

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2008

November
2008

GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz verabschiedet

Themen dieser Ausgabe:

- **GKV-OrgWG**
Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
- **BPTK-Dialog:**
*Interview mit Ulrich Weigelt
(Deutscher Hausärzterverband)*
- **BPTK-Focus:**
*Reformen psychotherapeutischer
Versorgung in Großbritannien und
Australien*
*Psychodynamische Langzeittherapie
bei komplexen Störungen
„besonders wirksam“*
- **BPTK-Inside:**
*Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten
im Krankenhaus*
Gesprächspsychotherapie
Nationaler Krebsplan

Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Der Deutsche Bundestag hat am 17. Oktober 2008 das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) und damit eine Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung von 20 Prozent verabschiedet. Ursprünglich hatte der Gesetzentwurf nur eine Quote von zehn Prozent vorgesehen. Durch die 20-Prozent-Quote kann zukünftig die Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen abgebaut werden. Bisher beträgt der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bundesweit nur 13,6 Prozent. Dies führt dazu, dass nach dem Gesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts die Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die als psychisch krank diagnostiziert werden, keine Behandlung bekommt. Eine Quote von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entspricht dem Bedarf, da Kinder und

Jugendliche auch 20 Prozent der deutschen Wohnbevölkerung ausmachen und in etwa so häufig psychisch krank sind wie Erwachsene.

Ausschreibung halber Praxissitze

Eine bessere Versorgung ermöglicht auch die Klarstellung des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes zur Ausschreibung von Praxissitzen. Künftig müssen die Zulassungsausschüsse auch halbe Praxissitze ausschreiben, wenn ein Praxisinhaber seinen vollen Praxissitz auf einen halben verringert. Erst durch die Klarstellung wird die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bereits eingeführte Möglichkeit zur Halbierung von Praxissitzen praktisch umsetzbar. Psychotherapeuten, die aus familiären oder Altersgründen ihre Praxistätigkeit einschränken wollen, können nun im Rahmen der Nachbesetzungsregelung des § 103 SGB V Nachfolger für halbe Praxissitze suchen.

Aufhebung der Altersgrenze

Das GKV-OrgWG hebt die Altersgrenze für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auf. Die bisherige Altersgrenze von 68 Jahren für den Niedergelassenenbereich fällt zum 1. Januar 2009. Viele ältere Psychotherapeuten begrüßen diese Lösung. Auch für ältere Patienten hat sie Vorteile, wenn sie einen Psychotherapeuten in ihrer Altersklasse vorziehen. Für junge Psychotherapeuten, die nach erfolgreicher Approbation vergeblich eine Niederlassungsmöglichkeit suchen, verengt sich damit allerdings das Angebot an Praxissitzen weiter. Die Möglichkeit, einen vollen Versorgungsauftrag auf einen halben zu reduzieren, wenn man im Alter nicht mehr umfassend tätig sein will, könnte etwas Entlastung für die nachrückende Generation schaffen.

Mindestquote für Ärzte

Das GKV-OrgWG enthält auch einen Wermutstropfen: Die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte wird ver-

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit großer Sorge sehen wir die Verabschiedung des Gesetzes zur „Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus durch das Bundeskriminalamt“ durch den Deutschen Bundestag. Die neuen Befugnisse des BKA, insbesondere zu Online-Durchsuchungen, untergraben das unerlässliche Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Psychotherapeuten. Bereits beim Telekommunikationsüberwachungsgesetz hat der Gesetzgeber den absoluten Vertrauensschutz, der zum Kernbereich der privaten Lebensgestaltung gehört, relativiert. Mit dem BKA-Gesetz geht er diesen Weg noch weiter. Der 13. Deutsche Psychotherapeutentag hat gegen diesen Eingriff in ein verfassungsrechtlich garantiertes Grundrecht entschieden protestiert. Wir hoffen, dass der Bundesrat das BKA-Gesetz nicht passieren lässt. Psychisch kranke Menschen brauchen aufgrund der de facto bestehenden Stigmatisierung einen absoluten Schutz ihrer Behandlungsdaten.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

Fortsetzung von Seite 1

längert, allerdings auf 25 Prozent gesenkt. Es bleibt damit bei der gravierenden Unterversorgung in den Ostländern und in strukturschwachen Gebieten, wo für Ärzte reservierte Praxissitze durch diese nicht besetzt werden, aber in der Bedarfsplanung als besetzt gezählt werden. Ein Auslaufen der Ärztequote hätte bis

zu 500 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gerade in strukturschwachen Gebieten gebracht. Dies hätte die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert und gleichzeitig aufgrund der damit verbundenen Mengenentwicklung die Kassen Geld gekostet und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auch bei morbiditätsbedingter

Gesamtvergütung Sorge bereitet. Aus Sicht der Patienten zementiert die Ärztequote die Unterversorgung. Aus Sicht von Kassen und KVen hat sie aufgrund ihrer mengenbegrenzenden Wirkung ihre Vorteile. Die zweite Perspektive hat sich zum Schluss der Beratungen des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes offensichtlich durchgesetzt.

Reform der Krankenhausfinanzierung

Gesetzentwurf der Bundesregierung:

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/108/1610807.pdf>

Die Bundesregierung hat im September mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz den Startschuss für die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik gegeben. Bundestag und Bundesrat befassen sich aktuell mit dem Gesetzentwurf.

Ein neues Entgeltsystem birgt Chancen für Psychiatrie und Psychosomatik, da es Anreize setzen kann, den wissenschaftlichen und therapeutischen Fortschritt schneller in die Versor-

Das neue Entgeltsystem soll einheitlich für Psychiatrie und Psychosomatik gelten. Fallpauschalen, wie die DRGs in den somatischen Krankenhäusern, werden nicht angestrebt. Wahrscheinlich sind tagesbezogene Entgelte, die für bestimmte Leistungsbereiche durch andere Abrechnungseinheiten ergänzt werden. In dem neuen Entgeltsystem werden Patientengruppen gebildet, die einen ähnlichen Behandlungsaufwand erfordern und damit bezüglich ihrer Kosten vergleichbar sind, wie derzeit

Budgetvereinbarungen zu treffen, die bis zur Einführung des neuen Entgeltsystems eine bessere Umsetzung der Psych-PV und eine anteilige Berücksichtigung der Tariflohnerhöhungen ermöglichen. Damit erkennt der Gesetzgeber an, dass Budgets die Ausgangsbasis für die künftigen Entgeltpauschalen sein müssen, die in etwa den Versorgungsbedarf widerspiegeln – sonst droht chronische Unterfinanzierung.

Die Abkehr von der Psychiatrie-Personalverordnung eröffnet Chancen, die Qualität der Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Die Psych-PV wurde über 20 Jahre nicht aktualisiert und bildet den wissenschaftlich-therapeutischen Fortschritt nicht ab. Der Stellenwert der Psychotherapie wird unterschätzt. Die Einführung der neuen Berufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut hat sich in der Psych-PV nicht niedergeschlagen. Vor allem verhindert die Psych-PV jedoch zusammen mit der Krankenhausbedarfsplanung eine stärker teilstationäre und ambulante Ausrichtung der Krankenhäuser, die zukünftig notwendig ist.

Ein neues Vergütungssystem sollte ausreichend Anreize setzen für eine integrative, multiprofessionelle, teilstationäre und ambulante orientierte Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen. Der Gesetzgeber will den Auftrag zur Entwicklung des Vergütungssystems der gemeinsamen Selbstverwaltung erteilen. Dabei soll die BPTK ein Beteiligungsrecht erhalten.

Zeitplan: Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (BT-Drs. 16/10807)

12.11.2008	1. Lesung im Deutschen Bundestag
24.11.2008	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
17.12.2008	Abschluss der Beratungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
19.12.2008	2./3. Lesung im Deutschen Bundestag
13.02.2009	2. Durchgang im Bundesrat

gung zu integrieren und eine stärker teilstationäre und ambulante orientierte Krankenhausversorgung psychisch kranker Menschen einzuführen. Gut evaluierte Versorgungskonzepte in Skandinavien und Australien zeigen, dass eine mehr psychotherapeutisch orientierte, integrative Versorgung Vorteile bietet zur in Deutschland vergleichsweise pharmakolastigen Ausrichtung.

z. B. die Behandlungsbereiche in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Die verschiedenen Patientengruppen werden nach der Kostenintensität ihrer Versorgung bewertet und gewichtet. Durch die Multiplikation dieser Bewertungsrelationen mit einem Basistageswert ergeben sich die konkreten Entgeltpauschalen. Neben der ausreichenden Höhe der Basistageswerte geht es also in erster Linie darum, dass die Bewertungsrelationen den Behandlungsaufwand für unterschiedliche Patientengruppen adäquat wiedergeben. Hiermit entscheidet sich, ob die Krankenhäuser über ausreichend monetäre Ressourcen verfügen, um die unter Evidenzgesichtspunkten empfehlenswerte stärkere psychotherapeutische Ausrichtung der Krankenhausversorgung zu finanzieren.

Gleichzeitig soll den Krankenhäusern die Option eröffnet werden, mit den Krankenkassen

Ältere brauchen Hausarzt als Lotsen

Interview mit Ulrich Weigeldt

Was sind die zentralen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft? Eine alternde Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass die Menschen nicht nur länger mit ihren Erkrankungen leben, sondern besonders häufig mehrfach, insbesondere chronisch erkrankt sind. Neben der Verbesserung der ambulanten und stationären Pflege muss sich auch das Gesundheitswesen noch stärker auf die medizinische Versorgung alter, multimorbider Patienten einrichten, denn hier kann die Phase der Pflege hinausgezögert oder sogar verhindert werden. Insbesondere im ambulanten Bereich kann man mit speziellen Konzepten die Situation dieser Patienten verbessern, indem z. B. auch neue Honorarstrukturen die spezifische Behandlung mehrfach chronisch erkrankter alter Menschen stärker berücksichtigen.

Welche Rolle spielt dabei der Hausarzt? Der Hausarzt nimmt in der Versorgung alter Menschen eine Schlüsselposition ein. Er kennt i. d. R. die sozialen und familiären Hintergründe der Patienten, die bei der Diagnose und Therapie eine wichtige Rolle spielen. Er ist besonders für alte Menschen der erste Ansprechpartner, da leider immer noch die Mehrheit der Alten und Ältesten in unserer Gesellschaft allein und teilweise sozial isoliert leben. Da speziell alte Menschen immer größere Probleme damit haben, sich in unserem immer komplizierter werdenden Gesundheitswesen zu orientieren, kommt dem Hausarzt bei der Betreuung alter Menschen eine mit hohem Vertrauen besetzte Lotsenfunktion zu. Bei ihm kommen alle Informationen zusammen, in der Hausarztpraxis kann konkrete Hilfestellung geleistet werden und hier befindet sich auch das „Frühwarnsystem“ für Demenzerkrankungen, die sowohl von den Betroffenen selbst als auch von den Angehörigen häufig im Anfangsstadium gar nicht wahrgenommen werden. Die von uns

speziell ausgebildeten Medizinischen Fachangestellten VERAH können daneben z. B. bei Hausbesuchen präventive individuelle Maßnahmen einleiten, wie eine Sturzprophylaxe in der Wohnung der Patienten.

Wie kann über Hausarztverträge eine integrierte, wenn notwendig sektorübergreifend ausgerichtete Versorgung erreicht werden? Hausarztverträge bieten die Chance, die besonderen Anforderungen an eine vernetzte und abgestimmte Versorgung alter, multimorbider Patienten besser zu realisieren, als es gegenwärtig der Fall ist. Auch in der ambulanten Versorgung gilt ja nach wie vor das alte Prinzip der Sektorierung, in dem die Kommunikation und Kooperation der einzelnen Arztgruppen häufig problematisch ist. Aufeinander abgestimmte Behandlungsverläufe über Verträge nach §§ 73b und c SGB V, in denen der Hausarzt die zentrale Rolle bei Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arzneimittelübersicht einnimmt, beenden das Nebeneinander von Versorgungsbereichen. Denn die Hausarztpraxis ist letztlich das Kompetenzzentrum für die Versorgung alter Menschen. Durch die besondere pauschalierte Honorierungsstruktur, wie z. B. im Hausarztvertrag in Baden-Württemberg, ist es damit jedem Hausarzt möglich, Zeit und Zuwendung in seiner Praxis nach den Bedarfen und Notwendigkeiten der Patienten auszurichten und nicht nach Einzelleistungsziffern, die diese Notwendigkeiten gar nicht abbilden. Alte und multimorbide Patienten erfordern vom Hausarzt mehr Zeit und Zuwendung, die in der pauschalierten Honorierung nun nicht mehr bestraft wird. Das ist sowohl für Patienten als auch für Hausärzte ein echter Qualitätssprung.

Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen zeigen eine hohe Prävalenz psychischer Krankheiten bei älteren Menschen. Indizien sprechen für eine Unter-

bzw. Fehlversorgung. Welche Optionen für eine qualitativ bessere Versorgung dieser Patientengruppe bieten Hausarztverträge? In Hausarztverträgen können für spezielle Patientengruppen auch besondere Versorgungsinhalte und -pfade mit den Krankenkassen vereinbart werden. Diese Möglichkeit ist den Vertragspartnern vom Gesetzgeber gegeben. Endlich können wir uns an den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten orientieren und neue Anforderungen schnell und für die Patienten spürbar umsetzen, ohne lange, bürokratische Wege im Kollektivvertragssystem gehen zu müssen. Dies bedeutet auch für die Krankenkassen eine erhebliche Erleichterung, weil sie ihren Versicherten zeitnah eine an den konkreten Problemen orientierte Versorgung anbieten können.

Wie sehen Sie die Zukunft des Kollektivvertragssystems? Das Kollektivvertragssystem und mit ihm seine Träger sehen sich einem Wandel gegenüber, der die Defizite in der ambulanten Versorgung überwinden will und aus meiner Sicht auch überwinden wird. Das gilt nicht nur für die immer noch ungleiche Honorierung der einzelnen ärztlichen Fachgruppen, die zu Fehlansätzen und damit teilweise zu Fehlversorgung führen, sondern insbesondere auch für das Fehlen neuer Versorgungskonzepte wie eben solcher dringend für die Versorgung alter und multimorbider Patienten notwendigen. Wenn der Gesetzgeber nun die Entwicklung von Selektivverträgen und neuen Versorgungsformen wie §§ 140a bis f und § 73b SGB V von den Krankenkassen und Ärzten fordert, dann werden damit auch die Weichen für die Qualität der Versorgung neu gestellt. Die Weiterentwicklung der Qualität, die neue Antworten auf neue Versorgungsnotwendigkeiten gibt, ist offenbar nur außerhalb des Kollektivvertragssystems möglich.

BPtK-Dialog



Ulrich Weigeldt,
Bundesvorsitzender
des Deutschen
Hausärzteverbandes

Gesundheitsversorgung in der EU

Die Europäische Kommission bemüht sich seit Langem, einheitliche Regelungen für grenzüberschreitende Dienstleistungen in Europa zu schaffen. Die Kommission legte dafür Anfang 2004 den Vorschlag für eine Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt vor, der den Gesundheitsbereich miteinbeziehen sollte. Dies ging jedoch vor allem dem Europäischen Parlament zu weit. Mit der Richtlinie seien den Besonderheiten der Gesundheitsdienstleistungen nicht ausreichend Rechnung getragen worden. Die endgültige Dienstleistungsrichtlinie erfasst als Konsequenz daraus den Gesundheitsbereich daher nicht. Im Juli 2008 legte die Europäische Kommission jetzt einen „Vorschlag für eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ vor.

Freizügigkeit und Kostenerstattung

Im Kern greift die Kommission die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur Ausübung der Dienstleistungsfreiheit auf, die die Grundsätze für die Wahrnehmung von Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland aufstellt.

Bereits nach geltendem EU-Recht kann sich jeder Unionsbürger, der sich aufgrund von Urlaub oder beruflicher Tätigkeit in einem anderen Mitgliedsstaat aufhält, auf Kosten der Sozialversicherung seines Heimatlandes behandeln lassen. Hierfür gelten die Bestimmungen der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Darüber hinaus hat der Europäische Gerichtshof Kriterien für die Fälle aufgestellt, wenn jemand sich ins Ausland begibt, um sich dort behandeln zu lassen. Diesen Fall soll nun der vorgelegte Richtlinienentwurf regeln. Dabei sollen Patienten für Behandlungen im EU-Ausland einen Anspruch auf Kostenerstattung bis zu der Höhe

erhalten, wie die Kosten im Inland für eine gleiche oder ähnliche Behandlung angefallen wären.

Dabei dürfen ambulante Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat nicht davon abhängig gemacht werden, dass diese ausländischen Gesundheitsdienstleistungen vorher genehmigt wurden (z. B. von der gesetzlichen Krankenversicherung des Patienten). Dagegen dürfen Krankenhausbehandlungen und Spezialbehandlungen im Ausland von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werden.

Allgemeines Ziel des neuen Kommissionsvorschlags ist es, einen eindeutig abgesteckten Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu schaffen. Da aber viele Patienten unsicher sind, wie das Recht auf Kostenerstattung angewendet wird, bestehe „in der Praxis ein Hemmnis für die Freizügigkeit der Patienten und den freien Verkehr von Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen.“ Die Kommission schlägt deshalb vor, „nationale Kontaktstellen“ einzurichten, die sowohl „Informationen“ als auch „praktische Unterstützung“ bieten sollen. Auch plant die Kommission ein „europäisches Referenznetz“, um eine hoch spezialisierte Gesundheitsversorgung in ganz Europa zu ermöglichen. Schließlich sollen einheitliche Standards in der Gesundheitstelematik festgelegt werden.

Fachtagung des Bundesministeriums für Gesundheit

Am 29. September 2008 fand in Berlin eine Fachtagung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu „Chancen und Risiken einer EU-Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ statt. Die BPTK war dort durch ihren Präsidenten Prof. Dr. Rainer Richter vertreten. Das BMG begrüßte grundsätzlich den Richtlinien-

vorschlag. Allerdings dürfe die Richtlinie nicht dazu führen, dass die Mitgliedstaaten in ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung eingeschränkt werden. Die Kostenerstattung soll sich deshalb auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränken. Leistungen der Sozialhilfe, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung sollen dagegen nicht dazugehören. Die Aufgaben der nationalen Kontaktstellen müssten auf ein „vernünftiges Maß“ begrenzt werden. Die europäischen Referenznetze sollten einen „echten Mehrwert“ bringen, wie z. B. bei seltenen Erkrankungen. Bei der Entwicklung europäischer Standards in der Gesundheitstelematik sollten die nationalen Systeme, die gerade entwickelt werden, ausreichend einbezogen werden.

Grünbuch „Gesundheitsberufe“

Die Europäische Kommission arbeitet derzeit an einem Entwurf für ein Grünbuch „Gesundheitsberufe in Europa“. Es zeichnet sich dabei ab, dass der Entwurf insbesondere auf zukünftige Herausforderungen, wie den demographischen Wandel, eingehen und perspektivisch Lösungsstrategien aus Sicht der Kommission aufzeigen wird.

Ein prominenter Ansatz wird dabei das so genannte „Skills Enhancement“ sein. Dabei geht es darum, Angehörige von Gesundheitsberufen zu befähigen, bestimmte neue Aufgaben zu übernehmen, aber auch darum, gänzlich neue Gesundheitsberufe zu entwickeln. Damit soll dem auch durch die alternde Gesellschaft bedingten geringeren Angebot an Arbeitskräften im Gesundheitssektor Rechnung getragen werden. Wichtige Themen werden aber auch die Abwanderung von Fachkräften („Brain Drain“) und die Ausbildung vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses sein. Die BPTK wird sich aktiv in den Konsultationsprozess einbringen.



Reformen psychotherapeutischer Versorgung in Großbritannien und Australien

BPtK-Focus



In Großbritannien arbeiten das staatliche Gesundheitssystem (NHS) und das Department of Health zurzeit an der Entwicklung einer leitliniengerechten Versorgung von Patienten mit depressiven und Angststörungen. Hierzu wurde von der Regierung das Programm „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) aufgelegt, das den Zugang zur Behandlung erleichtern und die Behandlungsergebnisse bei Patienten mit psychischen Erkrankungen verbessern will. Grundlage ist ein Stepped-Care-Versorgungsmodell. Derzeit unterliegt die psychotherapeutische Versorgung in England enormen regionalen Schwankungen und weist keine durchgehende Systematik auf. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgung wird im Wesentlichen auf der Ebene des Local NHS entschieden und setzt auf dem System der hausarztzentrierten (GP) Versorgung auf.

Im Jahr 2006 wurden daher zwei Modellregionen (Newham und Doncaster) zusammen mit 23 Local Pilot Sites etabliert, in denen ein systematisches Angebot psychologischer Therapien geschaffen wurde. Das Spektrum der Behandlungsangebote reichte von Bibliothherapie, „Guided Self-help“, Psychoedukation und telefonischer Unterstützung, computerisierter kognitiv-behavioraler Therapie bis hin zu ambulanten Psychotherapien, wie Verhaltenstherapie, Interpersoneller Psychotherapie oder psychodynamischer Psychotherapie.

Das Stepped-Care-Modell sieht dabei analog den NICE-Leitlinien für Depression und Angststörungen vor, dass sich das Behandlungsangebot am Schweregrad und der Chronizität der Erkrankung sowie am individuellen Bedarf des Patienten orientiert. Die Behandlungen unterliegen einem systematischen Monitoring. Hierzu wurde der IAPT-Outcomes Framework mit vier Ergebniskategorien entwickelt: Gesundheit und Wohlbefinden,

Teilhabe, patientenseitige Wahlmöglichkeiten und Zugang zu Therapien sowie Patientenerfahrung/-zufriedenheit. Wenn Interventionen geringerer Intensität nicht den erforderlichen Erfolg verzeichnen, soll nach diesem Modell die Behandlungsinintensität erhöht werden.

Die Entwicklung der Versorgungsstrukturen soll sich dabei an vier „Best-Practice“-Prinzipien orientieren:

1. Right Number of Patients seen: Versorgungsbedarf in der Gemeinde erkennen,
2. Right Services: effektive Behandlungen und Interventionen innerhalb eines Stepped-Care-Modells,
3. Right Time: insbesondere Verkürzung von Wartezeiten,
4. Right Results: Erhebung von Routine-Outcome-Daten über die vier Outcome-Domänen.

Das IAPT-Programm wurde vom Department of Health ab 2007/2008 auf insgesamt zehn so genannte „Pathfinder“-Sites ausgeweitet, in denen die entwickelten Ansätze insbesondere für erwachsene Patienten mit depressiven und Angststörungen im Erwerbsalter weiter verfeinert und an die verschiedenen regionalen Bedingungen angepasst werden sollen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass pro Site mindestens ein weiteres spezifisches Versorgungsproblem angegangen wird, wie z. B. postpartale Depression, Kinder- und Jugendliche, ältere Menschen mit Depression, ethnische Minderheiten oder Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes oder KHK.

Auch die australische Regierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung für psychisch kranke Menschen zu verbessern. Psychisch kranke oder gefährdete Personen sollen möglichst früh eine angemessene Behandlung erhalten. In einem nationalen Aktionsplan

Psychische Gesundheit ließ sie deshalb eine Reihe neuer Leistungen und neue Leistungserbringer zum Gesundheitssystem zu. Die australischen Reformen sehen vor, dass künftig psychotherapeutische Konsultationen erstattungsfähig sind. Die Konsultationen können sowohl von niedergelassenen Allgemeinärzten als auch von speziell qualifizierten Psychologen erbracht werden. Dabei scheiterte der Versuch, Allgemeinärzte zu einer besonderen Qualifikation zu verpflichten, um psychotherapeutische Leistungen abrechnen zu können, am Widerstand der Ärzte.

Nach den ersten Monaten zeigt sich, dass psychologische Konsultationen und Therapien mit über 400.000 erbrachten Leistungen intensiv von den Patienten genutzt wurden. Dabei wurden 56 Prozent der neuen Leistungen von Allgemeinärzten erbracht, 38 Prozent von Psychologen und sechs Prozent von Psychiatern. Bei den ambulanten Leistungen werden in Australien 85 Prozent der Kosten vom staatlichen Gesundheitsprogramm Medicare getragen, der Rest ist Selbstbehalt bis zu einem Betrag von 253 Dollar.

Kritisch diskutiert wird in Australien, dass es durch die bessere Versorgung mit Psychologen und Psychiatern in städtischen Regionen zu einem Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung kommen kann. Ferner bleibt die Qualität der erbrachten Leistungen offen, da die Qualifikation der Allgemeinärzte zur Behandlung psychischer Krankheiten eingeschränkt ist. Die Umsetzung des Aktionsplans soll kontinuierlich beobachtet und evaluiert werden, insbesondere hinsichtlich der Schaffung einer gemeindenahen Versorgungsstruktur und der Beseitigung von Lücken und Mängeln bei der Finanzierung und im Leistungskatalog.

www.medicareaustralia.gov.au

Psychodynamische Langzeittherapie bei komplexen Störungen „besonders wirksam“

Selten fanden bisher die Ergebnisse der Psychotherapieforschung ihren Weg bis in die Schlagzeilen der Tagespresse. Doch die Ergebnisse der Metaanalyse, die Prof. Dr. Falk Leichsenring vom Universitätsklinikum Gießen und Dr. Sven Rabung vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Oktober im „Journal of the American Medical Association“ (JAMA) veröffentlichten, stießen auf ein großes Presseecho. In den USA berichteten die wichtigsten Tageszeitungen, wie die „Washington Post“ und die „New York Times“, ausführlich über die Ergebnisse der Studie der beiden deutschen Psychotherapieforscher. Ebenso ungewöhnlich ist, dass die Arbeit in einer der bedeutendsten internationalen medizinischen Fachzeitschriften publiziert wurde, die nur sehr selten psychotherapeutische Studien veröffentlichten.

Die Metaanalyse untersucht die Wirksamkeit der psychodynamischen Langzeittherapie und vergleicht sie mit psychiatrischer Routineversorgung oder Kurzzeittherapie. Psychodynamische Langzeittherapie ist den Vergleichsbehandlungen signifikant überlegen (z. B. für die übergreifende Effektivität mit einer Effektstärke von $d = 0.96$ vs. 0.47).

In die Metaanalyse gingen 23 Primärstudien mit insgesamt 1.053 Patienten mit psychischen Störungen ein. Berücksichtigt wurden ausschließlich Studien, in denen psychodynamische (Einzel-)Psychotherapie mit einer Behandlungsdauer von mindestens einem Jahr oder mindestens 50 Sitzungen in einem prospektiven Design untersucht wurde. Darunter fanden sich elf randomisiert-kontrollierte Studien und zwölf zum Teil unkontrollierte Beobachtungsstudien bei einem breiten Spektrum von zumeist chronifizierten psychischen Erkrankungen, wie Persönlich-

keitsstörungen, Anorexie oder chronische Depression. Die Behandlungsdauern der psychodynamischen Langzeittherapie, die erheblich innerhalb und zwischen den Studien streuten, lagen durchschnittlich bei 95 Wochen bzw. 151 Sitzungen. Darin enthalten waren sowohl Behandlungen der analytischen Psychotherapie mit zwei bis drei Sitzungen pro Woche als auch psychodynamische Langzeitbehandlungen, die in Deutschland zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gezählt würden.

Die Therapieergebnisse wurden zum einen separat für die Bereiche Zielbeschwerden, allgemeine psychopathologische Symptomatik, soziales Funktionsniveau und Funktionsniveau der Persönlichkeitsstruktur zusammengefasst, zum anderen aber auch über alle Outcome-Maße hinweg aggregiert. Alle Ergebnisparameter wiesen insgesamt in eine eindeutige Richtung. Zum Behandlungsende zeigten sich für die psychodynamische Psychotherapie signifikante Verbesserungen bei allen Ergebnisparametern. Die Befunde zur Katamnese deuten sogar auf einen noch weiter zunehmenden Behandlungseffekt hin. Mit Ausnahme des Ergebnisparameters Persönlichkeitsfunktionsniveau entsprechen die Veränderungen nach den gängigen Konventionen durchgängig Verbesserungen mit großer Effektstärke.

Als wichtigen Faktor konnten Leichsenring und Rabung vor allem die Anzahl der Behandlungsstunden identifizieren. Dagegen war kein Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und der Erfahrung der Psychotherapeuten, der Dauer der Behandlung, den diagnostischen Gruppen oder der Nutzung von Therapiemanualen erkennbar.

In fast allen eingeschlossenen Studien ging es um die Behandlung von schwer erkrankten Patienten. Gerade Patienten

mit chronifizierten, „komplexen“ Störungen profitieren demnach von einer Langzeitbehandlung. Dies unterstützt die allgemeine klinische Einschätzung, dass bei Patienten mit komplexen, chronifizierten Störungen ein Behandlungserfolg innerhalb von zwanzig bis dreißig Sitzungen kaum zu erreichen ist. Der Behandlungserfolg scheint dabei weniger mit der Dauer der Behandlung als mit der Anzahl der Behandlungsstunden in Beziehung zu stehen.

Hervorzuheben ist ferner, dass zur psychodynamischen Langzeittherapie neben Beobachtungsstudien auch eine Reihe von aussagekräftigen randomisiert-kontrollierten Studien vorliegen, welche ihre Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum von Patienten mit psychischen Störungen, von Persönlichkeitsstörungen über chronische Depression bis hin zu Essstörungen, belegen. Interessant ist dabei, dass sich die in randomisiert-kontrollierten Studien beobachteten Effekte der psychodynamischen Langzeittherapie nicht wesentlich von denen in den Beobachtungsstudien unterscheiden.

Die Forschungsergebnisse sind nicht zuletzt für das deutsche Gesundheitssystem bedeutsam, da der Gemeinsame Bundesausschuss plant, alle psychotherapeutischen Richtlinienverfahren erneut auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Die Metaanalyse fasst die methodisch hochwertigen Studien zur psychodynamischen Langzeittherapie zusammen und liefert damit wichtige Belege für die Wirksamkeit der psychodynamischen Langzeittherapie und ihre unverzichtbare Rolle in der Versorgung. Die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie hatten Leichsenring und Rabung bereits 2004 in einer Metaanalyse, publiziert in den „General Archives of Psychiatry“, untersucht.

<http://jama.ama-assn.org>



Fortbildungspflicht für Psychotherapeuten im Krankenhaus

Am 1. Juli 2008 ist die neue gesetzliche Regelung zur Fortbildungspflicht der Angestellten in Krankenhäusern in Kraft getreten. Nach den neuen Regelungen im § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Zukunft nicht nur wie bisher Regeln zur Fortbildungsverpflichtung von Fachärzten in Krankenhäusern, sondern auch zur Fortbildungsverpflichtung von Psychotherapeuten, die dort beschäftigt sind. Dazu gehört auch, dass die erforderlichen Fortbildungen im Abstand von fünf Jahren nachgewiesen werden müssen.

Die BPtK begrüßt die neue sozialrechtliche Regelung als einen weiteren Schritt zur Gleichstellung von Fachärzten und Psychotherapeuten im Krankenhaus. Nach Erfahrungen der Psychotherapeutenkammern bildet sich die weit aus überwiegende Zahl von Psychotherapeuten bereits heute weit über das erforderliche Minimum hinaus fort.

Die derzeit geltende Regelung für Fachärzte sieht vor, dass diese 250 Fortbildungspunkte nachweisen, wovon mindestens 150 Punkte durch fachbezogene Fortbildungsveranstaltungen erworben worden sein müssen. Dabei trifft der

Facharzt selbst die Unterscheidung in fachspezifische und sonstige Fortbildung und lässt sich diese Unterscheidung vom Ärztlichen Direktor schriftlich bestätigen.

Die BPtK ist im Gespräch mit dem G-BA, um eine sinnvolle Regelung zur Fortbildungsverpflichtung von Psychotherapeuten zu erreichen. Mit der Verabschiedung der Regelung durch den G-BA ist im Frühjahr 2009 zu rechnen.

§ 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V:
http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_137.html

Gesprächspsychotherapie: Landessozialgericht bestätigt G-BA-Entscheidung

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg entschied in einem Rechtsstreit am 29. Oktober 2008, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berechtigt ist, in seinen Richtlinien über die berufsrechtlichen Regelungen hinauszugehen. Aus Sicht der LSG Stuttgart führt eine berufsrechtliche Anerkennung nicht zwingend dazu, dass der G-BA ein psychotherapeutisches Behandlungsverfahren in den Leis-

tungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufnehmen muss.

Hintergrund des Urteils ist die Klage eines Gesprächspsychotherapeuten gegen die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg auf Eintragung in das Arztregister, wozu ein Fachkundenachweis nach § 95c SGB V erforderlich ist (Az: L 5 KA 2851/06). Dies ist Voraussetzung für die Zulassung als Vertragspsy-

chotherapeut und die Abrechnung von Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der klagende Gesprächspsychotherapeut sah durch den G-BA sein Grundrecht auf Berufsausübung verletzt. Das LSG Baden-Württemberg verwies auf das Recht des G-BA, ein eigenständiges sozialrechtliches Prüfverfahren durchzuführen. Das LSG hat eine Revision zum Bundessozialgericht zugelassen.

Nationaler Krebsplan ins Leben gerufen

Mehr als 330.000 Menschen erkranken jährlich an Krebs. Mit zunehmendem Alter steigt das Krebsrisiko. Weil die Menschen immer älter werden, nimmt auch die Zahl der Neuerkrankungen weiter zu. Die Fortschritte in der Therapie führen dazu, dass Krebserkrankungen häufiger chronisch verlaufen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, stellte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Juni 2008 den Nationale Krebsplan vor.

Der Nationale Krebsplan setzt das frühere „Gesamtprogramm

zur Krebsbekämpfung“ fort. In der ersten Phase (2009/2010) soll die Früherkennung weiterentwickelt, die onkologischen Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung weiter ausgebaut, eine effiziente onkologische Arzneimitteltherapie sichergestellt und die Patientenorientierung gestärkt werden. Arbeitsgruppen sollen dazu jeweils umsetzungsfähige Maßnahmen erarbeiten. Die BPtK ist Mitglied der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. Die

Arbeitsgruppe befasst sich u. a. mit Maßnahmen, die eine angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung sicherstellen. Je nach Versorgungsbereich, Tumorart, Schweregrad und Geschlecht weisen 30 bis 40 Prozent der Patienten eine komorbide psychische Störung auf, die häufig nicht erkannt und adäquat behandelt wird. Es ist daher eine Forderung der BPtK, eine psychoonkologische Versorgung regelhaft in die ambulante und stationäre Versorgung zu integrieren.

Reuter & Weis (2007). Behandlung psychischer Belastungen und Störungen bei Tumorerkrankungen. In: Härter et al. (Hrsg.). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Heidelberg.

Einführung der eGK verzögert sich weiter

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verzögert sich weiter. Ursprünglich sollte die neue Versicherungskarte ab Herbst 2008 in Nordrhein ausgegeben werden und bis zum 2. Quartal 2009 in allen Bundesländern verteilt sein. Ihre Einführung verzögerte sich jedoch erneut, diesmal weil nicht ausreichend Kartenlesegeräte zertifiziert sind. Erst im September 2008 bekam der erste Hersteller eine Zulassung. Geplant ist die Zulassung von neun Geräten.

Deshalb stocken auch die Verhandlungen um die Pauschalen, die Psychotherapeuten und Ärzte für die Einführung der

neuen Technik in ihrer Praxis erhalten sollen. Geplant sind jeweils Pauschalen für:

- ein stationäres Lesegerät,
- den Anschluss an die Praxishardware,
- ein Zweitgerät in Zweitpraxen und ausgelagerten Praxisstätten,
- ein mobiles Lesegerät, wenn regelmäßige Hausbesuche erfolgen.

Nach dem aktuellen Stand können ausreichend Kartenlesegeräte erst zu Beginn des Jahres 2009 ausgeliefert werden. Damit wird der Basis-Rollout der eGK voraussichtlich erst Ende 2009 abgeschlossen sein.

Filmfestival „Ausnahmezustand“ gestartet

Am 9. Oktober 2008 startete in Berlin das Filmfestival „Ausnahmezustand – Verrückt nach Leben“. Bis Ende 2009 werden bundesweit zwölf aktuelle nationale und internationale Filmproduktionen zum Thema „Psychische Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ gezeigt.

Die Spiel- und Dokumentarfilme erzählen von der Gedanken- und Gefühlswelt Heranwachsender, berichten vom alltäglichen Wahnsinn jugendlicher Lebenswelten und zeigen, was Jugendliche stark machen kann. Dazu gibt es Gespräche mit Filmhelden und Filmemachern, Aktionen und Partys.

Die Filme sollen einen Anstoß für Gespräche mit nahe stehenden Menschen geben. Mit diesen über Gefühle zu sprechen, kann helfen, Krisen zu bewältigen, und ist damit ein wichtiger Beitrag zur Vorbeugung psychischer Krankheiten.

Durch das Festival sollen regionale Netzwerke für junge Menschen mit psychischen Gesundheits- und Verhaltensproblemen unterstützt und Schulen und Multiplikatoren sensibilisiert werden. Die BpTK ist Kooperationspartner der Initiative.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Mit einer „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ wollen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband und die Bundesärztekammer die Versorgung dieser Patienten verbessern. Das Startsignal dafür gaben sie auf einer Auftaktveranstaltung am 3. September 2008. Durch die Erarbeitung der Charta soll der Dialog aller Beteiligten und die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen gefördert werden. Die Charta soll eine Orientierung für zukünftige Entwicklungen geben und schließlich abgestimmte Ziele und Handlungsempfehlungen beschreiben.

In der Charta geht es vor allem um gesellschaftspolitische Fragen, die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Anforderungen an Aus- und Weiterbildung der verschiedenen Berufsgruppen sowie Forschungsfragen. Die anstehenden Themen werden von Vertretern der beteiligten Organisationen sowie Experten aus dem Be-

Auftaktveranstaltung am 3. September 2008 in Berlin
zur Entwicklung einer
„Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“

Letter of Intent

Die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ist in einer Gesellschaft des langen Lebens die große soziale Herausforderung der Zukunft. Wenn auch die Auseinandersetzung mit den existenziellen Phänomenen Tod und Trauer in unserer auf Vielfalt ausgerichteten Mediengesellschaft noch ausgegrenzt zu sein scheint, so wird der Umgang mit dem Sterben und Sterbenden in einer alter werdenden Gesellschaft immer wichtiger.

Hospizbewegung und Palliativmediziner sind engagiert. Sterben in Würde zu ermöglichen. Der Sterbende bedarf der menschlichen Nähe und Zuwendung und hat Anspruch auf eine individuelle Betreuung und palliativmedizinische Versorgung.

Die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ist aber trotz des großen Einsatzes in der ehrenamtlichen Hospizbewegung wie auch des hohen Engagements der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte und anderer Berufsgruppen in der Palliativversorgung noch immer unzureichend. Gemeinsam wollen wir deshalb eine Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen erarbeiten, die grundlegende Orientierung und wichtiger Impuls für die weitere Entwicklung der Palliativversorgung sein soll.

Bundesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutscher Hospiz- und Palliativverband haben aus diesem Grund zu einer Auftaktveranstaltung eingeladen. Zusammen mit vielen gesundheits- und gesellschaftspolitisch relevanten Organisationen wollen wir die Versorgungsrealität schwerstkranker sterbender Menschen erörtern und in einer Konsensdiskussion die Grundlagen einer solchen Charta erarbeiten.

Die unterzeichnenden Verbände und Organisationen kommen daher überein, noch im Laufe des Jahres einen solchen Prozess gemeinsam zu starten und in Arbeitsgruppen die inhaltlichen Aspekte einer Charta zu diskutieren und zu entwickeln. Am Ende dieses Dialogprozesses steht die Verabschiedung einer gemeinsamen Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Damit trägt die Charta dazu bei, den notwendigen Dialog in der Gesellschaft zu fördern und den Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen Entscheidungsgrundlagen für Weiterentwicklungen in der Palliativversorgung bis hin zu Gesetzesinitiativen zu liefern, die sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen unheilbar kranker und sterbender Menschen richten.

reich der Palliativ- und Hospizbewegung in Arbeitsgruppen bearbeitet. Der auf der Sitzung verabschiedete „Letter of Intent“ wurde auch von der BpTK unterzeichnet.

Leitlinie für Psychosoziale Notfallversorgung

Am 12. November wurden „Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland“ verabschiedet. Den relevanten Akteuren in der Psychosozialen Notfallversorgung gelang es, nach einjährigen Beratungen gemeinsame Positionen verschiedener Berufsgruppen abzustimmen. Damit konnten erstmals bundesweit Mindeststandards der Qualitätssicherung etabliert werden.

Erwartungsgemäß konnten noch nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden. Die wissenschaftlichen Gutachten, die zu den Leitlinien abgegeben wurden, halten fest, dass die Rolle der Heilberufe noch nicht endgültig geklärt und ihre Kompetenz in der Psychosozialen Notfallversorgung noch nicht ausreichend berücksichtigt ist.

<http://www.ausnahmezustand-filmfest.de>

Die BpTK hat dem bisherigen Stand der Leitlinie unter der Voraussetzung zugestimmt, dass es im Rahmen der Weiterarbeit zu einer erneuten und vertieften Beschäftigung mit den Schnittstellen zwischen Psychotherapeuten und den anderen Akteuren kommt.

www.bkk.bund.de

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