



BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2008

Februar
2008

Themen dieser Ausgabe:

- *Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich*
- *Mindestquote*
- *Telekommunikationsüberwachungsgesetz*
- *Präventionsgesetz*
- *Familiengerichte*
- *E-Health in der Psychotherapie*
- **BPTK-Dialog:**
Interview mit Prof. Jürgen Wasem zum Morbi-RSA
- **BPTK-Focus:**
*Häusliche Krankenpflege
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung*
- **BPTK-Inside:**
*Ausbildung
Teilzulassung
Meldepflichtige Krankheiten*

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich: Beirat empfiehlt 80 berücksichtigungsfähige Krankheiten

Ab 2009 sollen alle gesetzlichen Krankenversicherungen den gleichen Beitragssatz erheben. Kommen sie damit nicht aus, müssen sie von jedem Versicherten Zuschläge fordern. Das ist der Kerngedanke des Gesundheitsfonds, der ab 2009 eingeführt wird.

Nicht jeder Versicherte verursacht jedoch die gleichen Ausgaben. Die Ausgaben variieren nach Alter und Geschlecht. Außerdem werden Versicherte je nach sozioökonomischem Status unterschiedlich häufig krank (Morbiditätsrisiko). Krankenkassen mit älteren, einkommensschwachen Versicherten haben also deutlich höhere Ausgaben als Kassen mit jungen, einkommensstarken Versicherten. Damit solche Ausgabenunterschiede je Versicherten nicht zu Wettbewerbsnachteilen für einzelne Krankenkassen führen, gibt es seit 1994 den Risikostrukturausgleich (RSA). Dieser beschränkt sich bisher insbesondere auf Ausgabenunterschiede aufgrund von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung. Ab 2009 soll der Ausgleich auch das unterschiedliche Krankheitsrisiko erfassen.

Allerdings werden zu Beginn nicht alle Krankheiten im RSA berücksichtigt, sondern nur 50 bis 80 Krankheiten, die besonders kostenintensiv, chronisch und schwerwiegend sind. Für die Auswahl dieser Krankheiten ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig, das einen Wissenschaftlichen Beirat mit einem „Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ legte im Januar eine Liste von 80 Krankheiten vor. Aufgeführt werden dabei auch psychische Krankheiten, wie z. B. Suchterkrankungen, Schizophrenie, schwere Depression, Essstörung und posttraumatische Belastungsstörung.

stärker, als vom Beirat empfohlen, zu berücksichtigen und im Gegenzug einige der selteneren Krankheiten zu streichen.

Außerdem sieht die BPTK die Notwendigkeit, das amerikanische Klassifikationssystem, das der Auswahl der Krankheitsgruppen zugrunde liegt, an das deutsche Gesundheitssystem anzupassen. Aufgrund von diagnostischen Überlappungen und Komorbiditäten sollten z. B. Depressionen zu einer Krankheitsgruppe zusammengefasst werden, eventuell ergänzt um Angststörungen. Grundsätzlich begrüßt die BPTK die Anregung des Beirats an den Gesetzgeber, bei der Berechnung der Schwellenwerte eine Altersad-

Wissenschaftliches Gutachten

http://bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Gutachten_Beirat_Krankheitsauswahl_gesamt.pdf

Die endgültige Entscheidung zu den berücksichtigungsfähigen Krankheitsgruppen trifft das BVA. Die BPTK schlägt vor, ausgehend vom Ziel des Solidarenausgleichs zwischen gesunden und kranken Versicherten, häufige und teure Krankheiten

justierung vorzunehmen. Ohne Altersadjustierung werden Krankheiten, die vor allem im Kindes- und Jugendalter auftreten, wie z. B. die Aufmerksamkeitsstörung, im Morbi-RSA systematisch zu wenig berücksichtigt.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

2008 steht im Zeichen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, dem Gesundheitsfonds, der Etablierung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Hausarztverträgen und der Diskussion um die Honorarreform in der ambulanten Versorgung ist für reichlich Stoff gesorgt.

Gleichzeitig steht eine Krankenhausreform bevor. In der Osterzeit erwarten wir einen Referentenentwurf. Für Krankenhäuser im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik geht es nicht nur um neue ordnungspolitische Rahmenbedingungen, für die Versorgung psychisch kranker Menschen wird auch ein neues Finanzierungssystem auf der Tagesordnung stehen. So viel Bewegung bedeutet Veränderung und das eröffnet auch die Chance, Verbesserungen in der Versorgung zu erreichen. Die BPTK wird sich mit konstruktiven Vorschlägen an der Diskussion beteiligen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Ambulante Psychotherapie: Ende der Mindestquote überfällig

Tabelle 1:
Anzahl der noch möglichen Zulassungen in der Arztgruppe der psychotherapeutischen Leistungserbringer (Grenze bei 110 %, Stand: Anfang 2006)
Quelle: KBV

Kassenärztliche Vereinigung	Psychotherapeutische Leistungserbringer		
	insgesamt	psychotherapeutisch tätige Ärzte	PP und KJP
Baden-Württemberg	134	134	0
Bayerns	107	106	0
Berlin	156	156	0
Brandenburg	89	75	2
Bremen	6	6	0
Hamburg	41	41	0
Hessen	40	40	0
Mecklenburg- Vorpommern	39	39	0
Niedersachsen	153	153	0
Nordrhein	274	273	0
Rheinland-Pfalz	70	70	0
Saarland	37	37	0
Sachsen	425	280	49
Sachsen-Anhalt	169	105	15
Schleswig-Holstein	14	14	0
Thüringen	125	113	0
Westfalen-Lippe	172	172	0
Bundesgebiet insgesamt	2.051	1.814	66

Sie ist ein Auslaufmodell: In der Übergangsregelung des Psychotherapeutengesetzes hatte der Gesetzgeber vorgesehen, dass 40 Prozent der Praxissitze in der Planungsgruppe der Psychotherapeuten den psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten sind. Der Grund: Ärzte, die psychotherapeutisch tätig waren, sollten in den ersten Jahren nach dem Psychotherapeutengesetz (1999) im Wettbewerb mit Psychotherapeuten geschützt werden.

lung zu belassen. Mehrere hundert, für die Behandlung psychisch kranker Menschen dringend benötigte Praxissitze bleiben leer, obwohl dafür Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Anfang 2006 konnten psychotherapeutisch tätige Ärzte bundesweit fast jeden dritten Praxissitz nicht besetzen. Insgesamt fehlten über 1.800 Ärzte mit psychotherapeutischen Qualifikationen. Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie suchen händeringend Nachwuchs. Die Nachwuchszahlen in dieser

Facharztgruppe bewegen sich im zweistelligen Bereich.

Das hat gravierende Auswirkungen für die Patienten: Psychisch kranke Menschen warten häufig monatelang auf einen Therapieplatz. Zusätzliche Praxissitze könnten die Engpässe lindern. Doch Psychotherapeuten können selbst Praxissitze, die schon seit Langem nicht mit Ärzten zu besetzen sind, nicht übernehmen, weil die Bedarfsplanung eine flexible Regelung nicht zulässt.

Das bedarfsplanerische Schutzgebiet zeigte jedoch nicht die erhoffte Wirkung. Psychotherapeutisch tätige Ärzte waren in den vergangenen Jahren nicht annähernd in der Lage, die ihnen vorbehaltenen Praxissitze zu besetzen – mit der gravierenden Folge: Die ärztliche Mindestquote verschärft inzwischen die Unterversorgung psychisch kranker Menschen.

Die BPtK plädiert dafür, es beim Auslaufen der wirkungslosen und schädlichen Rege-

Die Mindestquote kaschiert die Unterversorgung in einzelnen Planungsbereichen. Nicht besetzte Praxissitze innerhalb der Mindestquote zählen in der Bedarfsplanung wie besetzte Sitze und führen dazu, dass Planungsbereiche mit de facto freien Sitzen als überversorgt ausgewiesen werden. Die KBV schätzt, dass sofort mehrere hundert Psychotherapeuten eine Zulassung erhalten könnten, wenn die Mindestquote nicht verlängert wird.

Trotzdem setzt sich die Ärzteschaft für einen Erhalt der Mindestquote ein. Über Angebote für psychisch kranke Menschen, die einen spezifischen Schutz rechtfertigen könnten, verfügen sie jedoch nicht. Eher im Gegenteil: Psychotherapeutisch tätige Ärzte absolvierten wie ihre ärztlichen Kollegen ein Medizinstudium, das, verglichen mit einem Psychologiestudium, eine eingeschränkte Grundlage für eine spätere psychotherapeutische Tätigkeit bietet. Gleichzeitig sind im somatischen Bereich ihre Qualifikationen begrenzt: Psychotherapeutisch tätige Ärzte überweisen wie Psychotherapeuten zur somatischen Abklärung an einschlägig qualifizierte und praktizierende Fachärzte.

Mindestquoten funktionieren allerdings durchaus, wenn es um einen klar abgrenzbaren Versorgungsbedarf definierbarer Patientengruppen geht. Dieser zeigt sich deutlich bei Kindern und Jugendlichen. Experten konstatieren seit Jahren einhellig eine gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Hier würde eine bedarfsplanerische Mindestquote für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, kurzfristig eine bessere Versorgung ermöglichen, da unmittelbar zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Zwar besteht für die Zulassungsausschüsse auch die Möglichkeit, einen „qualitativen Sonderbedarf“ festzustellen und zusätzliche Praxissitze einzurichten. Bereits jetzt hat sich dieses Instrument jedoch als zu bürokratisch und umständlich erwiesen, um nachhaltig die Versorgung zu verbessern. Zur raschen Behebung der eklatanten Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist deshalb eine Mindestquote notwendig.

Stellungnahme der BPtK:

<http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/849970.html>

„Häufige und teure Krankheiten nicht ausreichend berücksichtigt“

Interview mit Prof. Dr. Jürgen Wasem zum Morbi-RSA

Wie bewerten Sie die 80 Krankheiten, die vom Wissenschaftlichen Beirat (WB) für den Risikostrukturausgleich (RSA) vorgeschlagen wurden? Im Vordergrund stehen vor allem Krankheiten, die im Einzelfall sehr teuer sind, auch wenn ihre Prävalenz in der Bevölkerung eher gering ist. Dies führt dazu, dass Krankheiten, die sehr häufig, im Einzelfall aber nicht ganz so teuer sind, in vielen Fällen nicht berücksichtigt werden. Ich halte das für einen problematischen Ansatz. Der Gesundheitsfonds sollte die Mittel so verteilen, dass die Krankenkassen, die insgesamt eine hohe Krankheitslast bei ihren Versicherten haben, auch entsprechend hohe Zuweisungen aus dem Fonds bekommen – sonst müssen diese Kassen eine Zusatzprämie erheben. Dies wird meines Erachtens mit der vorliegenden Liste nicht ausreichend erreicht.

Wären Sie anders vorgegangen? Auf jeden Fall. An meinem Lehrstuhl haben wir ein eigenes empirisches Projekt zur Bildung der Liste von bis zu 80 Krankheiten durchgeführt. Die mathematische Formel, mit der wir die Berechnungen für diese „Essener Liste“ durchgeführt haben, berücksichtigt neben den Kosten je Patient deutlich stärker die Prävalenz einer Krankheit. Dies führt dann auch zu einer deutlich anderen Liste: Von den 78 Erkrankungen auf der Essener Liste sind 32 überhaupt nicht und 14 weitere nur ausschnittsweise in der Liste des WB berücksichtigt. Die Essener Liste bildet die Morbiditätslast auf Krankenkassenebene besser ab als die Liste des WB. Ich hoffe daher sehr, dass sich das Bundesversicherungsamt noch nachhaltig durch die Essener Liste inspirieren lässt.

Was halten Sie davon, dass auch ambulante Behandlungsdiagnosen berücksichtigt wurden? Es ist gut begründbar, auch ambulante Diagnosen zu berücksichtigen. Das haben wir in unserem eigenen Projekt auch gemacht. Damit ist noch keine Vorentscheidung verbunden, ob ambulante Diagnosen auch bei der Bildung des endgültigen Klassifikationsverfahrens berücksichtigt werden. In dem RSA-Gutachten, das ich 2004 gemeinsam mit dem IGES-Institut und Prof. Dr. Karl Lauterbach vorgelegt habe, hatte sich allerdings – auf der Basis von Daten der Jahre 2001 und 2002 – gezeigt, dass Krankenhausdiagnosen in Verbindung mit Angaben über die verschriebenen Wirkstoffe deutlich besser in der Lage waren, die Risikostruktur bei den Krankenkassen abzubilden als Krankenhausdiagnosen in Verbindung mit ambulanten Diagnosen. Deswegen hatten wir damals vorgeschlagen, auf ambulante Diagnosen zu verzichten. Dies dürfte vor allen Dingen an der schlechten Dokumentationsqualität der ambulanten Diagnosen gelegen haben. Ich gehe jedoch davon aus, dass die Dokumentationsqualität bei den niedergelassenen Ärzten in den nächsten Jahren deutlich besser wird. Auf längere Sicht halte ich es deshalb auf jeden Fall für sinnvoller, ambulante Diagnosen statt Arzneimittelinformationen zu verwenden.

Welche Konsequenzen kann es für einen Patienten haben, dass seine Krankheit nicht im Morbi-RSA berücksichtigt wird? Die Berücksichtigung einer Krankheit im Morbi-RSA entscheidet darüber, wie hoch ab 2009 die Zuweisungen an eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds für einen Versicherten sind, der an dieser Krankheit leidet. Für alle Patienten wird es also einen Grundbetrag aus dem Gesundheitsfonds geben, der

voraussichtlich nach Alter und Geschlecht differenziert ist. Und hinzu kommen die Zuschläge für die Krankheiten, die besonders kostenintensiv, chronisch und schwerwiegend sind. Ist es etwa möglich, anhand der Diagnosen und Arzneimittelverordnungen unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung zu unterscheiden, kann es sinnvoll sein, keinen einheitlichen, sondern differenzierte Zuschläge festzusetzen.

Womit müssen Patienten rechnen, die an keiner ausgleichsfähigen Krankheit leiden? Bereits heute ist es so, dass für die Krankenkasse Kranke „schlechte Risiken“ sind. Diese Situation wird im neuen RSA-Modell für Patienten mit Erkrankungen, die nicht ausgleichsfähig sind, noch einmal verschärft. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds fallen für diese Versicherten noch geringer aus als im heutigen RSA. Deswegen wird eine Krankenkasse bei diesen Erkrankungen attraktive Versorgungsprogramme für Versicherte auf jeden Fall vermeiden wollen.

Reicht die Begrenzung auf 80 Diagnosegruppen? Der Vergleich der Liste des WB mit der Essener Liste zeigt bereits, dass es deutlich mehr als 80 teure Krankheiten gibt, die im RSA berücksichtigt werden sollten. Die gesetzliche Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten war ja ein typischer politischer Kompromiss. Wenn man aber schon eine Beschränkung der Zahl der Erkrankungen vornimmt, muss man nach meiner Auffassung dafür Sorge tragen, dass alle Erkrankungen mit einer hohen Prävalenz, die das geforderte Kriterium von 50 Prozent über den Durchschnittsausgaben erfüllen, berücksichtigt werden. Wenn sehr häufige und zugleich überdurchschnittlich teure Erkrankungen nicht enthalten sind, stimmt die ganze Richtung nicht.

BPtK-Dialog



Jürgen Wasem,
Professor für Medizinmanagement an der Universität
Duisburg-Essen

Stellungnahme der BPtK:

<http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/920268.html>

Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV:
http://www.uni-essen.de/medman/Lehrstuhl/Aktuelles/080122_Langfassung_Final.pdf

Gesetz in Kraft: Telefongespräche von Psychotherapeuten können abgehört werden

Stellungnahme der BPTK:

<http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/733036.html>

Am 1. Januar trat das umstrittene Gesetz zur Telekommunikationsüberwachung in Kraft. Damit können Telefongespräche von Ärzten, Psychotherapeuten und Journalisten nach richterlicher Genehmigung belauscht werden. Geistliche, Abgeordnete und Strafverteidiger sind dagegen generell vor polizeilichem Abhören von Telefongesprächen geschützt. BPTK-Präsident Rainer Richter hatte noch im Dezember in einem Brief an Bundespräsident Horst Köhler appelliert, das Gesetz nicht zu unterzeichnen, da es das Vertrauen zwischen Psychotherapeut und Patient massiv

gefährde – vergeblich. Nach den Plänen von Bundesinnenminister Wolfgang Schäuble steht jetzt sogar das absolute Abhörverbot bei



Geistlichen, Abgeordneten und Strafverteidigern zur Disposition.

Ebenfalls in Kraft getreten ist das Gesetz zur Vorratsdatenspeicherung. Damit können

Strafermittlungsbehörden nachvollziehen, wer mit wem in den letzten sechs Monaten per Telefon, Handy oder E-Mail in Verbindung gestanden hat oder das Internet benutzte. In Bezug auf Handytelefonate und SMS ist sogar die Information über den jeweiligen Standort des Benutzers festgehalten. Gegen das Gesetz wurde bereits eine Sammelverfassungsbeschwerde eingereicht, weil es sich dabei um einen eklatanten Verstoß gegen das Fernmeldegeheimnis und das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung handele.

Präventionsgesetz: Referentenentwurf auf der Kippe?

Stellungnahme der BPTK:

<http://www.bptk.de/aktuelles/stellungnahmen/808171.html>

Im November legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf zu einem Präventionsgesetz vor. Gesundheitsförderung in Lebenswelten (z. B. in Schule, Betrieb) soll künftig gemeinsam von den Sozialversicherungen, einschließlich der privaten Krankenversicherung, finanziert werden. Der Referentenentwurf kommt insbesondere den Bundesländern entgegen, indem er neben einem „Natio-

nalen Präventionsrat“ auch Präventionsräte auf Landesebene vorschlägt, die letztlich über rund 200 Millionen Euro der Sozialversicherungen verfügen dürfen. Der Nationale Präventionsrat wird von einem Beirat beraten, in dem auch die BPTK vertreten ist.

Die BPTK bewertet den Referentenentwurf nicht als großen Wurf, aber doch als notwendigen ersten Schritt. Erstmals könne bundesweit ein politischer und fi-

nanzieller Rahmen geschaffen werden, um Prävention flächendeckend und effektiv für alle zu realisieren. Erfreulich sei ebenfalls, dass der psychischen Gesundheit künftig ein größerer Stellenwert eingeräumt werden soll.

Bislang hat es der Referentenentwurf jedoch noch nicht ins Kabinett geschafft. Mehrere Bundesministerien hatten im Rahmen der Ressortabstimmung massive rechtliche Bedenken geäußert.

Kindeswohl: Familiengerichte sollen rascher und differenzierter entscheiden



Die Bundesregierung plant, es Familiengerichten zu erleichtern, früher und differenzierter in das elterliche Sorgerecht einzugreifen (BT-Drs. 16/6815). Bisher rufen die Jugendämter die Familiengerichte in vier von fünf Fällen erst dann an, wenn den Eltern das Sorgerecht entzogen werden soll.

Die BPTK begrüßt den Gesetzentwurf und die vorgesehene ausführliche Aufzählung von Maßnahmen, die Familiengerichte anordnen können. Familiengerichte sollen Eltern künftig vorschreiben können, z. B.

einen sozialen Trainingskurs zu besuchen, einen Kinderbetreuungsplatz anzunehmen oder mit ihrem Kind zu Früherkennungsuntersuchungen zu gehen. Entscheidend ist nach BPTK-Ansicht allerdings, dass diese Angebote qualitätsgesichert und überhaupt vorhanden sind. Länder und Kommunen hatten ihre finanziellen Mittel für Erziehungsberatungsstellen in den vergangenen Jahren teilweise erheblich gekürzt.

Raschere Entscheidungen der Familiengerichte verlangen ferner eine ausreichende Anzahl qualifizierter Gutachter. Der

Gesetzentwurf nennt hier aber nur ärztliche Sachverständige. Dabei verfügen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten ebenso über die spezifischen Qualifikationen, das gesamte Spektrum psychischer Störungen zu diagnostizieren. Auf ihre Kompetenzen zu verzichten, sorgt für Engpässe bei der Gutachterstellung.

G-BA: Psychiatrische Pflege in Altenheimen

Laut einer Expertise des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) leiden zwei Drittel der Bewohner in Altenheimen an einer psychischen Erkrankung. Dabei handelt es sich zu fast 70 Prozent um demenzielle Syndrome. In Altenheimen und Pflegeeinrichtungen besteht also häufig ein stark erhöhter Bedarf an psychiatrischer Krankenpflege, der über den üblichen Pflegebedarf hinausgeht. Die BpTK begrüßt deshalb die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in Zukunft psychiatrische ambulante Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch außerhalb des Haushalts oder der Familie zu ermöglichen. Die besondere Lebenssituation psychisch kranker Menschen, die nicht in einem eigenen Haushalt oder der Familie leben, findet damit Berücksichtigung.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege war mit der jüngsten Gesundheitsreform (GKV-WSG) erweitert und der G-BA beauftragt worden, hierzu die notwendigen Regelungen zu beschließen. Nach dem G-BA-Beschluss besteht für GKV-Versicherte jetzt auch an „sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält“ ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege. An diesen Orten müssen die verordneten Maßnahmen „zuverlässig“ und unter „geeigneten räumlichen Bedingungen“ durchgeführt werden können. Solche Orte „können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein“. Außerdem können Patienten mit einem sehr hohen Pflegebedarf, z. B. demenzkranke Patienten, künftig auch Anspruch auf Kostenübernahmen der medizinischen Krankenpflege haben – und zwar zusätzlich zu den Leistun-

gen aus der Pflegeversicherung. Schließlich kann häusliche Krankenpflege künftig auch durch den Krankenhausarzt im Anschluss an eine stationäre Behandlung verordnet werden. Bisher war die Verordnung nur durch den niedergelassenen Arzt möglich.

Allerdings sind Fachkräfte mit einer gerontopsychiatrischen Ausbildung in Pflegeheimen noch immer unterrepräsentiert. Psychische Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen werden oft nicht erkannt und bleiben unbehandelt. Die Änderung der Richtlinie ist daher aus Sicht der BpTK ein erster Schritt, (geronto-)psychiatrische Pflege- und Versorgungskonzepte in Altenheimen einzuführen und umzusetzen. Die Entscheidung über die Änderung der Richtlinie wird dem BMG zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

BPtK-Focus



Beschluss des G-BA:

<http://www.g-ba.de/downloads/39-261-598/2008-01-17-HKP-WSG.pdf>

Stellungnahme der BpTK:

http://www2.bptk.de/uploads/071009_palliativversorgung_stn.pdf

Palliativversorgung: Nicht ohne Psychotherapie

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erhielten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Sie soll die Betreuung eines schwerst kranken Patienten in der vertrauten häuslichen Umgebung bis zum Tod ermöglichen.

Am 20. Dezember 2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Leistungsanspruch der Versicherten konkretisiert und Inhalt und Umfang der Palliativversorgung definiert. Der G-BA verzichtet in seiner Richtlinie auf die Definition der Strukturqualität und beschreibt nicht, wie die multiprofessionelle Zusammensetzung der Palliative-Care-Teams (PCT) aussehen sollte, um eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Nach den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin kann es

als gesichert gelten, dass Psychotherapie im Rahmen der Palliativversorgung einen substantiellen Beitrag zur Beeinflussung der Lebensqualität und der Nebenwirkungen der medizinischen Therapien leistet. Der G-BA überlässt es dennoch den Vertragspartnern nach § 132d SGB V, Psychotherapeuten in die Palliative-Care-Teams einzubeziehen – oder eben nicht.

Die psychotherapeutische Versorgung unheilbar kranker oder sterbender Menschen erfordert i. d. R. keine Richtlinienpsychotherapie, die an ein Antrags- und Genehmigungsverfahren gebunden ist und in Einheiten von jeweils 50 Minuten durchgeführt wird. Notwendig ist ein flexibles, zeitnahes und akut auf den Einzelfall ausgerichtetes Behandlungsangebot. Dies können Psychotherapeuten nur als Mitglieder von Palliative-Care-Teams unterbreiten, da ihnen im Rah-

men der Regelversorgung inhaltlich und finanziell der notwendige Spielraum nicht zur Verfügung steht.

Die G-BA-Richtlinie spricht von psychosozialer Unterstützung. Dies ist jedoch ein unklarer Rechtsbegriff. Je nachdem, welche Literaturquelle man konsultiert, umfasst psychosoziale Unterstützung psychotherapeutische Interaktion oder schließt sie explizit aus. Verzichteten die Vertragspartner auf Psychotherapeuten in den PCT – und diese Tür lässt der G-BA ihnen weit offen – würde die Palliativversorgung in Deutschland unter dem Standard anderer Industrienationen liegen. In den Leitlinien des englischen National Institute of Clinical Excellence oder des NHS Scotland gehören Psychotherapeuten zu den multiprofessionellen Teams der spezialisierten Palliativversorgung.

Beschluss des G-BA:

<http://www.g-ba.de/downloads/39-261-582/2007-12-20-SAPV-Neufassung.pdf>

Stellungnahme der BpTK:

http://www2.bptk.de/uploads/071119_haeuslichekrankenpflegerili_stn.pdf

E-Health: Internet-Chat, E-Mail oder SMS in der Psychotherapie

Internet-Chat, E-Mail oder SMS in der Psychotherapie – das waren die Themen einer zweitägigen Konferenz am 13. und 14. Dezember 2007 in Heidelberg.

Chat mit dem Therapeuten

Die Forschungsstelle Psychotherapie (FOST) des Universitätsklinikums Heidelberg ermöglicht entlassenen Patienten per Chat oder E-Mail, Kontakt zum Therapeuten und zu anderen Patienten zu halten. Die ehemaligen Patienten, die aufgrund von Depressionen, Angst-, Persönlichkeits- oder Essstörungen behandelt wurden, treffen sich einmal pro Woche in einem Chatroom. Moderiert wird der Chat von einem Therapeuten, der auch darauf achtet, dass vorher vereinbarte Regeln eingehalten werden. Die virtuelle Therapie von 12 bis 15 Wochen zeigt gute Ergebnisse. Bei den Chatteilnehmern waren die Verbesserungen des Gesundheitszustands 12 Monate nach dem stationären Aufenthalt deutlich stabiler (88 Prozent) als in einer Vergleichsgruppe (65 Prozent).

Nachsorge per SMS

Die Heidelberger Wissenschaftler untersuchen auch die Effektivität von SMS-basierten Interventionen, um Bulimiepatientinnen nach einer stationären Behandlung zu unterstützen. Die Patientinnen berichten einmal wöchentlich über ihr Essverhalten, etwa wie oft es zu Essanfällen kam oder wie oft sie sich erbrochen haben. Daraufhin versendet der Computer automatisch eine passende Antwort aus einem Pool von mehr als 1.000 Standardmitteilungen. Damit Warnsignale wie Informationen über gravierende Verschlechterungen nicht übersehen werden, überprüft eine studentische Mitarbeiterin alle SMS beim Eingang und vor dem Versenden. Die Ergebnisse

einer Pilotstudie belegen die Praktikabilität der Minimalintervention und eine gute Akzeptanz bei den Teilnehmerinnen. „In der Regel gibt es bei Patientinnen mit Essstörungen hohe Therapieabbruchquoten um die 50 Prozent“, so Dr. Hans Kordy von der FOST an der Universität Heidelberg. „Bei uns arbeiten etwa 90 Prozent ein halbes Jahr mit.“

Internettherapie in den Niederlanden

Der Einsatz neuer Medien kann noch weiter gehen. Psychotherapie ausschließlich per Internet – in Deutschland nicht erlaubt – ist in den Niederlanden bereits Praxis. Dort können sich überarbeitete Manager, Angstpatienten oder Opfer sexueller Gewalt per Internetkommunikation therapieren lassen.

Alfred Lange von der Universität Amsterdam hat ein Behandlungssystem namens Intherapy entwickelt, das standardisierte Behandlungsmanuale umfasst. Patient und Therapeut kommunizieren dabei ausschließlich per E-Mail. Die Patienten arbeiten selbstständig und bekommen je nach Störung andere Textaufgaben gestellt, die sie mindestens zweimal pro Woche bearbeiten und ihrem Therapeuten zusenden. Dieser antwortet spätestens nach 24 Stunden, gibt eine detaillierte Rückmeldung, beantwortet Fragen und stellt neue Aufgaben. Die Behandlung dauert in der Regel zwischen sechs Wochen und fünf Monaten. Mehr als 3.500 Patienten wurden bereits mit dieser E-Mail-Kommunikation behandelt. Die Therapeuten sind ausschließlich klinisch ausgebildete Psychologen mit verhaltenstherapeutischer Zusatzausbildung und spezieller Schulung in Intherapy. Ob die Internettherapie für einen Patienten geeignet ist, wird vor Beginn der Therapie mittels Fragebögen und biographischer Angaben abgeklärt.

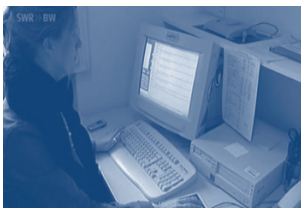
Ausschlusskriterien sind schwerer Alkohol- und Drogenmissbrauch, Psychosen, Dissoziation, schwere Depressionen und Suizidalität. Die Wirksamkeit ihrer Therapie haben die holländischen Wissenschaftler bereits in verschiedenen Studien nachweisen können.

Internettherapie ergänzt klassische Gesprächsangebote

Onlinepsychotherapie hat ihre Vorteile: Kontakt per E-Mail oder Chat bietet psychotherapeutische Versorgung in Gebieten, in denen kein Therapeut vor Ort verfügbar ist oder kein Therapeut, der die Sprache des Patienten spricht. Internetpsychotherapie ist auch ein niedrigschwelliges Angebot für Menschen, die sich scheuen, zum Psychotherapeuten zu gehen. Doch trotz größerer zeitlicher und örtlicher Unabhängigkeit wird die elektronische Interaktion das natürliche Gespräch von Angesicht zu Angesicht nicht ersetzen können. Eine Onlinetherapie kann nur begrenzt individuell gestaltet sein oder auf die aktuellen Bedürfnisse eines Patienten eingehen. Sie ist deshalb ungeeignet für Menschen in akuten Krisen, Menschen mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Selbstmordgedanken. „Therapie per Internet ist deshalb lediglich eine Ergänzung bei bestimmten Beschwerden und bestimmten Patienten“, sagt selbst der Pionier der virtuellen Therapie, Alfred Lange. Als Angebot in der Nachsorge und für Menschen, die sonst gar keine Hilfe suchen würden, ist sie jedoch eine Möglichkeit, die Versorgung psychischer Störungen zu verbessern. Die Akzeptanz der elektronischen Kommunikation ist jedenfalls beachtlich: „Wir haben gute Erfahrungen gemacht“, sagt Hans Kordy. „Selbst ältere Menschen ohne Computererfahrung lernen schnell den Umgang mit dem System.“

Homepage:

www.intherapy.com





Symposium „Zukunft der Psychotherapieausbildung“

Am 9. April 2008 veranstaltet die BPtK in Berlin ein Symposium zur Zukunft der Psychotherapieausbildung. Themenschwerpunkte sind die künftigen Inhalte und Strukturen psychotherapeutischer Ausbildungen an Hochschulen und Instituten. Die Veranstaltung möchte Impulse für eine breite Diskussion setzen und Konzepte und Thesen zum Selbstverständnis sowie zum Tätigkeits- und Kompetenzprofil von Psychotherapeuten diskutieren.

Anlass ist ein Gutachten zur Psychotherapeutenausbildung, das das Bundesministerium für Gesundheit vor dem Hintergrund der Umgestaltung der psychologischen und pädagogischen Studiengänge durch den Bologna-Prozess (Bachelor-Master-Systematik) in Auftrag gegeben hat. Den Zuschlag erhielt ein Forschernetzwerk unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Universitätsklinikum Jena. Das For-

schungsprojekt läuft von Januar 2008 bis März 2009.

Das Symposium ist der Auftakt zu einer Veranstaltungsreihe, mit der die BPtK die Diskussion über die Psychotherapieausbildung aktiv mitgestalten möchte. Auch in Zukunft soll eine ausreichende Zahl angemessen qualifizierter Psychotherapeuten sichergestellt sein. Nähere Informationen zur Organisation und Anmeldung in Kürze auf der Homepage der BPtK.

SG München: KV muss hälftige Zulassung ausschreiben

Ein Vertragsarzt kann auch die Hälfte seiner Zulassung ausschreiben. Dies geht aus einem Beschluss des Sozialgerichts München vom 15. Januar 2008 hervor (S 38 KA 17/08 ER). Das Gericht bestätigte damit die Rechtsauffassung der BPtK und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), wonach die sozialrechtlichen Nachbesetzungsregelungen auch im Falle der nachträglichen Beschränkung des Versorgungsauftrages anwendbar sind.

Dem Antragsteller in dem Münchener Verfahren ist es aufgrund einer schweren Erkran-

kung voraussichtlich nicht mehr möglich, im bisherigen Umfang vertragsärztlich tätig zu sein. Er beantragte daher bei der Kas-



senärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), die Hälfte seines Vertragsarztsitzes auszuschreiben. Die KVB lehnte dies mit

dem Hinweis auf § 103 Abs. 4 SGB V ab, nach dessen Wortlaut die Ausschreibung nur im Falle eines Verzichts auf die vertragsärztliche Zulassung oder ihrer Entziehung möglich sei.

Das Gericht stellte jedoch klar, dass neben den ausdrücklich aufgeführten Tatbeständen auch bei einer Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag ein Recht des Vertragsarztes besteht, einen Teil seines Vertragsarztsitzes wirtschaftlich zu verwerten. Der Beschluss war bei Redaktionsschluss noch nicht rechtskräftig.

Umstritten: Meldepflicht für selbstverschuldete Krankheiten Bundesgesundheitsministerium schließt sich Empfehlung der BPtK an

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) plant eine Meldepflicht für selbstverschuldete Krankheiten, um Patienten an diesen Behandlungskosten beteiligen zu können (§ 294a SGB V, Gesetzentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung). Dies ist nicht nur von Seiten der BPtK auf scharfe Kritik gestoßen. Eine Meldepflicht ist ein Angriff auf das Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient, vor allem könnte sie in genereller Form auch eine rechtzeitige Behandlung psychischer Störungen gefährden.

Die BPtK machte darauf aufmerksam, dass Verletzungen, die sich ein Patient selbst zufügt, Folge oder Symptom einer psychischen Erkrankung (z. B. einer Borderline-Störung) sein können. Solche Patienten würden – bliebe es bei der allgemeinen Formulierung im Gesetzentwurf – zukünftig gezwungen sein, ihre psychische Krankheit offen zu legen, um nicht an den Behandlungskosten beteiligt zu werden. Dies würde zu einer weiteren Stigmatisierung psychisch kranker Menschen beitragen. Da eine psychische Erkrankung im Allgemeinen und

selbstverletzendes Verhalten im Besonderen für die Betroffenen sehr schambesetzt sind, könnte dies zudem dazu führen, dass Patienten keinen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen und Verletzungen deshalb nicht ausreichend medizinisch versorgt werden. Das BMG konnte dieser Argumentation der BPtK folgen. Es wird dem Parlament vorschlagen, die Meldepflicht auf Krankheiten zu beschränken, die durch medizinisch nicht indizierte ästhetische Operationen, eine Tätowierung oder ein Piercing entstanden sind.

Gesetzentwurf der Bundesregierung:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>

Zum Schluss

Pilotstudie: Mit Heimerziehung explodieren Kosten

Mit der Heimerziehung eines aggressiven Kindes explodieren die Kosten für die öffentlichen Haushalte. Die Behandlung in einer Erziehungsberatung kostet Kommunen zwischen 650,00 und knapp 2.000,00 Euro, die langfristige Betreuung in einer stationären Einrichtung dagegen pro Fall etwa 85.000,00 Euro.

Die präventive Arbeit der Erziehungsberatung ist gesundheitsökonomisch deutlich günstiger als die Heimunterbringung. Theoretisch rechnet sich die Beratung und Behandlung eines Kindes in einer Erziehungsberatung schon, wenn durch ihre Arbeit bei einem bis drei Prozent der Kinder eine Heimunterbringung verhindert werden kann.

Das sind die Ergebnisse einer Pilotstudie von Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen) und PD Dr. Christian Krauth (Medizinische Hochschule Hannover) im Auftrag des BPTK-Ausschusses „Psychotherapie in Institutionen“. Fiskalisch begründete Einsparungen bei der Erziehungsberatung haben nach dieser Berechnung eine gegenteilige Wirkung. Für jeden Euro, den Länder und Kommunen bei der Erziehungsberatung einsparen, entsteht ihnen ein Vielfaches an Kosten an anderer Stelle.

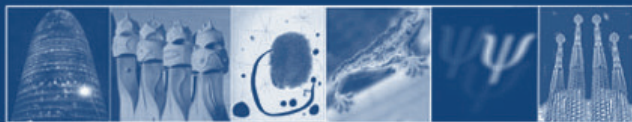
Kongress Psychotherapie- forschung

Barcelona,
18. - 21. Juni 2008

Der 39. Kongress der „Society for Psychotherapy Research (SPR)“ findet dieses Jahr vom 18. - 21. Juni in Barcelona statt. Die SPR ist eine internationale, multidisziplinäre, wissenschaftliche Gesellschaft, deren Präsidenten bereits namhafte Wissenschaftler wie Aaron T. Beck oder Klaus Grawe waren. 2007 wurde Prof. Dr. Bernhard Strauß zum Präsidenten gewählt. Schwerpunktthema des diesjährigen Kongresses sollen neurobiologische und soziokulturelle Einflüsse auf

Psychotherapie und Psychotherapieforschung sein. Das Kongressprogramm wird Anfang Februar auf der Homepage der SPR (www.psychotherapyresearch.org) zusammen mit weiteren Informationen veröffentlicht.

SPR Barcelona 2008



39th annual meeting

Negativstudien zu Antidepressiva häufig nicht veröffentlicht

Die veröffentlichten Studien zu Antidepressiva zeigen ein verzerrtes Bild von deren Wirkung. Zu diesem Ergebnis kommt ein Bericht im New England Journal of Medicine (Vol. 358, 17. Januar 2008). Danach wurden zwischen 1987 und 2004 zwar 94 Prozent der Studien zu Antidepressiva, die eine positive Wirkung feststellen, veröffentlicht, aber nur 14 Prozent mit einem negativen oder unsicheren Ergebnis. Ungefähr ein Drittel der Studien zur Wirkung von Antidepressiva wurde niemals veröffentlicht.

Auch frühere Studien fanden ähnliche Publikationsverzerrungen, wie jetzt das New England Journal of Medicine berichtet. Die aktuell veröffentlichte Analyse ist bisher jedoch die umfangreichste ihrer Art: Die Forscher sichteten die Studien zu 12 Antidepressiva an rund 12.500 Patienten, die der US-amerikanischen Arzneimittelzulassung (FDA) vorgelegt wurden. Berücksichtigt wurden Antidepressiva der Gruppe der SSRI und SNRI, wie Prozac (Fluoxetin) von Eli Lilly, Zoloft von Pfizer und Effexor (Trevilor) von Wyeth.

Antistigma-Preis an „Irre Menschlich Hamburg“

Der Verein „Irre Menschlich Hamburg“ e.V. ist mit dem Förderpreis „Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ausgezeichnet worden. Der Preis in Höhe von 4.000,00 Euro wird vom Antistigma-Verein open the doors e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vergeben. Mit dem Antistigma-Preis werden Personen, Institutionen und Selbsthilfegruppen ausgezeichnet, die sich mit ihrer Arbeit um die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen besonders verdient gemacht haben.

Der Verein „Irre Menschlich Hamburg“ wurde für seine Fotoausstellung „Erfahrungsschatz“ ausgezeichnet, die Menschen und ihre persönlichen Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen dokumentiert. Die eindrucksvollen Portraits werden durch Texte der Protagonisten ergänzt, in denen sie von ihren Erfahrungen als Betroffene oder Angehörige berichten. Die Portraitierten bringen das Erlebte in ihre Arbeit ein und wirken bei Projekten zur Aufklärung über psychische Erkrankungen mit.

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Scheide
Verlag: Verlagsgruppe Hüthig
Jehle Rehm,
Im Weiher 10,
69121 Heidelberg.
Druck: Zimmermann-Druck,
Balve

Nachdruck und Fotokopien auch auszugswise 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