

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 4/2009

November
2009

Themen dieser Ausgabe:

- *KJP-Mindestquote*
- *Koalitionsvertrag*
- *Morbi-RSA: ADHS*
- *OPS in Psychiatrie und Psychosomatik*
- *Psychotherapeutenausbildung*

- *BPTK-Dialog „Neuropsychologische Therapie“:
Interview mit
PD Dr. Sebastian Bodenburg*

- *BPTK-Focus:
Berufsunfähigkeitsversicherungen*

- *BPTK-Inside:
Prüfung von
Psychotherapieverfahren
Elektronische Gesundheitskarte*

KJP-Mindestquote in Kraft – G-BA bleibt bei Blockadestrategie

Am 1. Januar 2009 führte der Gesetzgeber eine Mindestquote für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein.

Gesetz: 20-Prozent-Quote

Kinder und Jugendliche erkrankten etwa gleich häufig an psychischen Störungen wie Erwachsene. Da Kinder und Jugendliche etwa 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen, entschied der Gesetzgeber, dass auch mindestens 20 Prozent der Psychotherapeuten in der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln sollen. Diese 20-Prozent-Quote hätte dazu führen müssen, dass sich bundesweit rund 700 Psychotherapeuten zusätzlich niederlassen können, die Kinder und Jugendliche behandeln. Pro Jahr hätten so über 25.000 psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusätzlich therapiert werden können.

Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) war es, für die Umsetzung dieses Gesetzes die Bedarfsplanungs-

Richtlinie zu ändern. Der G-BA interpretierte die gesetzlichen Vorgaben jedoch so, dass sich bundesweit nicht 700, sondern zusätzlich maximal 200 Psychotherapeuten niederlassen können. Dabei haben die Kassen bundesweit für 2010 bereits 40 Millionen Euro für mehr Psychotherapie bereitgestellt. Das Bundesgesundheitsministerium äußerte Zweifel an der Rechtmäßigkeit der G-BA-Regelungen, beanstandete den Beschluss aber letztlich nicht. Damit trat die geänderte Bedarfsplanungs-Richtlinie am 18. November in Kraft.

G-BA: Zehn-Prozent-Quote

Der G-BA kreierte ohne gesetzliche Begründung eine zusätzliche Zehn-Prozent-Quote. Danach müssen in jedem einzelnen Planungsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erst mindestens zehn Prozent der Psychotherapeuten ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, bevor weitere Praxissitze bis zum Erreichen der 20-Prozent-Quote ausgeschrieben werden dürfen. Diese Übergangsregelung soll sicher-

stellen, dass sich zusätzliche Psychotherapeuten zunächst vor allem in Regionen mit einer sehr geringen Versorgungsdichte niederlassen.

Ländliche Regionen benachteiligt

Tatsächlich führt eine Zehn-Prozent-Quote aber dazu, dass kurzfristig vorrangig in gut versorgten städtischen Regionen zusätzliche Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen. In Kernstädten werden nach der Systematik der Bedarfsplanung neunmal so viele Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zugelassen als in ländlichen Regionen. In denen ist die Zehn-Prozent-Quote deshalb fast überall erfüllt. Zusätzliche Praxissitze schafft die Übergangsregelung daher fast ausschließlich in Städten. Nach den gesetzlichen Vorgaben könnten sich z. B. in der KV Nordrhein rund 170 Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, niederlassen. Aufgrund der Zehn-Prozent-Hürde des G-BA bleiben

Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben eine neue Bundesregierung, dessen neuer Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler ist. Noch ist schwierig zu beurteilen, wohin die Reise geht. Die römischen Auguren hatten es manchmal leichter, den Götterwillen zu erkunden, als der heutige Versicherte die Absichten seiner Bundesregierung.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer steht die Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren insbesondere vor einer wichtigen Aufgabe: Sie muss die Unterversorgung von psychisch kranken Menschen beseitigen. Psychisch Erkrankte müssen monatelange auf ihre Behandlung warten, verschleppen daher ihre Krankheiten, landen als Notaufnahmen in den Krankenhäusern und erleiden nach ihrer Entlassung erneut Rückfälle, weil sie keinen ambulanten Behandlungsplatz finden. Deshalb bedarf es erstens einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung, die den tatsächlichen Bedarf abdeckt, und zweitens einer besser abgestimmten und kontinuierlichen Versorgung psychisch kranker Menschen ohne Brüche zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

**Resolution des 15.
Deutschen Psychothera-
peutentages:**
www.bptk.de

Fortsetzung von Seite 1

diese Praxissitze jedoch so lange gesperrt, bis sich in den Städten Bonn, Düsseldorf, Krefeld, Leverkusen und Mönchengladbach zusammen 17 zusätzliche Psychotherapeuten niedergelassen haben.

Doppelzulassungen

Nach dem G-BA-Beschluss sind außerdem Psychotherapeuten mit Doppelzulassungen zu

50 Prozent auf die jeweilige KJP-Quote anzurechnen. Bei diesen Doppelzulassungen handelt es sich um die Sonderregelung einiger KVen für Psychotherapeuten, die sowohl als Psychologischer Psychotherapeut als auch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut approbiert sind. Bundesweit gibt es über 500 Doppelzulassungen. Ein großer Teil dieser Psychotherapeuten behandelt

jedoch ganz überwiegend Erwachsene. Aus Sicht der BPTK ist die Anrechnung von Doppelzulassungen auf die KJP-Quote rechtswidrig. Anders als im G-BA-Beschluss geregelt, schreibt das Gesetz ausdrücklich vor, dass auf die 20-Prozent-Quote nur Psychotherapeuten gerechnet werden dürfen, die „ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen“ (§ 101 SGB V).

Koalitionsvertrag: Zwischen Klientel- und Versorgungspolitik

**Koalitionsvertrag der
Bundesregierung:**
www.bundesregierung.de

Gesundheitspolitik ist nie einfach – unabhängig vom Parteibuch des Ministers. Eine älter werdende Gesellschaft mit mehr chronisch kranken Patienten braucht eine integrierte, berufs- und sektorübergreifend abgestimmte Versorgung. Politische Weichenstellungen für Vergütungs-, Vertrags- und Organisationsformen sind effizient, wenn sie deren Entwicklung fördern. Versorgungspolitik in diesem Sinne steht jedoch nach der Koalitionsvereinbarung nicht oben auf der Agenda des neuen Gesundheitsministers. Immerhin: Die Versorgungsforschung soll systematisch ausgebaut werden. Mehr Wissen zu Qualität und Effizienz der Krankenbehandlung im Versorgungsalltag ist Voraussetzung für die Entwicklung innovativer Versorgungsformen.

Die Koalitionsvereinbarung lässt Ärzte hoffen. Die Gesundheitspolitik will ihnen wieder mehr Freiheiten gewähren. Die neue Bundesregierung plädiert deutlich für Freiberuflichkeit und Niederlassung in ambulanter Einzelpraxis, höhere Hürden für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren und Korrekturen bei der Vergütung. Ein Wermutstropfen für die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfte es allerdings sein, dass die Hausarztverträge (§ 73b SGB V) nicht infrage gestellt wurden. Apotheker müssen die Konkurrenz durch Versandapotheken nicht mehr fürchten. Änderungen des bestehenden Mehr- und Fremd-

besitzverbots plant Schwarz-Gelb auch nicht. Für die Krankenhäuser bleibt im Prinzip alles, wie es ist – zu Selektivverträgen findet sich kein Wort. Das wirft natürlich die Frage auf, ob der Erhalt des Status quo und dazu noch mehr Geld für Leistungserbringer zu wenig Versorgungspolitik, aber zu viel Klientelpolitik ist. Woher das Geld kommen soll, mit dem die steigenden Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden sollen, bleibt im Koalitionsvertrag offen. Wenn sich mehr Steuermittel und steigende Arbeitgeberbeiträge verbieten, kommen als Zahler allerdings nur Versicherte und Patienten infrage.

Auch den Patienten werden neue Freiheiten bei der Wahl der Therapie, des Arztes und der Krankenversicherung versprochen, so der neue Gesundheitsminister. Ein Patientenschutzgesetz ist geplant und die unabhängige Patientenberatung soll ausgebaut werden. Unter der Überschrift „Wahl- und Entscheidungsspielräume“ finden sich Hinweise, dass der Leistungskatalog der GKV flexibler gestaltet werden könnte. Ob sich dahinter das Konzept einer Grund- und Zusatzversorgung oder eines Teil- und Vollkaskomodells verbirgt? Dafür spricht die Absicht der Koalition, die Übertragung des Festbetragsmodells aus dem Arzneimittelbereich auf andere Leistungsbereiche der GKV zu prüfen.

Solche Pläne gefährden die Versorgung der Patienten mit den medizinisch notwendigen Leistungen. Sorgen müssen sich Versicherte, die ein unterdurchschnittliches Einkommen haben und nicht bei bester Gesundheit sind. Denn die Konsequenzen solcher Modelle liegen auf der Hand: Auf ausreichende Versorgung können dann nur noch Patienten hoffen, die sich eine Zusatzversicherung leisten oder die von der GKV nicht gedeckten Kosten selber tragen können. Dies ist aus Sicht der deutschen Psychotherapeuten kein gangbarer Weg. Patienten darf eine notwendige Behandlung nicht vorenthalten werden, weil sie nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügen.

Wie die Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung künftig auf der Finanzierungsseite der GKV gestaltet wird, ist im Detail noch offen und soll durch eine oder zwei Kommissionen präzisiert werden. Wer die letzten Reformen und ihre Kommissionen noch im Gedächtnis hat, erwartet als Ergebnis keinen großen Wurf. Schon die Koalitionäre der vorigen Bundesregierung blockierten sich bei den Beratungen zu einer großen Finanzreform in der GKV gegenseitig. Statt sich in neue ideologische Grabenkämpfe zu verwickeln, sollte die Gesundheitspolitik daher vor allem eines tun: Anreize setzen für eine bessere und effizientere Versorgung der Patienten.

Neuropsychologische Therapie

Interview mit PD Dr. Sebastian Bodenbug

BPtK-Dialog

Die neuropsychologische Therapie gilt als der einzige wirksame Behandlungsansatz bei psychischen Störungen, die hirnganisch bedingt sind. Diese Behandlung wird zurzeit nahezu ausschließlich im Rahmen der Rehabilitation angeboten. Ambulante Versorgungsangebote sind nur im Kostenerstattungsverfahren oder für Selbstzahler zugänglich. Seit 2004 wird die ambulante neuropsychologische Therapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beraten. Nach über fünf Jahren Beratungszeit wird nun eine Entscheidung des G-BA erwartet, welche eine ambulante neuropsychologische Versorgung in Deutschland sicherstellen soll.

Um wie viele Patienten handelt es sich? Im Jahr 2007 wurden in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes etwa 92.000 Fälle mit einer hirnganisch bedingten psychischen Störung erfasst. Das sind knapp 15 Prozent der 620.000 Patienten, die jährlich eine hirnganische Erkrankung erleiden. Zu den häufigsten gehören Schädelhirnverletzungen nach Unfällen sowie Hirninfarkte und -blutungen („Schlaganfälle“); häufig sind auch Hirntumore, Multiple Sklerose und andere entzündliche Erkrankungen des Gehirns.

Welches sind die häufigsten neuropsychologischen Folgen einer Hirnschädigung? Störungen der geistigen Leistungsfähigkeit, emotionalaffektive Störungen und organisch bedingte Verhaltensänderungen erfordern eine neuropsychologische Behandlung. Am häufigsten sind Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Depressionen bei Schlaganfallpatienten sowie verminderte Störungseinsicht und Impulskontrolle, gedankliches Haftenbleiben oder Antriebsarmut.

Was sind die zentralen Behandlungsansätze? Die *restitutive Behandlung* hat zum Ziel, eine beeinträchtigte Leistung weitestgehend wiederherzustellen, z. B.

die Reaktionsschnelligkeit oder die geteilte Aufmerksamkeit, die für das Autofahren und die Bedienung von Maschinen von Bedeutung sind. Die *kompensatorische Behandlung* zielt darauf ab, die einer restitutiven Behandlung nicht mehr zugänglichen Störungen in die Alltagsbewältigung der Patienten einzubeziehen. Dazu gehören u. a. das Erlernen vergrößerter Augenbewegungen zum Ausgleich eines beeinträchtigten Gesichtsfeldes und des Umgangs mit Hilfsmitteln sowie die Veränderung der Umgebungsbedingungen. Die kompensatorische Behandlung unterstützt und begleitet den Patienten darin, mit den Folgen seiner hirnganischen Verletzung zu leben und Erwartungen und Ziele auf die neue Situation abzustimmen.

Die *integrierten Methoden* dienen vornehmlich dazu, komorbide psychische Störungen sowie hirnganisch bedingte Verhaltensänderungen zu behandeln. Dies geschieht z. B. mit Mitteln, die der Lernpsychologie entlehnt, aber an hirnganisch bedingte Veränderungen, z. B. der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, angepasst sind.

Wieso ist psychotherapeutische Kompetenz so wichtig? Während der neuropsychologischen Behandlung wird zwischen den drei genannten Interventionsformen gewechselt, gelegentlich sogar innerhalb einer Therapieeinheit. Dies erfordert eine eigenständige Beurteilung des Behandlungsverlaufs. Zudem können neben organisch bedingten psychischen Störungen weitere psychische Störungen auftreten, da der Anpassungsprozess erst nach dem oftmals plötzlichen Krankheitsereignis einsetzt. So entwickeln sich bei knapp 50 Prozent der Patienten und etwa 40 Prozent der pflegenden Angehörigen drei Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus depressive Episoden. In meiner Krankenhauszeit habe ich Patienten behandelt, die zum Zeitpunkt

des Hirninfarkts stürzten, daraufhin neben kognitiven Störungen eine spezifische Phobie entwickelten und trotz fast intakter Motorik den Rollstuhl kaum noch verlassen konnten. Erst die psychotherapeutische Behandlung „aus einer Hand“ ermöglichte hier einen ökonomischen und erfolgreichen Verlauf. Hinzu kommt die Notwendigkeit der neuropsychologischen Untersuchung, bei der differenzialdiagnostisch auch andere psychische Störungen mit Patienten abzuklären sind und Patienten aufgrund der Konfrontation mit Ihren Defiziten besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt sein können.

Wie wirkt die neuropsychologische Therapie? Für die restitutive Behandlung sind hirnphysiologische Mechanismen in der neurowissenschaftlichen Forschung beschrieben worden. Dazu gehören z. B. die Verschiebung der funktionellen Repräsentation, das kollaterale Wachstum von Nervenfasern oder die Ausbildung neuer synaptischer Verknüpfungen in teilgeschädigten Bereichen des Gehirns. Bei den kompensatorischen und integrierten Methoden kann angenommen werden, dass hier die hirnphysiologischen Mechanismen, die auch dem Lernen zugrunde liegen, wirksam sind.

Wo sehen Sie derzeit die größten Lücken und Defizite? Eine große Lücke besteht in der ambulanten neuropsychologischen Weiterbehandlung. Wegen der langen Krankheitsverläufe kann die Behandlung während des stationären Aufenthalts i. d. R. nicht abgeschlossen werden. Eine weitere maßgebliche Lücke besteht bei der neuropsychologischen Untersuchung, die bei ambulanten Patienten mit Verdacht auf hirnganisch bedingte psychische Störungen indiziert ist. Diese kann sachgerecht derzeit nur stationär erfolgen – bei weitaus höheren Kosten.



PD Dr. Sebastian Bodenbug

Vorstandsbeauftragter der Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) für ambulante Neuropsychologie

ADHS wird weiter im Morbi-RSA berücksichtigt

Stellungnahmen der BPTK vom 14. und 18.08.2009:
www.bptk.de

Festlegungen des BVA vom 30.09.2009 (siehe BPTK-News vom 01.10.2009):
www.bptk.de

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat am 30. September seine Entscheidungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) im Jahr 2010 veröffentlicht. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) werden demnach auch 2010 weiter im Morbi-RSA berücksichtigt. Ursprünglich plante das BVA, ADHS aus der Liste der besonders teuren chronischen und schweren Erkrankungen zu streichen, weil die Ausgaben für ADHS-Patienten knapp unter dem 1,5fachen der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Schwellenwertkriterium) liegen.

Die BPTK hatte in ihrer Stellungnahme deutlich gemacht, dass der Schwellenwert nur geringfügig unterschritten wird und

sich auf eine fehlende Altersadjustierung zurückführen lässt. Unstrittig ist, dass ADHS zu den fünfzig kostenintensivsten Erkrankungen in Deutschland zählt. Da sie aber fast ausschließlich bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert wird, führt eine Bewertung, die von den durchschnittlichen Kosten über die gesamte Lebensspanne ausgeht, zu einer Fehleinschätzung. Schon der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hatte in seinem Gutachten 2007 kritisiert, dass deshalb Krankheiten im Kindesalter „systematisch unterbewertet“ werden.

Positiv ist, dass das BVA den Morbi-RSA im Dialog und empirisch fundiert weiterentwickelt. Es hält daran fest, dass bei den meisten Krankheiten sowohl stationäre als auch ambulante Diagnosen Zuschläge auslösen,

sodass Fehlanreize für einseitig stationäre Behandlungen vermieden werden. Zudem werden Arzneimittelwirkstoffe nur zu einem kleinen Teil zur Validierung ambulanter Diagnosen hinzugezogen (z. B. Schizophrenie und bipolare Störungen). Bei den demenziellen Erkrankungen folgte das BVA dem Vorschlag der BPTK, ganz überwiegend auf Arzneimittelwirkstoffe als Kriterium für Ausgleichszahlungen zu verzichten.

Das BVA hat auch den Vorschlag der BPTK aufgegriffen, diejenigen Diagnosen einer depressiven Störung, die zu unspezifischen Restkategorien gehören (z. B. ICD-10 F31.8, F31.9), in eine eigene Morbiditätsgruppe auszulagern. Unterschiedliche Schweregrade bei depressiven Erkrankungen können so passgenauer ausgeglichen werden.

Transparente Leistungserfassung in Psychiatrie und Psychosomatik

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):
www.dimdi.de

Die Behandlungsleistungen, die Patienten in Psychiatrie und Psychosomatik erhalten, sollten transparent erfasst werden. Das hat die BPTK in der Diskussion um das neue Entgeltsystem für die stationäre Versorgung von psychisch kranken Menschen gefordert. Sie hatte deshalb dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) einen überarbeiteten „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) zur Leistungserfassung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgeschlagen. Bisher ist nicht nachvollziehbar, welche Leistungen ein Patient im Einzelnen erhält, wenn er sich in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus behandeln lässt. Es ist allerdings ein wichtiges Qualitätsmerkmal, ob und wie häufig ein Patient einzel- und gruppentherapeutische Behandlungen erhält.

Leistungskomplexe sind für eine transparente Erfassung nicht

geeignet. In ihnen sind zwar bestimmte Mindestanforderungen formuliert, die einzelnen Leistungen sind aber teilweise untereinander austauschbar. Dies hat zur Folge, dass sich die tatsächlichen Leistungen, die innerhalb ein und derselben Komplexziffer erfasst werden, erheblich unterscheiden können. Außerdem ist die Kodierung über Leistungskomplexe fehleranfällig, da die Behandlungsleistungen, die ein einzelner Patient erhalten hat, nicht immer eindeutig einer Komplexziffer zuordenbar sind.

Nach der nun vom DIMDI veröffentlichten Fassung des OPS werden ärztliche, psychotherapeutische, spezialtherapeutische sowie pflegerische Leistungen wöchentlich getrennt voneinander erfasst. Dabei wird außerdem zwischen verschiedenen Behandlungsbereichen unterschieden. Zusätzlich gibt es Codes zur Erfassung von besonders aufwändigen Leistungen, wie z. B. Kriseninterventionen. Der nun gültige

OPS entspricht in Grundzügen dem BPTK-Konzept, nach dem für die Ermittlung kostenhomogener Patientengruppen zunächst Einzelleistungen und insbesondere die Behandlungsleistungen erfasst werden sollten, die geeignet sind, zwischen verschiedenen Patientengruppen zu unterscheiden.

Anlass für das BPTK-Konzept war das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, das am 25. März 2009 in Kraft trat. Nach dem Gesetz muss für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein neues Entgeltsystem entwickelt werden, das medizinisch unterscheidbare Patientengruppen und ihren unterschiedlichen Behandlungsaufwand abbildet. Die Grundstrukturen des Entgeltsystems sind bis Ende 2009 vom GKV-Spitzenverband, vom Verband der privaten Krankenversicherung und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren.



Resolution des
15. Deutschen
Psychotherapeutentages:
www.bptk.de

Berufsunfähigkeit: Privater Versicherungsschutz bei psychischen Krankheiten gravierend eingeschränkt

Wer seinen Lebensstandard annähernd auch dann sichern will, wenn er seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, muss sich privat versichern. Die privaten Versicherungsunternehmen schränken ihre Angebote jedoch erheblich ein, wenn der Antragsteller psychisch krank war oder ist. Eine telefonische Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) belegt, dass Personen, die sich aktuell oder früher psychotherapeutisch behandeln ließen, keine private Berufsunfähigkeitsversicherung (BU-Versicherung) angeboten bekommen oder gravierende Einschränkungen akzeptieren müssen. „Berufsunfähigkeit ist ein hohes gesundheitliches und finanzielles Lebensrisiko, das viel zu oft nicht ausreichend zu versichern ist und dann schnell in den wirtschaftlichen Ruin führt“, stellt BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter fest. „Der Gesetzgeber muss etwas tun, um diese Versicherungslücke zu schließen.“

Die BPtK-Umfrage bei 45 privaten Versicherern von Berufsunfähigkeit ergab, dass drei Unternehmen einen Vertrag ausschlossen, wenn der Antragsteller aktuell oder früher psychotherapeutisch behandelt worden war. Weitere 33 Anbieter schränkten ihre Leistungen in diesem Fall teilweise gravierend ein. Der Antragsteller muss bei diesen privaten Versicherungsunternehmen nach einer psychotherapeutischen Behandlung „Wartezeiten“ bis zu fünf Jahren in Kauf nehmen, bevor er wieder das Risiko einer BU versichern kann und selbst dann sind seine Chancen auf einen Versicherungsabschluss ungewiss. Neun Anbieter von privaten Berufsunfähigkeitsversicherungen gaben keine Auskunft. „Wir machen immer häufiger die Erfahrung, dass insbesondere jüngere Patienten eine Psychothera-

pie ablehnen oder selbst zahlen, um eine ausreichende Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zu gefährden“, berichtet BPtK-Präsident Richter.

Wer sich privat für den Fall der Berufsunfähigkeit versichern will, muss sich i. d. R. einer Einzelfallprüfung der Versicherungsunternehmen unterziehen. Der Antragsteller muss meist seine Krankengeschichte der letzten fünf Jahre, häufig sogar der letzten zehn Jahre offenlegen. Unvollständige Angaben können später zum Verlust der Versicherungsleistung führen. Die Angaben aus den Antragsformularen werden auch anderen Anbietern zugänglich gemacht. Sie werden in einer zentralen Datenbank der privaten Versicherungswirtschaft („Sonderwagnisdatei“) gespeichert, auf die alle Versicherer zugreifen können.

Einige Versicherer bieten Interessenten eine BU-Versicherung an, wenn diese einem Prämienaufschlag oder einem Ausschluss einzelner Erkrankungen beim Versicherungsabschluss zustimmen. Diese „Lösungen“ werfen jedoch neue Probleme auf. Die Berufsunfähigkeitsversicherung gehört generell zu den teuersten Versicherungsarten; ein zusätzlicher Prämienaufschlag wird viele Interessierten aufgrund der hohen finanziellen Belastung davon abhalten, einen Versicherungsschutz abzuschließen. Geradezu fahrlässig ist das Angebot der Versicherungen, den Versicherungsschutz dann zu übernehmen, wenn einzelne Krankheiten, wie z. B. psychische Erkrankungen, vertraglich ausgeschlossen werden. Kommt es

dann aufgrund einer vorher ausgeschlossenen Erkrankung zur BU, ist der Versicherer von jeder Leistungszusage entbunden, der Versicherte steht trotz möglicherweise jahrelanger Beitragszahlungen ohne finanzielle Absicherung da.

Dabei ist das Risiko für die Versicherten hoch: Psychische Erkrankungen sind inzwischen die häufigste Ursache für eine Erwerbsunfähigkeit. Jede dritte staatliche Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird inzwischen aufgrund einer psychischen Erkrankung gezahlt. „Es ist nicht akzeptabel, dass private Versicherungen das größte Risiko für eine Berufsunfähigkeit grundsätzlich ausschließen können“, kritisiert BPtK-Präsident Richter. Gegen Berufsunfähigkeit kann man sich nur privat versichern, da der Staat den gesetzlichen Schutz mit der Rentenreform 2001 stark eingeschränkt hat.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit



Der 15. Deutsche Psychotherapeutentag forderte daher den Gesetzgeber auf, diese Versicherungslücke zu schließen. Der Zugang zur BU-Versicherung sollte krankheitsunabhängig gestaltet werden. Wenn der Staat die Absicherung allgemeiner Lebensrisiken privatisiert, muss er gleichzeitig dafür Sorge tragen, dass alle Bürger zu akzeptablen Prämien eine entsprechende Versicherung abschließen können.

Perspektiven der Ausbildung

Bericht zum 15. Deutschen Psychotherapeutentag - Diskussion möglicher Reformeckpunkte:

www.bptk.de

Das Psychotherapeutengesetz ist zehn Jahre nach seinem Inkrafttreten reformbedürftig. Änderungsbedarf entsteht insbesondere aufgrund der schlechten Vergütung und nicht gesicherter Qualität während der praktischen Tätigkeit sowie der Notwendigkeit, als Ausbildungszugang den Masterabschluss festzuschreiben. Auf einem zweitägigen Symposium am 22./23. September in Hannover diskutierten deshalb Vertreter aus den Landespsychotherapeutenkammern, Berufs- und Fachverbänden sowie Ausbildungsstätten und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) mögliche Eckpunkte einer Reform. Der BPTK-Vorstand stellte seine „Perspektiven der Psychotherapieausbildung“ zur Diskussion.

erforderlich, die für die spätere Berufstätigkeit notwendig sind. Dazu gehören insbesondere ausreichende Kenntnisse der gestörten und gesunden psychischen Funktionen und Strukturen, über deren biologische und soziale Grundlagen, über soziale Systeme und über Diagnostik, Störungslehre und Veränderungsmodelle. Methodische und fachlich-konzeptionelle Kompetenzen auf dem Niveau eines Masterabschlusses befähigen PiA dabei, neue komplexe Aufgaben- und Problemstellungen zu bearbeiten. Inhalte aus diesen Bereichen müssten den weitaus überwiegenden Teil des Bachelor- und Masterstudiums ausmachen. Der Nachweis dieser Kompetenzen rechtfertigt einen Vergütungsanspruch während der gesamten Ausbildung.

und stationären Settings aktiv in die Versorgung psychisch kranker Menschen eingebunden werden.

Eingeschränkte Behandlungserlaubnis

Eine eingeschränkte Behandlungserlaubnis, die mit Beginn der Ausbildung erteilt wird, schafft für PiA die rechtliche Grundlage für eine Vergütung während der praktischen Tätigkeit. Sie könnte auch die bestehenden Rechtsunsicherheiten und Haftungsprobleme in Bezug auf heilkundliche Tätigkeiten von Ausbildungsteilnehmern beheben.

Erweiterte Befugnisse

Psychotherapeuten verfügen heute schon über Qualifikationen, die sie sozialrechtlich nicht anwenden können. Dazu gehören die Verordnung von Heilmitteln wie z. B. Logopädie oder Ergotherapie, das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Einweisung in ein Krankenhaus sowie die Klarstellung im § 107 Abs. 1 SGB V zur Übernahme von Leitungsfunktionen in stationären Einrichtungen. Psychotherapeuten sollten zehn Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes endlich die entsprechenden sozialrechtlichen Befugnisse erhalten. Ihre politische Durchsetzung sollte jedoch von der Debatte um die Zukunft der Ausbildung abgekoppelt werden.

Man sei miteinander ins Nachdenken gekommen, stellte BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter am Ende des Symposiums fest. Aus dem Nachdenken erwachse die Bereitschaft, Reformoptionen mit weniger Vorbehalten und nicht ausschließlich entlang der eigenen Berufs-, Verfahrens- oder Verbandszugehörigkeit zu begegnen. Voraussetzung einer Ausbildungsreform sei aber letztlich eine Verständigung der Profession auf eine gemeinsame Position. Für die Debatte auf dem 15. DPT wurden die diskutierten Kernstücke einer Reform in einem Eckpunktepapier zusammengefasst.

Master jetzt!

Bei Psychologischen Psychotherapeuten ist bundesweit der Masterabschluss Standard. Anders ist dies bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Acht der 16 Landesbehörden halten bei Absolventen (sozial-)pädagogischer Studiengänge einen Bachelorabschluss für ausreichend als Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung.

Nach dem Psychotherapeutengesetz ist bei (sozial-)pädagogischen Studiengängen ein Fachhochschulabschluss ausreichend, um zur KJP-Ausbildung zugelassen zu werden. Nach Beschluss der Kultusministerkonferenz entsprechen Bachelor- den Fachhochschulabschlüssen. Ein Masterabschluss erhöhe daher unangemessen die Zugangsvoraussetzungen und verstoße damit gegen Art. 12 Grundgesetz der freien Berufswahl, stellte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) noch 2006 fest.

In einem Schreiben an die Bayerische Landesregierung befand das BMG in diesem Jahr, dass letztlich die Länder darüber zu entscheiden hätten, ob ein Bachelor- oder Masterabschluss für eine KJP-Ausbildung notwendig ist, bundesweit einheitliche Regelungen anzustreben seien. Das Bayerische Sozialministerium hat daraufhin den Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung für die PP- und die KJP-Ausbildung vorgeschrieben.

Kompetenzen an der Hochschule

Studienreformen infolge des Bologna-Prozesses haben zu einer uneinheitlichen Zulassung zur Psychotherapieausbildung (siehe Kasten) und zu einer großen inhaltlichen Heterogenität der Abschlüsse in Psychologie und (Sozial-)Pädagogik geführt. Um eine allgemeine Mindestqualifikation für die Psychotherapieausbildung sicherzustellen, ist eine konkrete Benennung der akademischen Kompetenzen

Die altersspezifischen Kompetenzen wirken sich erst bei der Zulassung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die jeweils andere Spezialisierung kann grundsätzlich von allen Approbierten zu einem späteren Zeitpunkt erworben werden. Qualitativ und inhaltlich klar definierte praktische Elemente der Ausbildung sollen nicht mehr als „praktische Tätigkeit“, sondern als „praktische Ausbildung“ bezeichnet werden, wobei Ausbildungsteilnehmer in ambulanten

G-BA überprüft Psychotherapieverfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der erneuten Überprüfung der Psychotherapieverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begonnen. Am 2. Juli 2009 hat er deshalb das Beratungsthema „Überprüfung der Richtlinienverfahren“ veröffentlicht und dazu aufgefordert, bis zum 11. November zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Verhaltenstherapie anhand von zwei Fragenkatalogen Stellung zu nehmen. Die Fragen des G-BA betreffen insbesondere die Definition der Verfahren einschließlich ihrer Methoden und Techniken sowie die Belege dafür, dass die Verfahren wirksam, medizinisch notwendig und wirtschaftlich sind.

Überprüfung überflüssig

Die BpTK hält die erneute Überprüfung der Richtlinienverfahren für überflüssig. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie sind anerkannte und bewährte Verfahren. Der G-BA sollte zugelassene Behandlungsmethoden nur dann überprüfen, wenn begründete Hinweise deren Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit infrage stellen. Das ist bei den zugelassenen Psychotherapieverfahren nicht der Fall. Aktuelle evidenzbasierte Leitlinien betonen vielmehr, dass Psychotherapie wirksam und unverzichtbar ist. Auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) hat daran nie einen Zweifel aufkommen lassen.

Der G-BA, der die Leistungen der GKV für mehr als 70 Millionen Versicherte festlegt, begründet seine Entscheidung damit, dass er die Gesprächspsychotherapie nach einem neuen Bewertungsverfahren anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin abgelehnt habe. Aus Gerechtigkeitsgründen wolle er nun auch die bereits anerkannten Psychotherapieverfahren diesem Bewertungsverfahren unterzie-

hen. „Die Entscheidung des G-BA reiht sich damit in eine Reihe von Entscheidungen, bei denen der G-BA über seinen gesetzlichen Auftrag hinausgeht“, kritisiert BpTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. „Dies ist auch bei seiner eigenwilligen Interpretation der 20-Prozent-Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu beobachten.“

Wirksam und medizinisch notwendig

Die BpTK hat mit Experten aus dem WBP sowie den betroffenen Fachgesellschaften und Landespsychotherapeutenkammern ausführliche Stellungnahmen erarbeitet. Wie schon der WBP kommt die BpTK in ihren Stellungnahmen zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der Richtlinienverfahren für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen belegt ist und diese damit das neue Schwellenkriterium erfüllen. Ebenso unstrittig ist, dass diese psychotherapeutischen Verfahren medizinisch notwendig sind. Die meisten psychischen Erkrankungen nehmen, insbesondere wenn sie nicht behandelt werden, einen chronischen Verlauf. Psychotherapie ist bei psychischen Erkrankungen i. d. R. die Behandlungsmethode der ersten Wahl und mögliche Behandlungsalternativen gehen mit z. T. erheblichen Nebenwirkungen einher.

Eine Psychodynamische Psychotherapie

Bei den Beratungen der BpTK mit den Fachgesellschaften und Experten aus der Psychotherapieforschung wurde deutlich, dass die bisherige Abgrenzung von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie nicht mehr dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Die Trennung der psychoanalytisch begründeten Verfahren in zwei getrennte Verfahren ist international nicht üblich und nur in Deutschland mit der Integration der Psychotherapie in den Leistungskatalog der

GKV entstanden. Diese Auffassung hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bereits in seiner Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie vom 11. November 2004 vertreten. Die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie liefern gemeinsam einen kon-

BpTK-Inside



Klarstellungen zur eGK

Die schwarz-gelbe Bundesregierung will den Basis-Rollout, der in der KV Nordrhein bereits begonnen hat, nicht kippen. Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler sicherte dies NRW-Arbeitsminister Karl-Josef Laumann in einem Brief zu. Nachdem in den Presseberichten zunächst von einem „Moratorium“ bei der Einführung des neuen Krankenversicherungsausweises berichtet wurde, ist davon in der endgültigen Koalitionsvereinbarung nicht mehr die Rede. Die neue Regierungskoalition spricht sich für eine Bestandsaufnahme aus, „bei der Geschäftsmodell und Organisationsstrukturen der gematik überprüft und neu bewertet werden“. Die Einführung der Karte selbst stehe nicht zur Debatte, präzisierte Rösler. KBV, BÄK, DKG, BZÄK und KZBV erklärten als Trägerorganisationen der gematik, dass „jetzt der richtige Zeitpunkt sei, über eine Neuausrichtung nachzudenken“. Es sei heute schon evident, dass „nicht nur die Strukturen der Zusammenarbeit“ geändert werden müssten. In diese Debatte werden sich auch die Psychotherapeuten einbringen. Praktisch kommt es zu weiteren Verzögerungen bei der eGK. Die Testphasen mit 100.000 Versicherten beginnen frühestens 2011. Ein Termin für den Online-Rollout steht noch nicht fest.

zeptuellen Rahmen für eine einheitliche Psychodynamische Psychotherapie mit gemeinsamen Persönlichkeits-, Entwicklungs- und Krankheitstheorien einschließlich der Theorie der Behandlung. Systematische Unterschiede zwischen beiden Verfahren lassen sich nicht identifizieren.

Die BpTK hat sich deshalb dafür ausgesprochen, dass der G-BA beide Verfahren als Psychodynamische Psychotherapie definiert und gemeinsam bewertet auch mit der Konsequenz, dass künftig, wie vom WBP empfohlen, die Fachkunde in Psychodynamischer Psychotherapie erworben wird. Im Rahmen der Aus- bzw. Weiterbildung in Psychodynamischer Psychotherapie müsste dann auch ein breites Spektrum an Methoden und Techniken der Psychodynamischen Psychotherapie gelehrt werden.

BpTK-News:
www.bptk.de

Keine Psychopharmaka für Gesunde

Psychotrope Substanzen sind keine Mittel zum Gehirndoping ohne Nebenwirkungen. „Psychoaktive Arzneimittel bei Gesunden einzusetzen oder freiverkäuflich zu vertreiben, ist unverantwortlich“, warnte Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), auf der Pressekonferenz zum 15. Deutschen Psychotherapeutentag am 11. November in Berlin. „Arzneimittel sollten aufgrund ihrer Nebenwirkungen nicht ohne medizinische Notwendigkeit eingenommen werden.“ Die Risiken eines unkontrollierten und langfristigen Konsums von Methylphenidat und Modafinil seien noch gar nicht abschätzbar. „An der Rezeptpflicht für psychotrope Substanzen darf nicht gerüttelt werden“, forderte BPtK-Präsident Richter.

Insgesamt existieren keine stringenten Hinweise dafür, dass diese Psychopharmaka die kognitive Leistungsfähigkeit von

Gesunden steigern. „Selbst wenn es Mittel gäbe, die solche Wirkungen nachweisen, bedeutet eine bessere Konzentrations- oder Merkfähigkeit nicht automatisch eine verbesserte intellektuelle Leistungsfähigkeit“, stellte BPtK-Präsident Richter fest. „So kann eine größere Entscheidungsgeschwindigkeit gleichzeitig eine geringere Präzision der Informationsverarbeitung oder eine mangelhafte analytische Tiefe bedeuten.“ Insgesamt unterstützen die psychotropen Substanzen die Neigung, nicht mehr aus eigener Kraft seine Situation zu verbessern, sondern sich auf ein Medikament zu verlassen. „Das heimliche Versprechen dieser Psychopharmaka lautet, dass ein Leben dank Pillen besser gelingt“, kritisierte Richter. „Der freie Verkauf von psychotropen Substanzen würde Persönlichkeiten fördern, die sich nicht mehr auf ihre eigenen Kräfte verlassen können oder kein Gespür mehr für ihre Grenzen besitzen.“



Die Mitgliedstaaten der europäischen Union stellen sehr unterschiedliche Anforderungen an die Qualifikation psychotherapeutischer Leistungserbringer. Das Ständige Komitee des Europäischen Psychologenvverbandes EFPA (European Association of Psychologists' Associations) arbeitet daher an einer Richtlinie zur europaweiten Anerkennung psychotherapeutischer Zusatzqualifikationen von Psychologen, um konkrete Mindeststandards für die Qualifikation psychotherapeutisch tätiger Psychologen zu erstellen.

Die Föderation von Deutscher Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und vom Berufsverband Deutscher Psycho-



logen (BDP) hat im Zuge einer turnusgemäßen Neubesetzung BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter als Rep-

räsentanten Deutschlands in das EFPA-Committee on Psychotherapy entsandt. In Deutschland sind alle als Psychotherapeuten approbierten Psychologen Mitglied einer Landespsychotherapeutenkammer. Föderation und BPtK hatten daher eine Kooperation vereinbart, die die BPtK in die Arbeit der Föderation einbezieht, wenn es um nationale oder internationale Belange der Psychotherapie geht.

NVL Depression vorgestellt

Nach einem vierjährigen Beratungsprozess und einer abschließenden Konsultationsphase wurde am 8. Oktober 2009 die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Depression konsentiert und während des diesjährigen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde der Öffentlichkeit vorgestellt. Die NVL Depression dokumentiert die herausgehobene Rolle der Psychotherapie bei der Behandlung von Menschen mit einer depressiven Störung. Die Leitlinie muss jetzt in der Versorgung psychisch kranker Menschen umgesetzt werden, damit die Patienten auch wissenschaftlich überprüfte, wirksame und angemessene Behandlungen erhalten.

Die Kernempfehlungen der NVL Depression zur Psychotherapie lauten:

- bei akuten leichten depressiven Episoden alleinige Psychotherapie,
- bei akuten mittelschweren depressiven Episoden alleinige Psychotherapie oder alternativ Pharmakotherapie,
- bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie,
- bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression eine Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psycho- oder Pharmakotherapie.

NVL Depression:

www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression

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