

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 1/2007

Februar
2007

Themen dieser Ausgabe:

- *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*
- *Elektronische Gesundheitskarte*
- *Bundesgesundheitsurvey*
- *EU-Berufsanerkennungsrichtlinie*
- *Kinder und Jugendliche*

- **BPTK-Focus:**
Fachtagung Bertelsmann

- **BPTK-Inside:**
WBP-Methodenpapier

Großbaustelle Gesundheitswesen

Auf der ständigen Großbaustelle Gesundheitswesen steht wieder einmal ein Bauabschnitt vor dem Abschluss. Vier neue Gebäudekomplexe nehmen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Gestalt an. Das Prestigeprojekt „Sicherung der Finanzierung der GKV“ ist baufällig und wartet auf die Fertigstellung in der nächsten Reform. Hinter den Erwartungen zurück bleibt auch die Modernisierung der privaten Krankenversicherung. Portabilität der Alterungsrückstellungen und damit echter Wettbewerb im Interesse der PKV-Versicherten: Fehlanzeige!

PKV für psychisch Erkrankte

Immerhin, die Gesundheitspolitik beabsichtigt eine Versicherungspflicht für alle. Ab 1. Januar 2009 muss jeder krankenversichert sein. Das ist ein erster Schritt zum Abbau der Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der privaten Krankenversicherung. Ab dem 1. Juli 2007 kann jeder zunächst den bereits bekannten Standardtarif und ab

2009 einen neuen „Basistarif“ der PKV in Anspruch nehmen. Beim Basistarif sind weder Risikoprüfung noch Risikozuschläge vorgesehen, auch nicht für psychisch Erkrankte.

Krankenkassen kernsaniert

Die lautesten Bauarbeiten fanden auf der dritten Baustelle statt: der „Organisationsreform der GKV“. Die Altbausanierung war gründlich: ein zentraler Gesundheitsfonds, der allen Krankenkassen gleiche Einnahmen je Versicherten je nach Morbidität beschert; ein Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der bisher einflussreiche Krankenkassenvorstände überflüssig macht, und Fusionen zwischen Krankenkassen, die nicht mehr vor Kassenarten halt machen.

Verschärfter Vertragswettbewerb

Sehr aktiv waren die Modernisierer auch im vierten Bauabschnitt, der für die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern ein neues Fundament schuf. Neben das Kollektivvertragssystem, das

der Abrissbirne namens Wettbewerb immer weniger standhält, tritt jetzt ein Selektivvertragssystem, in dem beispielsweise Hausärzte gegen Fachärzte ausgespielt werden können - eine schöne neue Vertragswelt, von der erst die Zukunft zeigen wird, ob sie auch die Versorgung der Patienten verbessert.

Vergütung je Zeiteinheit

Für Psychotherapeuten sind einige Details von großer Bedeutung. Bei der Vergütungsreform bleibt es bei der Einzelleistung und einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit. Die arztbezogene Begrenzung der Leistungsmenge durch Regelleistungsvolumen soll auf die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nicht angewendet werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, psychotherapeutische Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu honorieren. Die Gesundheitspolitiker folgen damit der BPTK-Argumenta-

Weiter auf Seite 2

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

ab und zu müssen Politiker wohl beweisen, dass sie tatkräftig Missstände beseitigen. Was in der Gesundheitsreform nicht ganz gelang, soll jetzt in der Familienpolitik vorgeführt werden: Der Staat ist handlungsfähig.

Grausame Fälle von Kindestötung und -misshandlung haben die Politiker zu der Auffassung gebracht, dass Zwangsvorsorgeuntersuchungen helfen. Was aber, wenn die Sache gar nicht so einfach ist? Was, wenn es noch nie eine gute Idee war, aus Ärzten eine Erziehungspolizei zu machen? Was, wenn i. d. R. Kinder und Eltern in Notlagen stecken und vor allem wirksame Unterstützung brauchen? Was, wenn die Eltern, die ihre Kinder vernachlässigen, mit den geplanten Kontrollen gar nicht erfasst werden?

Das Deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin stellte jetzt noch einmal klar, dass es keine Belege dafür gibt, dass verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt ein wirksamer Schutz gegen Vernachlässigung und Gewalt sind. Nachgewiesen ist, dass aufsuchende Fürsorge von Hochrisikofamilien durch ausgebildetes Personal hilft. Die Familienpolitik wäre gut beraten, auf den Rat der Fachleute zu hören.

Prof. Dr. Rainer Richter

Elektronische Gesundheitskarte: Start der 10.000er-Testphase



www.die-gesundheitskarte.de

Am 11. Dezember wurden in Flensburg (Schleswig-Holstein) an 10.000 Versicherte die ersten elektronischen Gesundheitskarten (eGK) ausgegeben. Als Leistungserbringer sind dort 25 Arztpraxen und zwei Krankenhäuser an dem Test beteiligt. Die restlichen sieben Testregionen folgen im Laufe der nächsten Monate.

Die Federführung der Tests liegt bei den Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer und Krankenkassen in den Bundesländern. In den meisten Arbeitsgemeinschaften sitzen die Landespsychotherapeutenkammern mit am Tisch. Einige bereiten sich darauf vor, in den abschließenden 100.000er-Tests den Heilberufsausweis, den auch Psychotherapeuten erhalten, mit zu prüfen.

Die eGK für die Versicherten ist nur ein kleiner Teil des neuen komplexen Kommunikationssystems, das im deutschen Gesundheitssystem geschaffen wird. Um

die Karte mit all ihren Funktionen flächendeckend einführen zu können, muss die erforderliche Hard- und Software gründlichen Tests unterzogen werden. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die neue Versichertenkarte in den Praxen reibungslos zusammen mit dem Heilberufsausweis und den Geräten funktioniert, mit denen die Karten gelesen und die Verbindung zu den Servern der Telematikinfrastruktur hergestellt werden.

Anders, als ursprünglich geplant, werden die Karten in der kommenden Testphase offline betrieben, d. h. ohne direkte Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Konkret bedeutet dies, dass die neue Gesundheitskarte in der jetzigen Testphase lediglich genutzt wird, um die Stammdaten der Versicherten auszulesen. Die eGK kann damit noch nicht mehr als die aktuelle Krankenversichertenkarte (KVK). Es ist noch nicht möglich, die eGK zu

beschreiben. Die beteiligten Leistungserbringer erhalten so genannte Multifunktionsterminals, die sowohl die Daten der eGK als auch der KVK lesen können und somit eine nahtlose Integration der Testkarten in den Praxisalltag ermöglichen sollen.

In einem nächsten Schritt sollen dann das elektronische Rezept und der Notfalldatensatz des Versicherten auf der elektronischen eGK erprobt werden. Voraussichtlicher Beginn hierfür ist der Mai 2007. Zugleich werden in den Psychotherapeutenkammern die Folgen der Einführung dieser neuen Technologien für die Patientenversorgung kritisch betrachtet. Eine unreflektierte Übernahme der zurzeit diskutierten technischen Konzepte entspricht nicht dem Anspruch der Psychotherapeutenchaft. Die Gremien der BPTK und der Landespsychotherapeutenkammern werden sich mit diesen Fragen schwerpunktmäßig befassen.

Fortsetzung von Seite 1

tion, dass mit den ICD-10-Diagnosen der Behandlungsaufwand für psychische Erkrankungen nicht ausreichend abgebildet werden kann.

G-BA: Psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen

Im wichtigsten Gremium des Gemeinsamen Bundesausschusses können künftig je nach Thema Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten als KBV-Vertreter sitzen. Psychotherapeuten sollen mitentscheiden, wenn es um Psychotherapie geht. Die BPTK hatte eine solche Regelung in den Beratungen zum GKV-WSG gefordert.

Fortbildungspflicht

Im stationären Sektor wird die bestehende Fortbildungspflicht für Fachärzte um die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweitert. Die

BPTK erhält bei der Gestaltung der Fortbildungspflicht ein Anhörungsrecht.

Kein Sanierungsbeitrag für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung psychisch kranker Menschen im stationären Bereich hat der Gesetzgeber psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser (0,5 Prozent Abschlag von der Krankenhausrechnung) ausgenommen.

Wandel als Chance

Das GKV-WSG wird mehr verändern, als vielen lieb ist. Der modernistische Baustil schreckt manche ab. Ob die Reformen tatsächlich eine bessere Gesundheitsversorgung ermöglichen, erweist sich erst in den nächsten Jahren. Selektivverträge beispielsweise können die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Ob

dies Realität wird, hängt aber wesentlich von der Gestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab. Entscheidend wird sein, ob es Psychotherapeuten gelingt, die zukünftige Vertragslandschaft mitzugestalten. Psychotherapeuten brauchen deshalb klare Zielvorstellungen und eine Strategie, wie sie diese erreichen können.

Etwas anderes hat diese Gesundheitsreform allerdings auch nochmals deutlich gemacht: Wer sich nicht verändert, wird verändert. Die Psychotherapeuten sind ein relativ kleiner Fisch im Haifischbecken der Gesundheitspolitik. Doch auch kleine Fische haben eine Zukunft, wenn sie ihre Chancen zu nutzen wissen.

Inzwischen hören die Arbeiten auf der Baustelle Gesundheitswesen keineswegs auf: Die nächsten Projekte heißen: Reform der Pflegeversicherung und zweiter Anlauf zu einem Präventionsgesetz.

Psychotherapeutische Versorgungsrelevanz: Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey

Der Begriff Versorgungsrelevanz spielt bei der Anerkennung der Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale Rolle. Der folgende Bericht gibt einen kurzen Überblick über seine verschiedenen Dimensionen. Eine ausführlichere Darstellung sowie die Diskussion der verschiedenen methodischen Probleme erfolgt in einer gesonderten Publikation.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verlangt für die Zulassung eines psychotherapeutischen Verfahrens in der GKV, dass die Wirksamkeit vor allem bei den psychischen Erkrankungen nachgewiesen ist, mit denen die „meisten Patienten“ in eine psychotherapeutische Behandlung kommen. Der G-BA spricht hierbei als Richtgröße von mindestens „60 Prozent der Patienten“.

Das so definierte Kriterium der Versorgungsrelevanz soll es sehr wahrscheinlich machen, dass ein Patient, der sich an einen Vertragspsychotherapeuten wendet, mit nachweislich wirksamen Verfahren behandelt wird. In seinem Beschluss zu den Psychotherapierichtlinien vom 20. Juni 2006 verlangte der G-BA, dass die Wirksamkeit bei den „drei bevölkerungsepidemiologisch häufigsten psychischen Störungen“ nachgewiesen sein muss.

Bundesgesundheitsministerium

Das Bundesgesundheitsministerium beanstandete den G-BA-Beschluss. Es schloss sich der BPtK-Argumentation an, dass eine bevölkerungsepidemiologische Definition der Versorgungsrelevanz nicht ausreicht. Das Konzept der Versorgungsrelevanz müsse insbesondere auch den Schweregrad (z. B. psychosoziale Beeinträchtigungen, Chronizität) sowie die Gründe berücksichtigen, weshalb Patienten in der klinischen Praxis einen Psychotherapeuten aufsuchen (versorgungs-epidemiologische Dimension).

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) empfiehlt ein Verfahren zur vertieften Ausbildung, wenn es bei einer gewissen Breite von Anwendungsbereichen wirksam ist. Bei Erwachsenen fordert er, dass entweder bei mindestens „vier von acht klassischen Anwendungsbereichen“ oder bei „fünf von insgesamt zwölf Anwendungsbereichen“ seine Wirksamkeit belegt ist.

Daten des Bundesgesundheitsurveys

Die BPtK hat die Daten des deutschen Bundesgesundheitsurveys (BGS) ausgewertet, um zu einer empirisch fundierten und multidimensionalen Definition des Konzeptes Versorgungsrelevanz zu gelangen.

Die BGS-Daten erlauben eine Analyse, bei welchen psychischen Störungen Patienten in den letzten zwölf Monaten oder seit ihrer Geburt („Lifetime“) psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Von 4.181 Personen hatten 124 in den zwölf Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Psychotherapeuten ambulant konsultiert. Bei rund 80 Prozent (88 Personen) konnte mindestens eine der im BGS untersuchten psychischen Störungen diagnostiziert werden. Insgesamt hatten bislang 533 Personen wegen einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen (Lifetime).

Die 12-Monatsprävalenzdaten erlauben zwei unterschiedliche Auswertungen: Zum einen bezogen auf alle Personen, die in den vergangenen zwölf Monaten zu einem Psychotherapeuten gingen, zum anderen auf diejenigen, bei denen zugleich eine psychische Störung diagnostiziert wurde.

Anwendungsbereich/ Diagnose(-gruppe)	12- Monats- Prävalenz	Diagnosehäufigkeit (%) der Psychoth. in Anspruch nehmenden Patienten (12- Monatspräva- lenz; N=124)	Diagnosehäufigkeit (%) der Psychothera- pie in An- spruch neh- menden Patienten (lifetime; N=533)
Substanzstörungen (F1) (o. Nikotinabhängigkeit)	4,5	14,4	21,4
Mögliche psychotische Störungen (F2)	2,6	15,2	14,1
Affektive Störungen (F3)	11,9	42,2	43,6
Angststörungen (F40-42)	14,5	40,8	36,9
Somatoforme Störungen (F45)	11,0	27,5	32,0
Essstörungen (F50)	0,3	1,7	2,8
Psychische Störung auf- grund eines med. Krank- heitsfaktors (F06)	1,3	4,1	5,6
Irgendeine psych. Störung	31,0	70,9	77,3

Tabelle 1:
12-Monats- und Life-
time-Prävalenzen von
DSM-IV-Diagnosen

Affektive und Angststörungen waren nach jeder der beiden Berechnungen überdurchschnittlich häufig. Bezogen auf alle Personen, die einen Psychotherapeuten aufsuchten, machten sie jeweils mehr als 40 Prozent der psychischen Störungen aus (s. Tabelle 1). Somatoforme Störungen lassen sich bei einem Viertel der Patienten feststellen, substanzbezogene Störungen und die Verdachtsdiagnose einer psychotischer Störungen bei jeweils 15 Prozent. Legt man der Berechnung allein die Personen zugrunde, bei denen überhaupt eine Störung diagnostiziert wurde, beträgt der Anteil der affektiven und Angststörungen sogar jeweils über 50 Prozent. Die Ergebnisse der Lifetime-Analysen bestätigen diese Anteile.

Komorbiditäten

Der BGS erlaubt auch eine Analyse der Komorbidität psychischer Störungen zum einen bei den Patienten, die in den vergangenen zwölf Monaten einen Psychotherapeuten aufsuchten, zum anderen bei den 1.296 Personen, bei denen für die letzten 12 Monate eine psy-

EU-Berufsanerkennungsrichtlinie: BMG legt Referentenentwurf vor

http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/de/oj/2005/l_255/l_255_20050930de00220142.pdf

Was passiert, wenn eine Psychotherapeutin aus Deutschland in Frankreich oder ein Psychotherapeut aus Österreich in Deutschland arbeiten möchte? Diese Frage regelt die „EU-Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen“, die jetzt in deutsches Recht umgesetzt werden muss.

Anfang Dezember legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf dazu vor. Die EU-Richtlinie gilt für alle abhängig Beschäftigte oder Selbständige (inkl. freie Berufe), die einen reglementierten Beruf in einem anderen Staat ausüben wollen als dem, in dem sie ihre Berufsqualifikationen erworben haben. Dabei gibt es unterschiedliche Regelungen für eine

dauerhafte Niederlassung einerseits und eine vorübergehende und gelegentliche grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen andererseits. Letztere erbringen Psychotherapeuten, die ihren Praxissitz nahe an einer Landesgrenze haben und hin und wieder einen Patienten aus dem anderen Land behandeln.

Die BPTK sieht noch Regelungsbedarf insbesondere bei Psychotherapeuten aus anderen EU-Staaten, die lediglich vorübergehend und gelegentlich in Deutschland arbeiten. Für sie sind grundsätzlich zwei berufsrechtliche Anbindungen denkbar: Sie könnten bei einer deutschen Psychotherapeutenkammer entweder eine „automatische vorübergehende

Eintragung“ oder eine „Proforma-Mitgliedschaft“ erhalten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich für eine Proforma-Mitgliedschaft ausgesprochen. Diese kann jedoch nur in den Heilberufsgesetzen der einzelnen Bundesländer festgeschrieben und nicht in einem Bundesgesetz geregelt werden. Eine bundesweite einheitliche Regelung ist also voraussichtlich nicht erreichbar. Außerdem ergeben sich aus der Pro-forma-Mitgliedschaft finanzielle Lasten für die Psychotherapeutenkammern, da sie für diese EU-Mitglieder u. a. disziplinarrechtliche Aufgaben wahrnehmen müssten, ohne dafür Mitgliedsbeiträge erheben zu können.

Fortsetzung von Seite 3

chische Störung diagnostiziert wurde. Fast 90 Prozent von ihnen hatten entweder eine affektive, Angst- oder somatoforme

entweder eine Angst-, somatoforme oder substanzbezogene Störung feststellen (siehe Tabelle 2).

Schweregrad

Da im Rahmen des BGS kein einheitliches Maß des Schweregrades erhoben wurde, muss an dieser Stelle auf die Daten der National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R) zurückgegriffen werden. In dieser Studie wurden 45 Prozent der Fälle mit einer affektiven Störung als „schwer“ klassifiziert im Vergleich zu 30 Prozent der Fälle mit einer substanzbezogenen Störung und 23 Prozent der Fälle mit einer Angststörung. Psychotische Störungen wurden per se als „schwer“ klassifiziert, während somatoforme Störungen in dieser Untersuchung nicht erfasst wurden.

Fazit

Bei Berücksichtigung der Dimensionen Bevölkerungs- und Versorgungsepidemiologie sowie Schweregrad kommen den affektiven Störungen und mit leichten Abstrichen den Angststörungen eine besonders hohe Versorgungsrelevanz zu. Somatoforme, substanzbezogene

und psychotische Störungen können einer Kategorie der mittleren Versorgungsrelevanz zugeordnet werden. Somatoforme Störungen sind relativ häufig, während substanzbezogene Störungen, bei oftmals chronischem Verlauf, häufig schwerwiegend sind. Psychotische Störungen sind zwar seltener, jedoch durch eine sehr hohe Beeinträchtigungsschwere gekennzeichnet.

Für die Ausgestaltung der Psychotherapierichtlinien legen die BSG-Daten nahe, dass ein psychotherapeutisches Verfahren mindestens bei affektiven und Angststörungen nachweislich wirksam sein sollte. Zusätzlich könnte gefordert werden, dass die Wirksamkeit bei mindestens einer psychischen Störung mittlerer Versorgungsrelevanz zu belegen ist. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass u. a. posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen mit Beginn der Kindheit nicht im BGS erfasst wurden und ggf. hierbei noch mit einzubeziehen sind.

Tabelle 2:

12-Monatsprävalenzraten für aggregierte Diagnosegruppen

Kombination von Diagnosegruppen	Anteil (%) der Personen mit mindestens einer dieser Diagnosen (bezogen auf alle Personen mit einer 12-Monats-Diagnose; N=1296)	Anteil (%) der psychotherapeutisch behandelten Patienten mit mindestens einer dieser Diagnose (N=124)
Affektive und Angststörungen	68,0	56,8
Affekt. u. somatof. Störungen	63,5	55,4
Angst- u. somatof. Störungen	70,0	52,1
Affektive, Angst- und somatoforme Störungen	87,6	65,7
Affektive, Angst- und substanzbezogene Störungen	77,7	60,9
Affektive, Angst- und mögl. psychotische Störungen	71,4	60,3
Affektive, Somatoforme und substanzbez. Störungen	73,8	59,5
Affektive, Somatoforme und mögl. Psychot. Störungen	67,3	58,6
Angst-, substanzbezogene u. mögl. psychot. Störungen	60,8	49,3
Angst-, somatoforme und substanzbez. Störungen	80,1	56,2
Angst-, somatoforme und mögl. Psychot. Störungen	72,7	54,3

Störung. Knapp 80 Prozent hatten aber auch entweder eine affektive, Angst oder substanzbezogene Störung. Schließlich lassen sich auch bei 80 Prozent

Integrierte Versorgung für chronisch kranke Menschen

BPtK-Focus

Wie muss sich ein Gesundheitssystem organisieren, das vor allem chronisch kranke Menschen zu versorgen hat? Dies ist eine Frage, die sich insbesondere in Industrieländern stellt. Die Bertelsmann-Stiftung und der Bundesverband Managed Care präsentierten im Januar in Berlin Antworten, die US-amerikanische Versorger gefunden haben.

Zum Beispiel: „Kaiser Permanente“

„Kaiser Permanente“ ist ein regionales Managed Care Unternehmen, das in acht amerikanischen Bundesstaaten und in Washington, D.C. eine integrierte Gesundheitsversorgung anbietet. Das Unternehmen ist eine Non-Profit-Organisation. Es versichert und versorgt rund 8,5 Millionen Menschen („health plan members“) und beschäftigt knapp 150.000 Angestellte, davon fast 13.000 Ärzte. Die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Versicherungs- und Versorgungsunternehmen werden zweijährig erneuert.

Zum Beispiel: „Montefiore“

Das „Montefiore Health System“ ist ein integrierter regionaler Versorger für 1,3 Millionen Versicherte in der Bronx. Im Zentrum stehen drei Krankenhäuser, die jährlich über 50.000 Patienten stationär und fast zwei Millionen ambulant behandeln.

Chronic Care Modell

Beide Gesundheitsunternehmen arbeiten nach dem „Chronic Care Modell“. Multiprofessionelle Teams erarbeiten leitlinienbasierte Behandlungspfade. Klinische Informationssysteme sichern die Qualität und, wenn erforderlich, ein kontinuierliches Case-Management. Nach den Erfahrungen der US-Versorger reicht es nicht aus, Patienten umfassend über ihre Krankheit zu informieren. Vielmehr komme es darauf an, die Patienten direkt in die Behandlung einzubeziehen, indem mit

ihnen z. B. individuelle Absprachen getroffen werden, deren Einhaltung im Alltag durch Reminder-Systeme, Telemonitoring, Selbsthilfegruppen oder Psychoedukation unterstützt wird. Alle, insbesondere die mediengestützten Interventionen, erfolgen in enger Abstimmung mit den behandelnden Gesundheitsberufen. Der Erfolg, z. B. von Reminder-Systemen, stieg erheblich, als die Patienten nicht von einem anonymen Call-Center angerufen wurden, sondern diese Aufgaben von Praxismitarbeitern des Hausarztes übernommen wurden.

Pay for Performance

Von simplen Pay-for-Performance-Konzepten, die den einzelnen Arzt dafür belohnen, dass er bestimmte Aufgaben erledigt, nehmen die beiden amerikanischen Gesundheitsunternehmen inzwischen wieder Abstand. Finanzielle Anreize sind nun ergebnisorientiert und setzen auf der Systemebene an. Wenn ältere Patienten eines Ambulatoriums oder einer Medical Group, z. B. weniger stürzen, weniger Herzinfarkte erleiden, kontinuierlich ihre Medikamente nehmen oder Kinder geimpft sind und an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben, wird dies

über Zuschläge an das Gesundheitsunternehmen honoriert.

Zum Beispiel: „Gesundes Kinzigtal“

Wie integrierte Versorgung in Deutschland aussehen könnte, zeigt das Unternehmen „Gesundes Kinzigtal GmbH“. Gesundes Kinzigtal ist eine „integrierte, regional eigenverantwortlich handelnde Vollversorgungsgemeinschaft“. In ihr blieben die klassischen deutschen Anbieterstrukturen, Freiberuflichkeit und Niederlassung in Einzelpraxis, erhalten. Die Abrechnung, auch der ambulanten Psychotherapie, erfolgt ebenfalls weiter über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

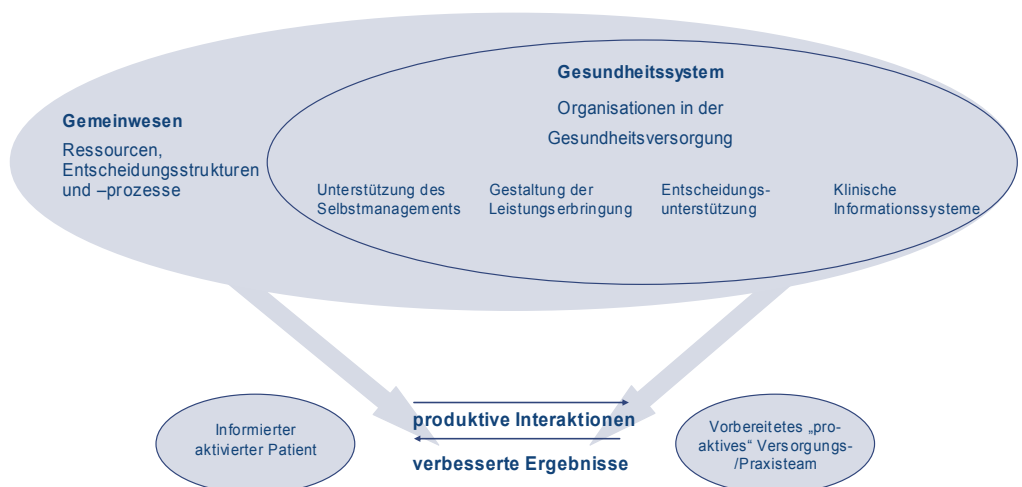
Dennoch entsteht eine Art Budgetverantwortung. Die durchschnittlichen Ausgaben für die 30.000 AOK-Versicherten im Kinzigtal, die nach der Berechnungsmethodik des Risikostrukturausgleichs (RSA) ermittelt werden, werden mit den Durchschnittsausgaben aller Versicherten bundesweit verglichen, wobei die RSA-Systematik eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung impliziert. Gelingt es den Leistungserbringern, im Kinzigtal gemeinsam mit ihrer „Managementgesellschaft für integrierte Versorgung

Weiter auf Seite 6



Dr. Brigitte Mohn, Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung, Sharon Levine, MD, stellvertretende Vorsitzende der Permanente Medical Group of Northern California, und Francis J. Crosson, MD, Vorstand der Permanente Federation (v. l.) im Gespräch.

www.bertelsmannstiftung.de



Wagner: *MacColl Institute for Healthcare Innovation, 1996.*
Deutsche Übersetzung: *Gensichen, Knieps, Schlette, 2006.*

Bundespolitik: Neue gesundheitspolitische Konzepte für Kinder und Jugendliche

Die politischen Parteien im Deutschen Bundestag beschäftigten sich weiterhin intensiv mit neuen gesundheitspolitischen Konzepten für Kinder und Jugendliche.

CDU und CSU suchten in einem Symposium am 29. November 2006 nach angemessenen Lösungen zur Förderung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Unter dem Titel „Damit kein Kind verloren geht – auf den Anfang kommt es an“ diskutierte die Fraktion mit Wissenschaftlern und Praktikern aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Gesundheitswesen über den besten Weg, Risikoentwicklungen frühzeitig zu erkennen, Vernachlässigung und Misshandlung zu verhindern und die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken.

Die Diskussion machte deutlich, dass eine bessere Erkennung von Risikoentwicklungen und eine gezielte Förderung nicht möglich sind, wenn der Sparkurs bei den verantwortlichen Jugendämtern und Gesundheitsbehörden anhält. Gesetzesänderungen, wie die verpflichtende Teilnahme an den Kinderuntersuchungen, sind wirkungslos, wenn die zuständigen Hilfssysteme nicht über die nötigen per-

sonellen Ressourcen verfügen. Dass zum Schutz der Kinder keine neuen gesetzlichen Grundlagen nötig seien, stellte auch Volker Kauder, Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, zur Eröffnung der Veranstaltung fest, als er aus seiner eigenen zehnjährigen Erfahrung als Leiter einer Jugend- und Sozialbehörde berichtete.

Wie wichtig eine langfristige Strategie der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche ist, machte ein Expertenhearing von Bündnis 90/Die Grünen deutlich. Benötigt werden insbesondere präventive Angebote, die möglichst früh ansetzen, zum Beispiel während der Schwangerschaft; eine Konzentration auf wenige, aber gut evaluierte Programme; eine langfristige Finanzierung, die die befristete Projektförderung beendet, sowie eine Vernetzung von Jugendhilfe, Bildungs- und Gesundheitssystem.

Die Teilnehmer kritisierten die mangelnde Transparenz in der Jugendhilfe. Die Kommunen stellten sich häufig nicht ihrer Verantwortung und trockneten die Hilfen für Kinder und Eltern sogar langsam aus. Gefordert seien allerdings auch

die gesetzlichen Krankenkassen. Solange jede Kasse ihr eigenes Konzept habe, bleibe es bei der Zersplitterung in der Gesundheitsförderung. Ein erneuter Anlauf beim Präventionsgesetz müsse vor allem den Flickenteppich in der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen beheben. BPTK-Vorstandsmitglied Peter Lehdorfer betonte im Statement der Bundespsychotherapeutenkammer, wie wichtig gerade die Eltern für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen seien. Es komme darauf an, zum Beispiel durch aufsuchende Hilfen, Eltern in einkommensschwachen und bildungsfernen Schichten zu unterstützen: „Eltern wollen gute Eltern sein, sie brauchen dafür aber manchmal Hilfe.“

Grundlage des Expertenhearings waren erste Ergebnisse der KiGGS-Studie, mit der erstmals bundesweit und umfassend repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch das Robert-Koch-Institut erhoben werden. Danach nehmen psychische Krankheiten bei Kindern zu, darunter vor allem Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens.

Positionspapier der BPtK
www.bptk.de

Vorträge Expertenhearing von Bündnis 90/Die Grünen
http://www.gruene-bundestag.de/cms/soziales_gesundheit/dok/161/161518.htm



Bertelsmann Stiftung

Für eine zukunftsfähige Gesellschaft

Fortsetzung von Seite 5

„die Ausgaben zu reduzieren, erhält das Netz zusätzliche Mittel. Die Mittel können für Investitionen in neue Projekte oder für eine Verbesserung der Einnahmen der Netzmitglieder verwendet werden.“

Es entsteht so ein Anreiz für eine verstärkt präventive Orien-

terung. Dieser schlägt sich in den Einzelprojekten des Netzes nieder: Gesundheitsförderung für ältere Menschen, Fraktur- und Sturzprävention, Unterstützung von Herz- und Diabeteskranken, Raucherentwöhnung und Programme für adipöse Kinder. Die Managementgesellschaft bietet den Einzelpraxen Unterstützung und Qualifizie-

rung für die Realisierung dieser Projekte an.

Managed Care kehrt damit sowohl in den USA als auch in Deutschland zu seinen Wurzeln zurück - Versorgungsmanagement, um Versicherten ein weitgehend gesundes Leben zu ermöglichen, auch und gerade wenn sie bereits chronisch erkrankt sind.

WBP: Neues Methodenpapier im Internet

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) überarbeitet derzeit Vorgehen und Kriterien, nach denen er die wissenschaftliche Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden beurteilt. Der WBP hatte im Jahr 2005 beschlossen, seine erstmalig im September 1999 beschlossenen Regeln zu präzisieren und weiterzuentwickeln. Hierzu hatte der WBP eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die einen ersten Entwurf für ein neues Methodenpapier erarbeitete. Nach internen Beratungen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie im Dezember 2006 einen überarbeiteten Entwurf im Internet publiziert, um das Papier einer breiten Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen.

Der aktuelle Entwurf enthält eine Reihe wichtiger Neuerungen gegenüber den bisherigen Regeln, die letztmalig am 15. September 2003 geändert wurden. Im Einführungskapitel präzisiert der Beirat, dass Psychotherapieverfahren und -methoden wissenschaftlich anzuerkennen sind, wenn ihre Wirksamkeit sowohl unter experimentellen als auch unter Praxisbedingungen nachgewiesen ist. Ferner grenzt er die Begriffe psychotherapeutische Verfahren und Methoden exakter voneinander ab. Der WBP spricht jetzt von einer Psychotherapiemethode als ein bestimmtes psychotherapeutisches Vorgehen im Sinne der Anwendung von Techniken bei jeweils einer bestimmten Störung und unter ergänzender Nutzung der allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren, die den verschiedenen Methoden gemeinsam sind. Psychotherapieverfahren werden dagegen als Gruppen theoretisch verwandter Methoden bezeichnet, die bei einem breiten Spektrum von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden können.

Die Prüfung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erfolgt auch künftig in einzelnen Anwendungsbereichen (z. B. affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen oder somatoforme Störungen). In der Erwachsenenpsychotherapie wurden die bisherigen zwölf Anwendungsbereiche beibehalten. Je nach Anwendungsbereich werden diejenigen Methoden und Verfahren dann wissenschaftlich anerkannt, wenn deren Wirksamkeit entweder für mindestens zwei Diagnosen des Anwendungsbereichs oder für die Diagnose, die epidemiologisch die bedeutsamste ist, nachgewiesen ist. Die Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurden deutlich stärker als bisher differenziert und auf insgesamt vierzehn erweitert.

Bei den Bewertungsgrundlagen greift der Entwurf zwei zentrale Kritikpunkte an der bisherigen Arbeit des WBP auf. Zum einen will der Beirat künftig auf der Grundlage einer eigenständigen, systematischen Literaturrecherche in den einschlägigen Datenbanken urteilen und nicht länger primär aufgrund von Studien, die von den Antragstellern bzw. Fachgesellschaften eingereicht wurden. Dies soll eine verzerrte Auswahl der Studien durch den Antragsteller verhindern. Auch negative Studienbefunde sollen bei der Gesamtbewertung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren systematisch berücksichtigt werden.

Zum anderen sieht der Entwurf vor, auch so genannte naturalistische Studien mit und ohne Vergleichsgruppe in die Bewertung einzubeziehen. Für die wissenschaftliche Anerkennung von Verfahren und Methoden sollen dadurch neben Wirksamkeitsnachweisen unter experimentellen Bedingungen künftig auch Belege unter klini-

schen Praxisbedingungen erforderlich sein. In der Vergangenheit hatte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ausschließlich randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) und Untersuchungen mit einer parallelisierten Vergleichsgruppe berücksichtigt.

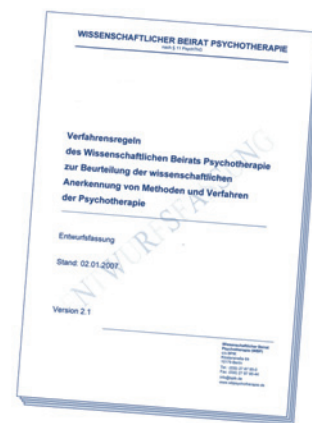
Die Aussagekraft der Studien soll künftig anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs bewertet werden, der eine separate Bewertung der allgemeinen methodischen Qualität, der internen und der externen Validität von Studien vorsieht. Damit erhalte die externe Validität von Studien bei der Bewertung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden ein stärkeres Gewicht als es in der Vergangenheit der Fall war. Die drei Dimensionen der Studienqualität werden anhand von insgesamt 42 Einzelkriterien beurteilt. Für jedes der 42 Kriterien ist wiederum eine dreistufige Operationalisierung des Merkmals vorgegeben.

Hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie ein Psychotherapieverfahren als Vertiefungsgebiet der Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu beurteilen, prüft er weiterhin, ob dieses Verfahren über eine Mindestzahl an Anwendungsbereichen Wirksamkeitsbelege erbringen kann. Der Beirat diskutiert noch, ob er bei dieser Empfehlung die verschiedenen Anwendungsbereiche gewichten soll.

Die nächste Beratung und gegebenenfalls Beschlussfassung des Methodenpapiers ist für die Beiratssitzung am 12. März 2007 vorgesehen. Stellungnahmen zum Entwurf müssen bis zum 28. Februar bei der BPtK eingegangen sein, die in der zweiten Amtsperiode die Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie innehat.



Wissenschaftlicher Beirat
Psychotherapie
www.wbpsychotherapie.de



Zum Schluss

Ab 2007: Regelmäßige Berichtspflicht an den Hausarzt

Ab dem 1. Januar 2007 können Psychotherapeuten einen individuellen Arztbrief mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Der Bericht ist allerdings obligatorisch, regelmäßig zu erstellen und Voraussetzung dafür, dass die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen abgerechnet werden können.

Die meisten Patienten werden einen regelmäßigen Bericht an den Hausarzt aber nicht wünschen. Eine Möglichkeit, der Berichtspflicht genüge zu tun, besteht darin, bereits im ersten

Quartal 2007 mit den Patienten zu klären, ob diese überhaupt einen Hausarzt haben und ob sie einen regelmäßigen Bericht an ihn wünschen? Wenn nicht, kann dies in einer Patientenerklärung festgehalten werden, die für die gesamte psychotherapeutische Behandlung gültig ist und nicht nur für die einzelnen Abrechnungsquartale. Viele Detailfragen sind jedoch noch ungeklärt. Es ist unbedingt empfehlenswert, bei seiner jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder der KBV nachzufragen.



Ostdeutsche Kammer gründet sich Ende März

Vom 30. März bis zum 1. April findet in Leipzig die konstituierende Kammerversammlung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) statt. Mit der OPK gründet sich die letzte Landespsychotherapeutenkammer in Deutschland. Sie ist die erste länderübergreifende Psychotherapeutenkammer, der rund 1.700 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen angehören. Ihre

Errichtung verzögerte sich, da zunächst ein Staatsvertrag zwischen den fünf beteiligten Bundesländern geschlossen werden musste.

Psychotherapeutenkammern sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und Ausdruck des Willens der Psychotherapeuten, ihre berufsrechtlichen Belange selbständig zu regeln. Psychotherapeutenkammern wurden 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz geschaffen.

Weitere Infos: www.ihre-opk.de

Psychotherapeuten in amtlichen Statistiken

Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sind die einzigen approbierten Heilberufe, die vom Statistischen Bundesamt nicht separat erfasst werden. Beide Heilberufe sind deshalb in den amtlichen Statistiken des Bundes nicht repräsentiert, obwohl ihre Strukturen und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen mit den anderen Heilberufen vergleichbar sind. PP und KJP verbergen sich heute hinter der Kategorie „Therapeutische Berufe“, in der sie etwa 50 Prozent ausmachen.

Nach Einschätzung der BPTK sollten PP und KJP spätestens dann, wenn die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) ihre Arbeit aufnimmt, separat in der Personalrechnung des Statistischen Bundesamtes erfasst und dokumentiert werden. Mit der OPK sind alle PP und KJP in Deutschland Mitglied in einer Psychotherapeutenkammer und in deren Melderegistern erfasst. Die BPTK steht dazu bereits mit dem Statistischen Bundesamt in Kontakt.

www.destatis.de

BPTK-Symposium: „Prävention psychischer Erkrankungen in Europa“

Psychische Erkrankungen gewinnen europaweit immer stärker an Bedeutung. In Deutschland gehören sie zu den häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung. Die Prävention psychischer Erkrankungen zählt zu den großen Herausforderungen der europäischen Gesundheitsversorgung.

Die BPTK veranstaltet daher ein Symposium „Prävention psychischer Erkrankungen: Best Practice in Europa“ am 26.02.2007 in Berlin. Anlässlich der deutschen EU-Ratspräsidentschaft, stellen Experten die Herausforderungen einer europäischen Gesundheitspolitik und die Chancen von Prävention im Spannungsfeld zwischen Medizin und Gesellschaftspolitik dar.

Das Symposium ist eine Veranstaltung zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPTK. Nähere Informationen über Referenten und Themen finden Sie im Veranstaltungsflyer, der von der BPTK-Homepage unter „www.bptk.de/termine/event_10588.html“ heruntergeladen werden kann.

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
www.bptk.de