

BPtK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 3/2009

September
2009

Themen dieser Ausgabe:

- *Förderkonzept für Versorgungsforschung*
- *Patienten als Mitgestalter des Gesundheitswesens*
- *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher*
- *82. GMK: Reform der Bedarfsplanung*
- *KJP-Mindestquote*

- **BPtK-Dialog:**
Interview mit Dr. Stefan Etgeton
Interview mit Prof. Dr. Rainer Richter

- **BPtK-Inside:**
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
Strengere Zulassung von Methylphenidat

Forschungsbonus für Psychotherapie – Ein neues Förderkonzept für die GKV

Psychotherapie ist nachweislich wirksam. Die internationale Forschung hat in den vergangenen Jahrzehnten mit einer Vielzahl methodisch hochwertiger Studien belegt, dass mit psychotherapeutischen Verfahren und Methoden psychische Störungen wirksam behandelt werden können. Deshalb spielt Psychotherapie bei der Behandlung von psychischen Störungen in evidenzbasierten Leitlinien vielfach eine herausgehobene Rolle.

Bis heute leidet die Psychotherapieforschung jedoch unter einem strukturellen Defizit. Sie verfügt nicht annähernd über die Etats der Arzneimittelforschung. Die Erforschung personenzentrierter Krankenbehandlung ist massiv benachteiligt. Pharmazeutische Unternehmen können ihre Kosten für Innovation und Forschung über den Arzneimittelpreis und damit über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) refinanzieren. Den Preis neuer patentgeschützter Arzneimittel können

sie in Deutschland sogar selbst festlegen. Psychotherapeuten haben diese Möglichkeit nicht. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch die Kassen berücksichtigt keine Investitionen für Forschung und Innovation.

Die forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland gaben 2008 knapp fünf Milliarden Euro für Forschung und Entwicklung aus. In 25 der insgesamt 440 Forschungsprojekte ging es um die Zulassung neuer Medikamente für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Dem standen staatliche Fördergelder für Psychotherapieforschung (BMBF) von vier Millionen Euro 2008 gegenüber. Methodisch aufwändige RCT-Studien in der Psychotherapieforschung kosten zwischen ein und zwei Millionen Euro je Projekt. „Mit den geringen staatlichen Fördermitteln für Psychotherapieforschung lassen sich bei Weitem zu wenig Studien finanzieren“, bilanziert Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsy-

chotherapeutenkammer (BPtK). „Dagegen forschten die Pharmaunternehmen 2008 an sieben neuen Medikamenten allein gegen Depression.“

Im deutschen Gesundheitssystem fehlt ein verlässliches finanzielles Fundament, das eine systematische Untersuchung innovativer psychotherapeutischer Behandlungsansätze und Versorgungskonzepte sicherstellt. Die BPtK fordert deshalb einen Forschungsbonus, der auf die Vergütung für ambulante, vertragspsychotherapeutische Leistungen aufgeschlagen wird. Diese Prämie für Psychotherapieforschung könnte analog z. B. der Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über einen sogenannten Systemzuschlag von der GKV erhoben werden. Über die zweckbezogene Verwendung der Mittel könnte ein Forschungsrat entscheiden. Bisher gibt die gesetzliche Krankenversicherung jährlich rund 900 Millionen Euro für die Vergütung nie-

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

komplexe Systeme wie das deutsche Gesundheitswesen lassen sich nur langsam verändern. Meist wird erst in der Rückschau deutlich, wie kleine, aufeinander aufbauende Reformschritte in der Summe zu grundlegendem Wechsel geführt haben. Dies ist einerseits beruhigend: Wie immer die Bundestagswahl ausgeht, einen kurzfristigen grundlegenden Kurswechsel wird es kaum geben.

Das ist aber andererseits auch motivierend, denn jedem Schritt folgt der nächste und viele Schritte ergeben eine Richtung. Jeder Schritt kann ein entscheidender Beitrag zur Verwirklichung eines langfristigen politischen Ziels sein: Für uns ist das Ziel, in Deutschland dauerhaft eine qualitativ hochwertige Versorgung für psychisch kranke Menschen zu sichern. Wir haben in dieser Ausgabe viele Aspekte zusammengestellt, die die Gesundheitspolitik aus psychotherapeutischer Sicht in der nächsten Legislaturperiode beschäftigen sollten. Wir hoffen, dass dazu insbesondere eine reformierte Bedarfsplanung und eine bessere Finanzierung der Psychotherapieforschung gehören. Wir werden uns jedenfalls dafür einsetzen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

**Wissenschaftlicher Beirat
Psychotherapie:**
www.wbpsychotherapie.de

**Bundesministerium für
Bildung und Forschung**
„Förderschwerpunkt
Psychotherapie“:
www.gesundheitsforschung-bmbf.de

**Studie der
Hans-Böckler-Stiftung:**
www.boeckler.de/pdf_fof/S-2007-60-4-3.pdf

**Verbraucherzentrale
Bundesverband**
„Patientenrechte- und
Informationsgesetz“:
www.vzbv.de

**Patientenbeauftragte der
Bundesregierung**
„Patientenrechtegesetz“:
www.patientenbeauftragte.de

Fortsetzung von Seite 1

dergelassener Psychotherapeuten aus. Gäbe die GKV den gleichen Anteil für Forschung und Entwicklung aus wie die forschende Pharmaindustrie (13,2 Prozent), dann müssten jährlich mindestens 100 Millionen Euro für Psychotherapieforschung zur Verfügung gestellt werden.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist noch längst nicht für alle psychischen Störungen oder Anwendungsbereiche genügend erforscht. Auch zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren unterscheiden sich die Forschungsaktivitäten stark. Schließlich fehlen Untersuchungen zu verschiedenen Patientengruppen (z. B. nach Alter, Geschlecht oder sozialer Schicht). Dabei ist der Kenntnisstand zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen besonders unzureichend.

Die bisherigen öffentlichen Fördermittel, z. B. für klinische Studien, reichen bei Wei-

tem nicht aus. Das Forschungsdefizit in der Psychotherapie betrifft nicht nur die Wirksamkeitsstudien, sondern auch methodisch hochwertige Praxisstudien (Phase-IV-Studien) und die Versorgungsforschung. Forschungsergebnisse aus dem angelsächsischen Raum zeigen, dass gerade im Versorgungsalltag noch ein großes Innovationspotenzial für die Psychotherapie besteht. Wesentliche Fragen sind: Wie können psychische Krankheiten besser erkannt werden? Wie finden verschiedene Patientengruppen am Besten zum Psychotherapeuten? Wie lässt sich die Durchführung, Ergebnisqualität und Kosteneffektivität der psychotherapeutischen Behandlung verbessern? Wie sieht eine optimale Organisation und Implementierung der Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem aus?

Außerdem generiert die Psychotherapieforschung, wie sie heute finanziert wird, oftmals gerade nicht diejenigen Er-

kenntnisse, die für die evidenzbasierte Gestaltung der regulären Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind. Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen bleiben ebenso die Ausnahme wie z. B. Untersuchungen zu angemesseneren Versorgungskonzepten auch in Ergänzung der Richtlinienverfahren. Auch in der Selbstverwaltung wird mittlerweile erkannt, dass sie selbst aktiv die wissenschaftlichen Erkenntnisse generieren muss, die für die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs erforderlich sind.

„Psychotherapeutische Wirksamkeits- und Versorgungsforschung braucht dauerhaft eine breitere finanzielle Basis. In der nächsten Legislaturperiode sollten dafür die notwendigen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden“, so BPTK-Präsident Richter.

Patienten als Mitgestalter im Gesundheitssystem

Insbesondere die Interessen von Anbietern und Kostenträgern prägen gesundheitspolitische Entscheidungen. Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker und Krankenhäuser auf der einen Seite, Kranken- und Pflegekassen auf der anderen Seite sowie Pharmaunternehmen steuern Leistungen und Strukturen des Gesundheitssystems. Patienten bleibt bislang dabei meist nichts anderes übrig, als sich mit den Angeboten abzufinden.

Schon seit einigen Jahren lässt sich eine Entwicklung hin zu einer stärkeren Beteiligung von Patienten verfolgen. Seit Kurzem sind sie in einem der wichtigsten Gremien der Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), vertreten – allerdings noch ohne Stimmrecht. Außerdem ist die Patientenbeauftrag-

te der Bundesregierung für ihre Interessen zuständig. Die vor einigen Jahren neu eingerichtete Stelle wird häufig in Anspruch genommen, wie eine kürzlich erschienene wissenschaftliche Studie der Charité im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung zeigte. Auch mehr Partizipation in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen wird diskutiert.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband legte schon zu Beginn der Legislaturperiode einen Entwurf für ein Patientenrechte- und Informationsgesetz vor. Die große Koalition konnte sich aber nicht auf ein Gesetz einigen. Nun liegen Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz in der kommenden Wahlperiode vor. In einem solchen Gesetz sollen alle Rechte, die Patienten betreffen und die derzeit über viele Ge-

setze verstreut sind, zusammengefasst und gestärkt werden. Das soll für Patienten vor allem mehr Transparenz schaffen. Der Vorschlag stößt nicht auf allgemeine Zustimmung. So sehen die Bundesärztekammer und andere Vertreter der Ärzteschaft den Vorschlag kritisch, wohingegen die Krankenkassen ihn eher begrüßen.

Ein Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem kündigt sich an. In einem zunehmend stärker wettbewerblich organisierten System übernehmen Patienten und Versicherte eine prägendere Rolle. Mündige und informierte Verbraucher können Versorgungs- und Versicherungsangebote ablehnen oder akzeptieren. Auch als politische Mitgestalter in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems könnte der Einfluss der Patienten wachsen.

Mehr Studien zur Psychotherapie erforderlich Interview mit Dr. Stefan Etgeton

Herr Etgeton, brauchen Patienten zukünftig ein Gesetz, in dem ihre Rechte und Pflichten zusammengefasst sind?

Eindeutig ja. Patientenrechte sind bisher ganz überwiegend nicht ausdrücklich in unserer Rechtsordnung normiert. Viele Rechte leiten sich grundsätzlich aus den Grundrechten unserer Verfassung ab. Viele Normen finden sich im Sozial-, Zivil- und Strafrecht, ohne dass dort ausdrücklich von Patienten gesprochen wird. Viele Rechte ergeben sich auch aus der Rechtsprechung der Gerichte. Insgesamt ist es für Patienten daher sehr schwer, einen Überblick zu gewinnen. Im konkreten Fall bleibt ihnen häufig nichts anderes übrig, als sich an einen Fachanwalt zu wenden. Deshalb wünschen wir uns mehr Transparenz durch ein Gesetz, das sämtliche rechtlichen Regelungen zu den Rechten und Pflichten als Patient zusammenfasst.

Was sollten die zentralen Inhalte eines solchen Patientengesetzes sein?

Es sollte im Verhältnis zwischen Patient und Arzt bzw. Psychotherapeut für Klarheit und Entscheidungssicherheit sorgen. Wir fordern insbesondere die Einführung eines Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch. Bei einer Reisebuchung ist es selbstverständlich, dass die Leistungen vertraglich fixiert werden. Ein Behandlungsvertrag könnte auch bei der ärztlichen Behandlung für klare Verhältnisse sorgen. Einen detaillierten Gesetzesvorschlag hatte der Verbraucherzentrale Bundesverband bereits 2005 vorgelegt. Darin ist auch vorgesehen, dass der Arzt bei einem Behandlungsfehler, den ein Gutachter festgestellt hat, nachweisen muss, dass sein Fehler nicht zu den Gesundheitsschäden geführt hat. Das wäre eine substantielle Verbesserung bei der Schadensregulierung.

Welche Erfahrungen haben Sie als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemacht?

Wir haben mit der Arbeit im G-BA sehr positive Erfahrungen gemacht. Anfangs mögen bei den übrigen Akteuren noch Vorbehalte bestanden haben. Insbesondere vom Vorsitzenden, Dr. Rainer Hess, wurden wir jedoch sehr gut unterstützt und konnten unseren Argumenten auch Gehör verschaffen. In Zukunft sollten Patientenvertreter aber nicht nur mitberaten, sondern auch mitentscheiden können. Sie sollten z. B. bei der Tagesordnung mitbestimmen oder eine abweichende Meinung bei Stellungnahmen dokumentieren können. In den Bundesländern fehlt eine Patientenbeteiligung bei der Krankenhausplanung. Patientenvertreter sollten schließlich auch bei den Entscheidungen über Honorarfragen im Bewertungsausschuss beteiligt werden, etwa in Form von Stimmrechten. Wir benötigen auch mehr systematisch erhobene Informationen darüber, welche Probleme die Patienten haben. Viele Informationen erhalten wir bereits über die Selbsthilfeorganisationen. Aber Patienten, die akut krank sind, sind so nicht organisiert. Wenn diese nicht in die Verbraucher- oder Patientenberatung kommen, gehen ihre Erfahrungen verloren.

Was brauchen Patienten, um ihren Arzt oder Psychotherapeuten besser auswählen zu können?

Wir denken, dass die Daten der Qualitätssicherung ein öffentliches Gut sind und den Verbrauchern zugänglich sein sollten, ebenso wie die Routinedaten aus den Abrechnungen der Krankenkassen. Viele Patienten brauchen aber auch eine persönliche und unabhängige Beratung. Wir testen zurzeit 22 Beratungsstellen sowie ein bundesweites, kostenfreies Be-

ratungstelefon im Rahmen eines Modellvorhabens. Ab 2011 sollten diese Einrichtungen zu einem dauerhaften Angebot der Patienteninformation werden.

Was halten Sie vom Ärztenavigator der AOK?

Wir begrüßen, dass die AOK sich engagiert und Informationen für die Arztwahl bereitstellt, die methodisch besser ermittelt sind als bisherige Arztbewertungen im Internet. In Zukunft wäre es wichtig, die AOK-Daten allen Patienten verfügbar zu machen. Eine solche Arztsuche könnte beispielsweise die „Weiße Liste“ ergänzen – eine Krankenhaussuche im Internet, die Selbsthilfegruppen, Sozialverbände und Verbraucherzentralen zusammen mit der Bertelsmann Stiftung aufgebaut haben. Grundsätzlich sollte ein Fragebogen, mit dem Patienten Ärzte bewerten, vernünftige Indikatoren enthalten, die insbesondere Rückschlüsse auf die Arzt-Patienten-Kommunikation oder den Service zulassen. Patienten können sicherlich sehr gut beurteilen, wie lange sie warten müssen. Bei der Suche nach einem Psychotherapeuten interessiert Patienten beispielsweise, welche Schwerpunkte sie haben und ob sie spezielle Fortbildungen gemacht oder an Qualitätszirkeln teilgenommen haben.

Was benötigen Patienten bei der Wahl ihrer psychotherapeutischen Behandlung?

Wir treten bei der Psychotherapie momentan auf der Stelle. Wir brauchen mehr Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen. Wir begrüßen darum, dass psychotherapeutische Verfahren, die bereits von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, erneut kritisch überprüft werden. Wenn die Evidenzlage geklärt ist, lässt sich entscheiden, was in der Krankenbehandlung sinnvoll ist und was nicht.

BPtK-Dialog



Dr. Stefan Etgeton,
Verbraucherzentrale
Bundesverband

**Verbraucherzentrale
Bundesverband:**
verbraucherzentrale.de

**Krankenhaussuche
„Weiße Liste“:**
www.weisse-liste.de

**Unabhängige Patientenbe-
ratung Deutschland:**
Tel. 0800 0117722

Kooperation für bessere Prävention und Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Mehr als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Am häufigsten sind Angststörungen, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen und ADHS.

Psychische Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter können sich auf das ganze spätere Leben auswirken. Kinder mit einer hohen Zahl an Risikofaktoren müssen daher frühzeitig erkannt und angemessen betreut und behandelt werden. Voraussetzung dafür ist eine bessere Koordination der Leistungen aus Gesundheitswesen, Jugend- und Sozialhilfe. Dies ist auch eine zentrale Forderung des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung, der erstmals die Themen Gesundheit und gesundheitsbezogene Prävention behandelt.

Kinder psychisch kranker Eltern

In Deutschland haben mindestens 1,6 Millionen Kinder und Jugendliche Eltern, die psychisch krank sind. Etwa 2,65 Millionen Heranwachsende haben Eltern, die alkoholabhängig sind. Sie leiden deshalb häufiger unter elterlichen Konflikten, Gewalt, Arbeitslosigkeit und finanziellen Schwierigkeiten und tragen ein erhöhtes Risiko, selbst psychisch krank zu werden.

Kinder psychisch kranker Eltern brauchen frühzeitig eine besondere Aufmerksamkeit und geeignete Hilfe bzw. Unterstützung. Für eine bundesweite Umsetzung fehlen bis heute die gesetzlichen Voraussetzungen: Es existiert kein Präventionsgesetz, das eine langfristige Finanzierung vorbeugender Gesundheitsprogramme sichert.

Präventionsgesetz

Gesundheitswesen sowie die Kinder- und Jugendhilfe könnten gemeinsam einen viel stärkeren Beitrag zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendli-

chen leisten. Dafür müsste flächendeckend und umfassend eine kommunale Infrastruktur aufgebaut werden, die die frühe Förderung von allen Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ermöglicht.

Erfolgreiche Prävention scheitert in der Praxis jedoch oft an einer unzureichenden Koordination der verfügbaren Angebote. Erfolgreiche Konzepte aus Jugendhilfe, Sozialhilfe und Gesundheitswesen müssten künftig besser miteinander verzahnt werden. Ein Präventionsgesetz könnte diese Verzahnung mit dem Ziel eines effektiven, qualitätsgesicherten und koordinierten Angebotes vor Ort ermöglichen. Die erforderlichen finanziellen Ressourcen würden zur Verfügung stehen, wenn Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und breit getragen wird. Der erste wissenschaftliche Survey zur Kinder- und Jugendlichengesundheit in Deutschland des Robert Koch-Instituts und der 13. Kinder- und Jugendbericht zeigen eindrucklich, wie dringend ein Präventionsgesetz in Deutschland gebraucht wird.

Kinderschutzgesetz

Vernachlässigte und misshandelte Kinder tragen ein hohes Risiko, psychisch zu erkranken. Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken können verringert werden, wenn künftig zwei Maßnahmen ineinandergreifen: Das frühzeitige und zuverlässige Erkennen von Risiken und ein breites, flächendeckendes Hilfs- und Unterstützungsangebot für hilfesuchende und hilfebedürftige Eltern.

Damit präventive Angebote von Risikofamilien auch tatsächlich angenommen werden, braucht es hinreichende Kapazitäten und Kompetenzen der Jugendämter für alle Hilfesuchenden und für aufsuchende Hilfen. Die Ausübung des staatlichen Wächteramtes darf dabei

die Hilfs- und Unterstützungsangebote des Jugendamtes nicht diskreditieren. Dies ist aus fachlicher Sicht eine der zentralen Forderungen an ein Kinderschutzgesetz, das in der nächsten Legislaturperiode möglichst zügig verabschiedet werden sollte.

Stationäre Versorgung

Kinder und Jugendliche werden in Regionen, in denen geeignete Angebote und Einrichtungen der stationären Jugendhilfe fehlen, häufiger in Kinder- und Jugendpsychiatrien eingewiesen. Dadurch werden stationäre Behandlungskapazitäten als Maßnahmen der Erziehungshilfe zweckentfremdet.

Auf der anderen Seite leben in den stationären Einrichtungen der Jugendhilfe überdurchschnittlich viele psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Hier müssen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, damit die psychotherapeutische Behandlung in erforderlichem Umfang sichergestellt ist.

Komplexleistungen

Oft lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob bei einem Kind oder Jugendlichen eine Jugendhilfemaßnahme (z. B. als Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung) oder eine Psychotherapie als Krankenbehandlung im Vordergrund stehen sollte. Die für diese Fälle vorgesehenen Komplexleistungen sind blanke Theorie und funktionieren nicht in der Versorgungspraxis. Abhilfe kann eine bessere fachliche Abstimmung und Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfe- und Versorgungssystemen schaffen. Auch hier wird noch einmal deutlich, wie sehr praxistaugliche Regelungen fehlen, um Maßnahmen der steuerfinanzierten Jugendhilfe und der beitragsfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung besser aufeinander abzustimmen.

13. Kinder- und Jugendbericht:
www.dji.de

Pressemitteilung der BPTK vom 11.05.2007:
www.bptk.de

Bella-Studie des Robert Koch-Instituts:
www.bella-studie.de

Stellungnahme der BPTK zum Entwurf eines Kinderschutzgesetzes:
www.bptk.de



„Das Selektivvertragssystem kann durchaus eine Chance sein“ Interview mit Prof. Dr. Rainer Richter

Ist die Versorgung psychisch kranker Menschen ein Thema für die Gesundheitspolitik in der nächsten Legislaturperiode?

Davon gehe ich aus. Neben zentralen Themen, wie der ausreichenden und solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, der Weiterentwicklung des Vertragsrechts und der Vergütungssysteme, wird ein Fokus die Förderung von Versorgungskonzepten sein, die besser auf den Bedarf unterschiedlicher Patientengruppen eingehen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2009 noch einmal deutlich auf diesen Aspekt aufmerksam gemacht.

Was sollte sich für psychisch kranke Menschen verbessern?

Die einseitige Pharmakotherapie von psychischen Störungen wie beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS und damit eng verbunden die Unterversorgung mit Psychotherapie. Wir müssen davon ausgehen, dass für etwa fünf Millionen Menschen eine Psychotherapie angezeigt wäre. Für diese steht bei Weitem keine ausreichende Zahl von Behandlungsplätzen zur Verfügung. Deshalb entstehen monatelange Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie. Das ist insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen nicht weiter zumutbar. Außerdem haben die Ausgaben für stationäre psychiatrische Behandlungen in letzter Zeit dramatisch zugenommen.

Fordern Sie eine Priorisierung von Krankheiten oder GKV-Leistungen?

Keinesfalls in dem Sinn, wie die Ärzteschaft dies diskutiert. Wir sind gegen den Ausschluss von Krankheiten oder von wirksamen Behandlungen aus der gesetzlichen Krankenversiche-

rung (GKV). Ein solches Konzept verwehrt den Menschen eine umfassende Versorgung, die sich Zusatzversicherungen nicht leisten können. Wir werden uns dafür einsetzen, dass es bei einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung bleibt, ohne Kürzungen im Leistungskatalog.

Aber schon heute ist es doch so: Wer dringend eine Psychotherapie benötigt, bekommt keine.

Psychotherapeuten müssen angesichts langer Wartelisten nach fachlichen und ethischen Standards entscheiden, wann welche Patienten wie viel Psychotherapie erhalten. Wir wollen zusätzlich zur Richtlinienpsychotherapie flexiblere, gestufte Behandlungsangebote für psychisch kranke Menschen erproben. Wir wollen gemeinsam mit Ärzten, Pflegekräften und Krankenkassen dafür sorgen, dass Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht eine angemessene Psychotherapie dann erhalten, wenn sie sie benötigen. Die bestehende Versorgung lässt sich sicher noch verbessern.

Ist damit das Problem der Unter- und Fehlversorgung gelöst?

Nein, denn wir brauchen auf jeden Fall mehr Psychotherapeuten. Eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung ist bisher nicht sichergestellt. Die derzeitige Bedarfsplanung hat weder Unterversorgung vermieden noch Überversorgung abgebaut. Wir schlagen uns bis heute mit historisch festgeschriebenen Bedarfszahlen für Psychotherapeuten herum, die nicht annähernd den Versorgungsbedarf widerspiegeln.

Was müsste sich an der Bedarfsplanung ändern?

Wir werden einen pragmatischen Ansatz finden müssen.

Versorgungsbedarf lässt sich nicht objektiv messen. Dennoch brauchen wir Kriterien, um zu beurteilen, ob im Miteinander von stationärer und ambulanter Versorgung, im Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivvertragssystem sowie angesichts der sich wandelnden Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen eine ausreichende regionale Versorgung sichergestellt ist. Die Verantwortung für Sicherstellung in diesem Sinne könnte Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben oder auf die Bundesländer verlagert werden. Wir sollten vielleicht nicht mehr von Bedarfsplanung sprechen, sondern genauer bezeichnen, worum es zukünftig tatsächlich geht: um einen überprüfbaren Zielkorridor für die Angebotssteuerung unterschiedlicher Vertragspartner.

Gibt es auch kurzfristig wirksame Ansätze zum Abbau von Unterversorgung?

Das Selektivvertragssystem kann durchaus eine Chance sein. Die Krankenkassen haben damit die Möglichkeit, ihren Versicherten schneller und flexibler Psychotherapie anbieten zu können, stoßen dabei aber immer wieder an die bekannten Kapazitätsgrenzen. Wir plädieren dafür, dass für neue Versorgungsformen auch Psychotherapeuten Verträge schließen können, die nicht über eine Zulassung verfügen. Entscheidend wird sein, dass Patient und Psychotherapeut weiterhin die Behandlung autonom planen und gestalten können. Es geht dabei nicht nur um kurzfristige Behandlungsplätze und auch nicht um kürzere Psychotherapie. Die psychotherapeutische Behandlung muss maßgeschneidert sein und sich dabei auf Evidenznachweise stützen. Und es gilt, die Patientenpräferenzen zu berücksichtigen.



Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

82. GMK: Reform der Bedarfsplanung

Gesundheitsministerkonferenz
„Beschlüsse der 82. GMK“:
www.gmkonline.de

Die sich verändernden Rahmenbedingungen erfordern in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Steuerungsmöglichkeiten, um bundesweit eine Versorgung sicherzustellen, die bedarfsgerecht, flächendeckend, sektorübergreifend und der demografischen Entwicklung angepasst ist. Diese Erkenntnis hat die 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 24./25. Juni 2009 in Erfurt dazu bewogen, eine Staatssekretärsarbeitsgruppe einzurichten. Die länderoffene Arbeitsgruppe unter Federführung von Sachsen und Bremen soll möglichst konkrete Vorschläge für die 83. GMK erarbeiten.

Die Fragen lassen erkennen, dass es die Länder für notwendig halten, die bisherigen Steuerungsinstrumente, insbesondere auch die der Bedarfsplanung, grundsätzlich zu reformieren.

Konkret geht es darum, wie ein neuer ordnungspolitischer Rahmen für den Sicherstellungsauftrag aussehen könnte, wie dieser sektorübergreifend gestaltet werden könnte und welche Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Länder dabei denkbar wären. Die GMK hält es für erforderlich, die Länderzuständigkeiten bei regionalen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sowie bei der Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen neu zu strukturieren.

Die Gesundheitsminister suchen nach Wegen, übergeordnete politische Ziele besser zu verwirklichen, dabei aber regionalen Erfordernissen besser gerecht zu werden. Dabei dürfte die politische Auseinandersetzung um Selektivverträge, insbesondere die Debatte um die Hausarztverträge, eine wesentliche Motivation sein.

Daher soll ein Thema der Arbeitsgruppe auch das zukünftige Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen sein. Die Gesundheitsministerkonferenz sieht ferner die Notwendigkeit einer neuen Aufgabenteilung zwischen den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder, um eine regional ausgerichtete Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht und gleichmäßig zu gewährleisten. Sie hält dabei eine Neustrukturierung der Länderzuständigkeiten im Bereich der Ausgestaltung und Vereinbarung von regionalen Versorgungsstrukturen für erforderlich.

Das Ergebnis der Arbeitsgruppe der Staatssekretäre kann mit Spannung erwartet werden. Auf viele der aufgeworfenen Fragen wird die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl eine Antwort finden müssen.



KJP-Mindestquote: BMG fragt beim G-BA nach

Stellungnahme der BPTK vom 7. April 2009:
www.bptk.de

Am 18. Juni 2009 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), wie die neue gesetzliche 20prozentige Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bedarfsplanung umzusetzen ist. Die beschlossenen Richtlinienänderungen verzögern und behindern eine bessere flächendeckende Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält den G-BA-Beschluss für rechtswidrig und hat sich daher an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt und dafür plädiert, den Beschluss zu beanstanden. Das Ministerium griff diese Bedenken auf und forderte vom G-BA zusätzliche Informationen und eine ergänzende Stellungnahme. Die Beanstandungsfrist wird dadurch unterbrochen. Der G-BA muss jetzt begründen, wie er zu seinen schwer nachvollziehbaren Rege-

lungen gekommen ist, die die gesetzliche Reform eher blockieren als fachlich umsetzen.

Der Gesetzgeber hatte vorgeschrieben, dass mindestens 20 Prozent der niedergelassenen Psychotherapeuten ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln sollen. Der G-BA plant dagegen, auch Psychotherapeuten mit einer doppelten Zulassung auf diese Mindestquote anzurechnen, selbst wenn sie im Schwerpunkt Erwachsene versorgen. Bundesweit arbeiten 576 Psychotherapeuten mit einer doppelten Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Die geplante G-BA-Regelung würde bedeuten, dass bundesweit 288 Praxissitze für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weniger geschaffen werden.

Auch eine Zehn-Prozent-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die der

Gemeinsame Bundesausschuss übergangsweise einführen wollte, widerspricht dem Willen des Gesetzgebers. Eine solche Quote verhindert, dass sich gerade in den unterversorgten ländlichen Gebieten die mangelhafte Versorgung von Kindern und Jugendlichen zügig verbessert. Eine Zehn-Prozent-Hürde vergrößert vielmehr zunächst das Behandlungsangebot in den bereits besser versorgten Städten und Ballungsgebieten.

„Der G-BA ist offensichtlich gerade noch an einer Beanstandung vorbeigeschlittert. Jetzt hat er die Chance, eine schnelle und sachgerechte Regelung zu suchen, die die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher tatsächlich entscheidend verbessert“, urteilt BPTK-Vorstand Peter Lehdorfer. „Neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes sollte er dafür nicht mehr viel Zeit benötigen.“

BVA-Vorschläge zum Morbi-RSA

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat mit seinem aktuellen Entwurf für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) 2010 deutlich gemacht, dass es sein Klassifikationssystem empirisch gestützt und dialogorientiert weiterentwickeln will.

Es hält daran fest, dass bei den meisten Diagnosegruppen sowohl stationäre als auch ambulante Diagnosen Zuschläge auslösen, sodass Fehlanreize für stationäre Aufenthalte vermieden werden. Arzneimittelwirkstoffe werden nur zu einem kleinen Teil zur Validierung ambulanter Diagnosen hinzugezogen, um einseitige Anreize für eine Pharmakotherapie zu verhindern.

Das BVA greift bei der aktuellen Weiterentwicklung die Anregung der BPTK auf, für unspezifische Diagnosen einer depressiven Störung eine eigene Morbiditätsgruppe zu bilden. Unspezifische Diagnosen machen mehr als die Hälfte der Zuordnungen in der Morbiditätsgruppe „Depression und wahnhaftige Störungen“ aus.

Dabei handelt es sich oftmals um sehr leichte Erkrankungen, manchmal lediglich um Verdachtsdiagnosen, die nicht detailliert geprüft werden. Unspezifische Diagnosen sind deshalb mit wesentlich geringeren Kosten verbunden als spezifische.

Das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erarbeitet zurzeit Kodierrichtlinien, welche die Qualität insbesondere der ambulanten Diagnosen verbessern sollen. Verbindliche Kodierrichtlinien mit eindeutigen Kriterien lassen sich sinnvoll jedoch nur für die spezifischen Diagnosen entwickeln. Auf lange Sicht sollten daher nach Auffassung der BPTK ausschließlich spezifische Diagnosen im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Das gilt sowohl für psychische als auch für körperliche Erkrankungen.

Bei demenziellen Erkrankungen wird das BVA, u. a. auf Vorschlag der BPTK, zukünftig weitgehend darauf verzichten, ambulante Diagnosen mittels Arzneimittelverordnungen zu validieren. Damit werden Fehlanreize

für vielfach nicht wirksame medikamentöse Behandlungen weiter abgebaut.

Der jetzige BVA-Entwurf weist aber auch auf grundsätzliche Mängel der bestehenden gesetzlichen Regelungen hin. Die gesetzliche Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten schränkt die Möglichkeiten zu stark ein, die Unterschiede in der Morbiditätsstruktur der Krankenkassen angemessen auszugleichen. Zum anderen werden Erkrankungen, die vorwiegend in einem bestimmten Lebensalter auftreten, systematisch unterbewertet. So droht derzeit die Streichung der ADHS, die überwiegend im Kindes- und Jugendalter auftritt, aus der Liste der berücksichtigungsfähigen Krankheiten, obwohl deren Kostenrelevanz völlig unstrittig ist. Die BPTK plädiert deshalb für eine Gesetzesänderung, die es ermöglicht, dass deutlich mehr als 80 Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden, und die bei der Krankheitsauswahl eine Alters- und Geschlechtsadjustierung vorschreibt.

BPtK-Inside



Institut des Bewertungsausschusses:

www.institut-des-bewertungsausschusses.de

Bundesversicherungsamt:

www.bva.de

Strengere Zulassung von Methylphenidat

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat mit Wirkung vom 1. September 2009 die Zulassung für Arzneimittel mit dem Wirkstoff „Methylphenidat“ (z. B. Ritalin) eingeschränkt. Es setzt damit eine Entscheidung der Europäischen Kommission und das Ergebnis eines europäischen Risikobewertungsverfahrens für Arzneimittel mit Methylphenidat um. Hintergrund sind die massive Über- und Fehlversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Methylphenidat und insbesondere Berichte über teilweise schwere unerwünschte Nebenwirkungen.

Die geänderten Zulassungsbedingungen schreiben vor, dass Methylphenidat nur im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie der Behandlung von ADHS indiziert ist. Es darf erst dann verordnet werden, wenn sich andere therapeutische Maß-

nahmen allein als unzureichend erwiesen haben. Die Entscheidung für eine Behandlung mit Methylphenidat muss auf einer sehr sorgfältigen Einschätzung der Schwere und Dauer der Symptome des Kindes beruhen. Darüber hinaus ist die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchzuführen. Der Arzt, der Methylphenidat über längere Zeit bei Kindern und Heranwachsenden mit ADHS anwendet, hat regelmäßig den langfristigen Nutzen des Arzneimittels für den einzelnen Patienten zu prüfen, indem er das Medikament mindestens einmal im Jahr absetzt.

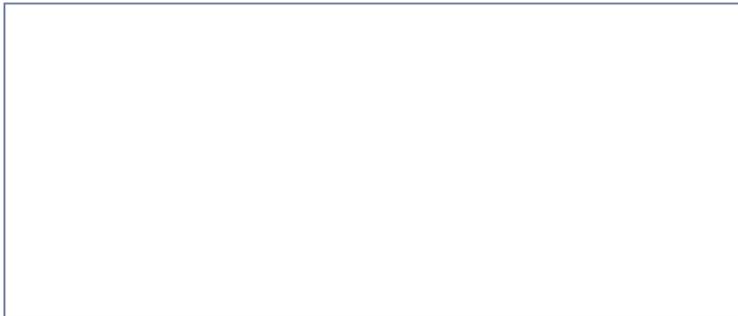
Die Behandlung mit Methylphenidat setzt demnach zum einen die gesicherte, kriterienorientierte Diagnostik einer ADHS und eine entsprechende Schwere und Dauer der Erkrankung vor-

aus. Zum anderen müssen Behandlungsversuche mit anderen Therapieverfahren, wie z. B. Psychotherapie, unternommen worden sein, ohne dass sich ein Therapieerfolg eingestellt hat.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation sind umfassend qualifiziert, Verhaltensstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln. In evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung von ADHS gehört Psychotherapie zu den wesentlichen Maßnahmen. Aufgrund ihrer diagnostischen und Behandlungskompetenzen können Psychotherapeuten die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Methylphenidat beurteilen und damit im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie auch die Aufsicht über die Behandlung mit Methylphenidat übernehmen.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

„Methylphenidat“:
www.bfarm.de



Sektorübergreifende Qualitätssicherung – Vertrag mit AQUA

Gutachten zur Gesundheitsreform

Ende Juni 2009 legte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein Gutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ vor. Thematisiert werden insbesondere die erheblichen Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung und die speziellen Versorgungsanforderungen älterer und alter Menschen (www.svr-gesundheit.de).

Der Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung hat im Juni 2009 ein Diskussionspapier zur „Zukunft des Gesundheitssystems – Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft“ veröffentlicht. Es werden Perspektiven für eine Gesundheitspolitik bis 2020 aufgezeigt (www.fes.de).

Mitte Juli 2009 wurde ein vom Bundesministerium der Finanzen in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten der Wissenschaftler Bert Rürup und Eberhard Wille unter Beteiligung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und des IGES Instituts der Öffentlichkeit vorgestellt. Thema ist vor allem die Stärkung wettbewerblicher Organisationselemente in der gesetzlichen Krankenversicherung (www.bmf.bund.de).

Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) übernimmt in der gesetzlichen Krankenversicherung die neue sektorübergreifende Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) schloss dafür mit AQUA den entsprechenden Vertrag. Dieser Vertrag umfasst auch die Fortführung der bestehenden stationären Qualitätssicherung.

Das Göttinger Institut will in weniger als fünf Monaten ein Methodenpapier für die sektorübergreifende Qualitätssicherung vorlegen. Der Unterzeichnung des Vertrages war eine vergaberechtliche Auseinandersetzung mit dem Mitbewerber, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), vorausgegangen. Die BQS war dabei sowohl vor der Vergabekammer des Bundeskartellamtes als auch vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen unterlegen. „Nach dem zweijährigen Vergabeverfahren und langwierigen Rechtsstreitigkeiten im Anschluss ist die Vertragsunterzeichnung ein Meilenstein“, kommentierte der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess.

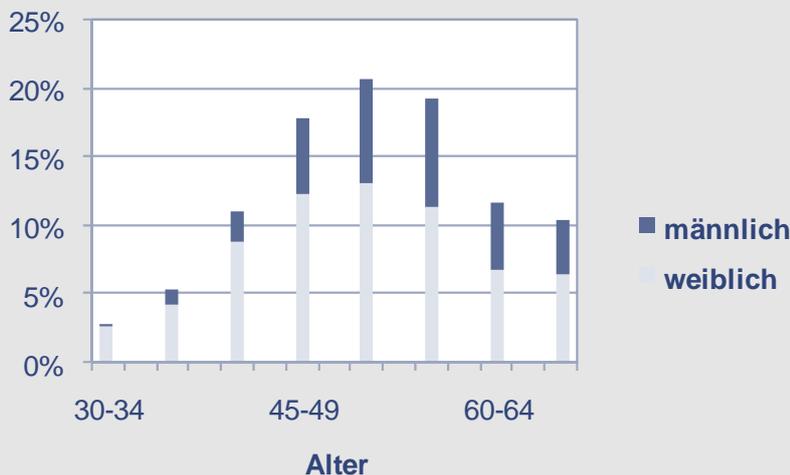
2008: Fünf Prozent mehr Psychotherapeuten

Die Zahl der Psychotherapeuten stieg 2008 um knapp fünf Prozent auf 33.077. Drei Viertel von ihnen sind Psychologische Psychotherapeuten (76,7 Prozent), jeder sechste ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (16,2 Prozent) sowie jeder fünfzehnte doppelapprobiert (7,1 Prozent).

Über die Hälfte aller Psychotherapeuten arbeitet in einer psychotherapeutischen Praxis, weitere 17 Prozent in anderen ambulanten Einrichtungen (im Wesentlichen in Beratungsstellen). Knapp 17 Prozent der Psychotherapeuten sind in einem Krankenhaus, weitere fünf Prozent in einer Rehabilitationseinrichtung beschäftigt.

Zwei Drittel der Psychotherapeuten sind Frauen (65,7 Prozent). Ihr Anteil wird in Zukunft weiter wachsen, denn in den unteren Altersgruppen ist der Frauenanteil deutlich größer als in den oberen und die Psychotherapeutenchaft steht wie die anderen akademischen Heilberufe vor einem Generationenwechsel. Der Altersdurchschnitt der Psychotherapeuten liegt bei 52,7 Jahren. 60 Prozent der Psychotherapeuten sind 50 Jahre und älter.

Robert Koch-Institut,
Themenheft 41:
www.rki.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