Anteil der psychischen Diagnosen an der Quote des Krankenstandes- Entwicklungen der letzten Jahre

Dr. Samer Uddin

31.05.2017

MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG HESSEN

Gliederung

Arbeitsunfähigkeit (rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Begutachtung)

Daten und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten:

- Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV
- AOK Fehlzeiten-Report 2015
- Gesundheitsreport 2016 der DAK-Gesundheit
- Gesundheitsreport der Barmer GEK 2015

Konsequenzen und Implikationen für die Versorgung

Arbeitsunfähigkeit

Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen, AU-Richtlinie, BGA-AU, ICF

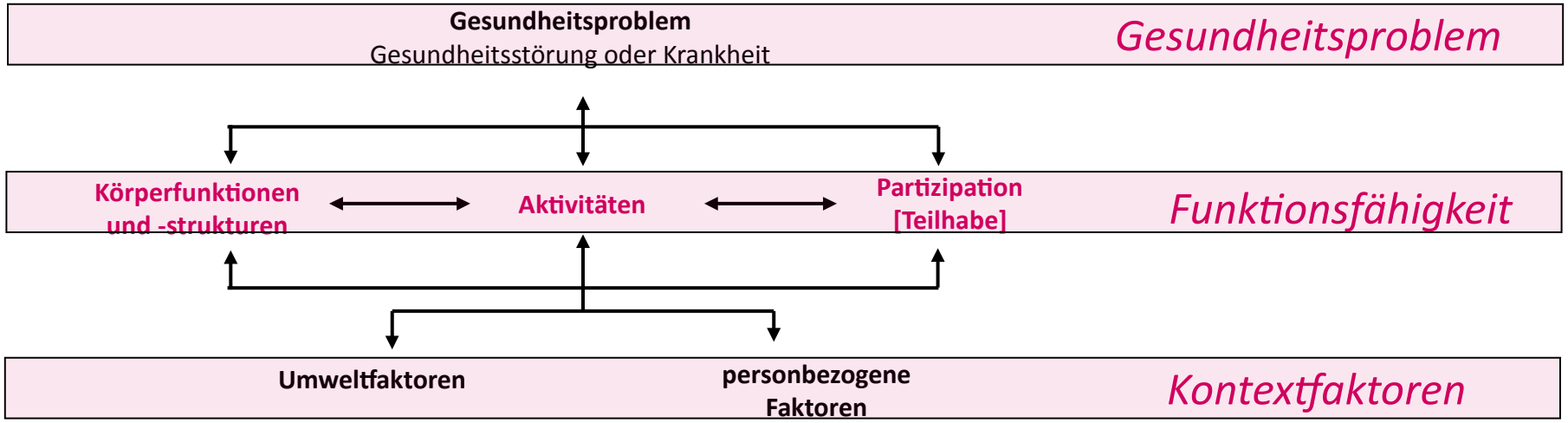
Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfall-Beratung und Begutachtung bei AU

- **Sozialgesetzgebung**
  SGB V – gesetzliche Krankenversicherung,
  SGB VI – gesetzliche Rentenversicherung,
  SGB VII – gesetzliche Unfallversicherung,
  SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
  SGB III – Arbeitsförderung
- **ICF**
  Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit („Arbeitshilfe ICF“ der SEG 1 von 9/2014 und „Die ICF und ihre Anwendung in der täglichen Praxis -Hinweise für Krankenkassenmitarbeiter-“, 11/2011, Aktualisierung 2/2015)
- **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**
- **Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA-AU)**
- **Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes**
- **Bundesmantelvertrag**

Das bio-psycho-soziale Krankheitsfolgenmodell

Mit der ***ICF*** wird ein Modell der ***Wechselwirkungen*** zwischen dem Gesundheitsproblem, der Funktionsfähigkeit (bio-psycho-soziale Krankheitsfolgen) und den ***Kontextfaktoren*** zur Verfügung gestellt.

Die ICF ermöglicht Transparenz und Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Entscheidungen.



AU-Richtlinien (§1) Präambel

Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses
i. d. F. vom 1. 12. 2003 (BAnz 2004 Nr. 61),
zuletzt geändert am 17.Dez. 2015, in Kraft getreten am 17. März 2016

§ 1 – Präambel

(2) Diese Richtlinie hat zum Ziel, ein qualitativ hochwertiges, bundesweit standardisiertes Verfahren für die Praxis zu etablieren, das den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt, Krankenkasse und Medizinischem Dienst verbessert.

AU-Richtlinie (§ 2) Definition und Bewertungsmaßstäbe

Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und im SGB V nicht definiert. Er wurde durch die BSG-Rechtsprechung fortlaufend weiterentwickelt.

(1) 1 Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der AU ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können. 2 Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. 3 AU liegt auch dann vor, wenn aufgrund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich alleine noch keine AU bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.

Abgleich des Leistungsvermögens mit den Anforderungen der Bezugstätigkeit

- bei ungekündigtem Arbeitsverhältnis mit den Anforderungen am konkreten Arbeitsplatz
- bei gekündigten Versicherten ohne Ausbildungsberuf mit den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder einer ähnlich gearteten Tätigkeit
- bei gekündigten Versicherten mit anerkanntem Ausbildungsberuf mit den allgemeinen Anforderungen des Ausbildungsberufes (prägende Merkmale)
- bei bereits zu Beginn der AU arbeitslos gemeldeten Versicherten nach dem SGB III mit dem zeitlichen Umfang, für den sich der Versicherte bei der Arbeitsagentur zur Verfügung gestellt hat. Qualitativ ist kein Abgleich nötig, Bezug ist der quantitative Vermittlungsumfang
- bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II dient als Bezugsgrundlage die Fähigkeit mindestens 3 Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen
- kann kein Abgleich erfolgen, dann wird ein Leistungsbild erstellt, wenn sich der Krankheitszustand in seinem Verlauf stabilisiert hat.

Kriterien und Maßstäbe zur AU-Begutachtung bei psychischen Störungen

- Einschätzung ob AU bei einer psychischen Erkrankung vorliegt, ist nicht von der Diagnose abhängig, sondern vom Ausprägungsgrad und funktioneller Schädigung sowie daraus resultierender Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe nach der ICF.
- Berücksichtigung personenbezogener Faktoren (insbesondere Krankheitsverhalten, subjektive Erwartung an Gesundheits-und Erwerbsprognose) und umweltbezogener Faktoren (z.B. besondere Bedingungen des Arbeitsplatzes)
- krankheitsbedingten Einschränkungen sind abzugleichen mit den beruflichen konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz.

Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA-AU)

- BGA – AU wurde am 12.Dezember 2011 vom GKV-Spitzenverband als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen. Sie wurde in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkasse auf Bundesebene und der MDK-Gemeinschaft erarbeitet.
- Sie dient der Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung und Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.
- **Die BGA-AU ist für Krankenkassen und MDK verbindlich.**
- Derzeit erfolgt die Überarbeitung der BGA-AU. Die Überarbeitung wurde notwendig, um dem aktuellen Erkenntnisstand der Praxis, den zwischenzeitlichen Änderungen der Richtlinie des GBA über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung - AU-RL des G-BA - Rechnung zu tragen.

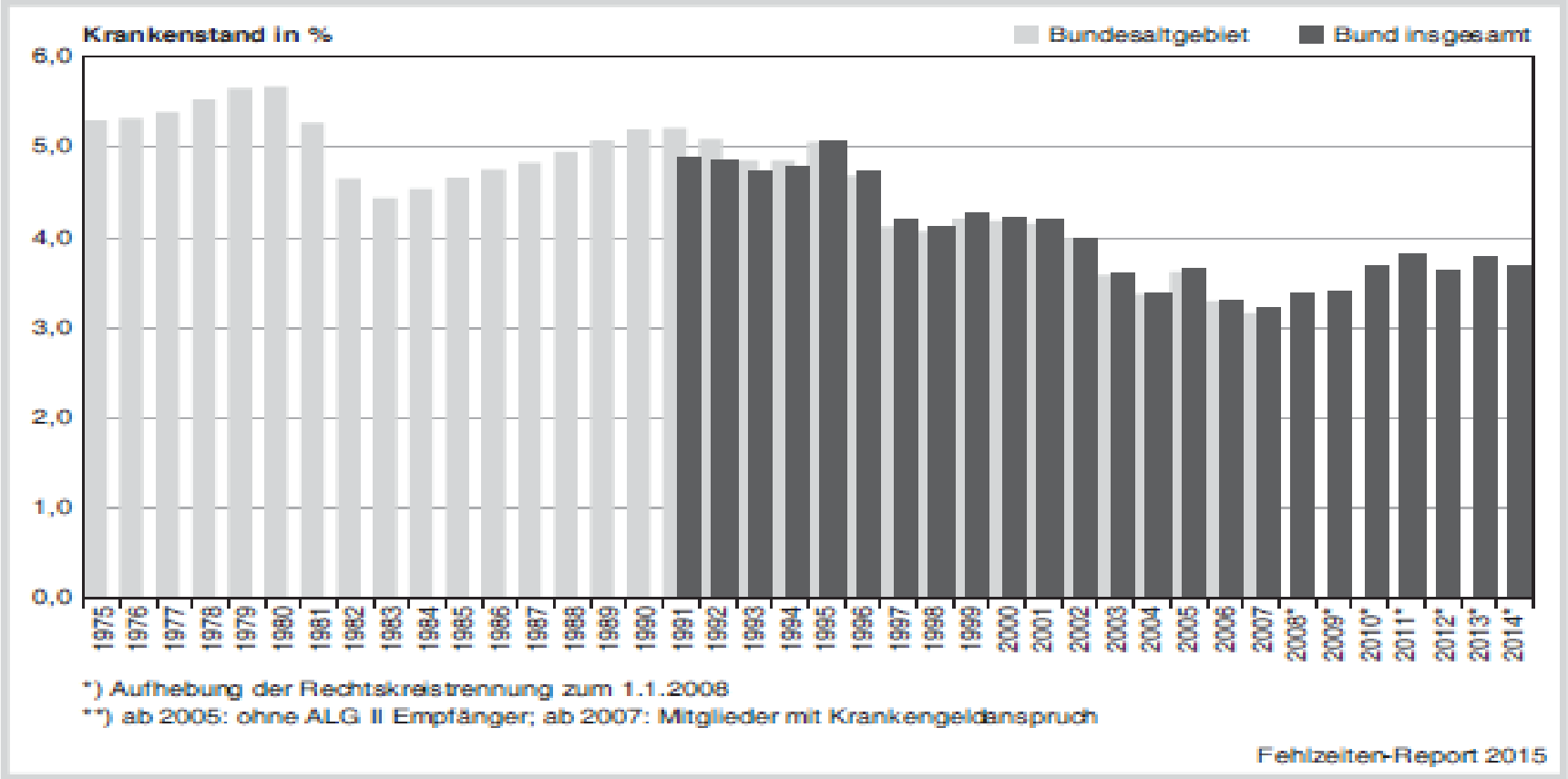
Daten und Analysen

Quellen:

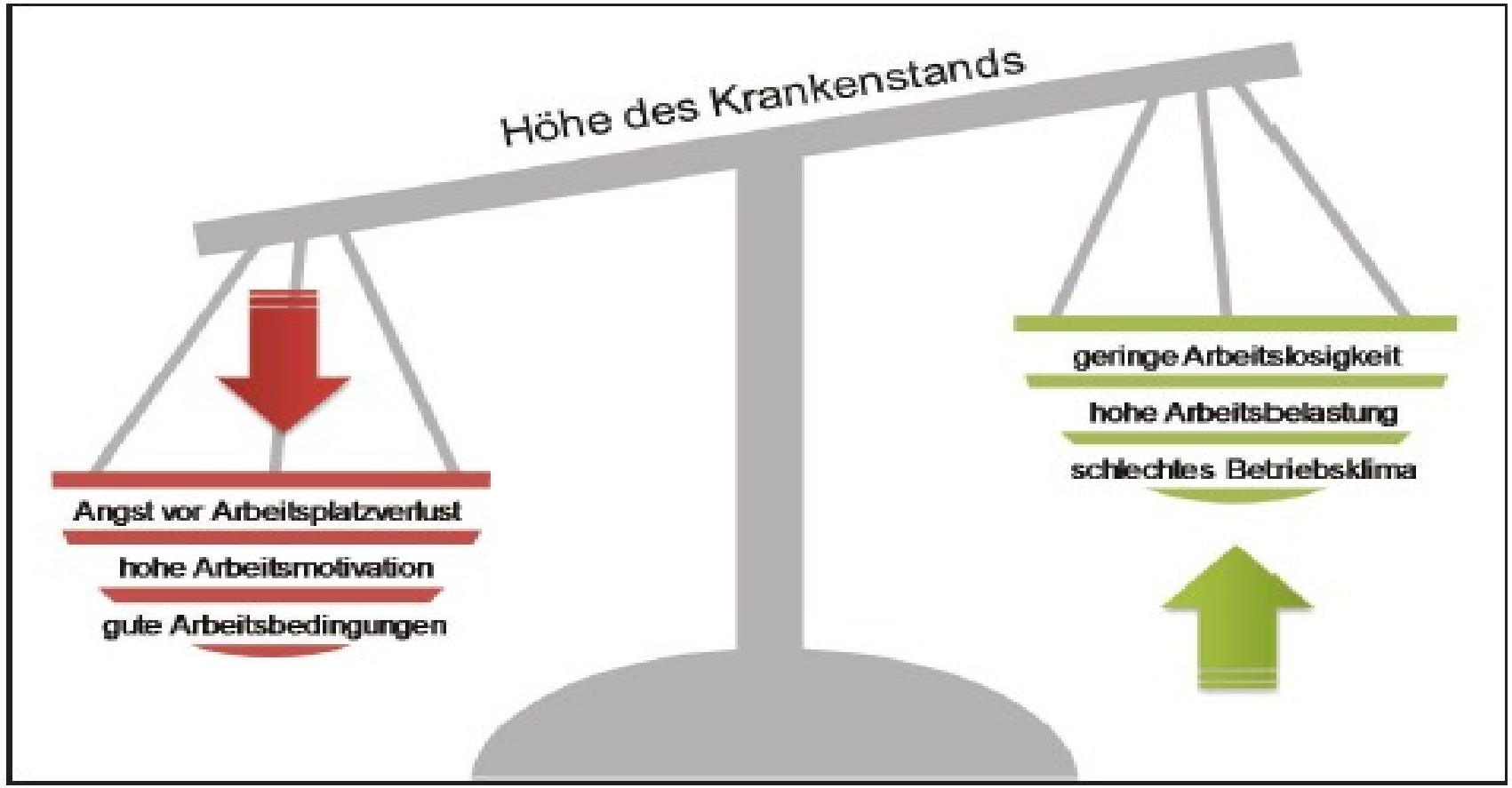
- Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV
- AOK Fehlzeiten-Report 2015
- Gesundheitsreport 2016 der DAK-Gesundheit
- Gesundheitsreport der Barmer GEK 2015

Allgemeine Krankenstandsentwicklung

Entwicklung des Krankenstandes (Jahresdurchschnitte) in der Statistik der GKV

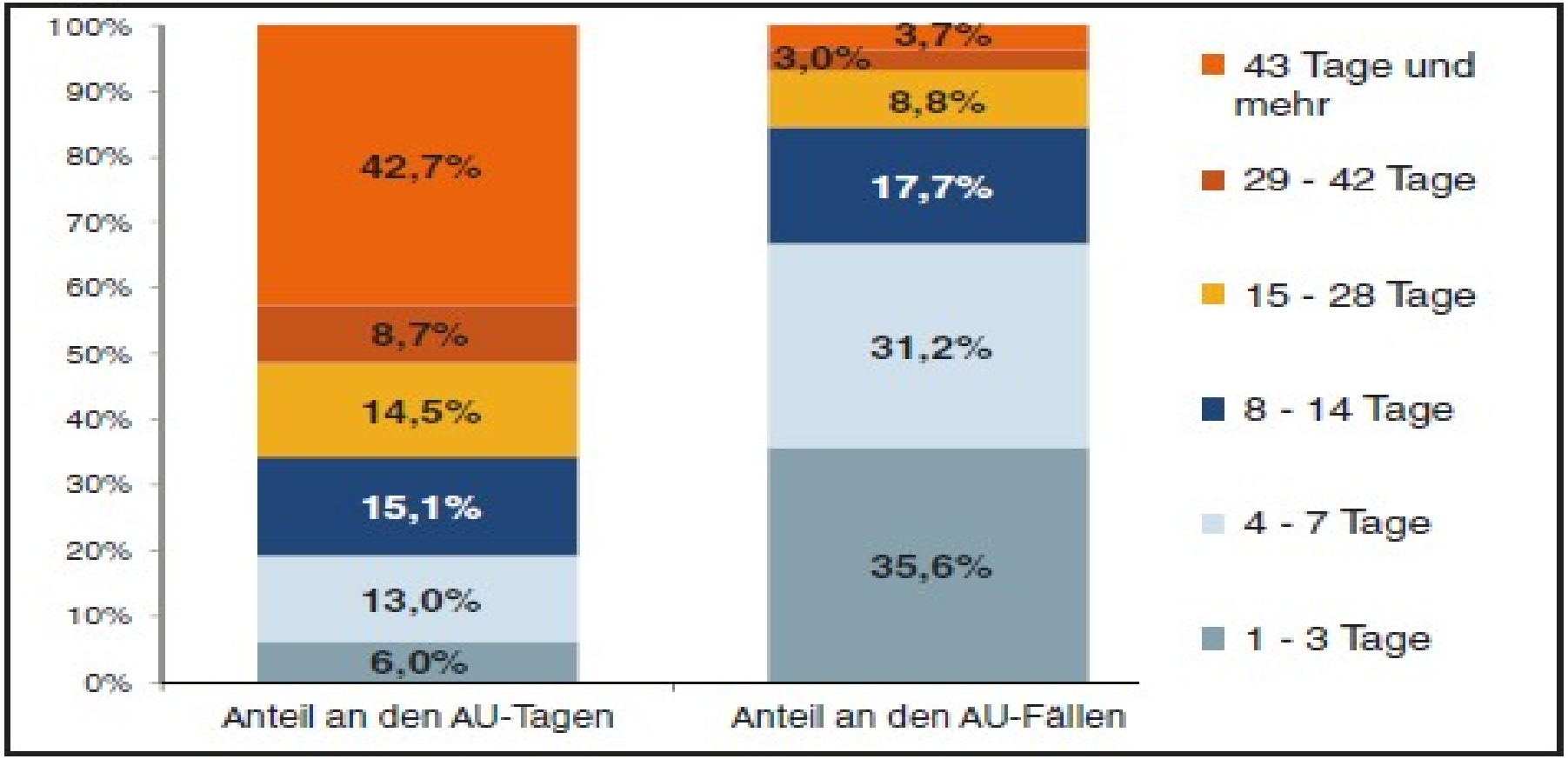


Einflussfaktoren auf den Krankenstand



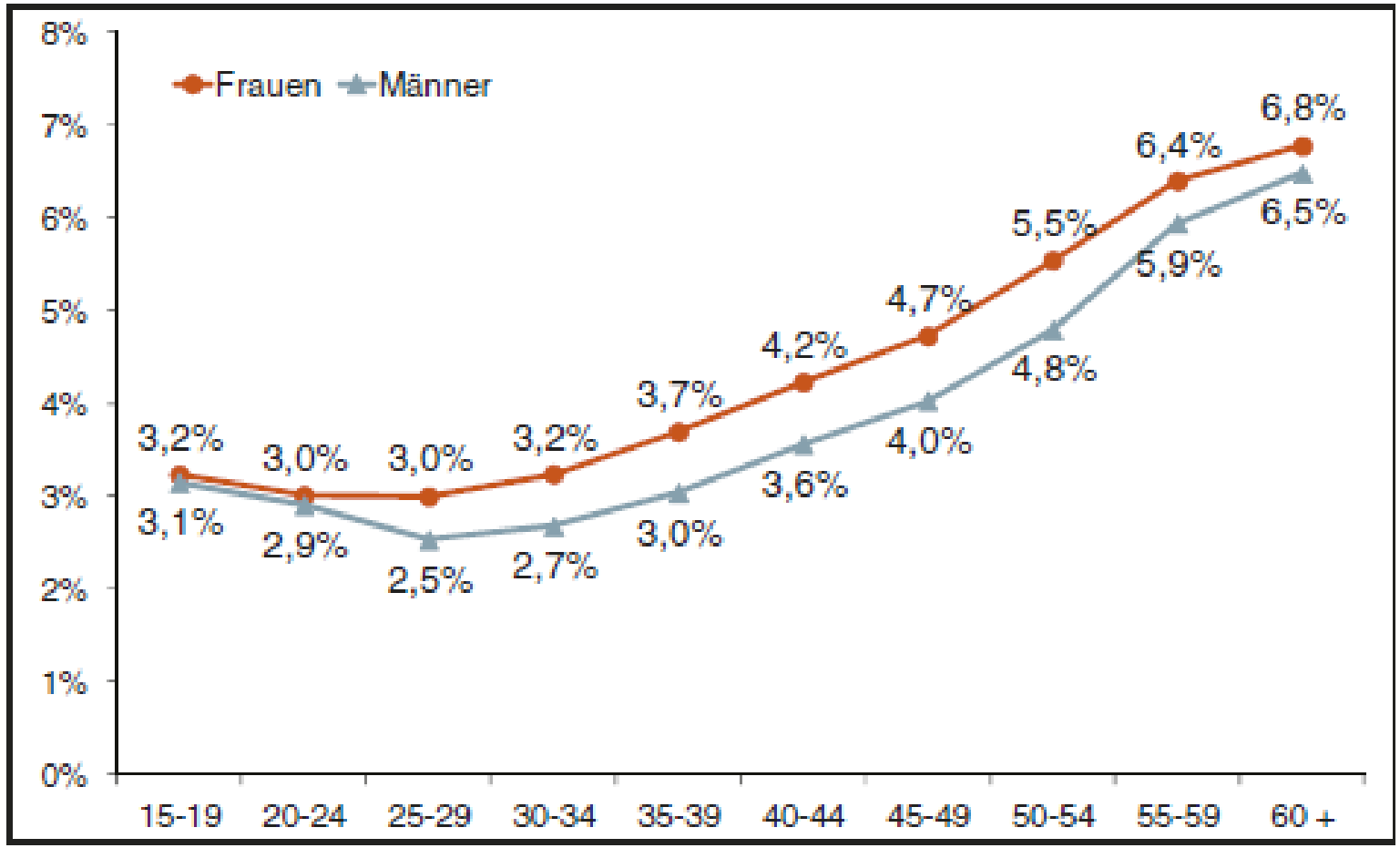
Quelle: DAK-Gesundheit 2015

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2015 insgesamt



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Krankenstand nach Alter und Geschlecht



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

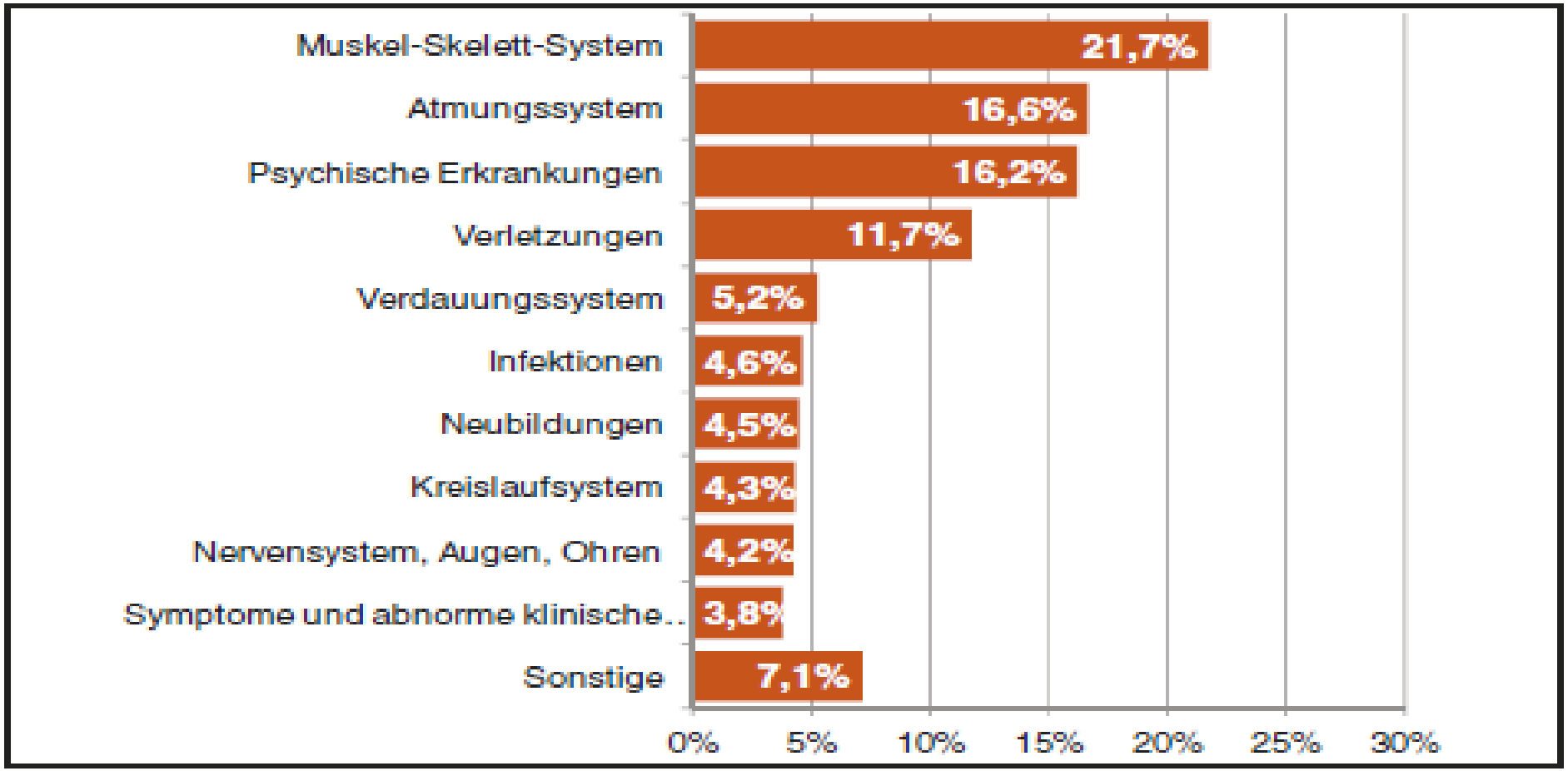
Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Gesundheitsreport 2015 – Barmer GEK

Der Krankenstand lag 2014 bei 4,69 %
bei folgender Verteilung der Diagnosen:

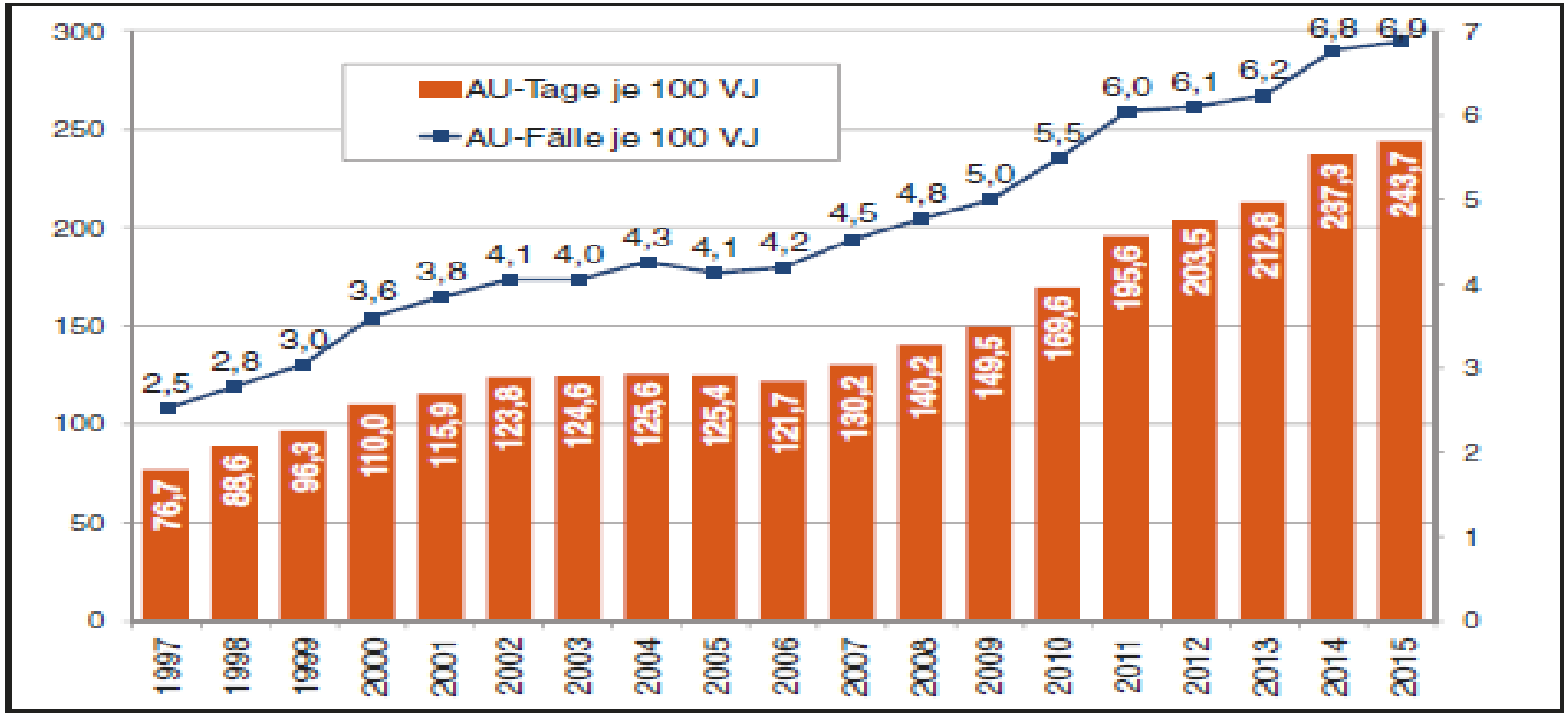
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems: 23,6%
- Psychische Störungen: 18,5 %
- Verletzungen: 12,1 %
- Atemwegserkrankungen: 12,0 %

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen



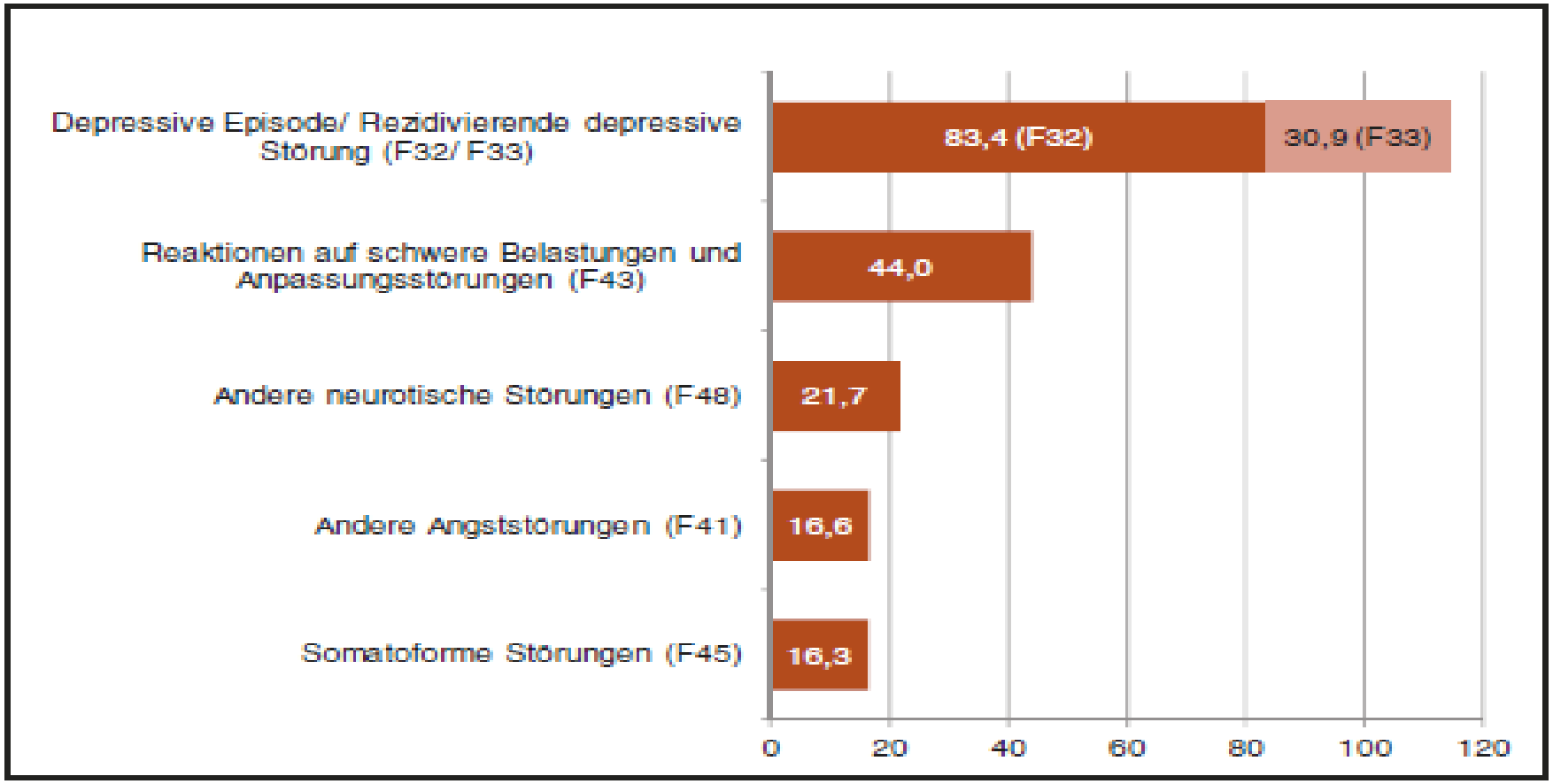
Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997 - 2015

AU-Tage je 100 Versichertenjahre für die fünf wichtigsten Einzeldiagnosen bei psychischen Erkrankungen



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 2015

Psychische Gesundheit

Quelle: Robert-Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin

- In modernen Industrie-, Dienstleistungs- und Wissensgesellschaften treten mentale Leistungen in den Vordergrund, körperliche Kraft und Ausdauer in den Hintergrund.
- Erforderlich sind hohe Anpassungsleistungen an den gesellschaftlichen Wandel, sich ändernde Arbeits- und Sozialbeziehungen.
- Soziale und kommunikative Kompetenzen sind gefragt.
- Psychische Störungen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, werden zum gesamtgesellschaftlichen Thema.
- In den vergangenen Jahren haben sich in Deutschland AU-Zeiten wegen psychischer Störungen stark erhöht und zeichnen sich durch eine lange AU-Dauer aus.
- Zu den häufigsten psychischen Störungen in Europa gehören Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeit.

Krankheitsfolgen/Beeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (ICF-Symptomatik)

- Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit
- Lernen und Wissensanwendung (Lösung von Problemen)
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (Organisation der täglichen Routine)
- Planung und Strukturierung von Aufgaben (Tagesplanung, -strukturierung)
- Übernahme von Mehrfachaufgaben
- Flexibilität und Umstellung
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Gruppenfähigkeit

Erwerbsminderungsrenten infolge psychischer Erkrankungen

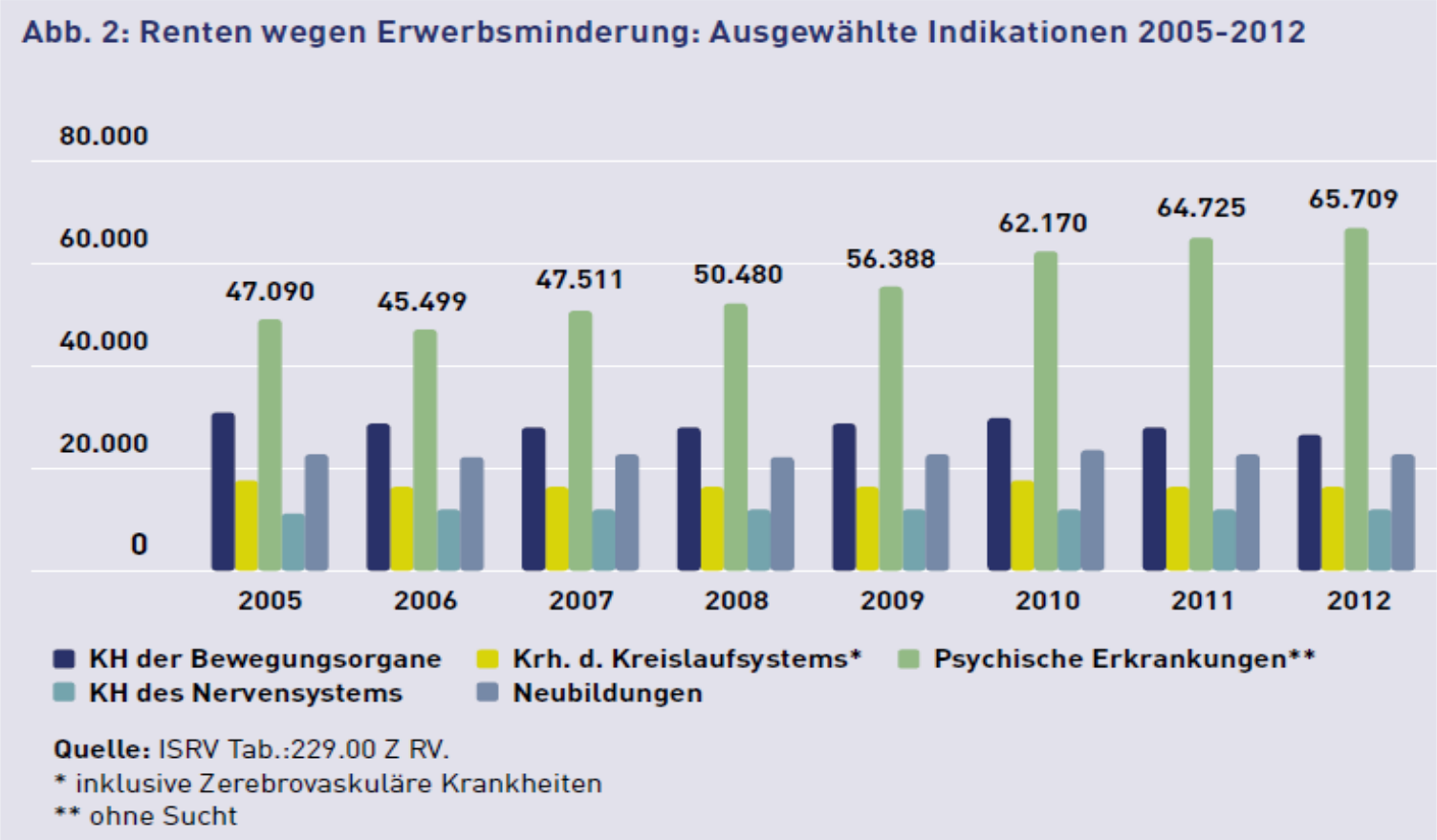
(M.Zielke: EWMR infolge psychischer Erkrankungen, Psychotherapeut 2014, 59:323-328)

- Bereits seit mehreren Jahren ist eine Zunahme von EWMR infolge psychischer Erkrankungen zu erkennen. Ursachen werden kontrovers diskutiert und sind weitgehend unbekannt.
  - „Diagnose-Shifting“
  - Zunehmende Belastungen der Arbeitswelt
  - Aspekte der demographischen Entwicklung
- DRV Bund 2012/2013 : Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EWMR) nach ausgewählten Diagnosegruppen (Absolutfälle in 2012: Gesamt: 177.058)

1. Psychische Erkrankungen: Männer 32.516, Frauen 41.944 = 74.460
2. Erkrankungen von Skelett/Muskeln/Bindegewebe:
   24.196
3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
   17.053
4. Neubildungen:
   22.340

Erwerbsminderungsrenten 2005-2012

Quelle: Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 1. Auflage 1/2014



Zunahme der Diagnosen von psychischen Störungen

Quelle: Robert-Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, RKI, Berlin

Auf der einen Seite findet sich eine Zunahme von Krankschreibungen und EU-Berentungen,

aber

auf der anderen Seite zeigt sich in Bevölkerungsstudien kein entsprechend starker Anstieg der Prävalenzen psychischer Erkrankungen.

?

Ursache ist nicht nur in den sich wandelnden Arbeits- und Lebenswelten zu finden, sondern liegt auch in einer erhöhten Aufmerksamkeit und einem geänderten ärztlichen Diagnose- und Krankschreibungsverhalten (zunehmende Sensibilisierung der Behandler für psychische Erkrankungen bei gestiegener gesellschaftlicher Akzeptanz in Verbindung mit Bereitschaft der PatientInnen psychische Probleme offener zu besprechen).

Datenanalyse (Kernaussagen)

- Gesamtkrankenstand auf stabil-niedrigem Niveau seit Mitte der 1990er Jahre.
- Höhe des Krankenstandes entscheidend durch längere Arbeitsunfähigkeitsfälle bestimmt: Langzeiterkrankungen (Arbeitsunfähigkeits-Dauer > 6 Wochen) mit Verursachung > 1/3 der Ausfalltage bei geringem Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle (<5 %).
- Deutlicher Einfluss der Demographie mit Zunahme der Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Multimorbidität, verändertes Krankheitsspektrum) bei gleichzeitiger Abnahme der Fallhäufigkeit.
- Zunahme der Relevanz psychischer Erkrankungen (Arbeitsunfähigkeitsfälle, Anzahl der Fehltage wegen Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderungs-Berentungen).
- Eingeschränkte Datenlage zur Arbeitsunfähigkeit bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Konsequenzen und Implikationen für die Versorgung

Mögliche Konsequenzen und Implikationen

- Prognosen der WHO (2011): weitere Zunahme psychischer Erkrankungen
- Wachsende Bedeutung der Prävention in diesem Bereich unter Einbezug von Massnahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Abbau psychosozialer Belastungen (chronischen Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen und Überforderung).

- DISKUSSION

Vielen Dank

Kontakt

Dr. Samer Uddin

Geschäftsbereich Arbeitsunfähigkeit/ Rehabilitation
Team Frankfurt am Main
Eschborner Landstrasse 42-50
60489 Frankfurt am Main
Telefon 069/97357-139
s.uddin@mdk-hessen.de

Fachtagung „Sucht und psychische Komorbidität“
35713 Eschenburg
31.05.2017