



BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2009

Mai
2009

Themen dieser Ausgabe:

- **Honorarreform 2009**
- **Kinderschutzgesetz**
- **BVerwG: Zulassung von Psychotherapieverfahren erfordert Wirksamkeitsnachweis**
- **Entgeltpauschalen in Psychiatrie und Psychosomatik**
- **Mindestquote**
- **Sozialpsychiatrievereinbarung**
- **BPtK-Dialog:**
Interview mit Martin Buser (Projektleiter psysuisse, H⁺ Die Spitäler der Schweiz)
- **BPtK-Focus:**
Psychotherapie im Alter
- **BPtK-Inside:**
BMG-Forschungsgutachten IQWiG: Kosten-Nutzen-Bewertung

Honorarreform 2009: Bessere Versorgung sichern

Mindestens fünf Millionen Menschen leiden in Deutschland jährlich an einer schweren psychischen Krankheit und sind dringend behandlungsbedürftig. Das sind ca. 700.000 Kinder unter 18 Jahren, ca. 2,9 Millionen psychisch kranke Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren und etwa 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahren. In der Regel ist Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie unter Evidenzgesichtspunkten das Mittel der Wahl. Diesem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf stehen in Deutschland höchstens 1,5 Millionen psychotherapeutische Behandlungsplätze im ambulanten und stationären Bereich gegenüber. Konsequenzen dieses Missverhältnisses zwischen Versorgungsbedarf und -angebot sind lange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten und im ambulanten wie stationären Bereich eine besorgniserregend hohe Verordnung von Psychopharmaka.

Einen Beitrag zum Abbau der Unter- und Fehlversorgung leistet die Honorarreform 2009 mit einer bundes-

weit einheitlichen, angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit und der innerhalb von Kapazitätsgrenzen größeren Flexibilität des psychotherapeutischen Behandlungsangebots. Seit 1. Januar 2009 rechnen niedergelassene Psychotherapeuten die Einzeltherapie pro Behandlungsstunde mit 81,03 Euro ab. Für probatorische Sitzungen erhalten sie 61,42 Euro. Davon werden ihnen – ebenfalls bundeseinheitlich – maximal 27.090 Minuten pro Quartal zugestanden. Hinzu kommen – je nach Bundesland – noch einmal 1.000 bis 6.000 Minuten, z. B. für die diagnostische Tätigkeit („probatorische Sitzungen“).

Die Sicherung einer angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit innerhalb der Kapazitätsgrenzen erlaubt eine stärkere Versorgungsorientierung. Psychotherapeuten erhalten ein festes Honorar nicht nur für die psychotherapeutische Behandlung, sondern auch, wenn sie sich kurzfristig ein Bild vom akuten Behandlungsbedarf der Patienten auf ihren Wartelisten machen. Mit gutem Grund wurden also Leistungen, wie z. B. die probato-

rischen Sitzungen, in die Regelung der Kapazitätsgrenzen einbezogen und insoweit den genehmigungspflichtigen Leistungen gleichgestellt.

Der Konflikt innerhalb der Ärzteschaft um die Honorarreform 2009 droht auf Kosten der Psychotherapeuten gelöst zu werden. Einzelne Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) haben dies bereits angekündigt. Psychotherapeuten unterliegen jedoch nicht dem Regelleistungsvolumen. Es wäre deshalb nicht zu rechtfertigen, die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27. Februar und 20. April 2009 so zu interpretieren, dass psychotherapeutische Leistungen, wenn sie nicht antrags- und genehmigungspflichtig sind, weiteren Mengenbegrenzungen zu unterwerfen sind. Aktuell geht es für die Profession also darum, die richtigen Weichenstellungen des Gesetzgebers und des Erweiterten Bewertungsausschusses auf der KV-Ebene zu verteidigen. Die massive Unterversorgung psychisch kranker Menschen ist dabei ein schlagkräftiges Argument.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun liegt das Gutachten zur Zukunft der Ausbildung vor. Am 7. Mai wurde es Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt überreicht. Es bietet uns die Möglichkeit, anhand von Fakten zu debattieren, was sich in der Ausbildung zum Psychotherapeuten ändern und was so bleiben sollte, wie es ist. Grundsätzlich können wir uns für Schlussfolgerungen und konkrete Vorschläge bis nach der Bundestagswahl Zeit lassen, um Positionen zu entwickeln, die von möglichst Vielen getragen werden. Bei zwei Punkten ist der Handlungsbedarf aber akut: Wir brauchen kurzfristig eine Lösung für die praktische Tätigkeit sowohl fachlich-inhaltlicher als auch finanzieller Natur und wir müssen heute schon tätig werden, um zu sichern, dass erst ein Master den Zugang zur Psychotherapieausbildung ermöglicht und wie dieser zu gestalten ist.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Kinderschutzgesetz: Verpflichtende Hausbesuche umstritten

Gesetzesentwurf der Bundesregierung
(BT-Drs. 16/12429:
www.bundestag.de

Stellungnahme der BPTK:
www.bptk.de

Die verpflichtenden Hausbesuche durch das Jugendamt, die das Kinderschutzgesetz der Bundesregierung vorsieht, sind heftig umstritten. Wenn der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht, will das Gesetz dem Jugendamt vorschreiben, das gefährdete Kind und dessen Umfeld in Augenschein zu nehmen. Nur in Einzelfällen, wenn dadurch der Schutz des Kindes gefährdet wäre, darf die Behörde auf einen Hausbesuch verzichten. Dadurch soll eine Entscheidung nach Aktenlage verhindert werden.

Die Opposition und die Mehrheit der Fachverbände stehen dieser Neuregelung äußerst kritisch gegenüber. Bei obligatorischen Hausbesuchen können Jugendämter nicht mehr individuell angemessen reagieren. So kann ein Hausbesuch als Kontrollinstrument schädlich sein, wenn er das Vertrauen gefährdeter Familien in behördliche Hilfen untergräbt und zu einem Abbruch des Kontakts führt. Kinder lassen sich am besten schützen, wenn Eltern bereit sind, Hilfen anzunehmen.

Um einen besseren Kinderschutz zu erreichen, brauchen Eltern frühzeitig und nie-

derschwellig Beratung und Unterstützung. Das Kinderschutzgesetz schafft hier jedoch keine neuen Anspruchsgrundlagen für Familien in Not. Müssen Jugendämter künftig bei jedem geäußerten Verdacht das Kind und sein persönliches Umfeld in Augenschein nehmen, werden in großem Umfang personelle Ressourcen gebunden, die für die Beratung und Betreuung der Familien dringend gebraucht werden. An diesem zentralen Punkt würde der Gesetzesentwurf keine positive präventive Wirkung entfalten, sondern möglicherweise sogar negative Effekte haben.

BVerwG: Wirksamkeitsnachweis erforderlich

Pressemitteilung des Bundesverwaltungsgerichts:
www.juris.bundessozialgericht.de

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in Leipzig hat am 30. April entschieden, dass die Zulassung eines Psychotherapieverfahrens zur vertieften Ausbildung einen nachprüfbaren Beleg der Wirksamkeit erfordert. Das Gericht hob in seiner Entscheidung hervor, dass es nicht ausreichte, dass ein psychotherapeutisches Verfahren in der Fachdiskussion Resonanz gefunden habe und in der Praxis angewandt werde. Psychotherapie sei gesetzlich definiert als Heilung von seelischen Störungen mit Krankheitswert mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren. Die Anwendung von möglicherweise wirkungslosen oder gar schädlichen Therapieverfahren könne nicht dazugehören. Die Beschränkung auf wissenschaftlich anerkannte Verfahren diene neben der Verhinderung von Missbrauch auch der Absicherung der Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung. Damit hebe sich das Berufsbild des Psychotherapeuten von der Ausübung der Psychotherapie durch Heilpraktiker mit beliebiger Vorbildung ab.

Das BVerwG hat damit ein Urteil des Oberverwaltungsgerichts (OVerg) Münster aufgehoben und die Sache zur erneuten Entscheidung zurückverwiesen. Das Oberverwaltungsgericht Münster hatte über die Zulassung

einer Ausbildungsstätte für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Gesprächspsychotherapie entschieden. Die beklagte Behörde hatte die Zulassung versagt, weil die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht wissenschaftlich belegt sei. Die Behörde stütze sich dabei auf Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP). Das OVerwG Münster hielt die Zulassung eines Psychotherapieverfahrens jedoch auch dann für möglich, wenn das Verfahren in der Fachdiskussion Resonanz und in der Praxis eine gewisse Verbreitung gefunden habe. Außerdem sei die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen nachgewiesen. Gleiches müsse deshalb für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gelten.

Das BVerwG wies darauf hin, dass der Gesetzgeber zur Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens in Zweifelsfällen den WBP vorgesehen habe. Die Gutachten des WBP kämen einem antizipierten Sachverständigenurteil gleich. Bei einer erneuten Entscheidung werde das Berufungsgericht zu prüfen haben, ob dem Gutachten des WBP durchgreifende tatsächliche

Gründe entgegenstehen, ansonsten sei die Einschätzung des WBP zugrunde zu legen.

Das Gericht machte weiterhin deutlich, dass aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens bei Erwachsenen nicht auf die Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen geschlossen werden könne. Auch der Gesetzgeber habe zwischen diesen beiden Altersgruppen unterschieden, indem er zwei Berufe und zwei Ausbildungswege definiert habe: den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten und den des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Ferner bestätigte das BVerwG im Grundsatz auch das Konzept des Schwellenkriteriums, welches der WBP für die Empfehlung zur vertieften Ausbildung eingeführt hat. Es sei sinnvoll, so das BVerwG in der mündlichen Verhandlung, dass der WBP für die Empfehlung eines Verfahrens zur vertieften Ausbildung den Wirksamkeitsnachweis für ein breiteres Spektrum von psychischen Erkrankungen zugrunde lege. Mit einem „Orchideenverfahren“, welches nur bei einem vergleichsweise seltenen Störungsbereich seine Wirksamkeit nachgewiesen habe, könne die erforderliche Qualität der Ausbildung zum Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden.

Das Projekt psysuisse Interview mit Martin Buser

In der Schweiz entwickeln Experten ein neues pauschaliertes Entgeltsystem für die Psychiatrie. Martin Buser von der Schweizer Krankenhausgesellschaft bewertet Eckpunkte des Konzepts.

Warum hat sich die Schweiz für die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Ausgangspunkt des Entgeltsystems entschieden?

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass bei psychischen Erkrankungen die Diagnose kein Gradmesser für die Leistungen und Kosten in der Psychiatrie ist. Die Aufenthaltsdauer kann z. B. bei gleicher Diagnose extrem variieren. Für die Höhe der Kosten, die ein Patient verursacht, ist der Schweregrad bzw. der Verlauf seiner Erkrankung viel entscheidender. Als Grundlage für die Entwicklung unserer neuen Tarifstruktur benötigten wir daher ein Raster, mit dem sich psychisch kranke Patienten nach Schweregrad und Krankheitsverlauf einteilen lassen. Im Prinzip ist die deutsche Psychotherapie-Personalverordnung ein solches Einteilungsraster. Die Psych-PV ist einfach zu handhaben und vor allem entwicklungsfähig. Unsere Psych-PV heißt nun: psysuisse.

Welche Elemente haben Sie in die psysuisse übernommen, welche verändert?

Wir haben auf die explizite Benennung der Behandlungsziele verzichtet, da sie für ein Tarifsystem nicht relevant und auch nur allgemein formuliert sind. Übernommen haben wir im Prinzip alle Behandlungsbereiche der Psych-PV, wobei wir den Bereich „Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ zum Behandlungsbereich „Komplexe Therapie“ weiterentwickelt haben. Überlegungen, den Bereich „Psychotherapie“ zu streichen, wie es sie wohl in Deutschland gibt, gab es bei uns nicht. Der Behandlungsbereich „Psychothera-

pie“ hat in der Schweiz einen hohen Stellenwert bei den Patienten, was sich darin zeigt, dass Kliniken, die diesen Behandlungsbereich anbieten, besonders stark frequentiert werden. Nicht übernehmen konnten wir den Behandlungsbereich „Tagesklinische Behandlung“, der aufgrund der spezifischen Finanzierungsstrukturen in der Schweiz voraussichtlich eine separate Vergütung erhalten wird. Die den einzelnen Behandlungsbereichen zugeordneten Minutenwerte der beteiligten Berufsgruppen in der psysuisse beruhen auf den von uns in den Spitälern ermittelten durchschnittlichen Ist-Werten und ersetzen damit die Soll-Werte der deutschen Psych-PV. Im Intensivbehandlungsbereich werden nun z. B. für Psychologen/Psychotherapeuten genauso viele Minuten veranschlagt wie für Ärzte, wohingegen in Deutschland die veranschlagten Zeitwerte für Diplom-Psychologen nur fünf Prozent des Zeitwerts für Ärzte ausmachen.

Hat sich die Eingruppierung der Psych-PV in Behandlungsbereiche bewährt?

Erste Vorauswertungen hatten gezeigt, dass die Eingruppierung der Patienten in die verschiedenen Behandlungsbereiche zwischen den Spitälern stark divergiert. So wurden in einer Klinik lediglich 14 Prozent der Patienten in den Intensivbehandlungsbereich eingruppiert, wohingegen in anderen Kliniken ungefähr die Hälfte aller Patienten dort eingestuft wurde. Diese Varianz haben wir als ein Indiz gewertet, dass die Kriterien für die Einstufung der Patienten in die unterschiedlichen Behandlungsbereiche nicht eindeutig genug operationalisiert sind, um sicherzustellen, dass klinikübergreifend die Zuordnung der Patienten nach einheitlichen Kriterien erfolgt und vergleichbar ist. Wir haben deshalb versucht, eindeutige und einfache Zuordnungsregeln, wie z. B. die

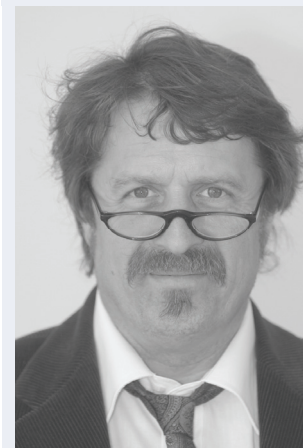
Gruppenfähigkeit eines Patienten, zu formulieren, die mit einem vertretbaren Schulungsaufwand eine eindeutige Eingruppierung der Patienten in die verschiedenen Behandlungsbereiche ermöglicht. Diese Zuordnungsregeln werden im Moment noch vernehmlasst und demnächst unter www.psysuisse.ch veröffentlicht.

Wie erfassen Sie die Leistungen in den einzelnen Behandlungsbereichen?

Um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten, bauen wir auf den bestehenden Dokumentationsverpflichtungen und -systemen auf. Die Schweiz hat dabei das Glück, dass in den meisten Kliniken bereits eine Kostenträgerrechnung angewandt wird. Dabei erfasst jede Klinik berufsgruppenspezifisch die Leistungen, die ein Patient erhält. Jede Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen/Psychotherapeuten, Pflege etc.) kodiert hierzu in ihrem Dokumentationssystem die erbrachten Leistungen. Ärztliche und psychologische/psychotherapeutische Leistungen werden mit TARMED erfasst, das dem EBM, wie er im ambulanzärztlichen Bereich in Deutschland angewandt wird, ähnelt.

Lässt sich die Einführung eines neuen Tarifsystems nicht auch nutzen, um neue Versorgungskonzepte in der Psychiatrie zu fördern?

Aktuell geht es uns darum, ein neues Tarifsystem für die Psychiatrie zu entwickeln. Für unsere Patienten und alle, die in der Psychiatrie arbeiten, brauchen wir eine leistungsbezogene Finanzierung, die die Versorgung sicherstellt. Parallel dazu sollte man aber auf jeden Fall über innovative Versorgungskonzepte nachdenken, die dann bei entsprechender Eignung auch umgesetzt werden können. Unser Tarifsystem ist anpassungs- und entwicklungsfähig.



Martin Buser,
Projektleiter psysuisse,
H⁺ Die Spitäler der Schweiz

Homepage psysuisse:
www.psysuisse.ch

Entgeltpauschalen in Psychiatrie und Psychosomatik

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz fiel in Deutschland der Startschuss für Entgeltpauschalen in Psychiatrie und Psychosomatik. Die BPTK veranstaltete deshalb am 27. April 2009 ein Round-Table-Gespräch mit Experten aus der Schweiz und Österreich, die bereits über Erfahrungen mit pauschalierenden und leistungsbezogenen Entgeltsystemen verfügen.

Kostenhomogene Patientengruppen

Voraussetzung für die Kalkulation von Fallpauschalen ist, dass sich Patientengruppen bilden lassen, deren Behandlungskosten möglichst homogen sind. Prof. Dr. Wulf Rössler von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich berichtete, dass nach empirischen Studien die Länge eines stationären Aufenthaltes in der Psychiatrie weitgehend unabhängig von der Diagnose des Patienten sei. Auch der Versuch, statt Diagnosen Syndrome zu erfassen, die den Schweregrad einer Erkrankung besser abbilden (AMDP-System), führte nur zu unbefriedigenden Ergebnissen. Rössler bemerkte, dass die Länge eines stationären Aufenthaltes deshalb letztlich auch normativ festgesetzt werden könne. Empirische Untersuchungen zeigten, dass sich die Gesundheit eines Patienten nur noch wenig verbessere, wenn er länger als 15 bis 30 Tage stationär behandelt werde.

Rössler schloss seinen Vortrag mit der Forderung, den Patienten und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Struktur- und Finanzreformen in der Psychiatrie zu stellen. Eine ambulante Behandlung sei einer stationären vorzuziehen und zwischen den Sektoren eine kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten. Ein Blick nach England lohne sich: Dort sei das Prinzip des Community Treatment flächendeckend umgesetzt worden, bei dem der Patient stationär wie ambulant von demselben Behandlungsteam betreut werde. Wolle man die psychiatrische

Versorgung stärker an solchen Konzepten ausrichten, müsse man allerdings über die Einführung von Kopf- anstatt Fallpauschalen diskutieren.

Psych-PV als Basis

Martin Rumpf, Projektleiter in der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern, stellte die Finanzierung der Psychiatrie im Kanton Bern vor. Dort ermittelte man auf der Basis der deutschen Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) leistungsbezogene Pflorgetagpauschalen (LPP), also Pauschalen pro Tag und Behandlungsbereich. Auch in Bern unterschieden sich ursprünglich die Behandlungskosten zwischen verschiedenen Kliniken erheblich. Zentrales Ziel sei es deshalb gewesen, eine gerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen zwischen den Spitälern herzustellen.

Die LPP setzen sich zum einen aus Leistungspauschalen zusammen, die auf der Grundlage der Psych-PV plus Zuschlägen für Nacht- und Bereitschaftsdienste etc. ermittelt werden, und zum anderen aus einer Grundpauschale, in der die Kosten für die Infrastruktur, wie Wäscherei, Transportdienste und andere Sachkosten, enthalten sind. Finanziert werden die LPP je zur Hälfte aus Kantonsteuern und Krankenkassenbeiträgen. Rumpf berichtete, dass es durch die Einführung leistungsbezogener Tagespauschalen zu einer umgehenden Beruhigung der Ressourcenkontroverse gekommen sei, auch weil bei ihrer Entwicklung alle relevanten Akteure einbezogen worden seien. Ein Nachteil des Modells sei jedoch, dass der ambulante Bereich nicht berücksichtigt wurde.

Nationale Tarifstruktur

Im Herbst 2005 begann auch die Schweiz die Arbeit an einer nationalen, leistungsbezogenen Tarifstruktur für die Psychiatrie (psysuisse), die ab dem Jahr 2012 für alle stationären und teilstationären Psychiatrie-

handlungen gelten soll. Über deren Eckpunkte berichtete Martin Buser, Projektleiter von psysuisse (siehe Interview S. 3).

Fallpauschalen je nach Diagnose

Einen anderen Weg beschreitet Österreich. Diesen stellte Universitätsdozent Primar Dr. Werner Schöny von der Gesundheits- und Spitals AG vor. In Österreich seien so genannte leistungsbezogene Diagnosefallgruppen (LDF) eingeführt worden. Ursprünglich seien neben den Diagnosen zwei umfassende Leistungsziffern maßgeblich gewesen: „Therapie psychiatrisch Schwerstkranker“ und „Komplexe psychiatrische Therapie“. Die Kodierung dieser Komplexleistungen sei aber nicht dem Anspruch einer geringen Manipulationsanfälligkeit gerecht geworden. Deshalb seien, so berichtete Schöny, die beiden umfassenden Leistungsziffern wieder gestrichen und durch eine neue Abrechnungseinheit ersetzt worden, die über die Mindestpersonalausstattung definiert sei.

Diskussion

In der abschließenden Diskussion wurde betont, dass sich ein neues Finanzierungssystem insbesondere an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten und eine flexible und kontinuierliche Versorgung des Patienten gewährleisten müsse. Eine sektorübergreifende Lösung wären beispielsweise Kopfpauschalen.

Aus Sicht der Kostenträger ist die Frage der Qualitätssicherung bisher nur unzureichend implementiert. Bisher sei die stationäre psychiatrische Behandlung für die Krankenkassen eine „Black Box“. Deshalb seien eine systematische und transparente Erfassung der Leistungen und die Abbildung der aktuellen Kosten unbedingt notwendig. Parallel müsse aber auch über innovative Versorgungskonzepte nachgedacht werden. Das neue Tarifsystem solle deshalb möglichst anpassungs- und entwicklungsfähig sein.



Prof. Dr. W. Rössler



H. Schürmann, Prof. Dr. R. Richter, Dr. W. Schöny (v. l.)



Symposium: Psychotherapie im Alter

In einer alternden Gesellschaft steigt auch der Anteil psychisch kranker älterer Menschen an. Depressive Störungen gehören neben demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Fast jeder zehnte Erwachsene über 60 Jahren leidet unter einer Depression. Der Anteil älterer Menschen, die psychotherapeutisch behandelt werden, ist jedoch noch verschwindend gering. Von 100 älteren Menschen, die an einer Depression leiden, erhält nicht einmal ein Patient eine Psychotherapie. Hingegen nimmt jeder vierte Erwachsene über 70 Jahren ein Psychopharmakon, insbesondere Beruhigungsmittel, teils mit gravierenden Nebenwirkungen. Das Symposium „Psychotherapie im Alter“ der BPtK, das am 8. Mai 2009 in Berlin stattfand, beschäftigte sich deshalb mit der Frage, wie eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker älterer Menschen in Zukunft ausgestaltet werden sollte.

Versorgungsbedarf steigt

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei von der Charité in Berlin gab in ihrem Vortrag einen Überblick zum Versorgungsbedarf älterer Menschen. Mit der steigenden Lebenserwartung steige auch die psychiatrische Gesamtmorbidität. Neben Depressionen hätten demenzielle Erkrankungen hieran den größten Anteil. Da 60 Prozent der Demenzkranken in Privathaushalten lebten, sei auch ein nicht unerheblicher Anteil der Angehörigen stark psychisch belastet und krank.

Verlässliche Daten zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen existierten derzeit nicht. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liege der Anteil von Patienten über 60 Jahren vermutlich zwischen 0,2 und 0,9 Prozent. Man müsse jedoch vorsichtig sein, hieraus auf eine psychotherapeutische Unter-versorgung psychisch kranker

alter Menschen zu schließen. In dieser Generation sei ein biologisches Krankheitskonzept noch weit verbreitet, weshalb ältere Menschen kaum Psychotherapie in Anspruch nähmen.

Die größten Versorgungslücken bestehen, so Kuhlmei, im psychiatrisch-geriatrischen Bereich. Es mangle an einer Umsetzung guter therapeutischer Konzepte in den Pflegeheimen, aber auch an der Implementierung therapeutischer Ansätze im ambulanten Bereich, die die Heimunterbringung von Demenzkranken hinauszögern könnten. Psychotherapeuten sollten ihr Leistungsspektrum erweitern und beispielsweise auch Angebote für Angehörige Demenzkranker machen sowie Schulungen und Supervision für in Heimen arbeitende Pflegekräfte anbieten.

Psychotherapeutische Praxis

Prof. Dr. Andreas Maercker vom Psychologischen Institut der Universität Zürich stellte zunächst die Theorien zur Lebensspanne dar, die das Alter unter einer Gewinn-Verlust-Perspektive betrachten. Zu den alterstypischen Verlusten gehörten kognitive Funktionseinbußen, Alterserkrankungen, Pensionierung und der Tod nahestehender Personen. Ihnen ständen insbesondere reifere Bewältigungs- und Lebenserfahrungen gegenüber. Diese im Alter typischen Bewältigungsstile könnten in der Psychotherapie mit Älteren genutzt werden.

Ältere Patienten seien allgemein auch keine „schwierigeren“ Patienten. Nach seinen Untersuchungen seien sie zu Beginn einer Psychotherapie häufig sogar weniger psychisch belastet als jüngere Patienten und in der Regel im Therapieprozess sogar lösungsfokussierter, was häufig schon nach fünf bis sieben Sitzungen deutliche Verbesserungen ermögliche. Maercker forderte, die bestehenden therapeutischen Techniken dem Alter entsprechend

zu modifizieren und sich zudem das notwendige Wissen über die häufigsten körperlichen Erkrankungen anzueignen. Im Übrigen sei Psychotherapie mit alten Menschen auch die Chance, für sich selbst und das eigene Altern etwas zu lernen.

Diskussion

In der anschließenden Podiumsdiskussion forderte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter eine größere Bereitschaft insbesondere jüngerer Psychotherapeuten, mit älteren Menschen zu arbeiten. Diese sei sehr lohnend, ergänzte Dr. Johannes Kipp, Klinikdirektor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Kassel. Dafür seien spezifische Fortbildungen und die Verankerung von Alterspsychotherapie in der Ausbildung wichtige erste Schritte.

Die Krankenkassen stellten durchaus eine Nachfrage älterer Patienten nach Psychotherapie fest, berichtete Johannes Klüsener von der Techniker Krankenkasse. Der spezielle Versorgungsbedarf von älteren Patienten mit psychischen Störungen könnte jedoch von den Kassen nur erkannt und in spezifische Versorgungsangebote umgesetzt werden, wenn die entsprechenden Diagnosen auch dokumentiert würden.

800.000 Pflegekräfte seien eine wichtige Berufsgruppe, mit der die Lücke zwischen Bedarf und Bedarfserkennung geschlossen werden könne, stellte Prof. Dr. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen fest. Psychotherapeuten sollten sich bei der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen verstärkt als Supervisoren begreifen, die enger mit den anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten und entsprechende Versorgungskonzepte erarbeiten, in denen Pflegekräfte durchaus als Co-Therapeuten und Multiplikatoren eingesetzt werden könnten.



Prof. Dr. A. Kuhlmei



Prof. Dr. A. Maercker



Mindestquote: Kurzfristige Umsetzung erforderlich

Der Gesetzgeber hat mit der Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Voraussetzung geschaffen, dass für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ausreichend ambulante Behandlungsplätze vorhanden sind. Die Neuregelung war ein Durchbruch für eine bedarfsgerechte Versorgung – doch bisher ist es ein Durchbruch, der nur auf dem Papier steht.

Bislang sieht die Bedarfsplanung eine gemeinsame Gruppe für Psychotherapeuten vor, unabhängig davon, ob sie Kinder und Jugendliche oder Erwachsene behandeln. Wird in einem Planungsbereich eine festgelegte Anzahl von Psychotherapeuten überschritten, so gilt dieser als überversorgt. In diesem Bereich kann sich dann kein weiterer Psychotherapeut mehr niederlassen. Dies führt vielfach dazu, dass Planungsbereiche als „überversorgt“ ausgewiesen werden, obwohl dort keine ausreichenden Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche vorhanden sind.

Dieses Problem hat der Gesetzgeber erkannt und gesetzlich vorgeschrieben (GKV-OrgWG),

dass in jedem Planungsbereich mindestens 20 Prozent der Praxissitze denjenigen psychotherapeutischen Leistungserbringern vorbehalten sind, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln („Mindestquote“). Mit dieser Regelung setzte der Gesetzgeber Kriterien für eine bedarfsgerechtere Versorgung in der Bedarfsplanung der gesetzlichen Krankenversicherung durch. Die neue gesetzliche Regelung gilt seit dem 1. Januar 2009 und sieht keine Übergangsfristen vor.

Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die bisherige Bedarfsplanungs-Richtlinie an die neuen gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Nach einem Ansatz soll in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zwar die gesetzliche Mindestquote von 20 Prozent festgeschrieben werden, diese jedoch so lange nicht anwendbar sein, bis in allen Planungsbereichen einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Anteil von zehn Prozent erreicht wird. Solange dieser nicht überall erreicht wird, könnte nirgends eine Verbesserung der Versorgungssituation eintreten. „Das Gesetz schreibt eine Mindestquote vor, keine

Höchstquote“, so BPTK-Vorstand Peter Lehdorfer. „Bei einer Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie muss gewährleistet sein, dass mindestens die gesetzliche Quote erreicht werden kann. Eine Regelung, die dies nicht schafft, würde dem Gesetz diametral entgegenlaufen“.

Es gibt auch erste Überlegungen, eine Frist für neue Berechnungen von einem halben Jahr nach Inkrafttreten der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorzusehen. Dies würde zu einer weiteren Verzögerung von insgesamt etwa einem Jahr führen. „Besonders unverständlich ist dies angesichts der Tatsache, dass die Regelung auf fünf Jahre befristet und nach Auffassung des Gesetzgebers dringend erforderlich ist“, kritisierte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. In der Gesetzesbegründung heißt es wörtlich: „Der Zugang zu frühzeitigen Therapien ist daher dringend erforderlich, um persönliches Leid bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie hohe volkswirtschaftliche (Folge-)Kosten zu vermeiden“.



Sozialpsychiatrievereinbarung gesetzlich sichern

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche bedürfen einer multiprofessionellen Behandlung, die sich an Leitlinien orientiert und sich nicht einseitig auf Psychopharmaka konzentriert. Die Sozialpsychiatrievereinbarungen verfolgen das Ziel einer ambulanten, qualifizierten, multiprofessionellen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen Störungen. Sie tragen der gesetzlichen Regelung Rechnung, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen „auch eine angemessene Vergütung für nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und

psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren“ sollen (§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Die Krankenkassen haben diese Vereinbarungen mit der Einführung des Gesundheitsfonds vorsorglich gekündigt. Es ist nicht klar, ob Anschlussvereinbarungen geschlossen werden. Solche Vereinbarungen sind aber dringend notwendig, um eine ausreichende Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten. Daher sieht die 15. AMG-Novelle (BT-Drs. 16/12256) vor, die bisherige Soll-Regelung zu ändern und die Vertragsparteien zum Abschluss einer Sozialpsychiatrievereinbarung zu verpflichten.

Stärkere psychotherapeutische Ausrichtung

Der Gesetzgeber sollte allerdings gleichzeitig die Weichen für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrievereinbarung stellen. Dazu gehören eine stärkere psychotherapeutische Ausrichtung der Behandlungsangebote und eine qualitätsgesicherte Behandlung. Die Arzneimittelverordnungsdaten für Kinder und Jugendliche belegen eine pharmakologische Versorgung psychischer Erkrankungen. Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen deutlich stärker psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlungsangebote. Vor diesem Hintergrund sollten als

Fortsetzung auf Seite 7

Stellungnahme der BPTK:
www.bptk.de

Ausbildung: Forschergruppe legt Gutachten vor

Das Forschergremium unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universitätsklinikum Jena) hat dem Bundesministerium für Gesundheit sein Gutachten zur Zukunft der Psychotherapieausbildung übergeben, das eine Reform des Psychotherapeutengesetzes vorbereiten soll. Zehn Jahre nach dem Psychotherapeutengesetz zieht das Gutachten eine erste Bilanz der Psychotherapieausbildung.

Die Zukunft der Psychotherapieausbildung war auch das Schwerpunktthema des 14. Deutschen Psychotherapeutentages am 9. Mai in Berlin. Dabei empfahl der BPtK-Vorstand, sich Zeit zu nehmen, um die neuen empirischen Ergebnisse breit zu diskutieren. Derzeit ist noch völlig offen, wann und wie die nächste Bundesregierung eine Reform des Psychotherapeutengesetzes anfassend wird.

Aus Sicht der Profession besteht allerdings schon heute dringender Handlungsbedarf,

um eine bundesweit einheitliche und angemessene Qualifikation von Psychotherapeuten sicherzustellen. Aufgrund der Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse in der EU gelten die bisherigen Rahmenprüfungsordnungen nicht mehr. Damit ist nicht mehr gewährleistet, dass die im Ansatz als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung genannten Studiengänge die notwendigen Kompetenzen vermitteln. Von der Bezeichnung des Studienabschlusses lässt sich heute nicht mehr eindeutig auf die erworbenen Kompetenzen schließen.

Die BPtK und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) haben gemeinsam Empfehlungen für Mindestanforderungen an psychologische Studiengänge verabschiedet, die für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten qualifizieren. Für die Studiengänge, die zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten qualifizieren, hat eine

BPtK-Kommission einen Vorschlag erarbeitet, der zurzeit mit den betroffenen Fachgesellschaften abgestimmt wird.

Beide Papiere könnten bis zu einer Reform des Psychotherapeutengesetzes eine breite Wirkung entfalten, wenn sie von den Landesprüfungsämtern als Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. Eine erste Voraussetzung dafür hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) auf ihrer März Sitzung geschaffen. Die AOLG bat die Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ zu prüfen, ob die von der BPtK erarbeiteten Mindestanforderungen qualifizierender Studiengänge den Landesprüfungsämtern als bundeseinheitliche Entscheidungsgrundlage bei der Zulassung zur staatlichen Prüfung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden können.

BPtK-Inside



Gutachten der Forschergruppe:
www.bptk.de

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke zur Situation der PiA (BT-Drs. 16/12401):
www.bundestag.de

IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung

Seit 2008 hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auch die Aufgabe, Kosten und Nutzen medikamentöser Therapien zu bewerten. Das Institut soll damit die Entscheidungsgrundlagen dafür schaffen, Höchstpreise für neue Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen. Bis dahin waren die Kompetenzen des IQWiG darauf beschränkt, ausschließlich den medizinischen Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten.

Nach einer ersten Stellungnahmerunde im Herbst 2008 hat das IQWiG jetzt seinen zweiten „Entwurf“ eines Methodenpapiers für eine Kosten-Nutzen-Bewertung veröffentlicht. Die BPtK hat sich in einer Stellungnahme insbesondere für eine möglichst hohe Verfahrenstransparenz und eine angemessene Beteiligung von Patienten, Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern ausgesprochen.

Kontrovers wird nach wie vor das Konzept der Effizienzgrenze diskutiert, das im IQWiG-Entwurf die zentrale Basis für die

ökonomische Bewertung von Arzneimitteln ist. Dieses Konzept ist bislang in der gesundheitsökonomischen Evaluation nicht gebräuchlich. Historisch gewachsene Arzneimittelpreise haben darin ein besonderes Gewicht. Mit Interesse werden daher die Ergebnisse dreier exemplarischer Kosten-Nutzen-Bewertungen erwartet. Deren Ergebnisse will das IQWiG noch in der ersten Jahreshälfte in einem Workshop vorstellen. Im Sommer 2009 soll dann die erste „Arbeitsversion“ des Methodenpapiers folgen.

Homepage des IQWiG:
www.iqwig.de

Stellungnahme der BPtK:
www.bptk.de

Fortsetzung von Seite 6

Vertragspartner neben Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten benannt werden. Bisher beschränkt sich die Regelung auf Ärzte.

Qualitätsgesicherte Behandlung

Durch eine standardisierte Basisdokumentation und die Evaluation der Behandlungsergebnisse können Struktur-, Prozess- und – soweit möglich – auch Ergebnisqualität darlegungsfähig werden. Dies sollte

der Gesetzgeber verbindlich vorschreiben. Erst ein Qualitätsmanagement in diesem Sinne verhindert, dass die üblicherweise vereinbarten Vergütungspauschalen keine unter Qualitätsgesichtspunkten problematischen ökonomischen Anreize setzen.

Online-Abrechnung mit dem Psychotherapeutenausweis

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) planen, ihren Mitgliedern künftig die Online-Abrechnung zu ermöglichen. Dafür wollen sie den neuen Arzt- bzw. Psychotherapeutenausweis nutzen. Dieser ermöglicht erstmals eine qualifizierte elektronische Signatur. Durch sie kann die Identität des Absenders zweifelsfrei festgestellt werden und es ist nachprüfbar, ob die gesendeten Daten unverfälscht vorliegen.

Die KV Nordrhein hat zusammen mit der Psychotherapeutenkammer NRW und der Ärztekammer Nordrhein ein Pilotprojekt zur Online-Abrechnung gestartet und bietet erstmalig im 2. Quartal 2009 die Möglichkeit, die Gesamtaufstellung der Praxis in digitaler Form zu übermitteln. Psychotherapeuten, die am Pilotprojekt teilnehmen, erhalten hierzu einen elektronischen Psychotherapeutenausweis (ePtA) bei der Psychotherapeutenkammer NRW. Die KV Nordrhein gewährt allen Mitgliedern, die die Online-Abrechnung mit elektronischer Signatur nutzen, einen verminderten Verwaltungskostensatz von 2,6 statt den üblichen 2,8 Prozent.

Diotima-Ehrenpreis verliehen

Die deutsche Psychotherapeutenchaft hat am 8. Mai 2009 erstmals den Diotima-Ehrenpreis verliehen. Preisträger sind: Detlev Kommer[†], Annelies Arp-Trojan, Hans-Joachim Schwarz und Prof. Dr. Hans-Volker Werthmann.

Mit dem Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft werden Personen geehrt, die sich besonders um die Versorgung psychisch kranker Men-

schen verdient gemacht haben oder sich durch ein besonderes berufspolitisches oder wissenschaftliches Engagement

auszeichnen. Der Preis ist nach Diotima aus Mantinea benannt, einer mythischen Priesterin der Antike. Sie gilt als Lehrerin des Sokrates, die ihn dazu inspirier-



Detlev Kommer, Annelies Arp-Trojan, Hans-Joachim Schwarz, Prof. Dr. Hans-Volker Werthmann

te, als erster Philosoph die Seele des Menschen in den Mittelpunkt seines Denkens und Lehrens zu stellen.

BPtK begrüßt EU-Grünbuch „Gesundheitsberufe“

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die Initiative der Europäischen Kommission, die Folgen des demografischen Wandels für die Gesundheitsberufe in einem Grünbuch zu beschreiben und zu bewerten. Gesundheitsberufe müssen in einer alternden Gesellschaft auch künftig ein attraktives Berufsziel bleiben. Dabei muss die grundsätzliche Frage beantwortet werden, wie die Gesundheitsberufe weiterentwickelt werden können, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Bei psychischen Erkrankungen ist aus Sicht der BPtK das deutsche Modell eines ausdifferenzierten Berufs des Psychotherapeuten ein erfolgreicher Ansatz.

Im Dezember 2008 hatte die Kommission der Europäischen Gemeinschaften das Grünbuch veröffentlicht (BPtK-Newsletter 1/2009). Darin werden die aus Sicht der Kommission bestehenden Herausforderun-

gen dargelegt und Handlungsfelder mit Lösungsansätzen aufgezeigt. In der schriftlichen Stellungnahme zum Grünbuch weist die BPtK darauf hin, dass es aus ihrer Sicht nicht ausreicht, nur auf die sich wandelnden Rahmenbedingungen zu reagieren.

Nach Einschätzung der BPtK wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Zukunft als Konsequenz der Veränderungen der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa anders gestaltet werden müssen. Bisher stehen häufig die traditionelle Aufgabenteilung und Hierarchie zwischen den ärztlichen Heilberufen und den anderen Gesundheitsberufen notwendigen Veränderungen im Weg.

Stellungnahme der BPtK:

www.bptk.de

Statistisches Bundesamt: Neue Krankheits- kostenrechnung

Das Statistische Bundesamt hat im März eine vergleichende Analyse der Krankheitskosten im deutschen Gesundheitswesen der Jahre 2002, 2004 und 2006 vorgelegt. Danach stiegen die Krankheitskosten in diesem Zeitraum um 17,2 Milliarden auf 236 Milliarden Euro. Psychische Störungen und Verhaltensstörungen zählten dabei zu den besonders kostenintensiven Erkrankungen.

2006 verursachten Kreislauf-erkrankungen die höchsten Kosten (35,2 Milliarden Euro/14,9 Prozent), gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems. An dritter Stelle der Kostenrechnung lagen psychische Krankheiten, die 26,7 Milliarden

Euro Krankheitskosten bedingten. Das entsprach 11,3 Prozent der Gesamtkosten und waren 3,3 Milliarden Euro mehr als 2002. Ein Drittel der Kosten für psychische Störungen sind durch demenzielle Störungen verursacht und ein Sechstel diente zur Behandlung von Depressionen.

Zu den Krankheitskosten zählt die amtliche Statistik sämtliche Ausgaben für medizinische Heilbehandlungen sowie für Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen.

www.destatis.de

Impressum

BPtK-Newsletter
Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Judith Scheide
Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise 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