankenversicherung fehlen im Koalitionsvertrag. Die Verhandlungspartner haben außerdem angekündigt, die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt zur Beseitigung bestehender Konzeptionsfehler des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches zu beseitigen. Diese Einigung ist überfällig.

Prävention und Gesundheitsförderung: Die DGVT begrüßt, dass noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschiedet werden soll, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim sowie die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und auch der Forderung nachkommt, alle Sozialversicherungsträger einzubeziehen. Ein Präventionsgesetz sollte einen Schwerpunkt psychische Erkrankungen haben, um der Zunahme der psychischen Erkrankungen gezielt entgegenwirken zu können.

Krankenhausversorgung: 50 % der deutschen Krankenhäuser schreiben nach wie vor rote Zahlen. Die Maßnahmen im Koalitionsvertrag sind nicht ausreichend, um dies zu ändern. Während etwa Sachkostensenkungen der Krankenhäuser "zeitnah" in die Fallpauschalen einfließen sollen, ist dies bei den Personalkostensteigerungen nicht automatisch der Fall. Die gemeinsame Erstellung von Eckpunkten für eine Krankenhausreform von Seiten des Bundes und der Länder ist aus Sicht der DGVT damit zu verbinden, dass die Länder von ihrer Verantwortung für die Investitionskosten nicht entbunden werden.

Die Sicherung der Qualität nimmt einen breiten Raum im Koalitionspapier ein und umfasst vielfältige Maßnahmen, die allerdings mit sehr viel Bürokratie und Prüfaufträgen verbunden sind, z.B. durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen der Krankenhausplanung.

Positiv zu werten ist, dass hochspezialisierte Leistungen (Maximalversorger/Unikliniken) endlich sachgerecht ins DRG-System kommen, allerdings ist noch unklar, wie das genau aussehen soll.

Positiv ist ebenfalls, dass das Fallpauschalensystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) dahingehend überarbeitet werden soll, dass bei schwerst psychisch Erkrankten sog. „Drehtüreffekte“ vermieden werden, weil diese PatientInnen häufig zu früh entlassen werden. Zu einer Verschiebung der „Scharfschaltung“ des PEPP-Systems wird es dadurch aber wohl nicht kommen, was vermutlich zu Unsicherheiten im Finanzierungssystem führen dürfte.

Delegation/Substitution

Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht werden; ferner sollen Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen aufgelegt und evaluiert werden.

Eine solche auch vom Sachverständigenrat Gesundheit geforderte multiprofessionelle Teamarbeit zählt weitestgehend auch heute schon zum klinischen Alltag im Sinne eines qualifikationsorientierten Personaleinsatzes. Die flächendeckende Versorgung älterer und chronisch kranker PatientInnen ist immer stärker bedroht. Die Zahl von Hausärzten nimmt ab, aber die Zahl an älteren Patienten nimmt zu. Die Unterstützung und teilweise Übernahme der hausärztlichen Aufgaben durch medizinisches Fachpersonal kann dazu beitragen, die sich anbahnenden Versorgungskrise abzumildern.

Pflege

Anhebung Beitragssatz: Zur Reform der Pflegeversicherung wird in einem ersten Schritt der Beitragssatz um 0,3% angehoben. In einem weiteren Schritt wird der Beitrag noch einmal um 0,2% angehoben. 0,1% der Beiträge soll zukünftig in einen Pflegevorsorgefonds fließen, der finanzpolitisch bei dem derzeitigen Zinsniveau nicht sinnvoll ist, aber aus Sicht der CDU, die dies durchgesetzt hat, dokumentieren soll, dass sie die demografische Entwicklung im Blick hat. Ob diese Beitragssatzanhebung ausreichend ist, um den Pflegebereich zukunftssicher zu machen, ist fraglich.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Der neue Pflegebegriff soll so schnell wie möglich noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden, was zu begrüßen ist. Da die CDU in den Verhandlungen Bedenken äußerte, mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff würde noch mehr Bürokratie erzeugt, verständigten sich die Parteien darauf, eine Praktikabilitätsstudie vorzuschalten, um auf dieser Grundlage die leistungsrechtlichen Bestimmungen vorzunehmen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geht bei der Leistungszuweisung nicht mehr von „Pflegetiminuten“ aus, sondern fragt, ob und wie die Alltagskompetenz eines Menschen eingeschränkt wird und ob und wie diese Einschränkung durch Pflege, Betreuung und die Förderung von Aktivitäten im Alltag kompensiert werden kann. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird den Pflegealltag der Pflegenden und der Gepflegten ändern.

Leistungsverbesserungen: Vor Einführung des neuen Pflegebegriffes sollen notwendige Leistungen ausgeweitet werden. So sollen zügig die bereits bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausgebaut und auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt werden. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 (bisher 25) können dann bis zu 45.000 Betreuungskräfte in Heimen tätig sein. Diese Vereinbarung ist ein Indiz dafür, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umstritten ist und es vermutlich länger dauern wird, ihn umzusetzen.

Flexible Budgets: Darüber hinaus soll es z.B. flexible Budgets für Verbesserungen bei der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeit- und Verhinderungspflege geben. Auch die Zuschüsse für neue Wohnformen und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen sollen fortentwickelt werden. Diese Reform ist dringend erforderlich, da nur noch wenige Expertinnen und Experten den „Leistungsdschungel“ der Pflegeversicherung durchschauen.

Stärkung der Kommunen: Eine zentrale Forderung der SPD-geführten Länder (A-Länder) ist es seit Jahren, die kommunale Verantwortung für die Pflegestrukturplanung und für die Umsetzung zu stärken. Durch den demografischen Wandel steigt voraussichtlich die Zahl der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen in den nächsten 30 – 40 Jahren kontinuierlich. Der geburtenstärkste Jahrgang wird im Jahr 2014 50 Jahre und somit 2044 80 Jahre alt. Bis dahin muss es gelungen sein, einen Pflegemix aus familiärer Betreuung, nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Engagement und professioneller Arbeit gestaltet zu haben. Pflege muss sozialräumlich organisiert sein. Dies kann nur vor Ort durch die Kommunen entwickelt werden. Doch diese Forderung wurde lediglich in eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Federführung des BMG delegiert. Sie soll die Frage klären, wie die Rolle der Kommunen noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann.

Bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Geplant ist eine bezahlte zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen. Es soll eine Lohnersatzleistung analog dem Kinderkrankengeld eingeführt werden. Zudem sollen die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammengeführt und weiterentwickelt werden. Geprüft wird auch, ob die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige zu erhöhen sind.

Menschen mit Behinderungen

Bundesteilhabe- oder Bundesleistungsgesetz: Die Forderung aller Länder bei der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), ein Bundesteilhabegeld für Menschen mit Behinderungen einzuführen, wurde zwar in den Koalitionsvertrag übernommen, allerdings nur als Prüfauftrag. Dieses Ziel wird an drei unterschiedlichen Stellen (zweimal bei der Stärkung der Finanzkraft der Kommunen und einmal im Kapitel „Menschen mit Behinderungen“) formuliert. Dies zeigt deutlich den Zielkonflikt, denn es geht der Koalition einerseits um die finanzielle Entlastung der Kommunen, andererseits um eine Verbesserung der Situation der Menschen mit Behinderungen. Mit dem Bundesteilhabegeld soll die Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen gestärkt werden. Es soll monatlich 660 Euro betragen und unabhängig von Einkommen und Vermögen gezahlt werden. Allerdings soll es auf die Eingliederungshilfe angerechnet werden.

Reform der Eingliederungshilfe: Die vorgesehene inhaltliche Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe zu einer personenorientierten Leistung ist unumstritten; strittig bleibt, ob Menschen mit Behinderungen weiter mit ihrem Einkommen und Vermögen diese Leistungen (mit)finanzieren müssen.

Teilhabe: Im Koalitionsvertrag ist die „Große Lösung SGB VIII“ nicht mehr ausdrücklich genannt wie in einer Fassung zuvor, sondern etwas verklausuliert formuliert im Kapitel „Teilhabe und behinderte Menschen“, was bedauerlich ist, da die Beschlusslage damit nicht mehr so eindeutig ist. Leistungen für Kinder mit Behinderungen sollen zukünftig aus einer Hand finanziert werden. Offen bleibt, ob die Eingliederungshilfe für Kinder zukünftig eine Aufgabe der Jugendhilfe wird oder ob alle Leistungen als Eingliederungshilfe nach dem neuen Bundesleistungs- bzw. Bundesteilhabegesetz finanziert werden.

UN-Behindertenrechtskonvention: Die Koalition verpflichtet sich, die UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen, bleibt aber in der Ausgestaltung dieser Zusage sehr vage.

Inklusiver Arbeitsmarkt: Menschen mit Behinderungen sollen zukünftig stärker als bisher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten; die Vormachtstellung der Werkstätten für behinderte Menschen wird in Frage gestellt; mit der Einführung eines „Budgets für Arbeit“ werden neue Instrumente zur Re-Integration von Menschen mit Behinderungen, die in einzelnen Ländern wie Hamburg, Niedersachsen oder Rheinland-Pfalz erfolgreich entwickelt wurden, bundesweit eingeführt.

Neue Arbeitsmarktordnung

Die Einführung eines allgemeinen, flächendeckenden gesetzlichen Mindestlohns von 8.50 Euro brutto je Zeitstunde in Deutschland ab 1. Januar 2015 ist zu begrüßen. Beim Mindestlohn ist allerdings nicht angesprochen, ob und inwieweit er auch für PraktikantInnen oder vergleichbare Arbeitsverhältnisse (z.B. PiAs) gilt. Hier verweisen wir auf die Stellungnahme von Ver.di.

Doppelte Staatsbürgerschaft

Von einem Durchbruch kann man bei der doppelten Staatsbürgerschaft sprechen, zumal CDU/CSU diese immer abgelehnt haben. In der Folge müssen sich in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern künftig nicht mehr bis zum 23. Geburtstag zwischen zwei Pässen entscheiden. Die sog. Optionspflicht entfällt. Diese Ankündigung ist ein längst überfälliger Schritt in der Integrationspolitik.

Resümee

Zusammenfassend kann man festhalten, dass im Koalitionsvertrag trotz der zuvor unterschiedlichen Wahlprogramme doch einige positive Vereinbarungen im Gesundheits- und Sozialbereich beschlossen wurden wie z. B. die Reform des Psychotherapeutengesetzes, die Überprüfung der Befugnisenerweiterung für PsychotherapeutInnen und der Psychotherapie-Richtlinie sowie der Durchbruch beim Mindestlohn und der doppelten Staatsbürgerschaft.

Bei etlichen Punkten bleibt allerdings unklar, wie die Umsetzung im Detail erfolgen soll. Und wie man aus Erfahrung von früheren Koalitionsvereinbarungen weiß, wird nicht alles anschließend auch umgesetzt bzw. in Gesetze gegossen. Im Laufe der Legislaturperiode bleibt so manches auf der Strecke, zumal im Koalitionsvertrag häufiger „streben an“ oder „prüfen“ zu lesen ist. Viele gesamtgesellschaftliche Fragestellungen und Aufgaben wurden gar nicht (mehr) aufgegriffen.

Die Vereinbarung zum **Mindestlohn** ist mit zahlreichen Ausnahmen versehen und soll erst ab 2017 vollständig greifen. Das Thema **Inklusion** und **Große Lösung** ist nicht mehr in den Vertrag aufgenommen worden. Es werden lediglich einige Ausführungen zur Schnittstellenproblematik gemacht. Obwohl sich CDU/CSU in der letzten Legislaturperiode für die Einführung eines **Härtefall- oder Entschädigungsfonds im Patientenrechtegesetz** ausgesprochen und die SPD-Länder hierfür einen Vorschlag gemacht haben, finden sich dazu keine Aussagen im Koalitionsvertrag. Völlig fehlen **Ausführungen zum Bildungs- und Teilhabepaket und zur aktiven Bekämpfung von Kinderarmut**. Entfallen sind auch **Aussagen zur Finanzierung der Schulsozialarbeit**, weshalb unklar bleibt, ob der Bund weiterhin die Zuschüsse dafür übernimmt oder ob viele Gemeinden die Schulsozialarbeit dann

nicht mehr schultern können und damit ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Bildungschancen benachteiligter Gruppen wegfällt. Es erfolgt **keine bessere Förderung und Unterstützung von Familien**. Alle entsprechenden Vorhaben wurden gestrichen. Das **Betreuungsgeld bleibt unverändert erhalten**.

Die DGVT und der DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe werden sich auch weiter konstruktiv in die Debatte einbringen und die Umsetzung der oben g. Ergebnisse und die laufenden Entwicklungen nachhaltig begleiten.

Tübingen, 11.12.2013