

BPTK-Newsletter

D 67833
ISSN 1860-4390

BundesPsychotherapeutenKammer

Ausgabe 2/2016

Juli
2016

Sprechstunde und Akutversorgung möglich G-BA ändert Psychotherapie-Richtlinie

Themen dieser Ausgabe:

- *Sprechstunde und Akutversorgung möglich - G-BA ändert Psychotherapie-Richtlinie*
- *G-BA erleichtert Jobsharing und Anstellung*
- *BPTK veröffentlicht Studie zu Qualitätsberichten der Krankenhäuser*
- **BPTK-Dialog:**
*Verfassungsbeschwerde gegen das BKA-Gesetz
Interview mit Jürgen Hardt*
- **BPTK-Fokus:**
PsychVVG soll Weichen für eine bessere Qualität stellen. BPTK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Juni 2016 eine umfassende Reform der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Damit hat er seinen Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erfüllt.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Mit einer neuen psychotherapeutischen Sprechstunde eröffnet sich die Chance, die monatelangen Wartezeiten auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten zu verkürzen.

Viele Vorschläge der Krankenkassen liefen im Vorfeld des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes darauf hinaus, den Weg zur ambulanten Psychotherapie durch ein Nadelöhr zu führen. Nach ihrer Ansicht sollte von neu zu schaffenden Koordinierungsstellen geprüft werden, ob ein Patient eine Psychotherapie benötigt. Im Verlauf der Beratungen im G-BA favorisierten die Krankenkassen dann eine Sprechstunde mit somatischer

Abklärung, die sie in erster Linie zu einer Leistung der ärztlichen Psychotherapeuten gemacht hätte.

Nach dem jetzigen G-BA-Beschluss können alle Psychotherapeuten eine Sprechstunde anbieten. Wer eine Sprechstunde einrichtet, muss dafür Termine im Umfang von mindestens 100 Minuten pro Woche anbieten. Die Praxis muss dann auch 250 Minuten in der Woche telefonisch erreichbar sein, z. B. durch einen Mitarbeiter. Praxen die keine Sprechstunde anbieten, müssen zukünftig 150 Minuten in der Woche direkt telefonisch erreichbar sein. Die Zeiten der Sprechstunden und der telefonischen Erreichbarkeit sind den Kassenärztlichen Vereinigungen mitzuteilen und zu veröffentlichen. Dies soll auch die Arbeit der Terminservicestellen unterstützen.

Die Sprechstunde ist somit nicht für jede Praxis verpflichtend, sondern freiwillig. Die BPTK hatte sich sehr für

diese Lösung eingesetzt. Jeder Patient muss jedoch zunächst mindestens 50 Minuten in einer Sprechstunde gewesen sein, bevor er probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung beginnen kann. Eine Ausnahme von diesen Regelungen ist lediglich bei Patienten möglich, die vorher im Krankenhaus oder in der Rehaklinik behandelt wurden und bei denen dort eine Indikation zur ambulanten Psychotherapie gestellt wurde.

Akutbehandlung

Auch die Akutbehandlung stellt eine wichtige Neuerung dar. Sie ermöglicht Psychotherapeuten, zukünftig auch den Patienten zu helfen, die zeitnah behandelt werden müssen und nicht auf einen freien Behandlungsplatz warten können. Mit der Akutbehandlung sollen schwere Krankheitsverläufe verhindert, akute Krisen abgefangen oder Krankenhausbehandlungen vermieden werden. Diese kurzfristige Intervention besteht aus bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten, die

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheitspolitik ist in dieser Legislaturperiode außergewöhnlich aktiv. Für Psychotherapeuten bringt insbesondere die neue Psychotherapie-Richtlinie erhebliche Veränderungen. Durch die Sprechstunde wird der Direktzugang zu unseren Praxen gesichert. Dies ist eine Absage an kasseneigene Koordinierungsstellen oder Hausarztmodelle. Psychotherapeuten können jetzt ihren Patienten kurzfristig kompetente erste Gespräche anbieten und dadurch die unzumutbar langen Wartezeiten verringern. Die Patienten bleiben mit ihren Sorgen oder Leiden nicht mehr unvertretbar lange alleine und geben womöglich die Suche nach einem psychotherapeutischen Ansprechpartner auf. Vielmehr erfahren sie jetzt frühzeitig von ihrem Psychotherapeuten, ob sie psychisch krank sind und was sie brauchen.

Sicherlich, die Richtlinie bedeutet eine Verbesserung für Patienten, in den Details stecken jedoch viele Kompromisse sowie widersprüchliche und nicht sachgerechte Entscheidungen. Die Honorierung der neuen Leistungen ist noch offen. Weiterhin fehlen Behandlungsplätze und eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung steht aus. Immerhin öffnen die neuen Regelungen zu Jobsharing und Anstellung neue Spielräume, wenn auch nicht für alle. Langfristig stärkt die Richtlinie jedoch die Position der Psychotherapeuten als erreichbarer Ansprechpartner für psychisch kranke Menschen, da bin ich mir sehr sicher.

Herzlichst

Ihr Dietrich Munz

unmittelbar nach der Sprechstunde beginnen können.

Probatorik

Die Sprechstunde ersetzt nicht die Probatorik. Vor Beginn einer Einzel- oder Gruppenpsychotherapie sind in Zukunft bei Erwachsenen bis zu vier, bei Kindern und Jugendlichen bis zu sechs probatorische Gespräche möglich. Allerdings müssen zukünftig bei jedem Patienten mindestens zwei probatorische Stunden vor Beginn einer Psychotherapie durchgeführt werden, sogar dann, wenn zuvor eine Akutbehandlung durchgeführt wurde. Diese Standardisierung stellt aus Sicht der BpTK eine Überregulierung dar.

Kurzzeittherapie

Die Krankenkassen konnten sich in den G-BA-Beratungen damit durchsetzen, die bisherige Kurzzeittherapie von 25 Stunden in zwei Abschnitte von je 12 Stunden zu unterteilen. Diese sachlich nicht zu begründende Fragmentierung der Behandlung war trotz intensiver fachlicher Kritik nicht zu verhindern.

Die Kurzzeittherapie ist künftig grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig. Beide Abschnitte sind aber weiter antragspflichtig. Die Anträge müssen jedoch nicht mehr explizit genehmigt werden. Ein Antrag gilt vielmehr dann als genehmigt, wenn die Krankenkasse ihn nicht innerhalb von drei Wochen abgelehnt hat. Dies führt zu dreiwöchigen Verzögerungen des Therapiebeginns nach Abschluss der probatorischen Sitzungen, es sei denn, einzelne Krankenkassen teilen den Patienten weiterhin kurzfristig mit, ob die Behandlung genehmigt ist.

Bereits heute dauern rund 70 Prozent der psychotherapeutischen Behandlungen nicht länger als 25 Stunden. Dabei ist die Behandlungsdauer sehr unterschiedlich und meist deutlich kürzer. Die bewilligten Therapiekontingente

werden in der Regel nicht ausgeschöpft. Die Zerlegung der Kurzzeittherapie in zwei antragspflichtige Teile ist deshalb aus BpTK-Sicht sowohl bürokratisch als auch überflüssig.

Langzeittherapie

Auch zukünftig ist es möglich, direkt nach den probatorischen Gesprächen mit einer Langzeittherapie zu beginnen. Wie bisher prüft ein Gutachter, ob eine beantragte Einzel- oder Gruppenpsychotherapie notwendig und erfolgversprechend ist. In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Erwachsenen sowie in der Verhaltenstherapie wurde dabei der erste Bewilligungsschritt der Langzeittherapie auf 60 Stunden erhöht. In der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sind die Bewilligungsschritte unverändert. Die bisherigen Höchststundenzahlen gelten dagegen unverändert.

Rezidivprophylaxe

Der G-BA hat seinen gesetzlichen Auftrag nicht erfüllt, die Rezidivprophylaxe wirksam zu fördern. Sie ist keine gesonderte Leistung, sondern wurde auf eine Möglichkeit innerhalb der Langzeittherapie beschränkt. Dabei ist bereits bei Therapiebeginn im Antrag einer Langzeittherapie anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Rezidivprophylaxe eingesetzt werden soll. Somit wurden bereits bestehende Möglichkeiten lediglich formalisiert und zum Teil enggeführt.

Bei Behandlungen von Erwachsenen können bis zu acht von 60 Therapiestunden, bei Behandlungen über 60 Stunden bis zu 16 Therapiestunden als Rezidivprophylaxe verwendet werden. Bei Kindern und Jugendlichen sind dies 10 beziehungsweise 20 Therapiestunden. Die Rezidivprophylaxe kann über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung durchgeführt werden.

Gruppenpsychotherapie

Auch die Förderung der Gruppenpsychotherapie, die der Gesetzgeber gefordert hat, erschöpft sich im Wesentlichen in der vermeintlichen Vereinfachung des Gutachterverfahrens. Mit dem Wegfall der Berichtspflicht für die beiden Abschnitte der Kurzzeittherapie reduziert sich zwar die Hürde für Psychotherapeuten, erstmals Gruppenpsychotherapien anzubieten, dafür verdoppelt sich zugleich der bürokratische Aufwand in der Kurzzeittherapie, da nun für beide Abschnitte jeweils Therapieanträge für jeden einzelnen Patienten zu stellen sind.

Standarddokumentation

Gänzlich ohne empirische und inhaltliche Unterfütterung hat der G-BA eine Standarddokumentation für die ambulante Psychotherapie eingeführt. Zu Beginn und am Ende einer Behandlung müssen von Patient und Psychotherapeut künftig gemeinsam Dokumentationsbögen ausgefüllt werden. Dazu gehört auch die verpflichtende Verwendung von psychometrischen Testverfahren für alle Patienten.

Die Dokumentation bei Kindern und Jugendlichen umfasst u. a. eine obligatorische Erfassung der Intelligenz, unabhängig davon, ob dies bei der jeweiligen psychischen Erkrankung überhaupt erforderlich ist. Einige zu dokumentierende Merkmale sind in dem Bogen zudem in einer verletzenden und stigmatisierenden Sprache verfasst.

Inkrafttreten und Honorierung

Die geänderte Psychotherapie-Richtlinie tritt am 1. April 2017 in Kraft. Bis dahin muss die Honorierung der neuen Leistungen durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Aus Sicht der BpTK müssen die Honorarregelungen die höheren Anforderungen dieser Leistungen im Vergleich zu den Behandlungsstunden angemessen berücksichtigen.

Pressemitteilung der
BpTK vom 16. Juni 2016
www.bptk.de

BpTK-Stellungnahme
vom 20. April 2016
www.bptk.de

Link: [www.g-ba.de/
informationen/
richtlinien/20](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20)

Verfassungsbeschwerde gegen das BKA-Gesetz

Interview mit Jürgen Hardt, Gründungspräsident der
Psychotherapeutenkammer Hessen

Herr Hardt, was hat Psychotherapie mit dem „Kernbereich privater Lebensführung“ zu tun?

In der Psychotherapie geht es um das permanente innere Selbstgespräch, das zu einem zwischenmenschlichen Ereignis wird. Schon aus der alltäglichen Erfahrung wissen wir, dass innerseelische Prozesse vielgestaltig, mehrschichtig und oft widersprüchlich sind. Wir spüren einen Impuls, dem wir nachgeben möchten, und verzichten, ihm zu folgen, weil das Gewissen Einspruch erhebt oder weil wir mit anderen Bestrebungen in Konflikt kommen könnten, die uns vernünftiger oder höher erscheinen. Was wir schließlich tun, wird immer neu in uns ausgehandelt, egal ob wir das mitbekommen oder nicht. Das psychotherapeutische Gespräch hilft, diese Konflikte zu klären. Damit gehört es zum „Kernbereich privater Lebensführung“. Das Bundesverfassungsgericht hat dies definiert als „die Möglichkeit, innere Vorgänge wie Empfindungen und Gefühle sowie Überlegungen, Ansichten und Erlebnisse höchstpersönli-

cher Art zum Ausdruck (zu) bringen, und zwar ohne Angst, dass staatliche Stellen dies überwachen. Vom Schutz umfasst sind auch Gefühlsäußerungen, Äußerungen des unbewussten Erlebens sowie Ausdrucksformen der Sexualität“. Damit hat das Bundesverfassungsgericht dem Schutz des „Kernbereichs privater Lebensführung“ geradezu eine psychotherapeutische Dimension gegeben.

Warum muss schon der Kontakt zu einem Psychotherapeuten geschützt werden?

Weil das absolute Diskretionsversprechen, das wir unseren Patienten geben, keine Ausnahme zulässt. Psychisch Kranke werden wieder den Kontakt zum Psychotherapeuten scheuen, wenn der Staat mithört. Aus den Kontakten von „Terrorverdächtigen“ werden Bewegungsprofile und Beziehungsnetze erstellt, aus denen sich weitere Verdächtigungen ergeben können. So zieht Misstrauen ein. Wir sind sogar verpflichtet, vertraulich zu behandeln, wer bei uns in Behandlung

ist, denn das ist in unserer Gesellschaft – noch – eine delikate Angelegenheit, auf die man ein Recht hat, dass sie vertraulich bleibt.

Welche Grenzen für staatliche Ermittler sind notwendig?

Ich stelle mir vor, dass wir wieder zu Geheimnisträgern ersten Ranges werden, die absoluten Vertrauensschutz genießen. Das heißt, dass die Verhältnismäßigkeitsprüfung vor dem „Lauschangriff/Spähangriff“ auf die psychotherapeutische Situation entfällt und sie jenseits aller Abwägung als schützenswert anerkannt wird, ebenso wie im Beichtstuhl. Die Gesellschaft geht damit kein Sicherheitsrisiko ein, denn wir bleiben als Psychotherapeuten immer auch der Gemeinschaft verpflichtet und müssen, wenn wir von einem bevorstehenden Rechtsbruch Kenntnis bekommen, abwägen, ob die Abwendung einer Gefahr nicht Vorrang hat. Und die Erfahrung zeigt, dass dies die Gemeinschaft vor Gefahren besser schützt als ein digital aufgerichteter Sicherheitsapparat.

BPtK-Dialog



Jürgen Hardt

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum BKA-Gesetz:

Verfassungsrichter fordern präziseren Schutz von Berufsgeheimnisträgern

Das Bundesverfassungsgericht hat am 20. April 2016 entschieden, dass die Befugnisse des Bundeskriminalamts (BKA) zur Abwehr des internationalen Terrorismus teilweise verfassungswidrig sind, und einen präziseren Schutz von Berufsgeheimnisträgern gefordert (Az.: 1 BvR 966/09). Es forderte flankierende rechtsstaatliche Absicherungen, insbesondere zum Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung.

Das BKA-Gesetz sieht nur vor, dass eine Überwachung, die sich gegen Geistliche, Strafverteidiger und Abgeordnete richtet, in keinem Fall zulässig ist. Für alle anderen Berufsgeheimnisträger, z. B. für Psychotherapeuten und Ärzte, fehlt ein solch absoluter Schutz. Bei ihnen kann das Bundeskriminalamt im Einzelfall abwägen.

Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts ist schon der einseitige Schutz von Strafverteidigern und nicht von allen Rechtsanwälten verfassungswidrig. Das Gericht betont ferner, dass Gespräche, in denen es Einzelnen gerade ermöglicht werden soll, ein Fehlverhalten einzugestehen oder sich auf dessen Folgen einzurichten, in die höchstpersönliche Privatsphäre fallen und damit dem Staat absolut entzogen sind. Dazu gehörten vertrauliche Gespräche mit einem Strafverteidiger, aber auch mit einem Psychotherapeuten. Das Gericht fordert, diesen Schutz wirksamer und „normenklar zu gewährleisten“.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert, dass in dem nun notwendigen Gesetzgebungsverfahren allen Berufsgeheimnisträgern, insbesondere den Psychotherapeuten, der absolute Schutz zugestanden wird. Die Möglichkeit, dass psychotherapeutische Gespräche durch das BKA überwacht werden, gefährdet das grundlegende Vertrauensverhältnis zwischen Psychotherapeut und Patient. „Psychotherapeutische Gespräche gehören in die höchstpersönliche Privatsphäre“, stellt die BPtK fest. Ein absoluter Schutz vor Überwachung sei deshalb auch für Psychotherapeuten als Berufsgeheimnisträger notwendig.

BPtK-Webnews vom
29. April 2016
www.bptk.de

PsychVVG soll Weichen für eine bessere Qualität stellen BPtK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“

Mit dem Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (PsychVVG) hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe der seit Jahren kontrovers geführten Debatte um die Einführung eines neuen Entgeltsystems eine neue Richtung gegeben. Auf dem BPtK-Symposium „Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ am 23. Juni 2016 in Berlin diskutierte Bundesgesundheitsminister Gröhe seine Pläne mit der Fachöffentlichkeit.

Reform überfällig

„Diese Reform ist längst überfällig“, betonte BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz in seiner Begrüßung. Gemäß der BPtK-Studie „Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik“ erfüllten nur drei von vier Kliniken in der Allgemeinpsychiatrie die veralteten Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Die BPtK begrüße deshalb besonders den im PsychVVG vorgesehenen Auftrag an den G-BA, verbindliche Personalvorgaben

für eine leitlinienorientierte Versorgung zu erarbeiten und auch deren Umsetzung zu überprüfen.

Empirische und normative Elemente des neuen Vergütungssystems

Ihm sei es ein besonderes Anliegen, erläuterte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu Beginn seiner Rede, die Versorgung psychisch kranker Menschen rund 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête nach modernen Standards weiterzuentwickeln. An der empirischen Ermittlung eines Entgeltkatalogs als Basis für die Leistungsvereinbarung halte er fest. Gleichzeitig seien im Gesetz normative Elemente zur Sicherung der Versorgungsqualität vorgesehen. Dabei müsse eine angemessene Personalausstattung sichergestellt werden, um eine gute Versorgungsqualität in den Krankenhäusern anbieten zu können. Keine Alternative sei es, die Personalausstattung wieder in die Hände der Verhandlungspartner zu geben oder zum Selbstkostendeckungsprinzip unter den normativen Bedingungen der Psych-PV zurückzukehren.

Stationsäquivalente Leistungen oder sektorenübergreifende Weiterentwicklung

Die Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung sei nur ein erster Impuls in Richtung einer stärker sektorenübergreifenden Versorgung. Für eine kleine Patientengruppe, die zwar eine intensive Behandlung, aber dafür kein Bett in einer Klinik benötige, strebe das Gesetz eine „Krankenhausbehandlung zu Hause“ an. Die BPTK fördere an diesem Punkt jedoch weitergehende Lösungen, erläuterte Munz. Bereits im PsychVVG sei die Einführung einer ambulanten Komplexleistung für schwer psychisch kranke Menschen notwendig.

Budget- statt Preissystem

Die Abkehr vom ursprünglich vorgesehenen PEPP-Preissystem und die Rückkehr zu einem Budgetsystem wurden auf dem BPtK-Symposium sowohl von Leistungserbringern als auch Kostenträgern grundsätzlich begrüßt. Während Stefan Rutz von der Barmer GEK jedoch steigende Budgets und Ausgaben befürchtete, sah Urban Roths von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Gefahr, dass der geplante Krankenhausvergleich in



v.l.n.r.: Ute Bertram, Dirk Heidenblut, Maria Klein-Schmeink, Birgit Wöllert

den Budgetverhandlungen einen „Kellertreppeneffekt“ bewirken werde. Die psychiatrischen Fachverbände forderten weiterhin eine strikte Trennung von Budgetfindung und Abrechnungssystem. Grundlage für die Budgetermittlung dürften nicht die Leistungen eines Krankenhauses auf der Basis eines empirisch ermittelten Entgeltkatalogs sein. Das Maß für das Budget müssten die regionalen Versorgungsstrukturen und der Aufwand für die Versorgung sein, forderte Prof. Dr. Arno Deister, President Elect der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Prof. Dr. Renate Schepker, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, verdeutlichte, wie wichtig es sei, strukturelle Besonderheiten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Transparenz und Leistungsgerechtigkeit

Mehr Leistungsgerechtigkeit und größere Transparenz in Psychiatrie und Psychosomatik erfordern eine adäquate Abbildung der Leistungen der Kliniken im Entgeltkatalog. Dieser BPtK-Position stimmte auch Urban Roths von der DKG zu. Der PEPP-Entgeltkatalog diene jetzt nicht mehr der Preisfindung, sondern der Leistungsvereinbarung und müsse deshalb auch leistungsbezogen ausgestaltet werden. Einigkeit bestand darin, dass der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) hierfür überarbeitet werden muss. Unterschiedliche Auffassungen bestanden jedoch in Bezug darauf, wie dies genau ausgestaltet werden soll. Die Vorschläge reichten von Verschlankung bis zur systematischen Neukonzeption. Die BPtK hielt deshalb eine gesetzliche Klarstellung zur Entwicklung aussagekräftiger Leistungsbeschreibungen für eine leitlinienorientierte Versorgung für notwendig. Prof. Dr. Johannes Kruse, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche

Psychotherapie, unterstrich die Notwendigkeit, von mehr Transparenz über die Leistungen in den Kliniken.

tion mit einer Nachweispflicht sei nicht zu rütteln, stellte Dirk Heidenblut (MdB, SPD) klar. Birgit Wöllert (MdB, DIE LINKE)



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Verbesserte Personalausstattung

Prof. Dr. Michael Löhr von der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege begrüßte verbindliche Personalstandards und auch eine Nachweispflicht dafür, dass diese Standards eingehalten werden. Die Personalausstattung sei gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik ein Qualitätsindikator. Gute Strukturqualität sei hier annähernd mit guter Ergebnisqualität gleichzusetzen. Dies müsse auch gegenüber Patienten und Einweisern in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dargelegt werden. Offen blieb in der Diskussion, wie teuer eine bessere Personalausstattung werde. Anzunehmen sei jedoch, dass die 60 Millionen Euro jährlich, die im Gesetz genannt werden, nicht ausreichen, um flächendeckend eine leitlinienorientierte Versorgung zu finanzieren.

Vom Referenten- zum Kabinettsentwurf

In der abschließenden Podiumsdiskussion nahmen Bundestagsabgeordnete aller Fraktionen zum PsychVVG Stellung. An den verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung in Kombina-

ergänzte, dass aber auch Transparenz über die damit realisierten Leistungen notwendig sei, um die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern beurteilen zu können. Nach Ansicht von Ute Bertram (MdB, CDU/CSU) ist der G-BA der richtige Ort, um neue Personalvorgaben zu erarbeiten. Auch eine Überarbeitung der Psych-PV führe nicht zu anderen Ergebnissen. Unterschiedlich blieb die Einschätzung der stationsäquivalenten Behandlung. Maria Klein-Schmeink (MdB, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) hielt diese neue Leistung nur für einen Einstieg in eine umfassende Reform der Versorgung psychisch kranker Menschen. Eine wirklich sektorenübergreifende Weiterentwicklung müsse den ambulanten Sektor mit einbeziehen. BPtK-Vorstand Dr. Andrea Benecke machte darauf aufmerksam, dass ein Abbau von Betten und eine stärkere ambulante Ausrichtung der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht ohne eine Reform der Bedarfsplanung zu stemmen seien. Bisher fehlten ambulant ausreichend Kapazitäten, aber auch geeignete Rahmenbedingungen, um Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

BPtK-Studie: Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik
www.bptk.de

Keine Novellierung der GOÄ/GOP in dieser Legislaturperiode

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat nach konstruktiven Beratungen, die seit März 2015 in einer Arbeitsgemeinschaft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geführt wurden, die Einigung über eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) plätzen lassen. Im März dieses Jahres beschloss der BÄK-Vorstand plötzlich, die Verhandlungen mit der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe zu unterbrechen. Damit ist absehbar, dass es in dieser Legislaturperiode keine Novellierung der GOÄ und damit auch der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) geben wird.

Gerade für die Fächer der sprechenden Medizin ist die erneute Verschiebung der Reform auf ungewisse Zeit besonders schmerzhaft, da die gültige GOÄ für zeitgebundene Leistungen keine angemessene Vergütung

sicherstellen kann. So unterschreitet der reguläre Honorarsatz in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach GOÄ/GOP (92,51 Euro) mittlerweile den entsprechenden Satz nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, wenn man auch den Strukturzuschlag zur Einzeltherapiestunde in voller Höhe mitberücksichtigt (95,23 Euro).

Die BPTK wird nun im September 2016 gemeinsam mit den psychiatrischen, psychosomatischen und neurologischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden an den Beratungen der Leistungsgewandten des Kapitels G teilnehmen. Wann die Beratungen zu den Leistungsbewertungen folgen werden, ist noch offen.

Lange Zeit war die GOÄ-Novellierung auf einem guten Weg. Seit dem 27. März 2015 fanden

detaillierte Beratungen der umsatzstärksten Leistungen der GOÄ und deren Leistungsgewandten in einer Arbeitsgruppe beim BMG statt. Anfang 2016 schwanden erstmals die Hoffnungen auf eine erfolgreiche Reform in absehbarer Zeit, als sich die SPD-Bundestagsfraktion gegen eine GOÄ-Novellierung positionierte.

Gleichzeitig nahmen die Differenzen innerhalb der Ärzteschaft weiter zu. Auch ein Sonderärztetag am 23. Januar 2016 konnte die Gräben nur kurzfristig überbrücken. Eine folgende BÄK-Vorstandssitzung lief danach völlig anders als geplant und endete mit einer Unterbrechung der weiteren GOÄ-Beratungen. Im Mai folgte dann die Ankündigung, dass zunächst eine umfangreiche Konsultation der ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften erfolgen soll.

Neue Leitlinie zu selbstverletzendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

In Deutschland verletzen sich jedes Jahr rund 14 Prozent der Jugendlichen, vor allem Mädchen, durch Schneiden, Ritzen, Kratzen, Schlagen, Kneifen, Beißen oder Verbrennen selbst. Circa vier bis fünf Prozent wiederholen die Selbstverletzungen. Basierend auf wissenschaftlicher Evidenz und interdisziplinärem Konsens schafft die neue S2k-Leitlinie „Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“ jetzt Standards für die Diagnostik und Therapie.

Nach akuter Wundversorgung und vollständiger körperlicher Untersuchung soll eine psychopathologische Befunderhebung durch einen Psychotherapeuten oder Arzt erfolgen, in der insbesondere die Suizidalität eingeschätzt wird. Ist eine Behandlung notwendig, muss geklärt werden, ob zunächst das selbstverletzende Verhalten oder die komorbide psychische Erkrankung im Vordergrund stehen soll. Liegt eine psychische Erkrankung vor, soll diese nach der jeweiligen störungsspezifischen Leitlinie behandelt werden.

G-BA erleichtert Jobsharing und Anstellung

Link: Bedarfsplanungs-Richtlinie

www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/#tab/beschluesse

Pressemitteilung der BPTK vom 21. Juni 2016
www.bptk.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16. Juni 2016 die Bedarfsplanungs-Richtlinie geändert und es Psychotherapeuten erleichtert, sich einen Praxissitz zu teilen oder einen Psychotherapeuten anzustellen.

Dies gilt für Praxisinhaber, die bisher unterdurchschnittliche Behandlungsstunden angeboten haben. Sie können zukünftig ihre Behandlungsstunden auf 125 Prozent des Fachgruppenschnitts steigern. Dadurch können sie zusätzliche Behandlungsplätze in der ambulanten Psychotherapie anbieten und Wartezeiten für Patienten verringern. Die

Neuregelung ist auch für junge Kollegen, die ambulant tätig werden möchten, eine sinnvolle Option.

Die BPTK begrüßt diesen Beschluss, mit dem der G-BA einen Auftrag des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes erfüllt. Der Gesetzgeber hatte vorgegeben, dass es diese Erleichterungen nur für Praxen geben soll, die bislang unterdurchschnittlich arbeiten. Bisher war der Praxisumfang bei Jobsharing und Anstellung auf die Anzahl der Behandlungsstunden begrenzt, die eine Praxis in den vergangenen vier Quartalen geleistet hat (plus drei

Prozent des Fachgruppenschnitts). Für Praxen, die über dem Durchschnitt der Berufsgruppe liegen, besteht diese bisherige Obergrenze fort.

Psychotherapeutische Praxen können durch diese G-BA-Entscheidung auch die gestiegenen Anforderungen an die psychotherapeutische Versorgung besser erfüllen. Dazu gehören das Angebot von Sprechstunden, Akutbehandlung, mehr Gruppenpsychotherapie, einem differenzierteren psychotherapeutischen Leistungsangebot und eine stärkere Vernetzung der psychotherapeutischen Praxis.

Bundesregierung plant, neue psychoaktive Stoffe zu verbieten BPtK sieht Chancen für eine neue Drogenpolitik

Die Bundesregierung will Erwerb, Besitz und Handel von psychoaktiven Substanzen verbieten. Dazu hat sie einen Gesetzentwurf (BT-Drs. 18/8579) vorgelegt, zu dem am 6. Juli 2016 eine Anhörung im Gesundheitsausschuss stattfand. Die BPtK begrüßt den Ansatz, neue psychoaktive Substanzen als gesundheitsgefährdende Stoffe einzuordnen sowie eine Kriminalisierung der Konsumenten zu vermeiden.

Zu den psychoaktiven Substanzen, die auch verharmlosend als „Legal Highs“ bezeichnet werden, gehören Kräutermischungen, Badesalze, Dünger oder Raumlufterfrischer, deren Einnahme mit schweren und tödlichen Gesundheitsrisiken verbunden sein kann. Sie unterliegen weder dem Arz-

neimittel- noch dem Betäubungsmittelgesetz, weil ihre chemische Struktur geringfügig so verändert wurde, dass die neu entwickelten Präparate keinen gesetzlichen Regelungen mehr unterliegen. Die Regierung will mit dem Gesetzentwurf dieses „Katz-und-Maus-Spiel“ mit den Herstellern beenden und erfasst deshalb erstmals auch gesamte Stoffgruppen. Chemisch handelt es sich beispielsweise um synthetische Cannabinoide, Phenethylamine und Cathinone.

Aus Sicht der BPtK wäre über diese neuen gesetzlichen Regelungen zu psychoaktiven Substanzen hinaus eine einheitliche Sucht- und Drogenpolitik erforderlich, die neben Präventionsstrategien auch verstärkt Maßnahmen der Schadensminimierung beinhal-

tet und die Konsumenten nicht kriminalisiert. Gegen Händler und Produzenten sollten dagegen wirksame Strategien eingesetzt werden, die die wirtschaftlichen und rechtlichen Anreize für die Herstellung und das Inverkehrbringen von Suchtstoffen verringern.

Dazu gehört auch eine gesetzliche Gleichbehandlung von neuen psychoaktiven Substanzen und anderen Suchtstoffen, die einerseits Konsumenten, egal welcher Suchtstoffe, nicht kriminalisiert und andererseits einheitliche Strafraumen für das Herstellen und Inverkehrbringen von Suchtmitteln vorsieht.

Link:

www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2016/kw27-pa-gesundheit/428668

Selbst ungenügende Personalstandards der Psych-PV nicht erfüllt BPtK veröffentlicht Studie zu Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat exemplarisch für drei ausgewählte Bundesländer – Bayern, Hamburg und Sachsen – anhand der Qualitätsberichte der Krankenhäuser untersucht, welche Personalausstattung psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen haben, und sie mit den Standards der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verglichen – mit ernüchternden Resultaten.

Nur drei von vier Kliniken in der Erwachsenenpsychiatrie (75 Prozent) verfügen über ausreichend Ärzte und Psychotherapeuten, um die Vorgaben der Psych-PV in Bezug auf die medizinische und psychotherapeutische Versorgung zu erfüllen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Personalausstattung noch schlechter.

Dabei entsprechen die Standards der Psych-PV den Behandlungskonzepten von vor über 25 Jahren. Eine Behandlung gemäß dem heutigen „State of the Art“ würde einen wesentlich höheren Umfang an Psychotherapie bedeuten.

Besonders schlecht werden die Personalvorgaben in der Pflege erfüllt. Nur knapp die Hälfte der Kliniken hat das Pflegepersonal, das sie nach den Vorgaben der Psych-PV bereithalten sollte. Wenn Stationen nicht mit ausreichend Nachtwachen besetzt sind, birgt dies die Gefahr, dass akute Krisensituationen, in denen ein Patient sich beispielsweise eigen- oder fremdgefährdend verhält, nicht ohne Schaden für den Patienten oder das Personal zu bewältigen sind. Auch die Zahl der Zwangsbehandlungen und -maßnahmen

erhöht sich, wenn nicht ausreichend Pflegepersonal für eine 1:1-Betreuung zur Verfügung steht.

Die Ergebnisse der BPtK-Studie machen deutlich, dass die Einführung verbindlicher Personalanforderungen, die eine leitlinienorientierte Versorgung ermöglichen, längst überfällig ist. Die Umsetzung solcher Standards muss zudem überprüft werden.

Und die BPtK-Studie zeigt noch etwas: Die Angaben in den Qualitätsberichten mussten erst umständlich um weitere Daten ergänzt werden, bevor brauchbare Aussagen getroffen werden konnten. Um zukünftig Patienten mehr Transparenz zu ermöglichen, müssen auch die Vorgaben für die Qualitätsberichte dringend überarbeitet werden.

BPtK-Studie: Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik
www.bptk.de

Diotima-Preis 2016 für Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud hat den diesjährigen Diotima-Ehrenpreis der deutschen Psychotherapeutenchaft erhalten. Die BPTK ehrt damit eine Kollegin, die sich für die Versorgung von traumatisierten Kriegs- und Folteropfern engagiert.

Dr. Dietrich Munz, Präsident der BPTK, würdigte insbesondere Prof. Knaevelsruks Engagement für eine bessere Versorgung von traumatisierten Menschen, die in arabischsprachigen Kriegs- und Krisenregionen leben. Dort gebe es meist keine professionelle Hilfe. Prof. Knaevelsrud habe mit der Entwicklung der arabischsprachigen onlinebasierten Therapie Ilajnafsy wesentlich dazu beigetragen, dass diesen Menschen geholfen werden könne. Prof. Knaevelsrud beschrieb die „globale psychotherapeutische Herausforderung“, die durch Kriege entstanden sei. Mediengestützte Interventionen könnten helfen, da sie unabhängig vom Aufenthaltsort des Therapeuten und ohne psychosoziale Infrastruktur vor Ort eingesetzt werden könnten. Ilajnafsy nutze die Auseinandersetzung mit dem Trauma, indem über das Erlebte geschrieben werde. Die Verbindung von klinischer Kompetenz und innovativen technischen Ideen sei „eine einzigartige Möglichkeit“, Menschen zu helfen, die sonst keine Hilfe erhielten.

Prof. Christine Knaevelsrud studierte in Amsterdam und New York Psychologie. Ihre Promotion schloss sie 2005 an der Universität Zürich ab. Sie ist Psychologische Psychotherapeutin und Professorin für Klinisch-Psychologische Intervention an der Freien Universität Berlin. Von 2007 bis 2015 war sie wissenschaftliche Leiterin am Behandlungszentrum für Folteropfer in Ber-



v.l.n.r.: Dr. Dietrich Munz, Prof. Dr. Christine Knaevelsrud

lin. Neben Ilajnafsy entwickelte Prof. Knaevelsrud gemeinsam mit anderen ein computergestütztes Diagnoseinstrument, mit dem es Patienten, die nicht lesen und schreiben können, ermöglicht wird, Fragebögen zu beantworten. Sie untersuchte, welche Auswirkungen Anhörungen im Asylverfahren auf die Gesundheit traumatisierter Flüchtlinge haben, und schuf Behandlungsmanuale für traumatisierte Menschen. Sie war an der Entwicklung der S3-Leitlinie für Posttraumatische Belastungsstörungen beteiligt und beschäftigte sich mit der Bedeutung von Vergebung im psychotherapeutischen Prozess. Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Bundestag, stellte klar, dass das Grundrecht der Unantastbarkeit der Menschenwürde auch für Geflüchtete gelte. Es

brauche den politischen Willen, Geflüchteten eine Integration in Deutschland zu ermöglichen. Hierzu bedürfe es vor allem auch Änderungen im Gesundheitssystem. Die gesetzlichen Grundlagen für eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete sowie Ermächtigungen zur vertragspsychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten seien ein erster wichtiger Schritt. Es fehle jedoch vor allem eine gesicherte Finanzierung der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie von Sprachmittlung. Grundsätzlich sollte die medizinische Versorgung unabhängig vom rechtlichen Status des Geflüchteten sein.

Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen?

Die BPTK hat zwei Ratgeber zum Thema Flüchtlinge herausgegeben. Ein Ratgeber für Flüchtlingseltern informiert darüber, wie sich traumatisierte Kinder und Jugendliche je nach Alter verhalten können. Er zeigt an vielen konkreten Situationen, wie Eltern angemessen reagieren können, wenn ihre Kinder die schrecklichen Ereignisse nicht vergessen können. Der Ratgeber liegt auf Deutsch, Englisch und Arabisch vor. Der andere Ratgeber richtet sich an haupt- und ehrenamtliche Flüchtlingshelfer, die wissen möchten, wie sich

traumatische Erkrankungen bemerkbar machen, und wie sie mit geflüchteten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen umgehen können, die Traumatisches erlebt haben. Die Ratgeber können von der Homepage der BPTK heruntergeladen oder bei der BPTK bestellt werden.

Link:

www.bptk.de/publikationen

Bestellung der Druckversion:
bestellungen@bptk.de

Impressum

BPTK-Newsletter
Herausgeber: BPTK

V.i.S.d.P.: Dr. Dietrich Munz
Redaktion: Kay Funke-Kaiser
Layout: Inga Lange
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